

**Előterjesztés a Képviselő-testület részére
Kőbánya Egészségügyi Programjáról**

I. Tartalmi összefoglaló

Budapest Főváros X. kerület Kőbányai Önkormányzat Képviselő-testülete az 50/2009. (I. 22.) KÖKT határozatával döntött arról, hogy a kerület egészségtervének elkészítését szükségesnek tartja.

A Népjóléti Bizottság 2011. április 5-én döntött arról, hogy az egészségterv összeállítása céljából készüljön egészségtérkép, mely a kőbányai lakosság egészségügyi állapotának feltérképezésére és az egészségi állapotot befolyásoló tényezők összegzésére irányul.

A CG& Partners Kutató Tanácsadó Kft. (9026 Győr, Hédervári u. 39.) által elkészített és később átdolgozott egészségtérképet a Képviselő-testület a 84/2012. (II. 23.) KÖKT határozatával – szakmai hiányosságra való hivatkozással – nem fogadta el, azonban az aktuális adatokat tartalmazó dokumentum az alapját képezi a kerületi egészségtervnek.

Az Egészségügyi Program elkészítése céljából több, a kerület szakembereiből álló munkacsoport kezdte meg a működését a tavalyi évben. A munkacsoportok az egyes célcsoportok (gyermekek, aktív korú lakosság, nyugdíjasok és fogyatékkal élők) legfontosabb egészségügyi problémáinak összegzését, és az összefüggések részletes elemzését tűzte ki célul.

A munkacsoportok több alkalommal közösen összegezték a tapasztalataikat és törekedtek az adatelemzésen alapuló stratégiai irányok megfogalmazására.

A megbeszélések alkalmával többször megfogalmazódott, hogy a korábban elkészült szociális térkép és az egészségtérkép alapján kell elkészíteni Kőbánya egészségügyi programját, valamint hogy a program megalkotása során figyelembe kell venni az egészségtérkép készítői által megfogalmazott megoldási javaslatokat. A program megírásánál a már elkészült kutatási adatokra kell alapozni, az egészségtérképben megfogalmazott stratégiai javaslatokat figyelembe kell venni és mindezek alapján a saját önkormányzati feladatainkat rövidebb és hosszabb távon meg kell határozni.

A Kőbányai Egészségügyi Szolgálat elkészítette, és 2013. augusztus 16-án benyújtotta a „Kőbánya egészségügyi helyzetértékelése, cselekvési prioritások” címet viselő kerületi egészségügyi programot, mely az előterjesztés 2. melléletét képezi.

A benyújtott program megfogalmazza az egészségterv elkészítésének célját és misszióját, valamint a demográfiai, morbiditási, és mortalitási adatok mentén feltérképezi az egészségügyi problémákat. A problémamegoldási stratégiákat az egyén felelőssége és az

egészségügyi ellátórendszer működésének oldaláról közelíti meg. A felvázolt problématerkép megoldási javaslataiban az életmód és egészségfejlesztés megelőző, preventív tevékenységére helyeződik a fő hangsúly.

II. Hatásvizsgálat

Az elkészült egészségterv nem fektet kellő figyelmet:

- a kerületben élők életminőségének, ezen belül is egészségi állapotuk javítására-fejlesztésére vonatkozó javaslatok kidolgozására,
- a közösségi és intézményi erőforrások mozgósítására,
- azokra a területekre, amelyekre a következő költségvetés tervezésekor kiemelt figyelmet kell fordítani, hiányzik az ütemezés, a kompetencia meghatározás és a forrásigény kidolgozása,
- a munkacsoportok szakmai megbeszéléseinek összegzésére, hiányzik az egyes célcsoportok jellemzőinek bemutatása,
- a kerületi sajátosságokra és hiányosságokra (pl.: az orvos utánpótlás kérdésére, a szűrővizsgálatok bővítésére, az oltási rendszer kiegészítésének kérdéskörére, a civil szervezetekkel való együttműködés részleteinek kidolgozására).

Az egészségfejlesztési célok meghatározásánál az önkormányzatnak részletesebben át kell gondolnia, hogy mit tud tenni, mivel tud hozzájárulni települési szinten mindazokhoz a tényezőkhöz, amelyek az élhetőbb élettér, az egészségesebb környezet, a lakosság egészségesebb életmódjának megvalósítását célozzák.

Tekintettel arra, hogy az elkészült egészségterv elsősorban általánosságokat fogalmaz meg, valamint arra, hogy az önkormányzatnak konkrétabb célokra és előre tervezett cselekvési programok kidolgozásra van szüksége ahhoz, hogy a kerületben élőket hozzásegítse az életminőségük és egészségi állapotuk javításához, így ebben a formában nem javasolom Kőbánya Egészségügyi Programjának elfogadását.

Javasolom továbbá, hogy a Kőbányai Egészségügyi Szolgálat 2013. november 30-ig dolgozza át Kőbánya Egészségügyi Programját az alábbi vázlatpontok figyelembevételével:

1. Állapotleírás, melyben összefoglalásra kerülnek Kőbánya jellemzői, a lakosság egészségi állapotának főbb jellemzői, az egészséget befolyásoló tényezők. Cél, hogy rögzítésre kerüljenek a jelenlegi adatok, mely később az összehasonlítás alapját képezheti, nyomon követhető legyen a változás. (szociális és oktatási terület adatai, az egészségterkép adatainak áttekintése)

2. Problématérkép, melyben az állapotleírásban részletezett adatok összefoglalása, elemzése alapján meghatározásra kerülnek azok a problémák, melyeket az önkormányzat meg kíván és meg tud oldani. Azoknak az egészségi állapotot meghatározó tényezőknek a meghatározása, melyek kerületi szintű befolyásolására az önkormányzat közvetlenül képes.

3. Stratégia, mely bemutatja (akár célcsoportonként, vagy korosztályonként, akár településrészenként) az egészségterv hosszú távú célkitűzéseit. Cél, hogy meghatározásra kerüljön, hogy milyen módszerrel mit akarunk elérni. A SWOT-analízis elkészítésével az egészségterv stratégiai irányainak meghatározása, lehetőségek felvázolása.

4. Cselekvési terv részben a program megvalósítását segítő kezdeményezések, tevékenységek bemutatása, melyek rövid távon (2014 év végéig) megvalósíthatóak. A végrehajtás ütemezésének, felelőseinek, szereplőinek, módszereinek és forrásigényének kifejtése.

5. Visszacsatolás, melyben az értékelés alapelvei és módszerei kerülnek meghatározásra. Cél, hogy meghatározhatóvá, esetleg mérhetővé váljon a megvalósítás során elért eredmény, hatás. (szükséges- e változtatni?)

III. A végrehajtás feltételei

Kőbánya Egészségügyi Programjának elfogadása nem jogszabályi kötelezettség, így mulasztás nem terheli a Képviselő-testületet, amennyiben később kerül elfogadásra az átdolgozott program. A program megvalósításának pénzügyi igénye és a költségvetésre gyakorolt hatása jelenleg nem ismert, ez megnehezíti a 2014. évi költségvetés tervezését.

IV. Döntési javaslat

Budapest Főváros X. kerület Kőbányai Önkormányzat Képviselő-testülete meghozza az előterjesztés 1. mellékletében foglalt határozatot.

Budapest, 2013. szeptember 4.



Weeber Tibor

Törvényességi szempontból ellenjegyzem:



dr. Szabó Krisztián
jegyző

Budapest Főváros X. kerület Kőbányai Önkormányzat Képviselő-testületének

.../2013. (IX. 10.) határozata

Kőbánya Egészségügyi Programjának előkészítéséről

1. Budapest Főváros X. kerület Kőbányai Önkormányzat Képviselő-testülete nem fogadja el az előterjesztés 2. mellékletében foglalt „Kőbánya egészségügyi helyzetértékelése, cselekvési prioritások” címet viselő kerületi egészségügyi programot,

2. A Képviselő-testület felkéri a polgármestert, hogy Kőbánya lakossága egészségi állapotának javítása céljából – az 1. mellékletben foglalt szempontrendszer figyelembevételével – készíttesse elő Kőbánya Egészségügyi Programját.

Határidő: 2013. november 30.

Feladatkörében érintett: a humán szakterületért felelős alpolgármester
a Humán Iroda Szociális és Egészségügyi Csoport vezetője
a Kőbányai Egészségügyi Szolgálat vezetője

1. melléklet a .../2013. (IX. 10.) KÖKT határozathoz

Kőbánya Egészségügyi Programjának elkészítési szempontjai

1. Állapotleírás, melyben összefoglalásra kerülnek Kőbánya jellemzői, a lakosság egészségi állapotának főbb jellemzői, az egészséget befolyásoló tényezők. Cél, hogy rögzítésre kerüljenek a jelenlegi adatok, mely később az összehasonlítás alapját képezheti, nyomon követhető legyen a változás. (szociális és oktatási terület adatai, az egészségtérkép adatainak áttekintése)

2. Problématérkép, melyben az állapotleírásban részletezett adatok összefoglalása, elemzése alapján meghatározásra kerülnek azok a problémák, melyeket az Önkormányzat meg kíván és meg tud oldani. Azoknak az egészségi állapotot meghatározó tényezőknek a meghatározása, melyek kerületi szintű befolyásolására az Önkormányzat közvetlenül képes.

3. Stratégia, mely bemutatja (akár célcsoportonként vagy korosztályonként, akár településrészenként) az egészségterv hosszú távú célkitűzéseit. Cél, hogy meghatározásra kerüljön, hogy milyen módszerrel mit akarunk elérni. A SWOT-analízis elkészítésével az egészségterv stratégiai irányainak meghatározása, lehetőségek felvázolása.

4. Cselekvési terv részben a program megvalósítását segítő kezdeményezések, tevékenységek bemutatása, melyek rövid távon (2014 év végéig) megvalósíthatóak. A végrehajtás ütemezésének, felelőseinek, szereplőinek, módszereinek és forrásigényének kifejtése.

5. Visszacsatolás, melyben az értékelés alapelvei és módszerei kerülnek meghatározásra. Cél, hogy meghatározhatóvá esetleg mérhetővé váljon a megvalósítás során elért eredmény, hatás. (szükséges-e változtatni?)

Kőbányai Egészségügyi Szolgálat

Kőbánya egészségügyi helyzetértékelése Cselekvési prioritások



Szerkesztette:

Dr. Szebechlebszky Erika

Palotai Melinda

Szász Tamás

2013

Tartalomjegyzék

„Egészségterv missziója Kőbányán”	2
Egészségügyi állapot leírás.....	7
Egészségügyi probléma térkép	12
Demográfia	14
Morbidity adatok.....	20
Mortalitási adatok.....	28
Kockázati tények összefoglalása/értékelése.....	31
Probléma megoldási stratégia	32
I. Egyén felelőssége.....	32
II. Az egészségügyi ellátórendszer működése.....	37
A felvázolt problématerkép megoldási javaslatok.....	49
I. Kedvező környezeti feltételek alakításának programjai	49
II. Egészséges életmód népszerűsítésének programjai.....	55
III. Egészségfejlesztő életciklus egészségfejlesztési programjai	57
IV. Fokozottan hátrányos helyzetűek egészségtudatos magatartás fejlesztési programjai	59
V. Egészségkárosító magatartások visszaszorításának programjai.....	60
VI. Prevenció/betegségek megelőzés és rehabilitációs programjai.....	63
IX. Prioritások összefoglalása	71
Jövőre vonatkozó célkitűzések	92
Köszönetnyilvánítás	94

„Egészségterv missziója Kőbányán”

Az egészség definíciója az Egészségügyi Világszervezet (WHO) megfogalmazásában (1948):
„Az egészség a teljes fizikai, szellemi (mentális), és társadalmi (szociális) jólét állapota, nem csupán a betegség illetve képességcsökkenés hiánya.”

Az elérhető legjobb egészségi állapot egyike az alapvető emberi jogoknak. A fejlődést az idő múlásával a definíció változása is jelzi, az 1986- os *Ottawai Charta* meghatározása: *„Az egészség az élet forrása és nem életcél! Az egyén egészsége feletti kontrollját kell növelni! ”*

A lakosság egészségi állapotának és jólétének javítása a gazdasági és társadalmi fejlődés végső célja, ugyanakkor elismert tény, hogy a lakosság jó egészségi állapota a társadalmi-gazdasági fejlődés egyik előfeltétele. Ebben a folyamatban kiemelkedő szerepe van a lakosság egészségi állapotában mutatkozó egyenlőtlenségek csökkentésének. Az egészségi állapot javítása nem képzelhető el megalapozott nemzetközi, nemzeti és regionális politikai stratégiák nélkül.

Magyarország Alaptörvénye „XX. cikk

(1) Mindenkinek joga van a testi és lelki egészséghez.

(2) Az (1) bekezdés szerinti jog érvényesülését Magyarország genetikailag módosított élőlényektől mentes mezőgazdasággal, az egészséges élelmiszerekhez és az ivóvízhez való hozzáférés biztosításával, a munkavédelem és az egészségügyi ellátás megszervezésével, a sportolás és a rendszeres testedzés támogatásával, valamint a környezet védelmének biztosításával segíti elő.”

Az egészség fejlesztése minden közösség számára és minden korcsoportban szükséges és ahhoz, hogy a különböző szintereken zajló fejlesztések egymást erősítsék elengedhetetlen egészségterv kidolgozása és a benne foglaltak alkalmazása.

Az egészségterv célja a lakosság hozzásegítése életminőségének javításához, célját tekintve tehát az egészségről szól, de nem a betegségügyi ellátás terve.

Először a jövőképet, a missziót szükséges kialakítani, feltárni a jelen valós helyzetet és problémákat, ezt követően nem az azonnali problémamegoldás, hanem a stratégiaépítés következik, egy olyan hosszú távú tervet kell kialakítani, melynek az egyes fázisaiban elért eredményeire épülnek a következő projektek.

Az egészség

egyszerre eszköz – cél – erőforrás, így a legtágabb értelemben az optimális jól – lét állapotként értelmezhető. A lakosság egészségének javításához széleskörű és jól koordinált államigazgatási, üzleti és civil összefogás, az intézkedések és cselekvések egészséghatásának megfelelő mérlegelése szükséges.

Ma Magyarországon a születéskor várható élettartam kb. 7 évvel elmarad az Európai Unió mutatóktól. Az átlagolt adatok elfedik azon szélső értékeket, melyek a jó és rossz egészségi állapotú részpopulációkat és így az egészségyenlőtlenségeket jellemzik. Nemzetközi összehasonlításban a GDP mértéke nem magyarázza a magyarországi alacsony születéskor várható élettartam értékeket.

Az egészség forrásai: béke, lakhatás, élelem, jövedelem, oktatás, stabil ökológiai rendszer, fenntartható erőforrások, társadalmi igazságosság, társadalmi egyenlőség. Ezek megléte biztosítja az egészségfejlesztést, mely nemcsak a megbetegedési és halálozási mutatókat javítja, hanem az ország gazdasági teljesítő képességét és versenyképességét is.

Globális szinten egy populáció egészségi állapotát meghatározzák:

- ❖ **27 % -ban a genetikai adottságok,**
- ❖ **19 % - ban a környezeti hatások,**
- ❖ **43 % - ban az életmód és**
- ❖ **11 % - ban az egészségügyi ellátórendszer minősége.**

Specifikus szinten egy populáció- egy kerület lakosságának- egészségét a kulturális-, gazdasági-, politikai-, egészségügyi ellátási-, fizikai és társadalmi környezet kölcsönhatásának rendszere alakítja.

A mindennapi élet lokális színterén az egészséget a hétköznapi szabadság megélésének szubjektív érzete, a lakó-, munkahelyi- és természeti környezet, társas kapcsolatok és támogatottságok, az anyagi helyzet, az értékek és ismeretek, valamint az egészségügyi ellátórendszer szolgáltatásainak elérhetősége együttesen biztosítják.

Az egyének elsődlegesen közösségi minták követésével alakítják viselkedésüket. A legfontosabb rizikóviselkedések: dohányzás, az aránytalan táplálkozási és mozgási szokások, az alkoholfogyasztás. Az életmód szempontjából kiemelkedően fontosak: biológiai adottságok, kortényezők, társas kapcsolatok / támogató közösség megléte, önismeret és önértékelés, a problémákkal való megküzdési képességek, egyéni stressz – kezelési módok.

Egészségfejlesztés

Az egészségfejlesztés meghatározása:

Az egészségmagatartás megváltoztatása idő- és energia ráfordításával (aktív!) → gondozott és egészségfejlesztő részéről egyaránt.

Az egészségfejlesztés eléréséhez, mint végső célhoz (az egészségmegőrzésen és egészségnevelésen át) szemléletváltásra van szükség, mely az alábbiakban érhető tetten:

Egészségmegőrzés :

- Adott (optimális állapot) megőrzésére irányul
- Információközlésre korlátozódik
- Az információ átadáson túl passzív
- Victim blaming (= gondozottra hártott felelősség)

Egészségnevelés:

- Általában az életmódi elemek megváltozását célozza
- Módszertanilag differenciálódott, az információ-átadáson túlmutató megközelítés
- Az egészségnevelő mondja meg, mi a helyes

Egészségfejlesztés:

- Az egyén egészségfogalmát veszi alapul (mindenkinek más az egészség)
- Az egészséget folyamatnak tekinti (más az egészség 6 és 66 éves korban!)
- Maga az eg.fejtl. is hosszantartó (élethosszig tartó!) folyamat
- Együttműködést jelent két vagy több ember között annak érdekében, hogy a gondozott vagy gondozottak jól érezze / érezzék magukat

Az egészségfejlesztés öt fő tevékenységi területe:

1. egészséget támogató közpolitika,
2. egészséget fejlesztő környezet,
3. közösségi tevékenységek,
4. egyéni képesség fejlesztése,
5. egészségügyi ellátórendszer új hangsúlyai.

A színtér alapú egészségfejlesztési tevékenység pozitív közösségi mintát szolgáltatva biztosítani tudja a lakosok „egészségesebb” választásait, melynek módszere az **irányított, célzott változtatást segítő, partnerségi működési módú egészségterv, melynek közös célja a mindenki által elfogadható jobb lét, a jobb egészség.**

Az egészségterv egyúttal egy **ciklikus fejlesztési folyamat**, mely előkészítő, megvalósító és megerősítő szakaszokra bontva segíti a színtereket.

Az egészségterv módszertana gyakorlati alkalmazása jelentős helyi erőforrásokat kell, hogy mobilizáljon, és annak a biztosítéka, hogy az egészség érdekében kifejtett különböző aktivitások egymás hatásait kell, hogy erősítsék.

Az **egészségterv** irányított célzott változás mely, mint dokumentum öt lényegi elemet tartalmaz (állapot leírás probléma térkép stratégia cselekvési terv visszacsatolás) működési módja ciklikus, mely a színtér egészségfejlesztési lehetőségeire vonatkozó fejlesztési folyamat, az adott színtérben – esetünkben Kőbányán – élők egészségét hivatott támogatni, fejleszteni.

Egészségterv globális / hosszú távú célja a társadalmi versenyképesség javítása, optimalizálása, az életminőség, egészségi állapot döntő mértékben történő meghatározása az életkilátások és a jövő egyéni, családi és közösségi szintjén egyaránt.

Egészségterv specifikus céljai

- Egy adott színtéren / kerületben élő emberek életminőségének és egészségi állapotának javulása.
- Az életminőség és az egészség, mint rendezőelv segítségével a kerületben élők támogatása.
- A közösség szellemi és anyagi erőforrásainak bevonásával a kompetenciájukba tartozó problémák belátható időn belül történő megoldása esélyeinek a növelése.

Egészségterv működési konkrét célja, hogy a programok tervezése, megvalósítása és értékelése során olyan ciklikus gyakorlat alakuljon ki, amely

- a közösség tagjait a folyamatba bevonja, a beeszólás és az aktív közreműködés lehetőségét biztosítja,
- erősíti az egyének és a közösség autonómiáját, önbizalmát és egyúttal a felelősségérzetét,
- csökkenti az egészség egyenlőtlenségeket, kiküszöböli a méltánytalan különbségeket.

„A betegellátás jó minősége minden betegnek és minden közösségnek joga, és különösen a korlátozott erőforrások és költségvetési korlátozások helyzetében kiemelt feladatnak tekintendő.”

„A gazdasági fellendülésnek, versenyképességnek egyik feltétele az egészség szerepének újraértékelése. Az egészségügyet a gazdaság egyik húzóerejeként kell meghatároznunk. Az egészség- iparba történő befektetések innovációs potenciálja meghaladja más ágazatok innovációs képességét.

Emellett orvosaink és szakdolgozóinknak megfelelő társadalmi és anyagi megbecsülésre van szükségük, mely méltó munkakörülményeket és méltó bérezést feltételez.” (Nemzeti Ügyek politikája- Pesti Imre: Itt az idő, hogy megmentsük az egészségügyet!)

Egészségügyi állapot leírás

Az egészségügy a 20. század utolsó évtizedeiben jelentős változáson és fejlődésen ment keresztül. Megváltoztak a megbetegedési és halálozási viszonyok, az ellátás során alkalmazott diagnosztikai és terápiás módszerek. Ugyanakkor az egészségügyi ellátórendszer szerkezete, a szolgáltatások összetétele, az ellátási szintek igénybevétele nem követte sem az orvostudomány és az orvostechnika fejlődését, sem a megváltozott szükségleteket és igényeket. Mindezek következtében nőtt a rendelkezésre álló pénzügyi források és a struktúra forrásigénye közötti szakadék, miközben a lakosság egészségi állapota nem javult, sőt egyes területeken romlott.

A változatlan szerkezet és működési mód mellett az ellátás minősége elmarad a kívánalmaktól és megfelelő változás nélkül nemsokára komoly működési zavarok alakulhatnak ki.

Az egészségügyi ellátás eddigi gyakorlatának megváltozását a következő főbb tényezők indokolják:

A/ Demográfiai változások

Az iparilag fejlett országokban a csökkenő születésszám és az idősek növekvő aránya miatt a munkaképes lakosság részaránya egyre jobban lecsökken, ami így egyre nagyobb megterhelést jelent a gazdaságra. A múlt század utolsó évtizedeiben elindult demográfiai változások következtében Európában 2050-ben a 65 évesnél idősebbek a népesség közel 1/3-át adják majd.

Az OECD országokban a növekvő életszínvonalnak, a javuló életmódnak, a jobb oktatásnak, az ellátáshoz való hozzájutás javulásának és az orvosi terápiák eredményességének köszönhetően a születéskor várható élettartam az elmúlt évtizedekben jelentősen nőtt. Ezekben az országokban a születéskor várható élettartam az 1960-as 68,5 évhez képest már 2003-ban elérte a 77,8 évet, sőt a 65 évesek várható élettartama is lényegesen megnőtt: nők esetében 19,3, férfiak esetében 15,9 évvel.

A társadalom öregedése miatt a munkaképes korú népesség aránya drámaian csökken a teljes lakosságon belül. Az Európai Unió országokban 2050-ben mintegy 10 millióval kevesebb dolgozó lesz, mint amennyire szükség lenne, mely a jelenleginél is jelentősebb terheket ró majd a tagállamok gazdaságára.

B/ Betegségek előfordulásában bekövetkezett változások

Míg a fejletlen ázsiai/afrikai országokban változatlanul a járványos betegségek és az éhezés jelenti a fő egészségügyi problémát, a fejlődő és fejlett ipari országoknak az alábbi kihívásokkal kell napjainkban szembenéznük:

- az akut fertőző betegségeket felváltották a krónikus, főleg a nem fertőző betegségek,
- több, régen az étellel összeegyeztethetetlen betegség gyógyíthatóvá vált, de tartós gondozást igényel (pl. cukorbetegség),
- az élettartam hosszabbodása és az életmódváltozás növelte egyes betegségek és kóros egészségi állapotok arányát,
- nőtt a tartósan egészségkárosodottak, a rendszeres ellátásra, gyógyszerelésre és ápolásra szorulóknak száma,
- nőtt a balesetek, bűncselekmények miatt károsodottak száma.

A fertőző betegségek számának csökkenésével szemben megnőtt a krónikus nem fertőző betegségek (keringési rendszer betegségei, daganatok, cukorbetegség, elhízás, az emésztő- és légzőrendszer betegségei, mozgásszervi betegségek, depresszió, stb.) jelentősége. Az egyes európai országokban jelentősen eltérhet a betegségek megoszlása, a balesetek, a mérgezések és az erőszakos cselekedetek, mindezek következtében tartósan egészségkárosodottak a rendszeres ellátásra, gyógyszerelésre és ápolásra szorulóknak száma, illetve a halálozási adatok nőttek.

A szenvedélybetegségek számának növekedése nemcsak egészségügyi, hanem szociális problémát is jelent.

Számos OECD országban a szenvedélybetegségek mellett a 21. században népegészségügyi problémává vált a túlzott kalória bevitel és a mozgásszegény életmód miatt túlsúlyos és elhízott populáció arányának növekedése mind a gyermekek, mind a felnőttek körében. Arra tekintettel, hogy az elhízás számos betegség – többek között: magas vérnyomás, hiperkoleszterinémia, cukorbetegség, szív- érrendszeri megbetegedések, asztma, ízületi gyulladás, rák egyes formái – kialakulásának kockázatát növeli, komoly kihívást jelent az egészségügy, illetve az egészségfejlesztő szakterület számára.

C/ Egészségügyi dolgozók és páciensek viszonyában bekövetkezett változások

A 21. század elején az egészségügyi dolgozóknak nemcsak az új egészségügyi technológiákkal, hanem a társadalom új igényeivel és szükségleteivel is meg kell birkózniuk, melyek részben az egészséget befolyásoló környezeti hatások, részben az egészségügyi – gazdasági szempontok figyelembevételét igénylik.

Az egészségügyi dolgozók növekvő személyi felelősségének folyamata már a 21. század elején elkezdődött, a társadalom egyre inkább azt várja el, hogy az egészségügyi ellátás átlátható, ellenőrizhető legyen.

Társadalmi szinten arra is nő az igény, hogy a betegség/ betegorientált ellátást a „megelőzés” egészségszemléletű ellátás váltsa fel.

Átalakult az egészségügyi személyzet és a páciensek közötti kapcsolat is: az orvos szerepe sokkal inkább tanácsadó, vezető, segítő lett, így a páciensekkel való kapcsolatnak egyfajta partnerségi kapcsolattá kell átalakulnia.

A páciensek egyre többet akarnak tudni a saját állapotukról, egészségügyi adataikról, panaszaik/betegségeik megoldására irányuló módszerek és kezelések hatékonyságáról, illetve növekvő arányban akarnak beleszólni abba, hogy kezelésük milyen módon és ki által történjen meg. Ez az igény annál inkább erősödik, minél inkább tájékozottabbak az egészségügyi ellátás felhasználói. Tájékozottságukat növeli az információs technológia adta lehetőségek egyre szélesebb körű felhasználása, melyek segítségével elérhető lesz számukra az egészségügyi szolgáltató szervezetek teljesítményét bemutató, összehasonlító elemzés, valamint az ellátás minőségét jellemző indikátorok listája.

D/ Az egészségügyi ellátás napi gyakorlatának hibái

Az új egészségügyi technológiák csak megteremtik a lehetőséget a technikailag magas színvonalú egészségügyi ellátásra, de kizárólag megfelelő alkalmazással érhető el a várt eredmény. A nem megfelelő használat nemcsak a páciens egészségét veszélyezteti, de felesleges költségeket is generál, ami tovább rontja az egészségügyi ellátórendszer finanszírozhatóságát.

Az ellátási hibák két fő csoportja:

1. Emberi tényező: hibaforrások negyedét teszi ki, melyek ismerethiány, szükséges adatok/szakmai előírások, kritériumok figyelmen kívül hagyása/elhanyagolása.
2. Rendszerhibák: kommunikációs hiányosságok, különböző ellátási területekre vonatkozó kritériumok/irányelvek/leíró standardok hiánya, vagy nem megfelelő minősége, illetve az ellátórendszer nem megfelelő működése (felelős a „vezetés”).

E/ Az egészségügyi ellátórendszerek válsága

Az egészségügyi ellátórendszer az egész világon válságban van. A szegényebb országokban alapvetően a gazdaság alacsony teljesítménye okozza a fő gondot, de még a fejlettebb és az egészségügyre legtöbbet fordító országok sem tudnak lépést tartani a lehetőségekkel és az igényekkel, itt sem tudnak korlátlan forrásokat biztosítani.

Korszerű egészségügyi ellátórendszer által teljesítendő kritériumok:

- az igazságosság biztosítása : esélyegyenlőség a hozzáférésben,
- a hatékonyság javítása : innováció követő, ellenőrzött, egységes minőség,
- finanszírozhatóság/fenntarthatóság.

F/ A korai halálozás

A lakosság egészségi állapotának értékelésére és a következményes társadalmi teher jellemzésére leggyakrabban a várható átlagos élettartam és a korai – 65 éves életkor előtt bekövetkező – halálozás következtében elveszített potenciális életevek megadása használható.

Elkerülhető halálozás az egészségügyi ellátás gyakorlatának minőségbiztosítása és fejlesztése szempontjából jelentős, mivel a megfelelő időben és módon végzett egészségügyi ellátás esetén nem kellett volna bekövetkeznie. Ide tartoznak a kezelhető (időben – szűrővizsgálatokkal – felismerve, pl. vakbélgyulladás, cukorbetegség, magasvérnyomás, agyérbetegség, méhnyakrák, tüdőgyulladás, TBC) gyógyítható, és a megelőzhető (interszektoriális tevékenységekkel – egészségfejlesztéssel, pl. bőrrák, iszkémiás szívbetegség, krónikus májbetegségek és májzsugor, légcső – tüdő – hörgő rosszindulatú daganatai, közlekedési balesetek) betegségek.

Az elkerülhető halálozás csökkentésének gyakorlati lehetőségei:

- Baleseti okok csökkentése érdekében erélyes szabályok létrehozása és ellenőrzésük szigorítása.
- Néhány, nem kötelező védőoltás (pl. időskorúak oltása influenza ellen) hasznának szélesebb körben történő tájékoztatása és javítani a hozzáférési lehetőséget.
- Heveny betegségek esetén az orvosok elérőségének a biztosítása, ügyelet és mentőszolgálat helyzetének a javítása.
- Betegszállítás javítása.
- Lakosság képzése a heveny állapotok elsősegélyével és az újraélesztésével, melyben kiemelkedő az iskola-egészségügy szerepe.
- Az idült betegségek elkerülése, vagy az idősebb életkor felé való eltolása is jelentősen csökkenthetné az elkerülhető halálozás mértékét. Ebben az alkoholfogyasztás, a dohányzás, és a környezetszennyezés mértéke csökkentésének van döntő szerepe.

Egészségügyi probléma térkép

Magyarország Alaptörvénye XX cikke (1) bekezdésében foglaltak szerint: „Mindenkinek joga van a testi és lelki egészséghez.” Ennek értelmében tehát minden magyar állampolgárnak alapvető emberi joga - a számára elérhető - legkedvezőbb egészségi állapot elérése.

A lakosság egészségi állapotának javítása, egészségének fejlesztése társadalmi prioritás. A jó egészség önmagában is jelentős egyéni és társadalmi érték, ugyanakkor egyéni és társadalmi erőforrás is, így a lakosság jó egészsége a fenntartható gazdasági növekedés zálogának tekinthető.

A World Health Organization (WHO) 1948 – as megalakulásakor az egészséget a következőképpen definiálta: „Az egészség a teljes testi, lelki és szociális jólét állapota, és nem csupán a betegség, vagy a fogyatékosság hiánya.”

A testi/lelki/szociális jólét egymással összefüggő, kölcsönhatásban levő, és ennek okán egymásra visszaható állapotok, melyek közül bármelyik megváltozása/megváltoztatása a másik kettőre is erősítő/gyengítő hatással bír.

A Magyarország helyi önkormányzatairól szóló 2011. évi CLXXXIX. Törvény rendelkezései értelmében:

„13. § (1) A helyi közügyek, valamint a helyben biztosítható közfeladatok körében ellátandó helyi önkormányzati feladatok különösen:

1. településfejlesztés, településrendezés;
2. településüzemeltetés (köztemetők kialakítása és fenntartása, a közvilágításról való gondoskodás, kéményseprő-ipari szolgáltatás biztosítása, a helyi közutak és tartozékainak kialakítása és fenntartása, közparkok és egyéb közterületek kialakítása és fenntartása, gépjárművek parkolásának biztosítása);
3. a közterületek, valamint az önkormányzat tulajdonában álló közintézmény elnevezése;
- 4. egészségügyi alapellátás, az egészséges életmód segítségét célzó szolgáltatások;**
5. környezet-egészségügy (köztisztaság, települési környezet tisztaságának biztosítása, rovar- és rágcsálóirtás);
6. óvodai ellátás;
7. kulturális szolgáltatás, különösen a nyilvános könyvtári ellátás biztosítása; filmszínház, előadó-művészeti szervezet támogatása, a kulturális örökség helyi védelme; a helyi közművelődési tevékenység támogatása;

8. szociális, gyermekjóléti szolgáltatások és ellátások;
9. lakás- és helyiséggazdálkodás;
10. a területén hajléktalanná vált személyek ellátásának és rehabilitációjának, valamint a hajléktalanná válás megelőzésének biztosítása;
11. helyi környezet- és természetvédelem, vízgazdálkodás, vízkárelhárítás;
12. honvédelem, polgári védelem, katasztrófavédelem, helyi közfoglalkoztatás;
13. helyi adóval, gazdaságszervezéssel és a turizmussal kapcsolatos feladatok;
14. a kistermelők, őstermelők számára - jogszabályban meghatározott termékeik - értékesítési lehetőségeinek biztosítása, ideértve a hétvégi árusítás lehetőségét is;
15. sport, ifjúsági ügyek;
16. nemzetiségi ügyek;
17. közreműködés a település közbiztonságának biztosításában;
18. helyi közösségi közlekedés biztosítása;
19. hulladékgazdálkodás;
20. távhőszolgáltatás;
21. víziközmű-szolgáltatás, amennyiben a víziközmű-szolgáltatásról szóló törvény rendelkezései szerint a helyi önkormányzat ellátásért felelősnek minősül.”

Ennek értelmében a helyi Önkormányzatok a lakosokhoz legközelebb levő és a legnagyobb számban igénybevett egészségügyi alapellátási és a szervesen hozzá kapcsolódó szociális ellátási kötelezettségük teljesítése során, az általuk kialakított/támogatott szakmapolitikai döntések útján alapvető befolyással bírnak a helyi lakosok testi/lelki/szociális jólétére.

A gyógyító – megelőző egészségügyi szolgáltatások rendszerében a legnagyobb számú orvos – beteg találkozó az ellátórendszer kulcselemében, az alapellátásban, a házi orvosok praxisaiban valósul meg.

Az egészségügyi kormányzat által az egészségügy korszerűsítésére kialakított Semmelweis Tervben foglaltakkal egyetértésben a házi orvosi/házi gyermekorvosi hálózatban a cél a helyben befejezett ellátások arányának a növelése, a prevenció és az egészségnevelésben való aktív részvétel.

Demográfia

A/ Magyarország egészségügyi helyzete

Mikor az 1950-es évek közepén a fejlettebb országokban egészségvédelmi programokat indítottak, a nemzetközi összehasonlítás alapján már hazánkban is nyilvánvalóvá vált a magyarországi lakosság rendkívül kedvezőtlen egészségi állapota és a nem javuló tendenciák.

Megtörtént ugyan annak a felismerése, hogy a leghatékonyabb beavatkozás Magyarországon is a prevenció kiterjesztése lenne, de a mind nagyobb számú betegek gyógyítása elvonta az egészségügyön belüli forrásokat – és némileg a figyelmet is – a megelőzés kérdéseiről.

A nemzetközi összehasonlításokat tartalmazó, az OECD által elkészített jelentések mellett jelentős s brüsszeli székhelyű Egészségügyi Fogyasztói Központ által végzett elemzés, „az európai egészségügyi fogyasztói index”, mely Magyarország egészségügyi ellátását a páciensek („fogyasztók”) szempontjából a 14. helyre rangsorolta az EU tagállamai között. Magyarországon az új demográfiai korszak néhány fontos jellemzője már a rendszerváltozás előtt is jelen volt, pl: a csökkenő termékenység legalább egy évtizeddel korábban kezdődött, mint Nyugat Európában.

Az új demográfiai korszak magyar sajátossága, hogy hazánkban a 2. ezredfordulón a legszembetűnőbb demográfiai jelenség a népesség lélekszámának természetes fogyása. Az élve-születések száma kisebb a halálozásokénál.

A természetes fogyás országunkban 1981- ben kezdődött és az ezredfordulóig összesen elérte az 550 ezer főt. 2002- ben az idősek száma elérte a népesség 15,3 %- át.

B/ Magyarország lakosságának egészségi állapota

Magyarország lakosságának egészségi állapota évtizedek óta igen rossz, és ez az európai átlagnál kedvezőtlenebb egészségi állapot csak részben magyarázható az ország gazdasági helyzetével, az egészségügyi ellátórendszer hibáival. A fő oknak az tartható, hogy a *lakosság életmódja az elvárhatónál sokkal rosszabb*.

A rossz egészségi állapot a kezelési költségeken kívül jelentős termelékiesést is okoz a gazdaságnak: a GDP közel 5%-a vész el az idő előtti megbetegedések és halálozások miatt. Az egészséges társadalom nélkülözhetetlen egy ország versenyképességének kialakításához.

❖ Népeségyszám alakulása

Magyarország népessége 1981 óta csökken. Élveszületések száma: 2012. évben 90.300 fő, halálozások száma: 129.500 fő volt.

A népesség természetes fogyásában lényeges szerepet játszik az élveszületések számának csökkenése, amely 2012-ben 0,0697 ezrelék volt. A teljes termelékenységi arány (TTA) – ami a szülőképes korú nőkre vonatkoztatva adja meg a születések számát – 1980-ban 1,92 volt, de 2012-re 1,21-re csökkent.

Magyarországon a csecsemők életésélyei – bár némi késéssel – hasonlóképpen javultak, mint a fejlett nyugat európai országokban.

❖ Születéskor várható élettartam

A népesség fogyásában jelentős szerepet játszik a magas halandóság, ami meghaladja az élveszületések számát.

Magyarországon mindkét nemben 5 %-kal emelkedett a halálozások száma.

A természetes fogyás némileg csökkent 2011. évben 40.746 fő exitált, 2012-ben 39.200 fő halálozott el.

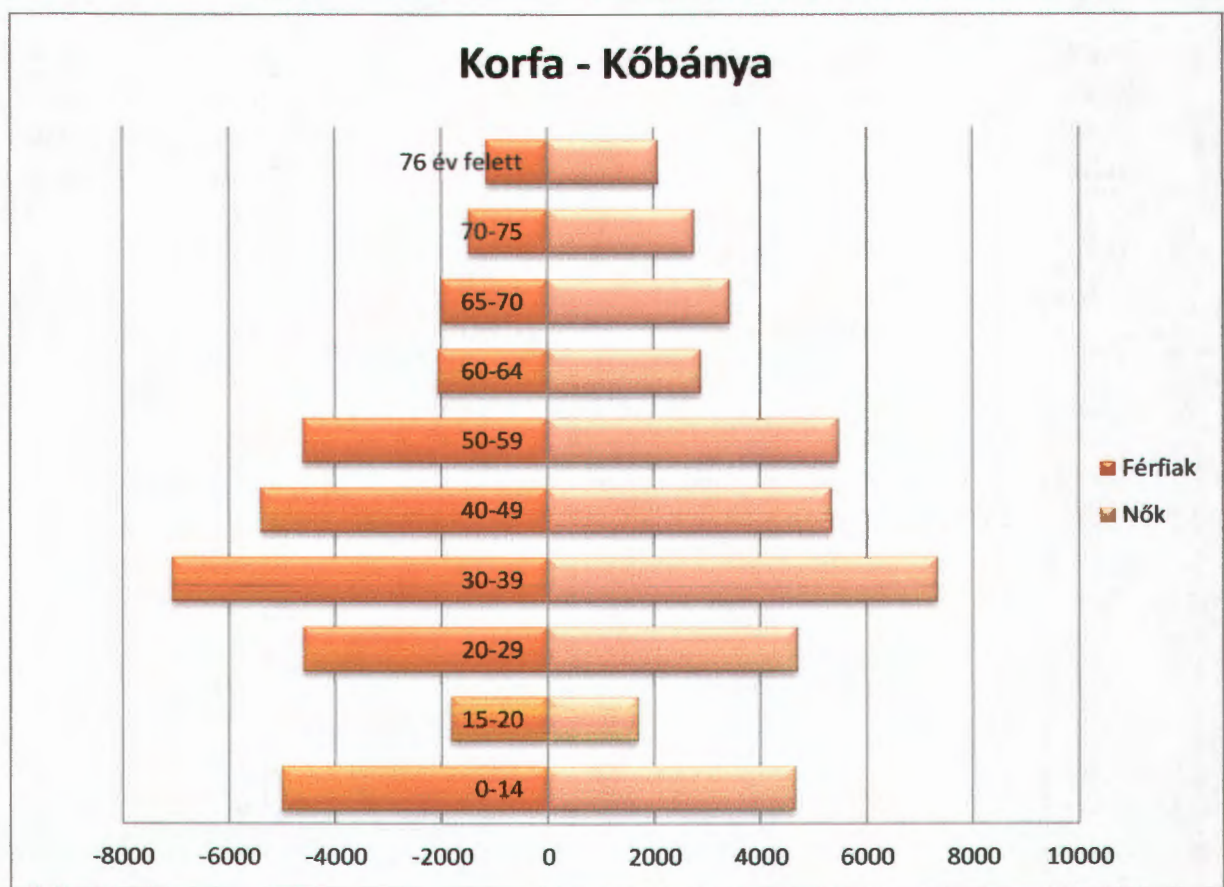
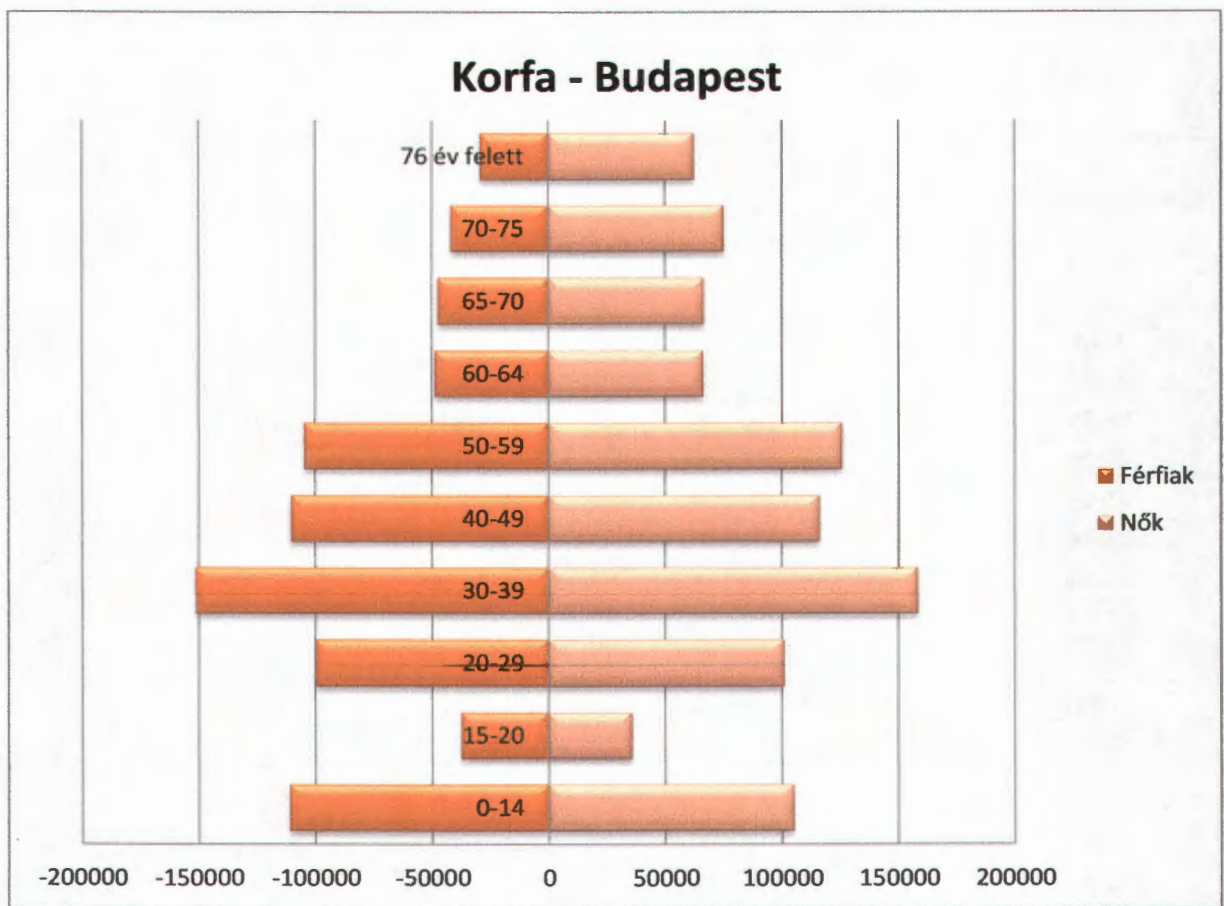
A nők várható élettartama folyamatosan, a férfiaké a kilencvenes évek elejének enyhe csökkenése óta lassan emelkedik. A javulás ellenére az Unióban elfoglalt helyzetünk nem változott. Míg 2001- ben a férfiak születéskor várható élettartama 68,15 év volt 2012- re 71,45 évre emelkedett. A nők esetében alapvetően magasabb alapértékekkel számolva 2001- ben a születéskor várható élettartam 76,46 évről 2012- re 78,38 évre emelkedett.

A Közigazgatási és Elektronikus Közszolgáltatások Központi Hivatala (KEKKHi) adatai szerint Kőbánya lakossága 75 590 fő volt 2011. évben (I. táblázat)

Korcsoport (év)	Férfiak		Nők		Férfi/Nő arány
	szám szerint	% -ban	szám szerint	% -ban	
Budapest					
0-14	111103	14,20%	105007	11,51%	-1,06
15-20	37394	4,78%	35671	3,91%	
20-29	99818	12,76%	100893	11,06%	-0,99
30-39	151541	19,37%	158293	17,36%	-0,96
40-49	110461	14,12%	116051	12,72%	-0,95
50-59	104775	13,39%	125685	13,78%	-0,83
60-64	48711	6,23%	66391	7,28%	-0,73
65-70	47454	6,07%	66545	7,30%	-0,71
70-75	41842	5,35%	75154	8,24%	-0,56
76 év felett	29321	3,75%	62316	6,83%	-0,47
Összesen	782420	100,00%	912006	100,00%	-0,86
Kőbánya					
0-14	5007	14,21%	4659	11,54%	-1,07
15-20	1822	5,17%	1695	4,20%	-1,07
20-29	4601	13,06%	4700	11,64%	-0,98
30-39	7076	20,09%	7338	18,18%	-0,96
40-49	5414	15,37%	5345	13,24%	-1,01
50-59	4606	13,07%	5474	13,56%	-0,84
60-64	2063	5,86%	2884	7,15%	-0,72
65-70	1997	5,67%	3434	8,51%	-0,58
70-75	1490	4,23%	2754	6,82%	-0,54
76 év felett	1153	3,27%	2078	5,15%	-0,55
Összesen	35229	100,00%	40361	100,00%	-0,87

I. táblázat

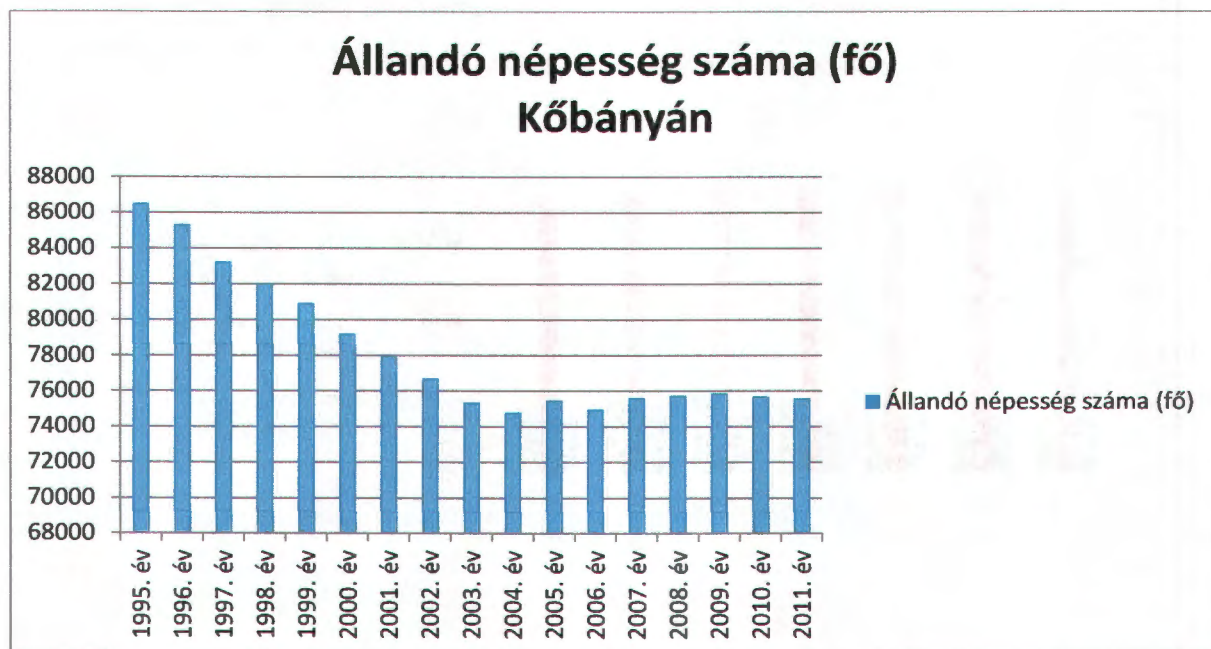
Budapest és Kőbánya lakosságának nemek és korcsoportok szerinti megoszlása, valamint a férfiak nőkhöz viszonyított aránya, 2011. január 1.



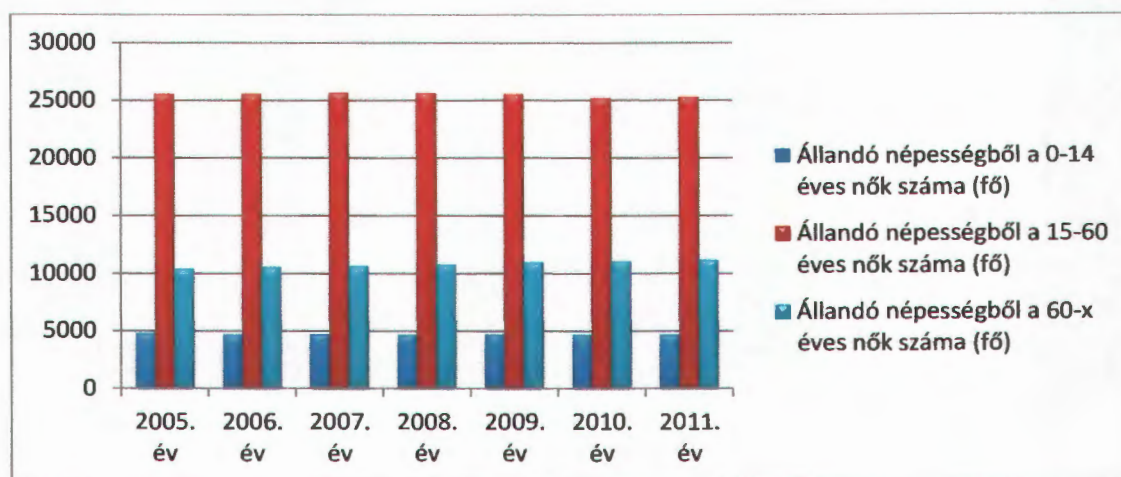
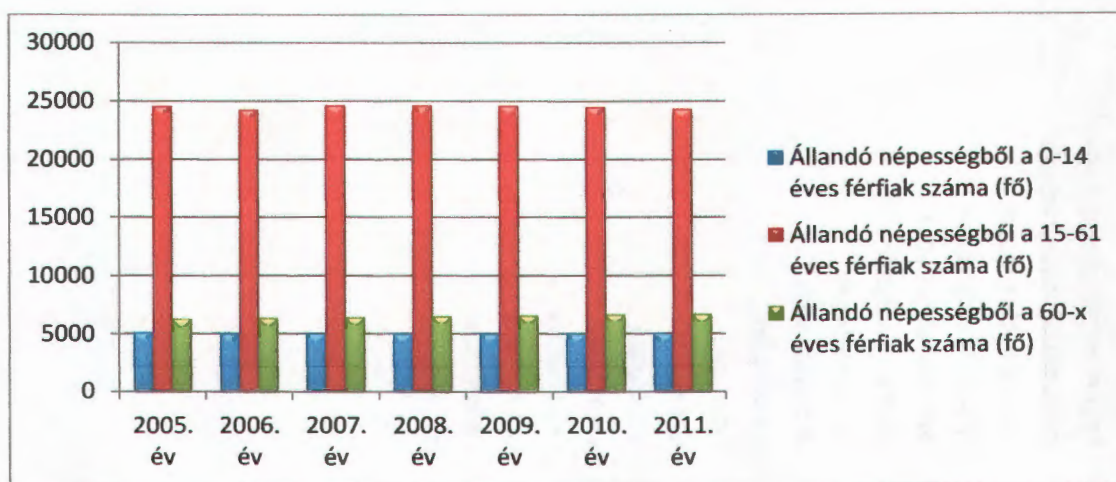
❖ Öregedés

A népesség lélekszámának természetes fogyása mellett az előregeredés is gazdasági, társadalmi és egészségügyi problémát jelent. A 65 éven felüliek aránya 2012-ben elérte Budapesten a 19,04%-ot, Kőbányán ez a mutató 17,07 % volt.

A X. kerület Kőbánya népegészségügyi helyzetének értékeléséhez hozzátartozik a népesség korösszetételének az elemzése.



Időszak	0-14 éves férfiak száma (fő)	15-61 éves férfiak száma (fő)	60-x éves férfiak száma (fő)	0-14 éves nők száma (fő)	15-60 éves nők száma (fő)	60-x éves nők száma (fő)
2005. év	5101	24559	6304	4764	25567	10370
2006. év	4996	24278	6381	4686	25567	10551
2007. év	4991	24643	6434	4707	25686	10616
2008. év	5010	24648	6541	4638	25667	10787
2009. év	4988	24621	6603	4660	25555	10938
2010. év	4989	24509	6676	4640	25241	11062
2011. év	5007	24357	6703	4659	25304	11150



Morbiditási adatok

Országosan a házi orvosok a 18 éves korig terjedő korosztályban a vér és vérképző szervek betegségeit, a szemizmokkal kapcsolatos fénytörési rendellenességeket, az asztmát és a hátgerincelváltozásokat regisztrálják leggyakrabban.

Köbányai adatok:

Statisztikai adatok alapján figyelemreméltó, hogy viszonylag korán jelentkeznek a gyermekeknél is a magas vérnyomás jelei. Ahogy iskolába kerülnek a gyermekek, megjelenik náluk a rövidlátás, a gerincferdülés, a tartási rendellenességek, a magatartási zavarok problémája. A házi gyermekorvosokhoz bejelentkezettek gyermekeknél magas az asthmás gyermekek száma. A rossz táplálkozás szintén kihat a gyermekek egészségére. Hiányállapotok alakulnak ki náluk főleg vitaminokban, ásványi anyagokban és a fehérjék vonatkozásában. Viszonylag sok az elhízott gyermek, ez a magas zsír- és szénhidrát tartalmú élelmiszerek, ételek fogyasztásának és a lelki egészség hiányának is köszönhető. A rendszerváltás óta egyre több az éhező gyermek is. Pedagógusokkal történő beszélgetések során kiderült, hogy sok gyermek csak azt eszi, amit az óvodában, iskolában kap.

Kevés gyermek az, aki iskolás kortól kezdve megtartja és beépíti életébe a rendszeres mozgást.

❖ Keringési rendszer betegségei

Országosan a felnőtteknél a keringési rendszer betegségei a leggyakoribbak – közülük az első helyen a hipertónia / magas vérnyomás áll, több mint évi 1,8 milliós esetszámmal – melyeket a csigolyabántalmak és a cukorbetegség követnek.

A hipertónia szövődményei, az agyi érbetegségek és az iszkémiás szívbetegségek (ISZB) előfordulása is igen magas, különösen a férfiak körében.

Az agyi érbetegség az idősebb lakosság körében gyakori, a 65-75 éves korcsoportban a férfiak 3,4%-ban, a nők 3,2%-ban gyakoribbak. A 19-54 éves életkorban jelentkező agyi érbetegségek a nők körében a gyakoribbak, 55 éven felül azonban egyre növekszik a férfiak megbetegedési aránya.

Kőbányai adatok:

A felnőtt háziorvosi jelentések adatai eléggé ellentmondásosak az egyes megbetegedések vonatkozásában. Az orvosok leginkább a szív- érrendszeri, a mozgásszervi, a daganatos megbetegedések, a cukorbetegség, míg kevesebb számban az emésztőrendszeri, a légzőszervi megbetegedések miatt gondozzák a betegeiket. Ez utóbbiak közül az asthma jelentkezik kiemelkedőbben. A szív- érrendszeri megbetegedések a halálzási statisztikákban országosan első helyen állnak, ez a X. kerületben is így van, sőt a X. kerületi férfiak és nők halálzása a magyarországi és a fővárosi átlagnál is magasabb értéket mutat.

A X. kerület a Fővárosban és a Közép- magyarországi régióban is az első helyek egyikén áll a szív és érrendszeri halálzáások és a megbetegedések számában is. A figyelem ezekre a betegségekre irányult, hiszen a leginkább jelentkező tünetek gyakorisága és a könnyen mérhető, detektálható paraméterek segítik a korai felismerést. Ebbe a csoportba tartozik a hipertónia (magas-vérnyomás betegség), az athero és arterio sclerosis (szíverek –perifériás erek elmeszesedése) és ezek által létrejött elváltozások és tünetek, melyek rendkívül változatosak. A szervezetben minden folyamat összefüggésben van mindennel. A diabetes mellitus (cukorbetegség), a hyperlipidemia (magas vérzsír szint), hypercolinesterinaemia (magas koleszterinszint), a vérnyomás emelkedés, a szív és érrendszeri megbetegedések számát növelik és folyamatosan rontják a szív, az erek, a vese, a szem állapotát. A kerületben a II. típusú /másodlagos cukorbetegség száma nagyon magas.

❖ Daganatos betegségek

Országosan a daganatos megbetegedések népegészségügyi szempontból alapvető betegségcsoport, évente mintegy 78000 új rosszindulatú daganatos beteget fedeznek fel a bejelentésre kötelezett népegészségügyi intézményekben, 19-54 éves korban a nők körében a leggyakoribbak a daganatok: emlőrák, vastag- és végbél daganatai, tüdődaganatok, 55 éves kor felett a férfiak rákos megbetegedése válik gyakoribbá, főleg a tüdőrák miatt.

A halálzási statisztikákban országosan és X. kerületi szinten is második helyen a daganatos betegségekben meghaltak számát találjuk. Elég nagy probléma azonban, hogy a X. kerületi férfiak és nők halálzása mind az országos, mind a fővárosi daganatos halálzáásoknál magasabb.

Köbányai adatok:

A férfiak daganatos halálozásában Magyarország az első helyen áll a világon, a nőkében a második helyen. A daganatos halálozások között a z első helyen a tüdőrák áll. Látjuk, a dohányzás egyértelműen emeli nemcsak a légzőszervi, hanem a szív és érrendszeri megbetegedések és a daganatos elfajulások számát is, amelyek a végén rokkantsághoz, majd halálhoz vezetnek.

Nem állítjuk, hogy a daganatos és érrendszeri halálozások oka csak a dohányzásban keresendő, de mindenképpen elsőrendű szerep jut ennek a káros szokásnak az emberek életkilátásai vonatkozásában, az egészségben eltöltött életevek csökkenésében.

Úgy gondoljuk, hogy a kerület lakosainak egészségi állapot javulásában elsődlegességet élvezhetne a dohányzás elleni küzdelem, melyben valamennyi- az egészségügy és a szociális területen érintett- szervezet és intézmény segítségét várjuk.

Az Országos Egészségfejlesztési Intézet által 2012 tavaszán készített felmérés adatai alapján a dohányzási szokások (gyakoriság és intenzitás tekintetében) összefüggésbe hozhatók az iskolai végzettséggel és anyagi helyzettel is, ezen felül összefüggés mutatható ki a dohányzók aránya és a háztartási jövedelem alakulása között is.

❖ Emésztőrendszeri betegségek

Országosan a leggyakoribb a gyomor- és nyombélfekély. A fekélybetegség, amely minden életkorban előfordul, 55 év felett a leggyakoribb és a férfiak körében jóval gyakrabban fordul elő. A krónikus májbetegségek – főleg az alkohol okozta cirrhózis – miatti halálozás előfordulása is magas.

Köbányai adatok:

Az emésztőrendszeri megbetegedésekben meghaltak száma is igen magas. A X. kerületi férfiak halálozási aránya az országos és fővárosi szinthez képest igen magas.

❖ Tüdőbetegségek

Országosan a tüdőgondozók adatai a tbc-s megbetegedések csökkenését és a nem tbc-s betegségek előretörését mutatják. A leggyakoribb idült légzőszervi betegség a tüdőasztma, amely minden korosztályt érint és kétharmad részben allergiás eredetű, melyek esetében az új betegek száma a háromszorosára nőtt. A nyilvántartott és új betegek számának háromszoros növekedését valószínűleg az is magyarázza, hogy az ellátórendszer érdeklődése – nem utolsósorban a diagnosztikai lehetőségek fejlődésével összefüggésben – az utóbbi évtizedben fokozatosan e megbetegedések irányába fordult.

Kőbányai adatok:

A légzőrendszer megbetegedési miatti halálozás a X. kerületben a halálozásokról történt statisztikai adatok feldolgozása alapján viszonylag mérsékelt az országos és Budapest átlagához képest, de ez az adat véleményünk szerint nem tükrözi a teljes valóságot, a rohamosan növekvő allergiás megbetegedések száma miatt.

A légzőrendszeri megbetegedések helyzete is vizsgálendő, a jelentett, a praxisokhoz bejelentkezett lakosság számához viszonyítva viszonylag kevés légzőrendszeri megbetegedésszám nem tükrözi a valóságot. A kerületben az elmúlt években szerzett tapasztalataink szerint nagyon sokan dohányoznak a felnőttek közül. Az iskolákban kiderült, hogy már 10-14 éves korban elég sok gyermek kipróbálja és többen rá is szoknak a rendszeres dohányzásra.

A légzőszerveket érintő fokozott irritáció 15-20 év múlva okoz csak kifejezett tüneteket, amivel már folyamatosan orvoshoz is kell fordulni. A korai tünetek között azonban már ott van a fokozott váladékképződés, a hörgők állandó gyulladása, mely gyakoribb fertőzésekben nyilvánul meg. Ez a házi orvosoknál akut, lázas, hörghurutos állapotként jelentkezik, mely nem jelentendő betegség. Amikor a dohányzás komolyabb tüneteket okoz, akkor már a tüdőben olyan visszafordíthatatlan elváltozások jelentkeznek, mint a tüdőtágulás, erőteljes váladékképződéssel, folyamatos köhögéssel. Megjelenik a kötőszövetes elfajulás, mely az előzőekben leírtakkal együtt nagymértékben csökkenti a légzőfelületet és légzési nehézséget okoz. (Krónikus orbstruktív tüdőbetegség -COPD).

A tüdő kötőszövetes elfajulása a kisvérkörre és a jobb oldali szívfélre, mely a tüdőkeringést fenntartja, nagyon nagy terhet ró. A vér visszatorlódik, így megterheli a bal szívféltekét is. Ennek következtében nemcsak jobb-, hanem bal szívfél- elégtelenség is kialakul.

A dohányzás tönkreteszi a verőereket és érszűkületet okoz. Emiatt sok ember lába fájni fog, esetleg amputálni is kell, tehát mozgásszervi rokkanttá is válik. A szemlencse szürkehályogos elfajulása a dohányos embereknél gyakoribb.

A száj-garat-gége nyálkahártyáját is folyamatosan irritálja a dohányzás, ami miatt a nyálkahártya, a fogíny is gyulladós lesz, melynek következtében kihullnak a fogak. A szájban, garatban, gégeben illetve a hörgőkben és a tüdőben a dohányzás fenntartotta állandó gyulladás és a lerakódott kátrány, melyben rákkeltő anyagok vannak, az arra hajlamos személyeknél rákos megbetegedéseket indukál.

❖ Mozgásszervi betegségek

Országosan a mozgásszervi betegségek a keresőképtelenség leggyakoribb okai. Leggyakoribb kórképek: gerincbetegségek, arthrosis (ízületi porckopás), derékfájás, osteoporosis (csontritkulás). Ezeknek a kórképeknek a kiemelkedő jelentőségét nemcsak növekvő gyakoriságuk, hanem következményeik, így a rokkantságra, az életminőségre és a halálózásra gyakorolt hatásuk adja. A gyulladós és degeneratív ízületi és gerincbetegségek következtében a betegek mintegy 60%-a mások segítségére szorul, 30%-ának a betegség miatt megromlik a családi élete, és kétharmaduk anyagi helyzete is válságba jut.

A mozgásszervi betegség következtében kialakult egyéni szenvedésen túlmenően a közvetlen és közvetett költségek hatalmas terhet rónak az egyénre, a családjára és a társadalomra.

50 éves kor felett a csontritkulás mintegy 900000 betegnél, a reumás ízületi gyulladás mintegy 100000 betegnél fordul elő hazánkban. A mozgásszervi betegségek okozzák a 60 éven felüliek krónikus betegségeinek a felét. A hazai lakosság csontsűrűség értékei a legalacsonyabbak Európában, míg a következményes csigolyatörések értékei a legmagasabbak közé tartoznak. A csontritkulás okozta combnyaktörések utáni halálozás száma évente 2500-3000.

Kőbányai adatok:

Az idősebb korosztály számára a mozgásszervi megbetegedések növekvő száma rontja az életminőséget. Hiányzik az életük során az a mozgásmennyiség, amely az idősebb kori fittséget is biztosítaná. Az ízületek berozsdásodnak, a csigolyák, porckorongok, csípő tönkremegy. Megszaporodnak az időskori balesetek, csonttörések, így a combnyaktörések száma is. A külső ok (balesetek, bűncselekmények, öngyilkosságok) miatti halálozások az ötödik helyen szerepelnek a halálozások rangsorában. A X. kerületben ezek száma is magas.

❖ Anyagcsere betegségek

Országosan mind a nők, mind a férfiak körében a lakosság fele túlsúlyos, vagy elhízott.

A probléma jelentőségét hangsúlyozva a WHO 1998-ban az elhízást önálló betegséggé nyilvánította. Az elhízás a keringési és egyes daganatos betegségek, a cukorbetegség, valamint a csontritkulás kialakulásában mint független kockázati tényező játszik szerepet. Az egészség - gazdaságtani elemzések azt mutatják, hogy a fejlett országok teljes egészségügyi költségvetésének 5 %-át az elhízásnak az egészségi állapotra direkt és indirekt módon kifejtett hatásával kapcsolatos költségek teszik ki.

A cukorbetegség kezelése és gondozása jelentős mértékben terheli az egészségügyi ellátást, melynek prevalenciája az életkor előre haladtával jelentősen növekszik, és népegészségügyi jelentőségét fokozzák a betegséghez társuló és idősebbek között egyre súlyosabb szövődmények.

❖ Mentális betegségek

A mentális betegségek vonatkozásában a magyar lakosság morbiditási helyzetéről csak megközelítő képet adhatnak a pszichiátriai gondozók adatai. A tényleges helyzet ennél rosszabb, mivel a gondozók statisztikáiban csak azok a betegek szerepelnek, akik panaszaiikkal a pszichiátriai gondozók szakorvosaihoz fordultak és itt gondozásba vették őket.

A betegek száma mindkét nem esetében a 35-54 éves korcsoportban a legmagasabb, a legjellemzőbb betegségek: skizofrénia, hangulatzavarok és egyéb neurotikus és olyan lelki eredetű, fizikai tünetekkel járó betegségek, amelyeknek szervi oka nincs.

A betegségekből származó kedvezőtlen életminőséget tovább rontja, hogy a mentális betegségben szenvedő személyek számára ritkán van visszaút a munkaerőpiacra, mivel a munkaerő-kereslet kielégíthető az egészségesebb, fiatalabb korosztályhoz tartozó népességből, az esélyegyenlőség társadalmi értékrendje pedig még csak kialakulóban van.

A külső ok (baleset, bűncselekmény, önkézűség) miatt bekövetkező halálozásoknál meg kell említeni, hogy a X. kerületi nők körében ez a szám is magasabb az országos és a fővárosi halálozásokhoz képest.

❖ Alkoholbetegség

Az egészségmagatartás részeként ide tartozik az alkoholfogyasztás kérdése is mellyel szintén foglalkoznunk kell. a kerületben a férfiak körében megjelenő magas emésztőrendszeri betegségekben történő halálozás nagy része a máj alkoholos elfajulására vezethető vissza. Mind a dohányzás, mind az alkoholfogyasztás valamint a drogok használata a stressz, a szorongás kivédésére az emberek életében egyfajta pótcselekvés. A drogok közé tartoznak egyes gyógyszerek, így az altatók, nyugtatók, fájdalomcsillapítók is .

A X. kerületben ezek használata is gyakori.

Jellemző a kerületben a politoxikománia pl: gyógyszerfogyasztás alkohollal együtt. Az élet okozta konfliktushelyzeteket a gyengébb idegrendszerűek, lelkületűek, pszichésen labilisabb alkatúak nehezebben tűrik, ezért nyúlnak ezekhez a szerekekhez, melyektől megnyugvást remélnek, viszont hosszú távon sokkal rosszabb helyzetbe keverednek.

Ezek a szenvedélyek sokkal nagyobb anyagi ráfordítást igényelnek az egyénektől és a családoktól, mintha erre nem kellene költeni, így az ezekre kidobott pénzt egészségesebb élelmiszerekre, ételekre és kényelmesebb életvitelre lehetne fordítani.

Persze ez a kérdés sokkal összetettebb. a mai gazdasági helyzet a családok, egyedülállók, gyermekek helyzetét egyaránt rontja. Sok ember nem talál kiutat az eladósodottságból, a szegénységből. Azonban az alkohol és a dohányzás nem oldja meg, csak még tovább rontja a helyzetüket. A feszült, stresszes élet a gyomor. bélbetegségek számát is megemeli.

Kerületünkben tudjuk, hogy magas a hajléktalanok száma is. Ez még tovább nőhet, hiszen az emberek jelentős százaléka a fizetésektelensége miatt a lakását is elveszítheti.

Népegészségügyi és orvos-szakmai szempontból is már kimutathatóan nő a TBC-s megbetegedések száma is, ezen felül a tetvesség és rühesség eseteinek száma is növekszik. Ismét megjelent az ágyi poloska, mellyel hosszú évek óta nem lehetett találkozni.

A fentiekben említett szív és érrendszeri, daganatos, mozgásszervi, légzőrendszeri megbetegedések területén nagyon sok teendő van. Széles körű összefogással, ismeretterjesztéssel, a testi és lelki egészség javításával tudunk ezen segíteni. Elsősorban az emberek létbiztonságát kellene megteremteni munkalehetőségek és ebből adódóan megfelelő jövedelmek biztosításával. Ezek a feladatok társadalmi összefogást igényelnek.

Mortalitási adatok

A European Health Report 2012 című jelentése szerint a népesség csökkenése, a születéseket meghaladó halálozások a legtöbb közé- és kelet-európai országban már az 1990-es, 2000-es évek elejétől megfigyelhetők.

Az egész régiót tekintve 1980 és 2010 között 5 évvel nőtt a várható élettartam (71-ről 76-ra), amely elsősorban bizonyos halálozási okok, kockázati faktorok és szociális problémák visszaszorulásának köszönhető. A várható élettartamban ugyanakkor nagy különbségek mutathatók ki az egyes országok között.

Nagy különbség mutatható ki a férfiak és nők között is a régióban 2010-re a nők várható élettartama elérte a 80 évet, míg a férfiaké csak 72,5 volt.

Egy másik kedvező tendencia a halálozási ráta csökkenése, bár ennek mértéke is jelentős regionális eltéréseket mutat, Kelet-Európában magasabb, mint a nyugati országokban. A várható élettartam növekedésével és a halálozási ráta csökkenésével párhuzamosan tovább öregedett a népesség.

Az összes halálozás legnagyobb hányadáért, mintegy 80 % ért a nem fertőző betegségek felelősek Európában. A keringési rendszer betegségei (ishemiás szívbetegség, stroke stb.) okozzák az összes halálozás csaknem felét- és ezeknek az eseteknek a felében hipertónia áll a háttérben-, míg az összes halálozás 20%-a valamilyen rákbetegség számlájára írható.

A daganattípusok közül a legalacsonyabb a túlélési ráta a tüdőráknál (14%). A jelentés kiemeli a diabetes mellitust, mint a régió meghatározó egészségügyi problémáját, amely közvetlen és közvetett módon kihat az agy, a szem, a szív, az érrendszer és a végtagok állapotára is.

A fertőző betegségek, bár Európában ritkábbak, mint más földrészeken, még mindig sok áldozatot szednek, különösen a TBC a HIV és más szexuális úton terjedő betegségek.

Az egyik fő egészségügyi rizikófaktor Európában a dohányzás, az adatok szerint ott ahol drágább a cigaretta, kisebb a dohányosok aránya.

A másik fő kockázati tényező az alkoholfogyasztás, amely a halálozások 6,15 %-ért okolható.

A legtöbb mutatót tekintve a jelentés szerint Magyarország a mezőny alsó felében – harmadában helyezkedik el. Amiben viszont a legrosszabbak között vagyunk, az a dohányzás, a tüdőrák okozta halálozások és az alkoholfogyasztás.

Magyarországon a férfiak 37%-a dohányzik, ezzel a 13-ak vagyunk a listán, a nőket tekintve a másodikak.

A világon Európában a legalacsonyabb a gyermekhalandóság, ami az 1990-es adatokhoz képest látványos, 54%-os csökkenést jelent.

Az elöregedés mellett Magyarországon a legfontosabb problémát az aktív életkorú népesség igen magas korszpecifikus halálozási arányai jelentik.

Hazánkban az 1 – 64 éves lakosság halálozása az 1970 – es évek elején – mind a férfiak, mind a nők esetében – alig haladta meg a jelenlegi EU tagországok halálozási átlagát. A halálozás igen nagymértékű növekedése következtében 2004 óta elszakadásunk az EU átlagtól egyre nőtt, annál is inkább, mivel az EU – tagországok korai halálozási mutatóiban töretlen javulás történt.

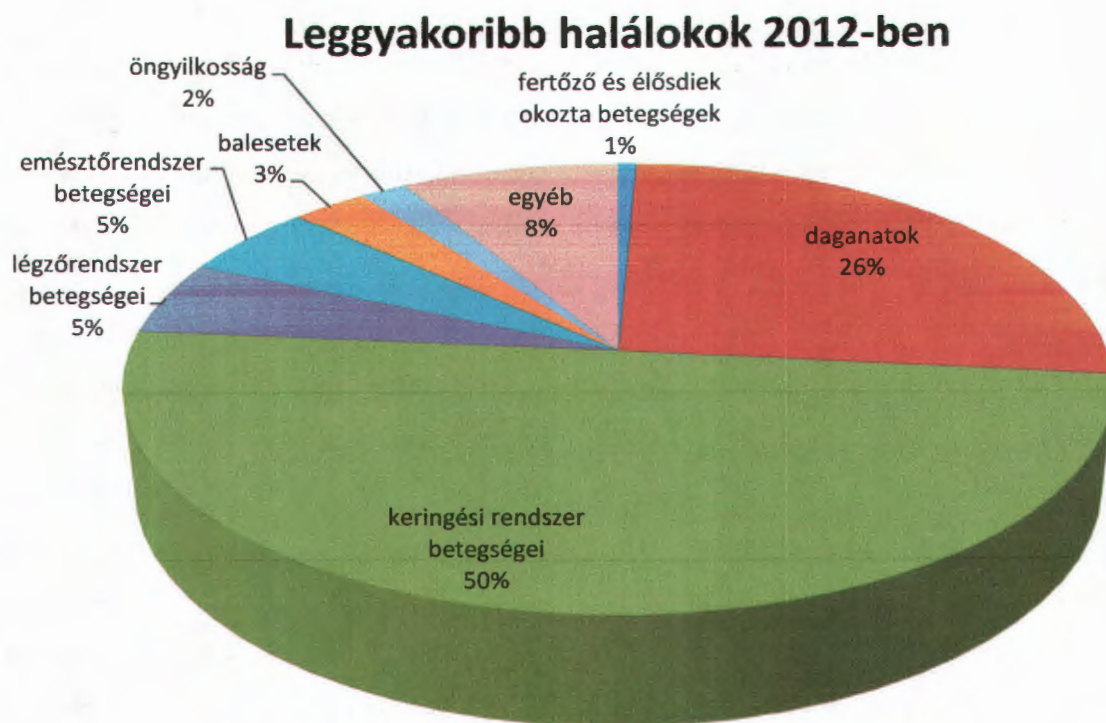
Magyarországon a halálozások mintegy fele a keringési rendszer, negyede az emésztőrendszer betegségei / daganatok miatt következik be.

A keringési rendszer betegségei különösen a nőket sújtják, a férfiaknak a nőknél nagyobb hányada hal meg rosszindulatú daganatban, légző és emésztőszervi betegségekben, vagy valamilyen külső ok (baleset, öngyilkosság) miatt.

Az élettartam mellett fontos, hogy a népesség mennyi ideig képes egészséges maradni. Az egészségben várható élettartam aránya az átlagos élettartamhoz viszonyítva Magyarországon 85 % körüli, míg az EU többi tagországában – Portugália kivételével - mindenhol 90 % felett van. Ez azt jelenti, hogy **Magyarországon az emberek átlagosan az életük 13-15 %-át élik le betegen.**

Magyarországi leggyakoribb halálokok sorrendje:

- ❖ keringési rendszer betegségei,
- ❖ daganatok,
- ❖ emésztőrendszer betegségei,
- ❖ légzőrendszer betegségei,
- ❖ balesetek, mérgezések, erőszak.



A nyugati országokban a táplálkozási szokásokban bekövetkezett változások, a testmozgás és a korszerű gyógyszeres kezelés hatására a keringési betegségek (koszorúér – betegség, agyérrendszeri történések, perifériás érbetegség, illetve aortabetegség együttes fennállása) mortalitása 1970 óta 20 – 30 % - kal csökkent.

Magyarországon ezzel ellentétben a keringési betegségek miatti halálozás az 1990 – es évekig nőtt, majd lassú csökkenés indult meg, 2000 – ben pedig a duplája volt az EU átlagnak (ezen belül a 65 éven aluli lakosság esetében a halálozás az EU átlag háromszorosa).

A rosszindulatú daganatos betegségek következtében bekövetkezett halálozás a fejlett országokban az utóbbi évtizedben csökkenő tendenciát mutat, Magyarországon ezzel ellentétben folyamatos emelkedés tapasztalható: jelenleg az EU átlag másfélszerese, a 65 éven aluli férfiak esetében pedig a kétszerese.

Kockázati tények összefoglalása/értékelése

❖ A lakosság életmódja

A halandóság és az egészségi állapot romlásában elsődleges szerepet játszik a kockázati tényezők terjedése és súlyosbodása, melyek elsősorban a következő életmódi tényezőkkel hozhatók összefüggésbe: nem megfelelő táplálkozás, mozgáshiány, túlmunka, rendszeresen előforduló stresszhelyzetek, dohányzás, alkoholizmus, kábítószer fogyasztás és számos további tényező.

A lakosság táplálkozási szokása is igen kedvezőtlen képet mutat, valamint igen alacsony a rendszeres testmozgást végzők aránya is. Az okok háttérében szerepet játszanak: egészségtelen életmód, hiányos egészségkultúra, környezetszennyezés.

Epidemiológiai és egészségügyi-gazdaságtani elemzések igazolják, hogy a betegségek megelőzését szolgáló egészségfejlesztő, prevenciós programokkal az emberek saját egészségével kapcsolatos felelősségének kialakítása támogatásával nagyobb arányú egészségnyereség érhető el, mintha ugyanazt az összeget az egészségügyi ellátás technikai minőségének fejlesztésére fordítják.

Probléma megoldási stratégia

I. Egyén felelőssége

A betegségek megelőzésének egyik fontos része (lehetne) az egészségügyi szűréseken való rendszeres részvétel. Ahogyan érzékelhető a legnépszerűbb egészségügyi szűrés a tüdőszűrés. A vérnyomásmérés, a laborvizsgálat, EKG elsősorban az idősebb korosztály esetén jellemző, míg a fiatalok főleg fogászati szűrésre, a hölgyek nőgyógyászati szűrésre járnak.

A magyar lakosok tájékozottsági szintje az egészségügyi témákat illetően alacsony, nem ismertek a legfontosabb rizikófaktorok, hiányzik a tudatos prevenció magatartás.

A magyar lakosság egészségtudatossága alacsony, az egyéni felelősség érzete minimális és csak kevesen tesznek egészségük megóvásáért.

Az elkövetkező időszak egyik legfontosabb, egyéni és társadalmi szintű feladata lenne, hogy a preventív szemléletű élet-és magatartásforma előtérbe kerüljön és általános igénnyé váljon a laikusok körében.

Fontos lenne egy, a lakosság felé jól felépített kommunikációs kampány, mely azt a fajta szemléletváltást célozza, hogy megjelenjen az egészség, mint érték. Amíg ugyanis nincs felelős fogyasztói réteg, nem lehet üzleti alapokra helyezni a rendszert, addig irreleváns az, hogy milyen kereteket állítanak fel az egészségbiztosítás számára: ha nincs minden szinten jelen valamiféle tulajdonosi érdek, és nincs értéke az orvosi ellátásnak, semmilyen rendszer nem fog működni.

Ahhoz, hogy ténylegesen olcsóbb legyen az egészségügy, rá kell ébreszteni a lakosságot az egészségmegőrzés fontosságára, és ha szükséges, anyagilag is érdekeltté, motiválni őket egy betegségmegelőző magatartásban.

Említést érdemel a **Betegek egyéni felelőssége**, mely a vonatkozó jogszabály szerint az alábbiakban érhető tetten az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény „A beteg kötelezettségei” című fejezete alapján:

„26. § (1) A beteg az egészségügyi szolgáltatás igénybevételekor köteles tiszteletben tartani az erre vonatkozó jogszabályokat és az egészségügyi szolgáltató működési rendjét.

(2) A beteg - amennyiben ezt egészségi állapota lehetővé teszi - köteles az ellátásában közreműködő egészségügyi dolgozókkal képességei és ismeretei szerint együttműködni:

a) tájékoztatni őket mindarról, amely szükséges a kórisme megállapításához, a megfelelő kezelési terv elkészítéséhez és a beavatkozások elvégzéséhez, így különösen minden korábbi betegségről, gyógykezeléséről, gyógyszer vagy gyógyhatású készítmény szedéséről, egészségkárosító kockázati tényezőiről,

b) tájékoztatni őket - saját betegségével összefüggésben - mindarról, amely mások életét vagy testi épségét veszélyeztetheti, így különösen a fertőző betegségekről és a foglalkozás végzését kizáró megbetegedésekről és állapotokról,

c) az egészségügyért felelős miniszter (a továbbiakban: miniszter) rendeletében foglalt fertőző betegségek esetén megnevezni azon személyeket, akiktől a fertőző betegséget megkaphatta, illetve akiket megfertőzhetett,

d) tájékoztatni őket minden, az egészségügyi ellátást érintő, általa korábban tett jognyilatkozatáról,

e) a gyógykezelésével kapcsolatban tőlük kapott rendelkezéseket betartani,

f) a gyógyintézet házirendjét betartani,

g) a jogszabály által előírt térítési díjat megfizetni,

h) jogszabályban előírt személyes adatait, hitelt érdemlően igazolni.

(3) A beteg köteles a jogszabály által előírt vagy a jogszabály alapján a szolgáltató által megállapított térítési díjat megfizetni.

27. § (1) A beteg és hozzátartozói jogaik gyakorlása során kötelesek tiszteletben tartani más betegek jogait.

(2) A beteg és hozzátartozói jogainak gyakorlása nem sértheti az egészségügyi dolgozóknak törvényben foglalt jogait.

(3) A betegjogok gyakorlásának módját - e törvény keretei között - a szolgáltató működési rendje (gyógyintézet házirendje) szabályozza."

❖ A beteg preferenciái

Az egészségügyi ellátás összetett, sokdimenziós folyamat, melynek középpontjában a kliens/beteg ember ellátása áll. Az ellátás minőségének a szavatolása csak az ellátási folyamatban részt vevő összes szereplő hatékony közreműködésével lehetséges.

Szükséges a betegek és az orvosok között megosztott döntési folyamatok kialakítása, aminek az érdekében alapvető, hogy a beteg preferenciáit megértsük. Ehhez elengedhetetlen a beteg együttműködő készségének a fejlesztése, mivel a betegek aktív bevonásával fokozható az elégedettségük, melynek következményeként javítható az ellátás eredménye.

A bizonyítékokon alapuló orvoslás módszerét alkalmazó orvos a helyes klinikai döntés meghozatala érdekében a következő lépéseket alkalmazza:

- Beteg problémájával kapcsolatban világos klinikai kérdés megfogalmazása
- Feltett kérdésekre választ adó adatok megkeresése
- Megtalált adatok validitása és klinikai alkalmazhatósága szerinti kritikus elemzése
- Hasznos adatok gyakorlatban történő alkalmazása
- Az alkalmazott bizonyíték eredményességének ellenőrzése

Azoknál a pácienseknél várható a kezeléstől a legnagyobb egészségnyereség, akiknél nagy a betegség következtében kialakuló kockázat és csekély a terápiás beavatkozás kockázata.

Általános érvényűnek tekinthető az a megállapítás, hogy a kezelés csak akkor javasolt, ha a betegség kockázata meghaladja a beavatkozás kockázatát, tehát a terápiával egészségnyereség várható. A kezelési küszöb az a valószínűségi határ, amely felett az alkalmazott terápia egészségnyeresége nagyobb, mint a betegség és beavatkozás kockázatának összege.

A terápiás beavatkozás nyeresége a betegség kockázatával arányosan növekszik, ugyanakkor a beavatkozás várható káros mellékhatása viszonylag konstans.

Nettó nyereség = (a betegség kockázata x a beavatkozással elérhető relatív kockázat csökkenés) – a beavatkozás kockázata

Ebből következően egy alacsony kockázatú betegségnél előfordulhat, hogy a beavatkozás kockázata nagyobb, mint a betegségé.

A betegek bevonása a bizonyítékokon alapuló orvoslás kritikus szakasza, de kulcsfontosságú a klinikai hatékonyság megvalósulásában, illetve a felhasznált vagy javasolt egészségügyi technológiák költség-hatékony felhasználása szempontjából is.

Az orvos és a beteg prioritásai eltérőek lehetnek, ezért nem biztos, hogy a hagyományos egészségügyi ellátás által javasolt tennivalók a beteg elvárásainak is megfelelnek. A hagyományos orvosi gondolkodás általában azt tételezi fel, hogy a betegségmentes, hosszú élettartam a kívánatos, még akkor is, ha a betegnek ez nem fontos.

A betegközpontú orvoslás az orvosok részéről a megértést, s a betegek bátorításának képességét feltételezi, valamint együttműködési hajlamot arra, hogy az orvos a beteggel közösen döntsön a megfelelő kezelésről és terápiáról.

A döntésmegosztás és a betegközpontúság esetén alkalmazott megosztott döntés esetén a következő kritériumok teljesülése elengedhetetlen:

1. Beteg és orvos egyaránt részesei a döntési folyamatnak.
2. Mindkét fél megosztja az információkat egymással.
3. Mindkét fél egyaránt konszenzus kialakítására törekszik a megfelelő beavatkozás kiválasztásában.
4. A felek egyet értésre jutnak a legkedvezőbb ellátási forma kiválasztásában.

A betegek többsége igényt tart a döntésekbe való bevonásába, de – elsősorban – az idősebbek és az alacsonyabb iskolai végzettségűek gyakran elhárítják a részvételt. Nem elég tehát az orvosnak feltárni a bizonyítékokat és megérteni a beteg értékrendjét, a családnak és a kultúrának a fontossága mellett, hanem lényeges arra körülményre is tekintettel lennie, hogy nem minden beteg akar maga dönteni.

A megfelelő döntéshez szükséges, hogy a betegnek kellő ismerete legyen a betegségére prognózisára vonatkozóan.

Általában az orvosnak a leginkább költség-hatékony eljárás kiválasztása a feladata. Ha a betegnek egyéb igénye van – amely vagy nem teljesíthető a rendelkezésre álló erőforrásokból, vagy az a legkevésbé költség-hatékony eljárás – akkor tájékoztatni kell ismertetve vele a szakmailag legmegfelelőbb, rendelkezésre álló eljárást.

Csak az adott beavatkozás hatásosságának ismeretében és a betegek preferenciáinak megértésével – amelyet az adott beavatkozás várható eredménye, illetve kockázata határoz meg – tudják az orvosok segíteni a betegeket a helyes döntések meghozatalában.

A tartalmi információkon kívül a kommunikáció stílusa és módja jelentősen befolyásolja a betegnek nyújtott információ megértését, és így hozzájárul az egyénre szabott kezelés kialakításához. A tájékoztatás során az orvosnak lelkesíteni lehet a beteget azzal, hogy a javasolt beavatkozás körülményeinek optimalizálásával javulhat a várható előny esélye.

A kommunikáció formáját, a használt kifejezéseket, a szavak hangsúlyozását a páciens személyéhez kell igazítani, hiszen az értelmi színvonal, a kritikai készség és a korábbi tapasztalatok azok, amelyek a kognitív folyamatot befolyásolják.

Az eredményes orvos-beteg kommunikáció a terápia kimenetelét is befolyásolni tudja, mely lemérhető az emóciók, a tünetek, a fájdalom élményein keresztül.

Fontos azonban kiemelni, hogy a bizonyítékokon alapuló orvoslás lépései nem helyettesíthetik az orvosi empátiát és az orvosi etikát, amelyek nélkülözhetetlenek az orvosi ellátás során, bármilyen szintű bizonyítékok alkalmazása esetében.

II. Az egészségügyi ellátórendszer működése

❖ A magyar egészségügy fő problémái

- A lakosság egészségi állapota rosszabb, mint amennyire az az ország gazdasági helyzetéből következne.
- Az ellátási szintek struktúrája nem alkalmazkodott a megváltozott társadalmi, epidemiológiai helyzethez.
- A rendszer allokációs hatékonysága alacsony, a hozzáférés a szolgáltatásokhoz nem a szükségleteknek megfelelő.
- Összevont gyógyítási és ápolási szolgáltatások.
- A technikai színvonal elmaradott az európai átlaghoz képest.
- A preventív (megelőző) orvoslás által nyújtott lehetőségeket nem használják ki kellő mértékben.
- A gyógyítás eredményessége nem megfelelő, különösen a későn felismert betegségek esetében.
- A hálapénz (paraszolvencia) következtében fennálló ellenérdekeltség.
- Az öngondoskodás és a költségtudatosság hiánya.
- Nem megfelelő szociális biztonság.
- A hatékonyságot nem megfelelően motiváló „output” jellegű finanszírozás.
- Megváltozott társadalmi igények miatt az egészségügy feleslegesen költségigényessé és túlhasználttá válása.
- Társadalombiztosítás nem képes megfelelő szinten finanszírozni a túl nagy tömegű – és gyakran indokolatlan – ellátást.

Magyarországon a születéskor várható élettartam több mint 3 évvel kevesebb, mint ami az egy főre jutó GDP alapján várható lenne.

❖ Humán erőforrás helyzete

Az utóbbi időben elkezdődött kedvező irányú változások ellenére az egészségügyi ellátórendszert lényegében továbbra is korszerűtlen struktúra jellemzi.

A páciensek, a betegek az egészségügyi ellátórendszer folyamatának első lépéseként a háziorvossal találkoznak (kellene találkozniuk). A háziorvosoknak különleges helyük van ebben a folyamatban: a betegség kialakulásának korai stádiumára jellemző problémákkal kell foglalkozniuk, gyakran modern egészségügyi technológiák nélkül, figyelembe véve a pszichoszociális, kulturális és egzisztenciális kérdéseket is. A háziorvosoknak – a betegek gyógyítása mellett - fontos feladatuk, hogy megfelelő egyensúlyt találjanak a páciensek igényei és a valós egészségügyi szükségletek kielégítése között.

Az egészségügyi ellátás folyamatai esetében különlegesen kritikus a diagnosztikai eljárások és a terápiás folyamatok többek között a gyógyszerek alkalmazásának szakmai megalapozottsága, pontossága.

A modern diagnosztikai és terápiás elvek gyakorlati alkalmazása nem mindig tud teljesülni a betegellátásban. A bizonyítékokon alapuló gyakorlat hiánya, az egészségügyi ellátás indokolatlan variációi rontják az egészségügyi ellátás folyamatának hatékonyságát. Ebben részben az egészségügyi dolgozók gyakorlatának, részben a finanszírozási rendszer hiányosságai játszanak szerepet.

A tudományos bizonyítékok nem kellő ismeretének a legnagyobb veszélye, hogy a beavatkozással nagyobb kockázatnak tesszük ki a betegeket, mint amilyen haszonnal a beavatkozás jár.

Az egészségügyi ellátórendszer lényeges minőségügyi problémáját jelenti, hogy a háziorvosi rendszer jelenleg még nem képes megfelelni a kapuóri feladatoknak.

Az alapellátásnak kiemelt szerepe lenne az egészségfejlesztésben, ennek ellenére az alapellátás folyamatai sem az egészségfejlesztési akciók kezdeményezésében, sem azok szervezésében, értékelésében és továbbfejlesztésében nem megfelelőek.

Az egészségügyi ellátás folyamatai esetében az is problémát képez, hogy nem kellően ismertek a háziorvosi szolgálatok működésére vonatkozó minőségi és teljesítményadatok, a felállított diagnózisok, az ehhez rendelt gyógyszerelés, megtörtént-e a definitív ellátás, vagy további vizsgálatokra, kezelésekre utalás történt-e.

Az alapellátáshoz tartozik a közvetlen lakókörnyezetben elérhető házi orvosi, házi gyermekorvosi, védőnői, iskola-egészségügyi, foglalkozás-egészségügyi és fogorvosi szolgálat.

A körzeti orvosi rendszert 1992-ben felváltó házi orvosi szolgálat két fő célja

1. az orvos és beteg közötti viszony megváltoztatása a szabad házi orvos – választás bevezetésével,
2. kapuőri feladatok ellátása.

Az önálló diszciplinaként létrejött általános orvoslás alap gondolata a közösségi orvoslás, a család és az egyén folyamatos ellátása és gondozása. Itt lehet a leghatékonyabban és következetesen megvalósítani a prevenciót, ezért az alapellátáshoz tartozó általános orvoslásban kiemelt fontosságú a preventív szemlélet kialakítása és a megelőző ellátási folyamatok alkalmazása.

A házi orvosok és a házi gyermekorvosok munkáját segítik a házi-ápolási és gondozó szolgálatok, valamint a gyermekvédelmi illetve korai fejlesztő szolgálatok.

A házi orvosoknak versenyezniük kell a páciensekért, illetve azok megtartásáért, így fontosabbá vált a páciensek bizalma és az orvosi tevékenységgel való megelégedettség elnyerése.

A házi orvos másik fő szerepe az ún. kapuőri (gatekeeper) feladatok ellátása, a beteg és az egészségügyi ellátórendszer első találkozási pontjává való válás, annyi befejezett ellátás nyújtása, amennyi lehetséges, a házi orvosnak a beteggel együtt való döntése a szakellátás igénybevételéről, a beteg útján racionalizálásáról. Alapvető fontosságú, hogy a beteg a lehető leghamarabb az egészségi állapota által igényelt, megfelelő orvosi kezelést kapja meg.

❖ **A házi orvosi ellátás jellegzetességei**

A házi orvosi praxis feladatai a prevencióban

A házi orvosi praxis „közösségi orvoslás”, a lakossági szintű prevenció színtere. A házi orvos feladatkörébe tartozik számos olyan tevékenység, mely nemcsak az egyén, hanem az ellátott közösség, ezen keresztül a társadalom egészségi állapotát is befolyásolja.

Ilyenek a szűrések, a védőoltások, a krónikus betegek gondozása, vagyis összességében y prevenció ágazati, feladati tehát különösen:

- a mikro – és makrokörnyezet védelme, a praxis lakosságát közvetlenül befolyásoló káros környezeti hatások elleni küzdelem kezdeményezése, koordinálása, a fokozott expozíció figyelembe vétele
- családok megismerése.
- az egyén – család – környezet kockázati tényezőinek holisztikus szemléletű megközelítése, a rizikószint ismerete
- törekvés a közösség és a közösségben zajló folyamatok megismerésére, és az életmódot, életvitelt befolyásoló hatások nyomon követésére, a közösségre alapozott egészségnevelő programok kezdeményezésére
- folyamatos egészségnevelés – tanácsadás
- a házi orvos az ellátott lakosság egyéni és közösségi szintű egészségi állapotának javítására törekszik, melynek érdekében mindenkor helyénvalóan és hatékonyan avatkozik be törekvéssel ellentétes folyamatokba.

A házi orvosi praxis „elérhető maximális eredménye” a saját körülményeinek és feltételeinek körülményei közötti, a saját betegcsoportjai ellátása során elérhető legnagyobb eredményt jelenti.

A házi orvosi praxisban a betegellátás legteljesebb folyamatai működnek, a házi orvos kompetenciakörének megfelelően.

A házi orvosi praxis legfőbb folyamata a beteg bejelentkezése (a születéssel, vagy a praxisba történő befogadással) egy életen át tartó követése, végül a kijelentkezése (halál, vagy más praxisba történő átadás).

A házi orvosi ellátás algoritmusának folyamata:

Ideális esetben a páciens – előjegyzési időpont alapján – megjelenik a praxisban, melynek regisztrálása a páciens azonosításával – adatfelvétel, egyeztetés – és ellátási szükségletének sürgősségi besorolásával megtörténik. Amennyiben sürgősségi ellátásról van szó, a megfelelő ellátás után – a sürgősségtől függően akár mentőszállítással – beteget szakellátásba kell irányítani, ahonnan majd visszatérve – aszerint, hogy meggyógyult – e, vagy sem – házi orvosi gondozásba kell venni, illetve krónikusbeteg – gondozási feladatok elvégzésével kerül a házi orvosi gondozásba.

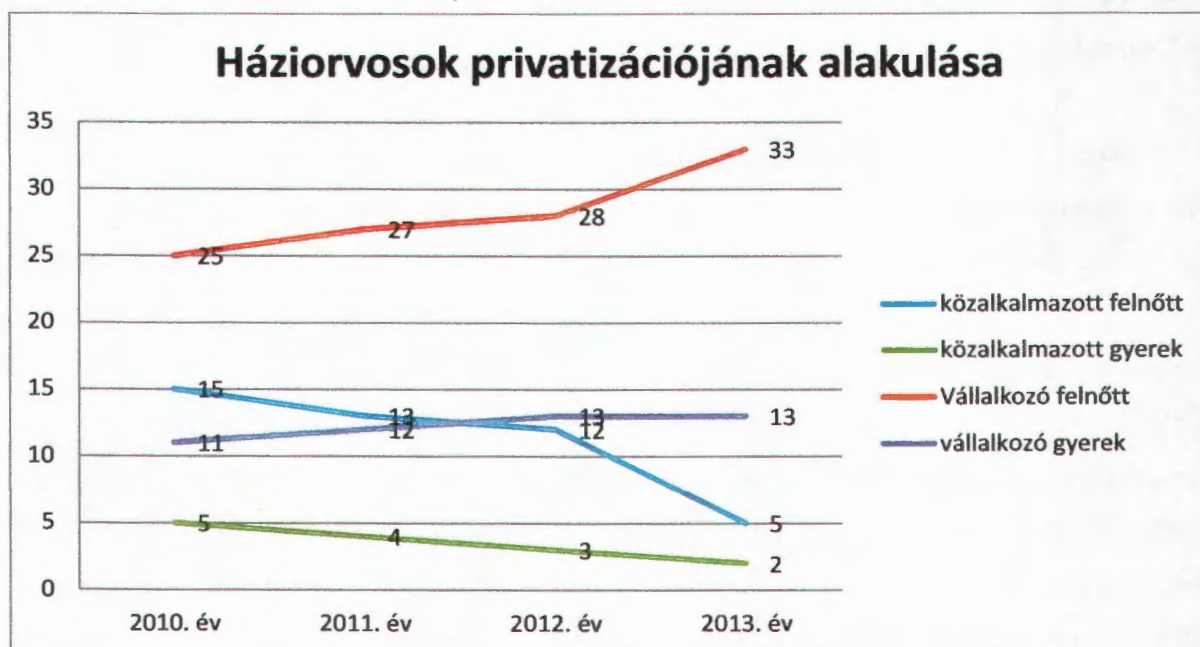
Ha nincs szükség sürgős szakorvosi ellátásra, megtörténik az első állapotfelmérés és a törzskarton kiállítása, és ha nincs akut panasz, megtörténik a háziorvosi prevenció program előkészítése, amely folyamánya a háziorvosi gondozásba vétel. Akut panasz esetén aktuális állapotfelmérésre kerül sor.

Ha akut panasz nincs, lehetséges, hogy ún. adminisztratív megjelenés történt, ekkor az ezzel járó kötetmek után történik meg a gondozásba vétel. Más esetben a krónikusbeteg – gondozási feladatok után következik a háziorvosi gondozás.

Az aktuális állapotfelmérés alapján születik meg a diagnosztikai terv. Amennyiben indokolt, szakkonzíliumot követően aktuális az iránydiagnózis felállítása és a beteg tájékoztatás.

A betegellátás és a praxismenedzsment **Kőbányán** is jellemzően a háziorvos felelőssége és tevékenysége is egyben, miközben legtöbb esetben ő maga a tulajdonos is.

Időszak	Vállalkozó felnőtt	közalkalmazott gyerek	vállalkozó gyerek
2010. év	25	5	11
2011. év	27	4	12
2012. év	28	3	13
2013. év	33	2	13



A háziiorvosi praxis különleges helyzetben van a más, intézményi szintű egészségügyi szolgáltatókkal szemben: a háziorvos egy személyben a praxis szakmai és menedzseri vezetője, ugyanakkor a közvetlen ellátó is.

A háziiorvosi praxisban tehát a háziorvosnak – mint ellátónak és vezetőnek – a döntései során egy időben kell szakmai és praxis szervezeti eredményeit befolyásoló szempontokat is figyelembe vennie, melyet kiegészít a tulajdonosi funkciója.

Ahhoz, hogy a praxis kompetenciájának megfelelő, széles körű és definitív ellátást nyújthassa az alábbi feltételeknek kell teljesülniük:

- személyi feltételek: képzettség, motiváció, attitűd
- anyagi fedezet és tárgyi feltételek
- felkészült team
- folyamatos képzéssel megszerzett és fenntartott tudás és gyakorlat
- kommunikációs képesség
- hatékony praxismenedzsment.

Az egészség – és szakmapolitika definitív ellátást vár el a háziiorvosi praxisoktól.

Az erre vonatkozó jogszabály, a **háziiorvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi tevékenységről szóló 4/2000 EüM rendelet gyakorlatilag a teljes egészségügyi ellátás palettáját a háziorvos kötelező feladataként határozza meg:**

„3. § (1) A háziorvos köteles ellátni az ellátási területén lakó, a külön jogszabályban foglaltak szerint hozzá bejelentkezett és az általa elfogadott biztosítottakat.

(3) A háziorvos köteles ellátni továbbá a rendelési idejében hozzá forduló személyeket, ha heveny megbetegedésük vagy krónikus betegségük miatt ellátatlanságuk az egészséget károsító vagy a gyógyulást lassító állapotromláshoz vezethet.

4. § (1) A gyógyító-megelőző alapellátás keretében a háziorvos feladatkörébe tartozik különösen az egészséges lakosság részére nyújtott tanácsadás és szűrés, a beteg vizsgálata, gyógykezelése, egészségi állapotának ellenőrzése, orvosi rehabilitációja, illetve szükség esetén szakorvosi vagy fekvőbeteg-gyógyintézeti vizsgálatra, gyógykezelésre való utalása.

(2) A házi orvos feladatkörébe tartozik továbbá:

- a) a terhesgondozásban való közreműködés,
- b) a közegészségügyi-járványügyi feladatok ellátása az 5. §-ban foglaltak szerint,
- c) az egészségnevelésben és az egészségügyi felvilágosításban való részvétel,
- d) külön jogszabályban foglaltak szerint az életkorhoz kötött szűrővizsgálatok elvégzése és az egyes népegészségügyi célú, célzott szűrővizsgálatokban való közreműködés, valamint együttműködés az ellátási területén ilyen szűrővizsgálatot végző egészségügyi szolgáltatóval és a végrehajtásért felelős szervvel,
- e) az önkormányzattal kötött szerződésben rögzítettek szerint az ügyeleti szolgálatban való részvétel,
- f) külön engedély alapján a kézi gyógyszerár kezelése,
- g) külön jogszabályban meghatározott orvosi, orvosszakértői feladatok,
- h) külön jogszabályban foglaltak szerinti halottvizsgálat ellátása.”

Ezen belüli mozgásterében jelenleg csak egyetlen ajánlás, a „Házi orvosi hatásköri lista” segít. A házi orvosnak az ellátás nyújtása során nagyon körültekintően kell tehát meghatároznia, mit jelent a definitív ellátás.

Az előzőekben leírtak értelmében **a házi orvosi praxis jellegzetességei:**

I. A házi orvosi ellátás folyamata

1. páciens bejelentkezés és irányítás
2. betegvizsgálat
3. diagnosztika
4. gyógykezelés
5. prevenció – megelőzés, szűrés, gondozás
6. betegjogok, tájékoztatás, adatkezelés

II. Minőségmenedzsment

III. Praxismenedzsment

IV. Gazdálkodás az erőforrásokkal

1. humán erőforrás – menedzsment
2. épületek, berendezések biztonsága

Védőnői hálózat működése

Magyarország kedvezőtlen népegészségügyi állapota miatt különösen fontos cél a lakosság egészségnyereségének javítása, melynek a hatékony növelését elsősorban egészségfejlesztéssel lehet megvalósítani. Ebben a védőnői ellátás nélkülözhetetlen.

A védőnői ellátás preventív, humánus szemléletű és segítő értékrend alapján végzi a családközpontú gondozást, mely az egészség megtartását, fejlesztését szolgálja. A védőnők azokban az életszakaszokban segítik a családokat, amikor eldőlhet az egyén életútja, s az egészségben megélt életévek megalapozásra kerülnek.



A védőnői munkában különösen fontos jelentőségű, hogy a tevékenységüket ott végzik, ahol a gondozottak életvitelszerűen tartózkodnak. Elsődlegesen az egészségügyben, továbbá a közoktatási intézményekben és a szociális ellátásban teljesítik feladataikat. Jelentős szerepet töltenek be a helyi civil és karitatív tevékenységek közvetítésében, összehangolásában, megszervezésében, együttműködnek a helyi közigazgatással, az egészségügyi és más szolgáltatásokkal, hatóságokkal, valamint a civil karitatív szervezetekkel. A lakosság demográfiai és népegészségügyi helyzetéhez, kielégíthető szükségleteihez alkalmazkodó folyamatos egészséggondozást nyújtanak.

A megváltozott igényeknek megfelelően a védőnői szakmát is olyan új alapokra kell helyezni – egy egységes szerkezetű, minden területen egységes ellátást nyújtó, hosszú távon működőképes, önálló szervezeti struktúrával rendelkező, az alap – és szakellátási rendszerekhez funkciójában jól illeszkedő szolgálat fejlesztésével, a minőségi elemek és jellemzők beiktatásával – amely arra törekszik, hogy hatékonyan valósítsa meg a lakosok lehető legjobb egészségi állapotát.

Ennek érdekében a minőségi elvárások, a standardok alkalmazása, a minőségirányítási rendszer működése és fejlesztése elengedhetetlen lenne a védőnői szolgálat munkájában.

A minőségirányítás láthatóvá tudja tenni a védőnői ellátás eredményességét éppúgy, mint a gyenge pontjait, egyidejűleg megteremtve a pozitív változás szükségességét és lehetőségét.

A védőnői szolgáltatásnak is alkalmaznia kell az új tudományos kutatásokra és egészségügyi technológia – elemzésekre épülő tudást, és kombinálnia kell azt azzal a minőség szemlélettel, amely folyamatosan fejleszti a védőnői ellátás minőségét.

❖ **Az egészségügyi ellátás eredményei**

Az egészségügyi ellátás eredményei négy fő csoportra oszthatók:

1. Szakmai eredmények, elsősorban az elkerülhető halálozás csökkenése, az életminőség javulása.
2. Gazdasági eredmények.
3. Elégedettség.
4. Társadalmi hatás.

A négy meghatározó komponenst nehéz szétválasztani, mivel kölcsönhatásban állnak egymással. A szakmai eredmények (a halálozás csökkentése, az életminőség javítása, az eredményes gyógyulás) függenek a rendelkezésre álló erőforrásoktól. Az egészségi állapot javulása ugyanakkor visszahat a gazdasági teljesítőképességre, és ennek okán javíthatja az országos gazdasági eredményeket is.

A jelenlegi egészségügyi struktúrában és folyamatokkal – a szükséges szakmai szabályozás és szakmai minőség-ellenőrzés nélkül – az egészségügyi ellátórendszer már nem fogja tudni biztosítani a források hatékony felhasználását, és a lakosság egészségi állapotának megfelelő fejlődését. Ennek okán kulcsfontosságú tényező a hatékonyság javítása.

❖ **Az egészségügyi ellátás fejlesztése**

Az egészségügyi ellátás fejlesztése az egészségügyi ellátórendszer céljai szerint három nagy csoportra osztható:

1. az élet meghosszabbítása,
2. az életminőség javítása,
3. a populációs érdekek érvényesítése.

Az élet meghosszabbítása a betegségek megelőzésével / leküzdésével / gyógyításával lehetséges.

Az életminőség javítása szempontjából az eredményes prevenció mellett az egészségben eltöltött életevek számának növelése is lényeges. Az életminőséget – a gyógyítás eredményessége mellett – alapvetően befolyásolja az egyének önellátó képessége, illetve elvesztett képességeinek pótlása is. E tekintetben nem csupán az alapfunkciók pótlásáról, helyettesítéséről van szó, de ide tartozik a teljes élet megéléséhez szükséges teljes fizikai és mentális funkciókör is. Az egészséggel kapcsolatos életminőséget az egészséggel kapcsolatos elvárásaink és tapasztalatunk közötti eltérés határozza meg. Az életminőség dimenziójába tartozik a kialakult állapotok elfogadása, a fájdalommentes élet, a saját helyzettel való együttélés. Az életminőség fogalom tehát arra vonatkozik, hogy a betegség, vagy az ápolásra szorulás korlátozza – e a beteget a normális szerepeinek betöltésében.

A populációs érdekek érvényesítése csoportba tradicionálisan a járványügy, illetve általában a klasszikus közegészségügy új népegészségügyi megközelítése során az erőforrások célszerű hasznosítása, a populációs szintű egészségnyereség maximalizálása is beleértendő.

A fentiekben megfogalmazott célok megvalósítása érdekében **az ellátórendszert a következőkben felsorolt elvárásoknak kell jellemeznie:**

- **Biztonságosság:** mert az egészségügyi személyzet valamennyi szolgáltatás nyújtása során a lehető legnagyobb gondossággal jár el az esetleges sérülések, károsodások elkerülése érdekében.
- **Hatásosság:** mert minden gyógyító – megelőző eljárás bizonyítottan terápiás hatással rendelkezik és a terápiára megfelelő szakmai indokoltság alapján került sor.
- **Betegközpontúság:** mert a szolgáltatások nyújtása a beteg érdekének és megelégedettségének központba helyezésével, szükségleteinek, igényeinek figyelembevételével és az értékrendjének elfogadásával történik, az őt megillető kellő tisztelet megadása mellett.
- **Megfelelő időben történés:** mert a szükséges ellátások során a minimumra csökkentve a az idővesztés miatti kockázatokat és optimalizálva a személyzet munkaerő – kihasználását is.
- **Igazságosság:** mert az egészségügyi szolgáltatásokat kortól, nemtől, lakóhelytől, iskolázottságtól, vallási vagy etnikai hovatartozástól függetlenül mindenki és mindenhol egyenlő eséllyel éri el.
- **Hatékonyság:** mert a rendelkezésre álló forrásból a lehető legnagyobb egészségnyereséget biztosítja, és egyben a legkisebb pazarlással jár.

Az egészségügyi ellátáshoz való egyenlő hozzáféréshez való jog még annak ellenére sérül, hogy az egészségügyi ellátás technikai minősége az utóbbi évtizedekben javult, egyértelműen bővült a rendelkezésre álló egészségügyi technológiák köre.

Sajnos abban a szemléltben sem történt változás, hogy ami „ingyen van”, azt igyekeznek kontrollálatlanul igénybe venni, s ez rontja az ellátórendszer hatékonyságát.

Az egészségügyi ellátórendszer hatékonyságának növelése szempontjából fontosak a prevenciók tevékenységek: az időben észrevett, korai szakaszban felismert betegségek bizonyos típusai költséghatékonyabban kezelhetők.

A felvázolt problématerkép megoldási javaslatai

I. Kedvező környezeti feltételek alakításának programjai

❖ Életmód és egészségfejlesztés

Az egészségi állapotot döntő mértékben az életmód határozza meg. Az egészségtelen életmód a hiányos egyéni egészségismeretekkel, az egészséges életvitelhez szükséges motiváció és készségek hiányával magyarázható. Az egészségtelen életmód megváltoztatásának középpontjában az egészségfejlesztés áll.

Az ún. **Ottawai Charta** az egészségfejlesztést úgy határozta meg, mint azt a folyamatot, amely képessé teszi az embereket az egészségük feletti kontroll megszerzésére és egészségük fejlesztésére. Az egészségfejlesztés fogalmába a korábban használt egészségmegőrzéssel szemben beletartozik az egészségesek mellett a beteg egyének folyamatos és tudatos támogatása is, amely megfelel a megelőzés általános elvének.

Az egészségfejlesztés a megelőző, prevenciós tevékenység része.

A prevenciónak az alábbi három formáját különböztetjük meg:

1. Elsődleges megelőzés (**primaer prevenció**): a specifikus rizikótényezők kontrollja, a kiemelten egészségkárosító életmódbeli tényezők csökkentésével és az egészségtudatos viselkedés elősegítésével. A hagyományos egészségügyi felvilágosítás az ismeretek átadására helyezi a fő hangsúlyt, a modern egészségnevelés / egészségfejlesztés az attitűdformálást és a készségek fejlesztését is magában foglalja.
2. Másodlagos megelőzés (**secundaer prevenció**): elsősorban a betegségek korai stádiumban történő felismerése és az azonnali gyógykezelés. Ennek feltételei: a preventív egészségmagatartás, a megelőző orvoslás lehetőségének a kihasználása, a megelőzéshez való hozzáállás. Az egészségtudatosság alacsony szintjét sok esetben az ismeretek hiánya, vagy téves volta okozza, valamint a félelmek is akadályozhatják az igénybevételt.
3. Harmadlagos megelőzés (**terciaer prevenció**): az állapotromlás, vagy a szövődmények kialakulásának a megelőzése. Az ide tartozó gondozás és rehabilitáció biztosítják, hogy a krónikus betegek is megfelelő életminőséget érjenek el, melyeknek során is lényeges a betegek aktív közreműködése az egészségi állapotuk alakításában.

A jelenlegi rendkívül kedvezőtlen egészségi mutatókon csak **átfogó, megelőző jellegű programokkal** lehet eredményesen javítani:

- ❖ teljes körű, folyamatos lakossági egészségnevelés,
- ❖ egészséges táplálkozáshoz fontos élelmiszerek gyártásának és választékai bővítésének az elősegítése,
- ❖ közétkeztetésben az egészséges táplálkozásnak megfelelő étrendek bevezetése.
- ❖ rendszeresen fizikai aktivitás végzése,
- ❖ dohányzás arányának csökkentése.

Magyarországon szükséges annak a társadalmi környezetnek és népegészségügyi szakembergárdának a kialakítása, amely támogatni tudja az egészséges életmódra irányuló törekvéseket, és így - egyéni és közösségi szinten egyaránt - emelné az egészség jelenleg nem megfelelő értékét.

A szűkös erőforrásokból nem lehet valamennyi beteg számára finanszírozni az összes rendelkezésre álló egészségügyi szolgáltatást, tehát ennek okán rangsorolni kell. A rangsorolás az egészségügyi ellátás olyan korlátozása, amelynek révén egy beteg – az erőforrások szűkössége miatt – nem kap meg minden olyan ellátást, amely pedig az ő állapotában hasznos lenne. A rangsorolást indokolja, hogy sehol a világon nincs olyan gazdag egészségügyi rendszer, amely minden beteg számára minden ellátást biztosítani tudna.

A szükséglettel alátámasztott igények szerint megvalósuló egészségügyi ellátás – amely a korlátozást, azaz az ellátottak és a kapott szolgáltatások rangsorolását egyaránt magában foglalja – nem valósulhat meg az egészségügyi technológiáknak a populáció érdekét figyelembe vevő értékelése, illetve ezt követően a bizonyítottan hatásos, eredményes és hatékony technológiák kiválasztása és alkalmazása nélkül.

A modern egészségügyi ellátás több tevékenység és folyamat összességét jelenti még egy olyan kis szolgáltató esetében is, mint a háziorvosi praxis.

Az egészségügyi szolgáltatás minősége olyan értékítélet, amely az egészség megőrzésében, helyreállításában és fenntartásában részt vevők által ki nyilvánított és elvárható igények megvalósításának mértékét fejezi ki.

Ugyanakkor a minőség és hatékonyság növeléséről és az alacsonyabb költségek elérésének képességéről is szól, tehát hogy kevesebb ráfordítással több vagy jobb szolgáltatás kerüljön kialakításra.

❖ **Az egészségügyi ellátás során fellépő lehetséges kockázatok:**

Épület, készülék, műszerkarbantartás

- ❖ nem biztonságos épület
- ❖ mechanikailag nem megfelelő műszerek

Az ellátók szintjén

- ❖ nem megfelelő szakmai tudás, kompetencia
- ❖ elégtelen tapasztalatok
- ❖ túlterheltség
- ❖ stressz
- ❖ az adatok félreértelmezése (adathiány)
- ❖ a kompetenciaszintek nem egyértelmű rögzítése

Az egészségügyi szolgáltató szervezet szintjén

- ❖ a szabályozás és ellenőrzés hiánya
- ❖ információs és kommunikációs zavarok
- ❖ nem egyértelmű folyamatok és hatáskörök.

A páciensek, az orvosok és az ellátás egyéb érdekelt felei a minőség egyes komponenseit különbözőképpen, a saját szempontjaik szerint ítélik meg:

- ❖ a páciensek számára elsősorban a rokonszenvedés, az udvariasság, a tünetektől való megszabadulás vagy az életfunkciók javulása,
- ❖ az orvosok számára elsősorban a technikai tudás, a döntési szabadság az ellátásnyújtásban és a megfelelő eredmény
- ❖ a felhasználók számára a hatékonyság és a megtakarítás mértéke.

Az egészségügyi ellátórendszer és a szolgáltatók minden szintjén folyamatos a vita a minőségügyről: egyrészt az érintettek közötti folyamatos feszültség, másrészt az egészségügyi ellátás és a szociális környezet állandóan változó természet miatt.

A „viták” révén a minőség fogalma állandóan változik, de a „viták” eredményeként maga is – a társadalomhoz hasonlóan – fejlődik.

❖ **A struktúra, a folyamat és az eredmény jelentése az egészségügyi dolgozók számára**

Struktúra

- ❖ jó fizetés
- ❖ munkahelyi komfort
- ❖ szociális helységek
- ❖ védőruházat
- ❖ korszerű, könnyen kezelhető diagnosztikai, terápiás és ápolási eszközök

Folyamat

- ❖ egyszerű biztonságos diagnosztikai, terápiás és ápolási folyamatok
- ❖ beleszólás a szolgáltató működésébe
- ❖ az egészségügyi technológiák széles választéka
- ❖ szakmai irányelvek alkalmazása
- ❖ páciensek tájékoztatása

Eredmény

- ❖ A páciens teljes körű tájékoztatásának eredménye, ami befolyásolja a páciens – compliancet és a páciens aktív részvételét
- ❖ Gyógyult, állapotában javult, elégedett páciens
- ❖ Munkahelyi megbecsülés, dolgozói elégedettség
- ❖ Felhatalmazás

❖ **A struktúra, a folyamat és az eredmény jelentése a páciensek számára**

Struktúra

- ❖ Az egészségügyi ellátás körülményei (komfort, kedvesség, biztonság)
- ❖ A beteget az állapotáról tájékoztató információs lehetőségek
- ❖ Az egészséget kedvezően befolyásoló terápiás lehetőségek

Folyamat

- ❖ Diagnosztikai eljárások okozta megterhelés (fájdalom, időtartam)
- ❖ Terápiás eljárások okozta megterhelés (fájdalom, időtartam)
- ❖ Rövid ideig tartó hospitalizáció
- ❖ Az ápolási folyamat gyakorisága
- ❖ Kommunikáció

Eredmény

- ❖ A szellemi és a testi állapotban, az életminőségben bekövetkezett javulás
- ❖ Elégedettség.

A betegelégedettség mérése

Az egészségügyi szolgáltatók számára nemcsak a szakmailag indokolt beavatkozások kivitelezése a fontos, hanem annak is jelentősége van, hogy a páciens milyen formában és milyen körülmények között kapja meg a szükséges szolgáltatásokat.

A változatos és néha egymásnak ellentmondó felhasználói csoportok igényeinek kiismerése és kiegyensúlyozása kihívást jelent az egészségügyi szolgáltatók számára.

A betegelégedettséggel kapcsolatos eredmények jelzik a páciensek véleményét az ellátás folyamatáról vagy egészségi állapotuk (testi, lelki, mentális) alakulásáról.

A páciensek értékelhetik az egészségügyi ellátást abból a szempontból, hogy az alkalmazott eljárás mennyire felel meg szociális helyzetüknek a munkavégzés, vagy az iskolába járás szempontjából.

A páciensek elégedettsége két formában mérhető:

- ❖ Spontán bejelentések száma alapján (felhasználói panaszok gyakori jellemzői a minőségi problémáknak, viszont a bejelentések alacsony száma nem jelent szükségszerűen magas szintű elégedettséget, mivel az elégedetlen felhasználók a leggyakrabban egyszerűen – panasz megtétele nélkül – máshol fogják igénybe venni a szolgáltatásokat)
- ❖ Betegelégedettségi vizsgálatok (három funkciót töltenek be: kommunikációs eszköz, kiegészítő információk gyűjtésének az eszköze, a minőségügyi rendszer részeként az ellátás színvonalának javításának az eszköze)

Összefoglalóan, tehát a három alapvetőnek tekintendő érték:

- ❖ az egészség alapvető emberi jog;
- ❖ az egyenlőtlenségek csökkentése és a szolidaritás;
- ❖ az egyének, csoportok, intézmények és közösségek részvétele és felelőssége az egészség fejlesztésében.

II. Egészséges életmód népszerűsítésének programjai

A hazai táplálkozási szokások egészségtelenek: túlzott az energia-, zsír- és só-bevitel, elégtelen a rost-, zöldség-, főzelék- és gyümölcsfogyasztás.

A magyar felnőtt lakosság jelentős része túlsúlyos, illetve elhízott, napi átlagban alig tölt többet tíz percnél szabadidős testmozgással és tíz felnőttből hat, sem hét közben, sem hétvégén nem mozog.

A felnőtt férfiak 41, a nők 26%-a dohányzik több-kevesebb rendszerességgel, főként a fiatal nők között a dohányzók aránya gyorsan emelkedik. Csupán a dohányzással összefüggően évente 28 000 ember hal meg az országban.

Magas az alkoholisták száma és terjed a kábítószer-fogyasztás.

A népesség jelentős részénél hiányzik a mindennapi élet problémáival való megbirkózás képessége, széleskörűen elterjedtek a lelki egészség zavarai.

Az életmód egészség szempontjából kedvező irányú befolyásolása nehéz és rendkívül összetett feladat, a kormányzat, a közintézmények, a civil szféra, a gazdasági és társadalmi élet szereplőinek.

A médiának átgondolt, összehangolt cselekvései folyamatában valósítható meg egy tízéves, szakmailag megalapozott, társadalmi és politikai egyetértésre támaszkodó stratégia útján. Az egészségi állapot javulása gyakran olyan folyamatokkal függ össze, amelyek nem közvetlenül az egészséget célozzák: ilyen például a gazdasági növekedés, az életviszonyok javulása, a munkanélküliség csökkenése, amelyek együttesen hozzájárulhattak az utóbbi évek hazai halálozási mutatóinak lassú javulásához.

A jó egészség elsősorban nem az egészségügyi szolgálaton vagy az orvoson múlik, egészségi állapotunkat elsődlegesen mindennapi döntéseink, közvetlen környezetünk, a család, az iskola, a munkahely, a lakóhely határozzák meg.

Az egészségügyi ellátórendszer fő feladata a gyógyítás, melyen belül az alapellátás szerepe megkérdőjelezhetetlen a mindenki számára hozzáférhető megelőzési, egészségfejlesztési szolgáltatások biztosításában.

A korszerű egészségfejlesztés főbb elveit és kulcsterületei:

- ❖ az egészséget támogató társadalompolitika fejlesztése;
- ❖ az egészséget segítő környezeti feltételek kialakítása;
- ❖ közösségi cselekvés;
- ❖ az egészséges élet egyéni készségeinek erősítése;
- ❖ az egészségügyi ellátás megelőzési szerepének hangsúlyozása.

Különleges figyelmet kell szentelni a következőknek:

- ❖ az ifjúság kérdéseinek;
- ❖ az öregkor problémáinak;
- ❖ az esélyegyenlőség megteremtésének, és
- ❖ az élet színterein az egészséget támogató környezet kialakításának.

Fontos célkitűzés az elsődleges megelőzés érvényesítése a következő területeken:

- ❖ a dohányzás visszaszorítása;
- ❖ az alkohol- és drogprevenció;
- ❖ az egészséges táplálkozási szokások elterjesztése és az élelmiszer-biztonság fejlesztése;
- ❖ az aktív testmozgás elterjesztése;
- ❖ a közegészségügyi és járványügyi biztonság fokozása, valamint
- ❖ az egészséges fizikai környezet kialakítása.

Lépéseket kell tenni az idő előtti és elkerülhető halálozások, megbetegedések, fogyatékoságok megelőzése területén is.

Prioritásként kezelendő:

- ❖ a koszorúér- és agyérbetegségek okozta halálozások visszaszorítását;
- ❖ a daganatos halálozás növekedési trendjének megállítása, visszafordítását;
- ❖ a lelki egészségvédelem megerősítését;
- ❖ a mozgásszervi betegségek és az abból eredő szövődmények csökkentését, valamint
- ❖ az AIDS és más szexuális úton terjedő betegségek megelőzését.

III. Egészségfejlesztő életciklus egészségfejlesztési programjai

A magyar népesség egészségi állapotában kedvezőtlen változások voltak megfigyelhetők az elmúlt három évtizedben, amelyek a társadalmi-gazdasági feltételek változásával voltak kapcsolatban.

Az egészséget a mindennapi élet alakítja. Az egészségtudatos magatartás kialakulásának intézményes kereteit a család lakóhelye, a helyi közösség, a munkahely, az iskola és az egyéb társadalmi intézmények alkotják.

Különös jelentősége van az egészséges életkezdetnek, a gyermekek és az ifjúság, egészségfejlesztésének. Az egészséges életre való felkészítés beruházás a jövőbe, és hosszú távon egy a mainál sokkal egészségesebb Magyarország ígérete. A gyermekek, az ifjúság körében a legjobbak a kedvező változás esélyei, ez hatással lehet a család egészére.

Cél, hogy minden felnövekvő generáció számára már a fogantatástól kezdve biztosított legyen az egészséges fejlődés lehetősége, továbbá, hogy az oktatási intézmények az egészségfejlesztés alapvető színtereivé váljanak.

A bölcsődei illetve az óvodai ellátás keretében a prevenció a házi gyermekorvosok, védőnők és gyermek fogorvosok szoros együttműködésével valósul meg. Ebben a korban létfontosságú az egészséges életmódra nevelés rögzítése, mivel a későbbiekben ez meghatározó szerepet fog játszani a kialakult életvezetésében, mely szokások ekkor rögzülnek a legkönnyebben.

Ennek a kialakulásában és rögzülésében a házi gyermekorvos, a védőnők, a gyermek ellátó intézmények valamint a szülők szoros együttműködése kell.

Ugyanakkor érdemes és kellő odafigyeléssel kialakítható és sokszori ismétléssel rászoktatható a gyermek a rendszeres testmozgás mindennapivá tételére és nem utolsó sorban az ehhez elengedhetetlenül szükséges egészséges táplálkozási szokások megragadásához.

Itt még külön szót érdemelnek a kötelező és nem kötelező védőoltások szerepei, mivel a kötelező védőoltások beadása nélkül a gyermek nem vehet részt közösségi életben (kullancs encephalitis elleni nem kötelező védőoltás példának okáért, mint nem kötelező oltás).

Végül, de nem utolsó sorban a mozgásszervi, látás, hallás egyéb elváltozások kiszűrésének is ekkor van a legfontosabb szerepe a későbbi akár visszafordíthatatlan deformitások véglegessé válása előtt, illetve a gyógytorna szolgáltatás megkezdésének is ilyen korban van a legnagyobb mértékű hatékonysági rátája.

Javítani kell a családtervezési szolgáltatások színvonalát a meglévő intézményrendszer hatékonyságának növelésével. Kiemelten jelentős a minden család számára elérhető és hozzáférhető védőnői szolgálat fejlesztése.

Fontos a lakosok jelentős részét érintő jódhiány kezelési stratégiájának kidolgozása és a hatékony megoldás megvalósítása.

A megfelelő szájhigiéne biztosítása együttes, egyszerre alkalmazott módszerek használatát igényli: a cukortartalmú ételek fogyasztásának csökkentése, fluortartalmú szájpolási készítmények használata különösen gyermekkorban, a szájpolás kultúrájának és szokásainak elterjesztése és fejlesztése, a dohányzás és alkoholfogyasztás visszaszorítása, valamint a megelőző fogorvosi ellátás hozzáférhetőségének javítása

Az **idős állampolgárok** számbeli és társadalmi súlya egyre nő, számukra is biztosítani kell az esélyt az aktív életre, az önmegvalósításra. Az idősök sajátos problémáinak oktatása az egészségügyi és szociális irányú képzés részévé kell váljon. Társadalmi szemléletváltás a feltétele annak, hogy az időskort, mint tevékeny és hasznos életszakaszt lássa az emberek többsége, ehhez szükséges a média elkötelezettsége és tájékoztató munkája. Az idősök életminőségének javításához kiemelten fontos az egészségügyi és szociális intézményrendszer egyes elemeinek fejlesztése, az alapellátás és szociális intézmények idősbaráttá tétele. Az időskorúak ellátása kapcsán a prevenció illetve a szűrést az idősök klubja keretében megvalósuló közös programok és megmozdulások teszik elérhetővé (például nordic walking megmozdulás).

IV. Fokozottan hátrányos helyzetűek egészségtudatos magatartás fejlesztési programjai

❖ Hátrányos helyzetű lakosok

A szegénység, hátrányos helyzet a rossz egészség fő társadalmi meghatározója, a krónikus betegség, fogyatékoság viszont társadalmi hátrányok szervező magja. Az e területen megnyilvánuló egyenlőtlenségek csökkentése, az esélyteremtés. Ennek két útja van:

- a lakosság kockázati tényezőiben, egészségi állapotában meglévő egyenlőtlenségek mérséklése;
- a hátrányos helyzetű csoportok életkilátásainak, egészségi állapotának, életmódjának célzott javítása.

A fő cselekvési lehetőségek:

- a hátrányos helyzetűek önszerveződésének elősegítése, a területen dolgozó civil szervezetekre támaszkodás, együttműködés;
- egyéni megküzdési stratégiák kialakítását segítő szolgáltatások fejlesztése;
- az alapellátás hozzáférhetőségének javítása;
- a társadalmi támaszrendszer erősítése;
- a lakosság informálása az egészségét befolyásoló tényezőkről.

Az elsődleges célcsoport a hazai roma lakosság, de ki kell terjeszteni a szegényekre, munkanélküliekre és az egyéb hátrányos helyzetű csoportokra is.

A színtérprogramok az élet mindazon közösségi színtereinek egészségesebbé tételét szolgálják, amelyekben az emberek életük nagy részét töltik.

V. Egészségkárosító magatartások visszaszorításának programjai

❖ Életmódváltozás/változtatás szükségessége

Az emberi egészség kockázati tényezőinek a csökkentése alapcéljának eléréséhez a lakosság életmódjának kedvező irányú változásán keresztül vezet az út.

Az életmódprogramok kulcskérdése a mindennapi életben az egészséges választás problémája, melynek két oldala van:

1. Az egészséges választás lehetősége, illetve készsége,
2. a kínálati és keresleti oldal.

A kereslet és a kínálat egyidejű, az egészséges életmód érdekében való alakítása átfogó politikai stratégiákat feltételez. Nem elég csupán kerékpárutat építeni, vagy jobb zöldségválasztékot kínálni télen, ugyanakkor önmagukban a jobb ismeretek sem vezetnek feltétlenül cselekvéshez.

Az egészséges életmód hordozója a fejlett ipari társadalmakban a középosztály. Általában a szegény, hátrányos helyzetű rétegek (így hazánkban különösen a roma népesség) körében a legkedvezőtlenebb az egészségmagatartás, gyakoribbak a káros szenvedélyek, hiányzik a gondokkal való megbirkózás készsége.

Az életmód változása lassú, ellentmondásos folyamat, kitartásra, stratégiai gondolkodásra, a közösségi erőforrások mobilizálására, a kampányszerűség mérséklésére van szükség. Az egészséges életmód programjának sikere szorosan összefügg az egészséget támogató társadalmi környezet kialakításával és az elkerülhető halálozás, a betegségek megelőzésével.

Egy évtizednyi távon reális az esély az életmód egészségesebb irányba történő társadalmi szintű változtatására a táplálkozás, az aktív testmozgás tekintetében, a káros szenvedélyek mérséklésére (illetve a drog tekintetében a növekvés korlátozására), a környezet-egészségügyi helyzet javítására, mindezt oly módon, hogy különös figyelmet fordítunk a hátrányos helyzetű rétegek felzárkóztatására.

❖ Dohányzás

A **dohányzás visszaszorításában** kiemelten fontos a fiatalok rászokásának megelőzése, de nem feledkezhetünk meg a már szenvedélybeteggé váltakról sem. Ebben a küzdelemben stratégiai partnerek a civil szervezetek továbbá a felelősen gondolkodó egészségügyi dolgozók, pedagógusok. Az egészségügyi ellátás kiemelt feladata a leszoktatás intézményrendszerének működtetése.

Szükség van a lakosság részletes és rendszeres tájékoztatására a dohányzás személyes és közösségi szintű következményeiről.

Az OEFI- Dohányzás Megelőzési Játék 5-10 éves korú gyermekek részére ajánlott lenne minden nevelési-oktatási intézetbe, a hozzá szükséges Szoftver letölthető, számítógép kell, / ÁNTSZ kistérségi Intézete koordinálja a bérlés és kihelyezés folyamatát. Költségigénye ugyan elég magas, de a feltételek megteremtése szükséges a megelőzéshez.

Hasonló fontossággal bír a már sok éve dohányzó lakosság körében a dohányzásról való leszoktató programok kialakítása, mely a cigaretta személyre és környezetre gyakorolt káros hatásait is sikerrel megszüntetheti az anyagi megfontolásokról már nem is beszélve. A kampányok fontosságát és szükségességét mutatja, hogy 2012. évben az összes haláleset 16%-át tette ki a dohányzással összefüggést mutató haláleset, míg a korai halálozás szignifikánsabban magasabb 29%-át teszi ki.

A halálozási indokon kívül az életév és munkaév veszteség is kimagaslóan fontos mutatószám, melynek nagyságrendjei alapján szintén elmondható a dohányzás káros hatása, mivel a nők átlagosan 19, a férfiak legalább 16 életévet veszítenek és 25 ezer munkaévet veszített a társadalom.

A **passzív dohányzás** kockázatára feltétlenül fel kell hívni a figyelmet, mivel azon családtagok akik nem dohányoznak, de mellettük rágyújtanak otthon 12%-os arányban vannak, a nemdohányzók ötöde a közösségi tömegközlekedés várakozó és megállóhelyén is 21%-uk ki volt téve dohányfüstnek.

❖ **Alkoholfogyasztás**

Az **alkoholfogyasztási** szokások alakulása évszázados múlttal, mély kulturális beágyazottsággal rendelkező terület.

Társadalmi hatása sokrétű, a bűncselekmények, családon belüli erőszak, baleseti halálozás háttérben gyakran kimutatható az alkohollal való visszaélés.

A hatékony megelőzés több szintéren, egyszerre történik. Az iskolai, ifjúsági programok az információátadáson túl magatartási modelleket adnak és válaszadási képességet fejlesztenek. E mellett szükséges a társadalom széles körű tájékoztatása az alkohol túlzott fogyasztásából eredő egyéni és családi, közösségi kockázatok bemutatásával. A szűkebb és tágabb környezet, a munkahelyek, kisközösségek érzékenyítése és szemléletének megváltoztatása kritikus sikertényező. A segítségére kell sietni azoknak, akik szenvedélybeteggé váltak, önerőből képtelenek szakítani az alkohollal.

A korai problémaészlelés az alapellátáshoz és a munkahelyekhez köthető, itt jelennek meg az alkohol személyiség- és egészségkárosító következményei először. A problémás ivók és családon belüli áldozataik felismerése a hatékony intervenció alapja, melynek a korszerű addiktológiai ellátás fejlesztése a következő lépcsője.

Mindehhez szükséges az elkötelezett szakmai és civil szervezeteknek a támogatása, amelyek mélységeiben is ismerik az alkoholbetegség következményeit, birtokában vannak a közösségi beavatkozás eszköztárának. A helyi alkoholkoordináció, alkoholelleses küzdelem struktúráinak megteremtése, az érintett felek bevonása a helyi együttműködésbe (önkormányzat, szociális és egészségügyi ellátók és intézmények, civil szervezetek), valamint a szakértői bázis bővítése a fenntarthatóság feltétele.

❖ **Aktív testmozgás**

Az **aktív testmozgás elterjesztése**, a mozgás-gazdag életmód kialakítása számos, civilizációsnek nevezett betegség (pl. szív- és érrendszeri és egyes daganatos megbetegedések, az elhízás, a cukorbetegség leggyakoribb formája stb.) leghatékonyabb lakossági szintű megelőzési lehetősége.

Az oktatási intézmények szerepe az életre szóló magatartási minták, a megfelelő edzettségi állapot kialakítása, az esély megteremtése a felnőttkorba történő egészséges belépésre, az egészséges testmozgás feltételeinek megteremtése és a segítségre, támogatásra szoruló, speciális testnevelési programot igénylő gyermekek igényeinek érvényesítése egyaránt cél.

VI. Prevenció/betegségek megelőzés és rehabilitációs programjai

❖ Környezeti egészségkárosító hatások

A környezetben előforduló egészségkárosító hatások feltérképezése és az egészségkárosító mechanizmusok minél részletesebb megismerése elengedhetetlen.

Az **épített lakókörnyezet** kockázati tényezőinek megismerését szolgálja:

- ❖ A lakókörnyezet talajszennyezettségi viszonyainak vizsgálata,
- ❖ dioxin-térkép elkészítése,
- ❖ elektromos energiaszállító berendezésekből származó környezetterhelés és egészségi hatások felmérése
- ❖ kommunikációs berendezésekből származó környezetterhelés és egészségi hatások felmérése
- ❖ azbesztprobléma felmérése.

A levegőminőség javítása a pollenterhelés monitorozását, az épületek belső tereinek szisztematikus vizsgálatát indokolja.

Kiemelt cél annak biztosítása, hogy a lakosság széles köre számára biztosított legyen a környezete egészségre gyakorolt hatásaival kapcsolatos információhoz való hozzájutás.

Környezetvédelmi megfontolások miatt a terhelések csökkentése érdekében a bicikli utak számának növelése, autómentes napok szervezése, közös kommunális hulladék begyűjtés a közterületekről, takarítás, zöld területek telepítése azokon a helyeken ahol nincs elég zöld felület.

Az **elkerülhető halálozások, megbetegedések megelőzése** az egész egészségügyi ellátórendszer feladata, minden egyes kezelés része.

A megelőzési tevékenység integráltan kell, hogy megjelenjen az ellátási rendszerben, egyszerre odafigyelve a magas kockázatú, hátrányos helyzetű csoportokra, és csökkentve a kockázatot a lakosság egészében.

A magyar népesség megbetegedési és halálozási viszonyai az elmúlt évtizedben nem mutattak számottevő javulást, sőt bizonyos betegségtípusok (pl. egyes daganatos betegségek) előfordulási gyakorisága folyamatosan növekszik. A krónikus, nem fertőző megbetegedések súlya meghatározó az elkerülhető, az idő előtti halálozásban és a megbetegedésekben.

A krónikus, nem fertőző megbetegedések egyéni hajlama genetikai, biológiai, magatartásbeli és környezeti tényezőktől függ. Bár a kutatások fényében úgy tűnik, hogy az örökletes tényezők szerepe fontosabb, mint ahogy ezt korábban feltételezték, a megelőzés fő útja a magatartás és a környezet befolyásolása.

A krónikus, nem fertőző megbetegedések megelőzéséhez, diagnózisához és kezeléséhez a tudományos ismeretek általában adottak.

A halálozások több mint fele a szív- és érrendszeri megbetegedések következménye. Nemzetközi összehasonlításban is nagyon kedvezőtlen a hazai helyzet. A megelőzési szemlélet megjelenése a szív- és érbetegségek gyógyító ellátásban is jelentős hatása a korai halálozás, a rokkantság csökkentésében. A másodlagos megelőzés a betegségek korai felismerését és kezelését lehetővé téve hatékonyan egészíti ki a lakossági szinten végzett elsődleges megelőzést. Ezek kölcsönhatása mindkét megközelítés hatását növeli.

Az alapellátás megerősítése alapvető fontosságú: a magasvérnyomás-betegség korai felismerése és gondozásba vétele igazoltan hatékony és lakossági szinten is életév- és életminőség-nyereséggel járó tevékenység. Cél, hogy a szív- és érrendszeri megbetegedések kockázati tényezőinek (pl. dohányzás, anyagcserezavarok, mint a multimetabolikus szindróma, cukorbetegség stb.) felismerése és befolyásolása a mindennapos gyakorlat része legyen.

A másodlagos megelőzés hatékonysága mind a magas vérnyomás, mind a koszorú- és agyi érbetegségek szövődményeinek, kialakulásának elkerülésében kiemelkedő.

A rosszindulatú daganatos megbetegedések halálozási aránya évtizedek óta romlik, a szív és keringési rendszer eredetű halálokok mögött a második helyet foglalja el, kb. 25%-os gyakorisággal.

Az egészségügyi ellátórendszer megelőzési szemléletének fejlesztése és gyakorlati megvalósítása ebben a betegségcsoportban is a korai felkutatáson és kezelésen alapszik. Az alapellátás játssza itt is a legjelentősebb szerepet. Ezen kívül a lakossági szintű szervezett szűréseknek is jelentős szerepe van a rákos betegségek megelőzésében. A másodlagos megelőzési program teljessége csak a korán kiszűrt betegek modern ellátásának és gondozásának megvalósításával érhető el.

Elengedhetetlen a lakosság széles körű informálása a daganatos betegségek kockázati tényezőiről, a korai felismerés és hatékony gyógyítás lehetőségeiről.

A **mentális megbetegedésben szenvedők** a házi orvosok betegforgalmi adatai szerint a praxisuknak jelentős részét képezik. A betegek 15%-a affektív vagy szorongásos zavarban szenved. A depresszió okozta társadalmi kár az összes betegség között az elsők között van. Öngyilkossági statisztikánk kedvezőtlen nemzetközi összehasonlításban is.

A mentális zavarok elsődleges megelőzésére családi felkészítő és iskolai programokon kell kidolgozni, együtt a kritikus színtereken dolgozó szakemberek felkészítésével és ilyen irányú képzésével. A krízisellátó hálózat fejlesztése az öngyilkosságok csökkentésének eszköze.

A mentális zavarok korszerű ellátásának feltételei: a közösségi pszichiátria művelésének megvalósítása, a területi ellátóhálózat integrációja, a szakemberek rendszeres továbbképzésének és szakmai fejlődésének biztosítása, a gyermekekkel foglalkozó szakemberek képzése és a helyi ellátásban történő részvétele, a szociális és családsegítő intézményekkel és egészségügyi alapellátással történő együttműködésének kialakítása, modellprogramok megszervezése.

Az alapellátás és az iskolák kiemelt feladata ebben az együttműködésben a korai felismerés és intervenció biztosítása. A rehabilitáció a program sarkalatos pontja, lehetővé kell tenni a mentális betegek társadalomba való beilleszkedését.

Fontos a média aktív közreműködése a lelki megbetegedésekkel kapcsolatos előítéletek feloldásában, a megbélyegző társadalmi álláspont megváltoztatásában, mely a támogatással a média hatékonyan hozzá tud járulni az időben történő segítségkereséshez és a rehabilitációs programok sikeréhez.

A **mozgásszervi betegségek** kiemelkedő jelentőségét nemcsak növekvő gyakoriságuk, hanem következményeik, a rokkantságra, életminőségre és a halálra gyakorolt hatásuk adja. A hatékony megelőzés gyermekkorban kezdődik az iskolai testnevelési programba beiktatandó tartásjavító gyakorlatokkal és a gerinc rendellenességeinek és a végtagok problémáinak kiszűrésével és korai kezelésbe vételével.

Az időskori programok közül a csontritkulás következményeként bekövetkező combnyaktörések növekvő számának megállítása és a rehabilitáció feltételeinek javítása elsődleges feladat.

Az **AIDS-prevencióban** a legfőbb cél az iskolai egészségnevelés részeként családi életre nevelési ismeretek oktatása révén elősegíteni a fiatalok értékrendjének, személyiségének fejlődését, kialakítani a felelős szexuális és drogelkerülő magatartást. A lakosság hiteles tájékoztatása a HIV-fertőzésről és az AIDS-betegségről biztosítja a fertőzöttek elleni diszkrimináció csökkentését.

A magas kockázatú közösségekben (intravénás kábítószer használók, prostituáltak, homoszexuálisok) célzott szűrővizsgálatai szükségesek. Ebben fontos a civil szféra közreműködésének biztosítása és támogatása.

Az előzőekben felsoroltak végrehajtásához elengedhetetlen egészségügyi szolgálat integrált működése, a szükségletek, a betegségmegelőzés és egészségfejlesztés, a felismerés és gyógyítás, illetve a rehabilitáció összhangjának a megteremtésével.

Az elsődleges cél az alapellátás fejlesztéséhez hozzájárulás, mert ez az ellátási forma, amelyben a leghatékonyabban meg tudnak jelenni a megelőzés szempontjai és tevékenységei, és amely az állampolgárok számára a legszélesebb körben hozzáférhető, beleértve a szegényeket, hátrányos helyzetű csoportokat.

Az alapellátás rendszerében a házi orvosok és gyermek-házi orvosok, védőnők, ápolási és rehabilitációs tevékenységet végző szakemberek szerepe egyaránt fontos az egészségfejlesztési tevékenység végrehajtásában. Ki kell alakítani azt a megoldási módot, amelyen keresztül az alapellátásba be lehet építeni az életmód-tanácsadás tevékenységét, az egyéni kockázatfelmérés képességét, egyes kiemelten fontos betegségcsoportokkal (szív- és érrendszeri, daganatos megbetegedések) kapcsolatos megelőzési és ellátási utak és eljárások kialakítását, az alapellátás rendszeres vizsgálatát a megelőzési tevékenység hatékonysága és hozzáférhetősége szempontjából.

VII. Egészséget támogató társadalmi környezet kialakítása

❖ Egészséges ifjúság

Cél: - Már a fogantatástól kezdve biztosítani az egészséges élet lehetőségét mindenkinek.

- A család mellett az iskola váljék az egészségfejlesztés alapvető színterévé.

Az élveszületések száma Magyarországon évről évre csökken, miközben ezer újszülöttből kilencet elveszítünk. Ez a szám kétszerese az Európa fejlettebb részén tapasztaltnak. Az újszülöttek 9%-a 2,5 kg-nál alacsonyabb súllyal jön világra, a veleszületett rendellenességek száma is magas.

Az „egészséges” élet lehetősége a fogantatással kezdődik, de annak biztosításához már a szülők fogantatás körüli élete, gondolkodása, ismeretei is meghatározóak. A felelős gyermekvállalás érdekében alapvetően fontos a nem kívánt terhességek megelőzése, a gyermekvállalásra való felkészülés is. Az anya várandóssága idején szükség van a megfelelő gondozásra, a magzati ártalmak, károsodások megelőzésére, a szülők felkészítésére a születendő gyermek egészséges testi, lelki gondozására, nevelésére.

Az újszülöttnak joga van az elérhető maximális biztonságú újszülöttellátásra. Az egészséges táplálkozás a szoptatással kezdődik, ez az egyetlen egész életre kihatóan lelki és testi egészséget elősegítő táplálási forma.

A **fogbetegségek** szempontjából Magyarország a legrosszabb mutatókkal jellemezhető országok között van Európában. Az 5-6 éves korúak 25-30%-ának van csupán ép fogazata. A 12 éves gyermekeknek átlagosan négy maradó foguk beteg, 75%-uknak ínygyulladás van, 15-20%-a szorul fogszabályozó kezelésre. A 18 évesek csak 66%-ának van megtartott fogazata.

Egyre általánosabb a **gyermekkori elhízás, a magas vérnyomás, az asztma**. Az elmúlt tíz évben megduplázódtak a fiatalok gerincbetegségei. A gyermekek és fiatalok 60-80%-a tartáshibás. Az ifjúság 55%-a nem sportol, sőt semmit, vagy csak 1-2 órát mozog hetente.

Egyre gyakoribbak a gyermekkori mentális zavarok, az agresszivitás, a szenvedélybetegségek (dohányzás, alkohol- és drogkipróbálás és - fogyasztás) korai megjelenése

A kedvezőtlen egészségmagatartás erősen összefügg a szocializációs folyamat zavaaraival. Az életmódminták alakulását a helyes, a korszerű egészségvédelmi ismeretek önmagukban csak korlátozott mértékben képesek befolyásolni. Az ifjúság későbbi egészségállapotát a családi szociokulturális háttér, korai otthoni nevelés hatása, a társadalmi rétegződésben elfoglalt hely, és nem az intézményi hatások határozzák meg.

Az általános iskola alsó tagozatában a fentiekben leírtak megerősítése a cél illetve ha még nincs ilyen rendszer kialakítva akkor a kialakítása a legfontosabb.

A általános iskola felső tagozatában és a középiskolákban a fentiek kiegészülnek a szenvedélybetegségek (dohányzás ;droghasználat), a nemi úton terjedő fertőzések elleni felvilágosításokkal és tájékoztatókkal, tanácsadásokkal, melyeket a házi orvos a házi gyermekorvos, a védőnők, az intézmények, illetve a szülők szoros együttműködését feltételezi. Szükségesnek tartjuk a HPV oltás megtartását, melyet ki kell egészíteni a Hepatitis elleni és a kullancs encephalitis elleni oltásokkal a középiskola utolsó tanévében, ahol még felmerül a TBC elleni szűrés illetve emlékeztető oltás adásának szükségessége a betegség terjedésének következménye miatt.

A drog-prevenció a Rendőrséggel és a Polgári Védelemmel együttműködve előadások keretében valósulhatna meg előre szervezett időpontban az oktatási intézményekben.

A nemi úton terjedő betegségek prevenciója illetve felvilágosítása a Népegészségügyi Intézet család-védelmis védőnője, illetve az intézményben dolgozó iskolavédőnő által tartott előadásokon valósulhat meg. Ezeknek a megbeszélésnek alapján akár kiscsoportos értekezletek is lehetnek a személyes kontaktus erősítésére és a zavartság enyhítésére.

❖ **Idősek egészségi állapotának javítása**

Az időskorúak nem képviselnek homogén csoportot: megtalálhatóak közöttük a legkülönbözőbb állapotban lévő egyének, az egészségesektől a súlyos idült betegségben szenvedőkhig. Mindnyájuk számára megbecsülést és egyénileg megfelelő aktivitást kell biztosítani. Ellátásuknak is az állapothoz alkalmazkodónak kell lennie, magában foglalva a prevenciót, a rehabilitációt, a habilitációt, magas színvonalú egészségügyi és szociális szolgálatokat.

Az idősek szociális helyzetét nem elsősorban anyagi lehetőségeik jellemzik, noha a jelenlegi nyugdíjak alacsony volta miatt természetesen ez is jelentős befolyásoló tényező. Az a tény, hogy hazánkban az időskorúaknak kevés lehetőség áll rendelkezésükre ahhoz, hogy hasznosíthassák tapasztalataikat, tudásukat, képességeiket, hogy az általános felfogás szerint ők eltartottak, noha életük munkájával teremtették meg a jelenlegi keresők lehetőségeit, nagymértékben befolyásolja szociális és társadalmi „közérzetüket”.

E mellett beszűkül szociális udvaruk is, barátaik lassan „elmennek” mellőlük, kapcsolati lehetőségük a nem mindenki számára rendelkezésre álló, vagy megfizethető telefonra korlátozódik, s mindez végül befelé forduláshoz, depresszióhoz, nem ritkán öngyilkossághoz

vezethet. Az idősek nagy része, beleértve a frissen nyugdíjba kerülteket is, korábbi életszínvonalára alá kerül.

Vizsgálatok szerint az öregedés minőségét elsősorban a gyermekkori nevelés határozza meg. A társadalomnak fel kellene ismernie, hogy az időskor nem jelent egyben kiszolgáltatottságot, rászorultságot és ezt a szemléletet kellene általánosítani.

VIII. Esélyegyenlőség az egészségért

Cél: A társadalomból kirekesztett lakossági csoportok - romák, fogyatékosok, hajléktalanok - egészségi állapotának javítása.

- A **társadalomból kirekesztett lakossági csoportok** (romák, fogyatékosok, hajléktalanok stb.) - a többségi társadalomhoz képest jelentősen rosszabb - egészségi állapotát előidéző okok rövid távon történő csökkentése és hosszú távon történő megszüntetése.
- A társadalomból kirekesztett lakossági csoportok, egészségügyi ellátórendszerhez, illetve ellátásokhoz, megelőzési programokhoz való egyenlő, diszkriminációmentes hozzáféréseinek biztosítása.
- Az egészségügyi ellátórendszer szakszemélyzetének előítéletes, diszkriminációt előidéző beállítottságának, valamint a hátrányos megkülönböztetést előidéző egyéb okoknak megszüntetése.
- Az egészségügyi képzés kiegészítése a társadalomból kirekesztettek, elsősorban roma népesség egészségi állapotára, szociális-gazdasági helyzetére, kulturális sajátosságaira vonatkozó ismeretekkel, a másságot, toleranciát erősítő tréningekkel.
- A társadalomból kirekesztett lakossági csoportok szűrő-gondozó ellátásának fejlesztése.

Ma Magyarországon a szegények kb. 30%-a roma, ami azt jelenti, hogy a romák között nagyobb valószínűséggel fordulnak elő szegények, mint a nem romák között. A szegénység azonban a romák esetében sokszor mélyebb, elhúzódóbb, generációk között öröklődő. A szegénység népegészségügyi következményei azonban egyformán sújtanak mindenkit: az egészségtelen lakásviszonyok, a nem megfelelő mennyiségű és minőségű táplálkozás. A szegények nem tudják betartani az életmódra vonatkozó javaslatokat, a diétát, nem tudják megvenni a gyógyszert mindezek miatt rosszabbak a gyógyulási esélyeik.

A roma népesség magas morbiditási szintjét magyarázó szegénységi faktorok közül az aluliskolázottság, a munkanélküliség, illetve a deprivált lakó- és lakáskörülmények - sokszor együttes - hatása a legjelentősebb.

A **fogyatékkal élők** között a legnagyobb arányt a testi fogyatékosok és mozgássérültek képviselik (40%), az értelmi fogyatékosok, vakok - gyengénlátók aránya 20-20%, egyéb fogyatékosokban (hallás, beszéd) szintén kb. 20%-uk szenved. Munkavállalási esélyeik általában rendkívül kedvezőtlenek és csak a fogyatékosok 1/6-a aktív gazdaságilag.

Ma a fogyatékosok - különösen a súlyosan, halmozottan fogyatékosok - nehezen jutnak megfelelő egészségügyi ellátáshoz, mivel

- nincsen kellő számú olyan, megfelelően képzett orvos, egészségügyi dolgozó, aki bánni tudna egy értelmi fogyatékos, halmozottan sérült gyerekkel, felnőttel, el tudná végezni a megfelelő vizsgálatokat, kezeléseket;
- az akadálymentesítés elmaradása miatt az orvosi rendelők gyakran megközelíthetetlenek.

A családok gyakran magukra vannak hagyva a társadalom diszkriminációs törekvéseivel szemben, egyedül kell megküzdeniük az előítéletekkel, a kirekesztéssel. Sokszor egyedülálló szülő - többnyire az anya - neveli a fogyatékos gyermeket, ennek az összes lelki következményeivel: kiszorul a munkaerőpiacról, elszigetelődik a környezetétől, elhanyagolja az egészséges gyermekét.

IX. Prioritások összefoglalása

Egészségfejlesztés a mindennapi élet szinterein

- ❖ *Egészséges életmód programja, az emberi egészség kockázati tényezőinek csökkentése*

Dohányzás visszaszorítása

Az alkohol és drogmegelőzés

Egészséges táplálkozás és élelmiszer-biztonság

Aktív testmozgás elterjesztése

- ❖ *Az elkerülhető halálozások, megbetegedések, fogyatékoság megelőzése*

Koszorúér- és agyérbetegségek okozta megbetegedések, halálozások visszaszorítása

Daganatos megbetegedések visszaszorítása

A lelki egészség megerősítése

Mozgásszervi betegségek csökkentése

AIDS-megelőzés

- ❖ *Az egészségügyi és népegészségügyi intézményrendszer fejlesztése az egészségi állapot javítása érdekében*

Népegészségügyi szűrővizsgálatok

Ellátásfejlesztés

Erőforrás-fejlesztés

Monitorozás-informatika

X. Az ellátórendszer szükséges korszerűsítése - fejlesztése

A kerület egészségügyi ellátó helyeinek a korszerűsítése egységesen, az ellátók és az ellátottak – különös tekintettel a fogyatékkal élők közlekedésének lehetővé tételére szolgáló, megfelelően kivitelezett akadály mentesítésre – igényeinek figyelembe vételével kell, hogy megtörténjen a kulturált betegfogadást és betegellátást szolgáló berendezési tárgyak beszerzésével, és az állaguk megóvása biztosításának a kialakításával.

Elengedhetetlen az ellátók számára is a kulturált, nyugodt munkakörülmények/környezet kialakítása, mellyel együtt a szabadabb, kreatívabb gondolkodást támogató rendszer kialakítása az egészségügyi dolgozók javát szolgálja az egyes szakterületek közötti kapcsolatok erősítésével együtt.

❖ A kerületi rendelők korszerűsítésének-fejlesztésének szükségessége

Budapest Főváros X. kerület Kőbányai Önkormányzat 2011. évi költségvetéséről szóló 6/2011.(II.18.) számú önkormányzati rendeletének 13/b mellékletében az alábbi orvosi rendelők felújításáról rendelkezett:

Felújítandó rendelők:

- 1/ 1101 Budapest, Salgótarjáni út 47.
- 2/ 1105 Budapest, Zsivaj utca 2.
- 3/ 1105 Budapest, Gergely utca 26.
- 4/ 1106 Budapest, Hárslevelű utca 19.
- 5/ 1101 Budapest, Kőbányai út 47.
- 6/ 1101 Budapest, MÁV- telep 39.
- 7/ 1101 Budapest, Pongrác út 19.
- 8/ 1108 Budapest, Újhegyi sétány 13-15.

A következőkben kerül felsorolásra, hogy az Önkormányzati rendeletben foglaltak megvalósulása milyen módon és mértékben történt meg.

❖ *1105 Budapest, Zsivaj utca 2.*

Az ellátás helyszínén rendelkezésre álló személyi feltételrendszer:

Az épület földszintjén van a felnőtt háziorvosi részleg, melyet 8 fő felnőtt háziorvos lát el; az emeleten helyezkedik el a házi gyermekorvosi rendelés és a védőnői szolgálat, melyet 5 fő gyermekorvos és 11 védőnő biztosít.

Karbantartás keretében megvalósult:

A bejárati szélfogó és kukatároló alumínium trapézlemez oldalfali- és mennyezetburkolása elbontásra kerül, helyette új válaszfal készült.

Az emeleti széksort átforgatták az ablakok felé és dübelezéssel rögzítették. (ez nem valósult meg a szennyeződés lerakódás következtében kialakuló fertőzés veszély miatt.)

A rendelő teljes falfelülete új disperziós tisztasági festést kapott, az olajlábazatok megújításra kerültek, a fa nyílászárók teljes felületükön mázolva lettek.

A festéssel egyidejűleg a váró feletti bevilágítók kitisztítását és a lámpák átvizsgálását és működőképessé tételét irányozták elő. (habár a szemünk fénye program keretében mindegyiket cserélni kellett volna.)

Az akadálymentesítés részleges biztosításának továbbfejlesztéseként 25 db küszöb burkolat helyreállítási kibontását végezték el. A homlokzaton felfagyott műkö pillér burkolatot részlegesen elbontották és helyreállították.

Felújítás keretében megvalósult:

A vizesblokkok üzemelését elősegítő karbantartása, amelynek keretében a földszinti leromlott műszaki állapotú női és férfi vizesblokk felújításra került.

Az aljzatbeton elbontásra került, víz- csatornaszerelés után az új aljzatbetonra a WC—ben padló járólap, az oldalfalon új csempeburkolat készült el. A vizesblokkban új szaniterek és kiegészítők, lámpatestek és kapcsolók kerültek felszerelésre. Az emeleti vizesblokkok nem kerültek felújításra, csak karbantartás jellegű fitting és szerelvény cserék történtek.



A rendelő jelenlegi helyzete:

A felnőtt és gyermek rendelői részleg sajnos az épület műszaki adottságai miatt egy légteret képez. Szellőztető rendszer kiépítése lehetne a megoldás, de ezt nem egy kivitelező vállalta. Az orvosi szobák méretei kicsik, mivel a régi egyéb helyiségek lettek átalakítva orvosi rendelőnek, hogy meg tudjon valósulni az orvos-beteg négy szemközti találkozás, emiatt zsúfoltak és levegőtlenek.

Az emeleten van elhelyezve a gyermekrendelő, ami nem szerencsés mivel a kismamák a lépcső megfelelő szélességének hiánya miatt a babakocsikat kénytelenek lent hagyni a bejáratnál.



Az emeleten emellett nem lehet kialakítani minden orvosnak külön rendelőt, mert nincs annyi helyiség.

Az esélyegyenlőség és akadálymentesítés további kívánni valót hagy maga után, mivel az épület műszaki adottságai nem teszik lehetővé a mozgásukban korlátozottak számára a mellékhelyiségek használatát és az emeletre való feljutást sem.

❖ **1101 Budapest, Kőbányai út 47.**



Az ellátás helyszínén rendelkezésre álló személyi feltételrendszer:

A gyermek-fogorvosi rendelőben 3 fő vállalkozó gyermek fogorvos dolgozik és látja el a kerületben élő 18 év alatti lakosságot.

Karbantartás keretében megvalósult:

A bejárati ajtó a későbbiekben megvalósuló akadálymentesítés figyelembe vételével került kicserélésre és áthelyezésre, ezért a homlokzati falsíktól a váró irányában, beljebb került beépítésre, kifelé nyílóan.

A felülvilágító cseréjével együtt egy hőszigetelt födémpanel került beépítésre, a felette levő tér gipszkartonos takarást kapott, az érintett területen található elektromos szerelvények áthelyezésre kerültek. A bejárati ajtó előtti padlóburkolatot lecserélték, a belépőtér oldalfal felülete homlokzati nemes-vakolatot kapott. A fogászati rendelő teljes falfelülete új disperziós festést kapott, a fa nyílászárók teljes felületükön mázolvá lettek.

Felújítás keretében megvalósult:

A rendelőhelyiségek, valamint a gyermek- és orvosi vizesblokkok vízvezetékait a falba kellett süllyeszteni, valamint ezzel egyidejűleg a gyermek- és az orvosi vizesblokk teljes felújítása is megtörtént.

Az érintett területen az aljzatbeton elbontásra került, víz és csatorna szerelés után az aljzatbetonra gres kőporcelán hidegburkolat került, az oldalfalon pedig csempeburkolat készült. A vizesblokkokban új szaniterak és kiegészítők, lámpatestek és kacsolók kerültek felszerelésre.

A váró felőli vizesblokk nem került felújításra, mert ezt a 2012- ben még mindig tervezett akadálymentesítési program részeként jelezték, ezért mindennemű elvégzett munkát feleslegesnek és gazdaságtalannak tartottak.

A rendelő jelenlegi helyzete:

A gyermekfogászat bejárati ajtaja jelenleg sem működik megbízhatóan és az akadálymentesítési program sem valósult meg. Emiatt az esélyegyenlőség és a hatósági előírásoknak való megfelelés sem valósulhat meg még meg.

❖ *1106 Budapest, Hárslevelű utca 19.*

Az ellátás helyszínén rendelkezésre álló személyi feltételrendszer:

A kertesházias övezetben található rendelőben 1 fő vállalkozó felnőtt háziorvos dolgozik és látja el a körzetéhez tartozó betegeket.



Karbantartás keretében megvalósult:

A rendelő teljes felülete új diszperziós tisztasági festést kapott, az olajlábazatok megújításra kerültek, a fa nyílászárók teljes felületükön mázolva lettek.

Az akadálymentesítés részleges biztosítása keretében 4 db küszöb burkolat- helyreállítási kibontását végezték el. Az asszisztensi szoba és a rendelő pvc burkolata cserére került. A homlokzati ajtók üvegezett felületeit biztonsági fóliázással látták el.

Felújítás keretében megvalósult:

A meglévő női és férfi vizesblokkok teljes felújítása történt meg, ahol még az aljzatbeton teljes mértékben elbontásra került, a helyére hideg padlóburkolat és a falakra új csempeburkolat került.

Az udvar rendezése kapcsán 2 db kerti pad került kiépítésre.

A rendelő jelenlegi helyzete:

A rendelő épülete a felújítások következtében akadálymentes és megfelelő az előírásoknak, ami még változtatásra szorul az az udvar, amelynek az állapota leírhatatlanul gazos és elhanyagolt. (Az allergia szezonban nem is szerencsés ez állapot ezen felül, a parlagfű irtás miatti kötelezettségnek is eleget kell tenni még a közintézmények esetében is)

❖ *1108 Budapest, Újhegyi sétány 13-15.*



Az ellátás helyszínén rendelkezésre álló személyi feltételrendszer:

A kerület legnagyobb rendelőjében a földszinten helyezkedik el a két gyermek-fogorvos rendelője, a másik oldalon szintén a földszinti részen 5 fő házi gyermekorvos és 8 fő védőnő dolgozik. Az emeleten kaptak helyet a felnőtt rendelések, melyet 10 fő felnőtt házi orvos végez.

Karbantartás keretében megvalósult:

A bejáratok feletti előtetők és álmennyezetek balesetveszélyes burkolatainak javítása és a nyílászáró cserével érintett álmennyezeti részek részleges cseréje került megvalósításra. Az akadálymentesítés részleges biztosítása keretében 18 db küszöb burkolat-helyreállítási kibontását végezték el. A helyiségek részleges tisztasági festését, mázolását csak a beázott és már kiszáradt részeken és az indokolt területeken végezték el. A várókban a nyílászáróval érintett részeket részleges burkolatbontásokat végeztek el, melyet vakolással állítottak helyre, valamint a lépcsőház belső vizes, salétromos falburkolatát leverték és oldalfalvakolattal pótolták. A kartonozó helyiség gyenge világítását fénycsőcserével akarták megoldani (habár a szemünk fénye program keretében cserére lett volna szükség, ami a mai napig nem valósult meg és az átlag karbantartási munkák folyamán 31 db neoncsövet kellene egyszerre cserélni)

Felújítás keretében megvalósult:

119 db homlokzati nyílászárót cseréltek ki, a bejáratok és a közforgalmú belső ajtók cseréje a részleges akadálymentesítési program szerint végezték el.

A tetőszigetelés teljes rétegrend cseréjét jelentette és a villámvédelmi rendszer felújítását is magába foglalta.

A rendelő jelenlegi helyzete:

A kerület legnagyobb és legforgalmasabb rendelőjének világítótestjeinek teljes cseréje szükséges, az akadálymentesítés nem teljesen maradéktalan, mivel a mozgásukban korlátozott személyek mellékhelységeinek kialakítására az épület műszaki adottságai nem adnak lehetőséget.



❖ *1101 Budapest, MÁV- telep 39.*



Az ellátás helyszínén rendelkezésre álló személyi feltételrendszer:

A MÁV-telep szívében elhelyezkedő kertes házra emlékeztető rendelőben 1 fő felnőtt házi orvos végzi a hozzá bejelentkezett felnőtt lakosság ellátását.

Karbantartás keretében megvalósult:

Teljes falfelület új diszperziós tisztasági festést kapott.

A 2 db üzemen kívüli szellőző motor kibontásra került, belső falazással takarták el a nyílás helyét. Az akadálymentesítés részleges biztosítása keretében 4 db küszöb kibontását végezték el, a bejárati ajtó előtti járdaszakaszt kültéri csúszásmentes hidegburkolattal látták el.

A rendelő és a raktár pvc burkolata ki lett cserélve, a váró hideg padlóburkolatot kapott. A bejárati ajtó felületeit biztonsági fóliázással látták el.

Felújítás keretében megvalósult:

A meglévő beteg és személyzeti WC teljes felújításra került új szaniterek és kiegészítők kerültek felszerelésre.

A rendelő jelenlegi helyzete:

Az épület megfelel a hatályos előírásoknak és mivel földszintes kivitelezésű a bejáratot is könnyű megközelíteni. Sajnálatos módon ebben a rendelőben sincs lehetőség a helyhiányra való tekintettel a mozgáskorlátozott mellékhelység kialakítására. A még szükséges befektetést a tető felújítása jelentené, mely a hőveszteség csökkentésével a működtetés gazdaságosabb lenne.

❖ *1101 Budapest, Pongrác út 19.*

Az ellátás helyszínén rendelkezésre álló személyi feltételrendszer:



A kerület legfrekvenciáltabb részén fekvő épületben kapott helyet 5 fő felnőtt házi orvos, a 24 órában működő felnőtt házi orvosi ügyelet és gyógyszerár helysége is. A rendelő épülete minden nap 24 órában elérhető a kerületben lakó felnőttek részére.

Karbantartás keretében megvalósult:

A rendelő teljes falfelülete új diszperziós tisztasági festést kapott, a váró csempeburkolata elbontásra

került, a többi helységben javításra kerültek a csempeburkolatok 10%-os felületarányban. 10 db küszöb lett elbontva az akadálymentesítés keretén belül. A bejárati rámpa és a lépcső teljes burkolat és korlát felújítása megtörtént.

Felújítás keretében megvalósult:

35 db homlokzati nyílászárót cseréltek ki, amelyeknél a meglévő rácsok átalakításával biztosították a megfelelő védelmet. Az ablakok hőszigetelő üvegezésű műanyag szerkezetek, a főbejárati portál a nagy közönségforgalmi használati terhelés miatt hőhidmentes alumínium szerkezetek lettek.

A felújítás és a karbantartás következtében a rendelő lényegesen korszerűbb lett és a hatósági előírásoknak megfelelő. Az egyedüli neuralgikus pont az épületen a tető, mely nagyobb esőzések alkalmával folyamatos beázásokat produkál a betegforgalmi területeken és a karbantartása nagy költségeket képez. A régebbi idők tervei szerint egy mediterrán tető, mely jól elvezetné a vizet került volna kiépítésre, mely az épület hővesztését és szigetelését is megoldaná. Mivel ez az épület ad helyet a 24 órás felnőtt ügyeleti szolgáltatásnak és az ügyeletet is ellátó gyógyszerártnak a betegforgalom nagyon magas, minek következtében a tető kialakítása megoldást jelentene a nagyon magas távfűtési díjakra is.



❖ **1105 Budapest, Gergely utca 26.**



Az ellátás helyszínén rendelkezésre álló személyi feltételrendszer:

A kerület legidősebb orvosi rendelője 5 fő felnőtt háziornvosnak ad helyet, sajnos nem mindegyik praxis rendel külön rendelőben az épület adta lehetőségek miatt.

Karbantartás keretében megvalósult:

A rendelő teljes falfelülete új diszperziós tisztasági festést kapott, az olajlábazatok megújításra kerültek a nyílászárók korszerű műanyag típusúakra lettek cserélve.

A szélfogó és a váró pvc burkolata felbontásra került, helyette járólapos hidegburkolat lett lefektetve, a többi helyiség pvc burkolata ki lett cserélve.

Felújítás keretében megvalósult:

A meglévő vizes blokkok és WC teljes felújítása megtörtént, a helyiségek teljes csatorna és vízvezetékét kicserélték. Új hideg padlóburkolat lett itt lefektetve, a falakon csempeburkolat is cserélve lett.

A váróból nyíló raktár helyett személyzeti öltöző és WC került kialakításra, a fa válaszfal elbontásával új falazat készítésével, ezért az elektromos hálózat is átalakításra került. Új szaniterek és kiegészítők illetve lámpatestek, kapcsolók és dugaszolóaljzatok kerültek felszerelésre.



A rendelő jelenlegi helyzete:

A rendelőben a helyhiány miatt az akadálymentesítés megoldása nem lehetséges. Ennek fő oka, hogy a rendelő egy társasház egyik felét foglalja el, amely közel száz éves és az átalakítása képtelenség. Sajnos a

váróhelyiségbe sem tudnak a mozgásukban korlátozottak kerekesszékesekkel bejutni, mivel a megemelt földszint lépcsővel van kiegészítve, amiket nem lehet elbontani.

Ebben a rendelőben a szűkös hely miatt újabb orvosi rendelőket nem lehet kialakítani itt a kollégák váltott műszakban dolgoznak, ami a rendelők berendezésének kopásán meg is látszik (például padló) Az épület tetőszerkezete felújítást igényel, mert a festés után beázási foltok láthatók a mennyezeten.

❖ *1101 Budapest, Salgótarjáni út 47.*

A rendelő a felnőtt és a gyermek orvosi ellátás és védőnői szolgálat tevékenységének hely adó épület. A felújítás előtti állapot a kerületre olyan bélyeget égetett, amely több médiumban is cikkek és nyilatkozatok megtételét okozta és a Kőbányai Egészségügyi Szolgálat működési engedélyét csak ideiglenes formában tudták kiadni. Hosszú évek küzdelmes erőfeszítései



folyományaként 2011 - ben elkezdődhetett egy mondhatni teljesen új, korszerű, minden előírásnak és feltételnek megfelelő orvosi rendelő építése. Az átmeneti 1,5 év időtartamot a lakosság nagy türelemmel és várakozással a kollégák már kevesebb türelemmel, de óriási várakozással élték át az Idősek Klubja épületében kialakított ideiglenes rendelőben.

Végül 2012- ben főleg az eljárási és igazgatási teendők elhúzódásából kifolyólag a tervezett időn túl, de visszaköltöztek az új épületbe. Itt is felnőtt-gyermek és védőnői ellátás folyik, 1 fő felnőtt, 1 fő gyermek házi orvos és 4 fő védőnő által . Ennek megfelelően több bejárata és sok helyisége van, az elkülönítés a fertőzőváro kötelező megléte miatt, ugyanakkor ennél a felújításnál már kérdés nélkül kialakításra került a mozgáskorlátozottak számára megfelelő mellékhelység és az akadálymentesítés is megvalósulhatott, de csak kívülről, mivel az épületen belül a védőnői szolgálat elérhetőségét nem akadálymentesítették.

A rendelő kialakításánál minden kolléga véleménye ki lett kérve a helyiségek mérete és elhelyezkedésére való tekintettel. Az épületben az összes eszköz és orvosi bútor illetve kiegészítő újonnan lett beszerezve.

❖ *1106 Budapest Kerepesi út 67*



Az ellátás helyszínén rendelkezésre álló személyi feltételrendszer:

4 fő felnőtt házi orvos dolgozik a felnőtt részlegen saját szobákban, a gyermek részlegen 1 fő házi gyermekorvos és 3 fő védőnő látja el a körzethez tartozó lakosságot.

A kerületben működő rendelők közül ez az egy, amelyik esetében nem történt semmiféle karbantartás/felújítás. Sajnos ennek az épületnek a sorsával kapcsolatban a fenntartó több alkalommal jelezte, hogy ezt az épületet lebontásra ítélik, és új rendelőt akarnak építeni, a másik alternatíva a rendelő teljes felújítása. Egyik lehetőség sem lett kihasználva, amely azt jelenti, hogy a rendelő,- amely amúgy felnőtt-gyermek-védőnői ellátást biztosít- folyamatosan és jelentős mértékben amortizálódik túlmutatva a szokásos évenkénti kopáson. A falak és a burkolatok cserére szorulnak egy festés is ráférne a falakra, de a legfontosabb feladat itt is a tető felújítása lenne, mivel ez az épület is lapos tetős épület és a hővesztesége jelentős mértékű. A költségcsökkentés lehetőségé is magában foglaló munkálatok a lakosok és a dolgozó kollégák munkavégzési körülményeit is megfelelőbbé tenné, valamint a hatályos jogszabályi rendelkezéseknek is maradéktalanul eleget tudnánk tenni. A munkálatok elvégzésekor már eleve itt figyelembe lehetne venni az akadálymentesítés folytatását, ami a mozgáskorlátozottak mellékhelységének kialakítását a mostanra szétmálló feljárók kijavítását és az ajtók szélesítését is magába foglalhatja.

A tetőszerkezet megújítása itt is a mediterrán tető kialakítását jelentené, mely a szigetelés és a hőveszteség csökkentését is előíranyozná, ugyanakkor a falak szigetelése is szüksége lenne, mert a rendelő szobáinak méretéből kifolyólag előfordul, hogy hideg van.

- ❖ *1107 Budapest, Üllői út 128 Felnőtt háziorvosi rendelő*
- ❖ *1107 Budapest, Üllői út 136. Házi gyermekorvosi rendelő*



Az ellátás helyszínén rendelkezésre álló személyi feltételrendszer:

A kerület peremén elhelyezkedő két rendelő méretéhez képest kevés betegellátót szolgál ki. A felnőtt rendelőben 3 fő felnőtt háziorvos dolgozik, a gyermek rendelőben 1 fő házi gyermekorvos és 2 fő védőnő látja el feladatait.

A két rendelő sem 2011- ben sem később nem lett felújítva, semmilyen korszerűsítést nem végeztek rajtuk, Így mind kívülről, mind belülről látszódik az amortizáció és az elhanyagoltság.

❖ *Kőbányai Egészségügyi Szolgálat által 2013 – 2017 évekre kialakított gép – műszer fejlesztési terv*

A Semmelweis Terv a felnőtt háziorvosi és házi gyermekorvosi ellátás mellett a fogászati alapellátást, a védőnői hálózatot és az iskolaorvosi ellátást is magába foglaló alapellátást az ellátórendszer kulcselemének tekinti.

A kitűzött célok megvalósítása érdekében az egészségügyi kormányzat erősíteni kívánja az alapellátás képességét és érdekeltségét a helyben végzett befejezett ellátások növelésére, melynek egyik feltétele a korszerű műszerpark.

Az alapellátásban résztvevők szorosabb integrációjával, az ellátók közötti informatikai kapcsolat fejlesztésével kívánják ösztönözni a helyi területi és szolgáltatói együttműködések.

A prioritásokat figyelembe véve készült el a Kőbányai Egészségügyi Szolgálat 5 évre szóló gépműszer-beszerzési és - fejlesztési koncepciója az egészségügyi alapellátás praxisai vonatkozásban.

A Képviselő-testület az előző évben 3 746 500 Ft-ot biztosított a Nauticom rendszer és a Bajcsy-Zsilinszky Kórház és Rendelőintézet informatikai rendszerének összehangolására.

A Nauticom rendszer alkalmas arra, hogy a háziorvosok, a szakrendelők, a kórházak és egyéb medikai szolgáltatók megosszanak egymással leleteket, orvosi adatokat és lehetővé válik előjegyzési időpont ilyen módon történő kérése is.

A szakmai igények változása, fejlődése is szükségessé teszi a gép-műszer helyzet felülvizsgálatát.

Célok meghatározása

- Rövidtávú célok:

- ❖ korszerű eszközökkel felszerelt fogászati alapellátás megteremtése,
- ❖ kulturált betegellátási feltételek kialakítása (légkondicionált rendelők, betegbehívó rendszer),
- ❖ szakmai minimum feltételeknek való megfelelés biztosítása a gyermek fogászon,
- ❖ a gördülékenyebb betegellátás, a házi orvosok kapuőr szerepének növelése érdekében az informatika eszközszerrendszer fejlesztése,
- ❖ házi orvosok terápiás tevékenységének támogatása korszerű képalkotó diagnosztikai berendezések beszerzésével,
- ❖ alapellátásban dolgozó orvosok megtartása, megüresedő praxisokba új orvosok vonzása.

- Hosszútávú célok:

- ❖ a kerület morbiditási és mortalitási mutatóinak javítása,
- ❖ kerületben élők egészségi állapotának javítása és ezáltal a foglalkoztatás, a gazdasági versenyképesség fenntartása, növelése
- ❖ betegút szervezéssel a megbetegedések gyógyulási idejének lerövidítése, a foglalkoztatottak táppénzes napjainak csökkentése.
- ❖ definitív alapellátás megerősítése a költségesebb szakellátással szemben.

Koncepció részletes tartalma, programterve

1/ Fogászati kezelőegységek beszerzése

Használatának eredménye:

Az egészségügyi alapellátás keretében a fogorvosok feladata a fog és szájbetegségek kezelése, fogmegtartó kezelések végzése, fogkő eltávolítás, ínyváltozások kezelése, ezzel a beteg rágóképeségének helyreállítása. Ezen feladatait a fogászati kezelőegység használatával tudja elvégezni. A kezelőegység nem egy egyszerű szék, hanem egy többfunkciós orvosi gép. Általában standard felszerelése a puszter (víz-levegő tömlő), a turbinka tömlője és a mikromotor tömlője. Lehetnek rá felszerelve kézidarabok, ultrahangos fogkő eltávolító (depurátor), mikromotor, turbinkák. A kezelőegységek tartalmazzák a desztillált vízre való bekötést és a nyálelszívót is. A felszereltség függvényében változik az egyes típusok ár.

A fogorvosi szolgálatok jelenlegi ellátottságát az alábbi táblázatok mutatják:

Beszerzés indoka:

- a fogászati kezelőegységek életkora 16 év,
- az eszközt gyártó cég megszűnt, illetve az adott típust már nem gyártják, ezért a tartalék alkatrészellátás nem biztosított,
- meghibásodás esetén a betegellátásban főként a felnőtt fogászaton jelentős fennakadás keletkezne, mivel valamennyi gép reggel 8-tól este 8-ig használatban van, tartalék gép nem biztosított.
- nagy terhelésnek vannak kitéve, mivel két orvos használja az eszközöket, így naponta két műszakban 12 órában működnek,
- meghibásodás esetén a karbantartó cég nagyon nehezen tudja a javítást megoldani
- a jelenleg beszerezhető eszközök korszerűbbek, kevesebb energiát fogyasztanak, komfortosabbak mind az orvos, mind a beteg számára.

Ellátott terület lakosság száma: A 12 felnőtt fogászati körzet ellátási területének együttes nagysága esetén 62 189 fő, gyermek körzetek ellátási területe 12 284 fő.

Működtetés költsége:

Az eszközök működtetéséhez szükséges humán erőforrás rendelkezésre áll, a fenntartási, működtetési költségek a vállalkozó orvosokat terhelik (javítás, karbantartás).

2/ *Fogászati digitális intraorális röntgen készülék beszerzése*

Használatának eredménye:

A készülékre speciális fogászati beavatkozások elvégzése előtt van szükség, ilyen lehet a gyökérkezelés, ami a fogászati rendelőkben több fázisból áll, ennek megfelelően több intraorális röntgenfelvétel készül. A kezdeti stádiumban, a gyökérkezelés előtt, valamint tús kontrollkor (a gyökércsúcs ellenőrzéshez) ennek segítségével ellenőrzi a fogorvos az elvégzett munkát, a gyökértömés eredményességét, valamint elengedhetetlen a régi gyökércsúcs amputáció, gyökértömés állapotának ellenőrzésekor is. Fontos továbbá a két fog közti szuvasodás felméréséhez és a fogíny sorvadás részleteinek kivizsgálásakor is. Az intraorális röntgen kis sugárterheléssel jár, így többször megismételhető.

A beszerzés indoka:

A Kőbányai út 47. szám alatt működő 5 darab gyermekfogászati praxis rendelkezésére nem áll saját röntgen, a felnőtt fogászaton működő röntgenszolgáltatást veszik igénybe a gyerekek kezelésekor is, mely egy tús kontroll esetén veszélyes is lehet. A fogászati ellátás tevékenységi kódlistájának alkalmazásáról szóló 71/2011. (XII.23.) NEFMI rendelet 1. számú melléklete alapján a gyökértömés végzése esetén a röntgenfelvétel készítése kötelező, valamint a gyökértömés eltávolítása is röntgenfelvétellel igazolt esetben számolható csak el. Fog trepanálása esetén szintén kötelező a röntgenfelvétel. A kerületi lakosok szempontjából a hasznossága, hogy a gyermekek fogászati alapellátása egy helyen és komplex módon lenne biztosított.

Az ellátott terület lakosságszáma:

A Kőbányai úton működő gyermekfogászat ellátási terület 8476 fő. A fogászati röntgenben ellátott gyermekek aránya az összbetegforgalom 5-8%-a.

Működtetés költsége:

Az eszköz működtetése külön szakember alkalmazását nem igényli, a fogászati asszisztenseknek kell részt venni egy 2 napos sugárvédelmi tanfolyamon. A sugárvédelmi előírásoknak való megfelelés a helyszínen biztosított. A fenntartási költségeket a fogorvosoknak kell viselni.

3/ *Informatikai szoftverek egységesítése*

A háziiorvosi szoftverek egységesítése valamennyi felnőtt háziiorvosi szolgálat esetében áttérés a MedMax programra.

Az egységes szoftver használatának eredménye:

Az önkormányzati támogatásnak köszönhetően megkezdődött a Nauticom rendszer bevezetése. A rendszer használatának köszönhetően a háziorvos a megszokott papír alapú beutaló helyett elektronikusan kérhet vizsgálatot, konzíliumot betegének és rögtön le is foglalhatja a megfelelő időpontot.

A Nauticom-MedMax integráció lehetővé teszi, hogy az az összes Nauticom funkció, beleértve a páciens regisztrációját, előjegyzését, leleteinek megtekinthetőségét stb. közvetlenül a háziiorvosi szoftverből, menüpont elindításával elvégezhető. Az adatok, leletek letöltésre kerülnek a háziiorvosi szoftverbe, az OEP felé küldött jelentésekhez nem kell manuálisan bevinni további adatokat.

Az egységes informatikai rendszer a betegút-szervezés alapja is. A Nauticom rendszer használatának köszönhetően a szakellátók és a praxisok között rendszeres kommunikációt biztosító rendszer jön létre, így az alapellátás kapuőr szerepe erősödik.

A gördülékeny betegellátáshoz is szükséges az egységes szoftver, mivel ezáltal az orvosok egymás közötti helyettesítése is könnyebbé, egyszerűbbé válna.

Beszerzés indoka:

Jelenleg a házi orvosok többféle szoftvert használnak. A Nauticom rendszer jelenleg csak a MedMax házi orvosi szoftverhez illeszkedik közvetlenül. Az ettől eltérő házi orvosi szoftvert használó orvosoknak el kell indítani egy internet böngésző programot és akkor kényelmesen tudják használni a Nauticom funkcióit.

A MedMax felhasználóknak nem kell külön böngészőt használni, mivel a Nauticom minden funkciója a házi orvosi szoftverből elindítható és a leletek átemelése is automatikusan megtehető. Ezáltal a páciensek regisztrációja, a betegellátás adminisztrációs terhe kisebb.

A Nauticom rendszert használó felnőtt házi orvosi körzetek együttes ellátási területének lakosságszáma 64 914 fő.

Működtetés költsége: Az egységes szoftverre történő átállás többlet humán erőforrást nem igényel.

4/ *Betegirányító rendszer*

A betegirányító rendszer elemei: sorszámosztó, rendelő kijelző, központi kijelző egység, rádiós vagy vezetékes hívó terminál.

Használatának eredménye:

A rendszer kulturált betegfogadás feltételrendszerének biztosítását szolgálja. A betegbehívó rendszer alkalmas a rendelők sorszámosztási és beteghívási feladatainak ellátására. A sorszám kiosztás előre gyártott sorszám címkékkel vagy sorszámkártyákkal történik, míg a hívószám kijelzése hangkiadó egységgel ellátott, világítódíódás kijelzővel lehetséges.

A hívószám megjelenítést az egészségügyi személyzet vezérli a rendelőben elhelyezett szoftveres (számítógépen futó) vezetékes vagy rádiós behívó terminállal.

Az eszköz alkalmazásával olyan hasznos funkciók válnak elérhetővé, mint a várakozók számának nyomon követése, betegek soron kívüli hívása, betegek továbbküldése másik rendelőbe.

A rendszert egy számítógéppel összekapcsolva lehetőség nyílik az összegyűjtött adatok tárolására, statisztikai feldolgozására.

Beszerzés indoka:

A nagyobb rendelőkben (Zsivaj, Újhegy) a betegek irányítása jelenleg a kartonozó munkatársainak feladata. A megfelelő háziorvoshoz történt irányítást követően a beteg a rendelő ajtaja mellett kihelyezett sorszám cédulát, kártyát elveszi és az előtte és utána következő betegek figyelésével jut be a rendelőbe. Ez gyakran vitákhoz vezet.

Az ellátási terület nagysága a felnőtt körzetek esetében együttesen 64 914 fő, gyermek körzeteknél 9 559 fő.

A készülék használata többlet humán erőforrást nem igényel.

5/ *Betegvárók, rendelők klimatizálása*

Központi klíma kiépítése

Használatának eredménye: A betegfogadás és betegellátás feltétele javul, a dolgozók munkakörülményei is pozitív irányban változnak.

Beszerzés indoka

Várók szellőzése nem megoldott, elsősorban a nyári melegben a szív-érrendszeri betegek számára a levegőtlen, meleg várókban a várakozás komoly megterhelést jelent.

Nyári átlaghőmérséklet évről-évre magasabb, egyre többször rendelnek el hőségriadót.

A rendelők hőmérséklete nyáron olyan magas, ami az egészségügyi dolgozókat is próbára teszi, a munkavégzésüket megnehezíti.

A berendezések működtetése többlet humán erőforrást nem igényel, viszont a rendelők üzemeltetési költségét jelentősen megnöveli (villamos energia, berendezések rendszeres karbantartási költsége), illetve a villamos hálózat felülvizsgálatát és esetleges kapacitásának bővítését is maga után vonja.

6/ *Hasi ultrahang készülék*

Használatának eredménye: A készülékkel a hasüregi és kismencedei szerveket vizsgálják, nem elsősorban az üreges szerveket, vagyis nem a gyomrot és a beleket, hanem a májat, epehólyagot, hasnyálmirigyet, lépét és veséket, a kismencedében pedig a húgyhólyagot, a méhet, a petefészkeket és férfiaknál a prosztatát. A hasüregben futó nagyobb erekről, valamint a hasi főverőér mellett található nyirokcsomókról is vélemény alkotható.

Beszerzés indoka

- A legkíméletesebb, káros hatással nem járó vizsgálat az ultrahangvizsgálat.
- Rendszerint hasi fájdalmak okát keresik vele, de epe- és vesekövek, húgyúti kövek, a különböző szervek megnagyobbodása is kimutatható vele. Daganatos betegségek májattétei, hasüregi folyadék- vagy gennygyülemek, vérzések mutathatók ki a segítségével.
- A helyben elérhető vizsgálat nagymértékben megkönnyítené a házi orvosok munkáját.
- A betegek több hónapos várakozás nélkül, rövidebb idő alatt igénybe vehetnék a vizsgálatot.
- A legtöbb készülék ma már nemcsak egyetlen testtájék vizsgálatára alkalmas, így több betegség diagnosztizálására képes.

Az ellátási terület nagysága a felnőtt körzetek esetében együttesen 64 914 fő

Működtetés költsége : A szükséges humán erőforrás biztosított, mivel szakvizsgálóval rendelkező házi orvos részéről merült fel kérésként. Megoldandó feladat megfelelő rendelőhelyiség biztosítása, kivizsgálandók körének meghatározása és mivel a vizsgálatot alapellátás esetében az OEP nem finanszírozza a vizsgálat térítési díjának meghatározása.

Megvalósítás és ütemterv-keret

Beszerzés időbeni ütemezése

Ssz	Eszköz neve	2013. év	2014. év	2015. év	2016. év	2017. év
1.	Fogászati kezelőegység	2 darab	2 darab	2 darab	3 darab	2 darab
2.	Fogászati röntgen	1 darab				
3.	Informatika szoftver fejlesztés	24 licenc				
4.	Betegbehívó rendszer	2 darab	3 darab	3 darab	2 darab	2 darab
5.	Klímaberendezések	2 telephely	2 telephely	3 telephely	2 telephely	2 telephely
6.	Ultrahang készülék	1 darab				

1992 – ben meghatározott minőségirányítási fogalom: „A minőségirányítás a családorvos praxisban az ellátás valamennyi folyamatának, azok eredményeinek elemzésén és fejlesztésén alapuló tervezett tevékenységsorozat, melynek célja az egészségügyi ellátás standardjainak folyamatos javítása.”

1995 – ben megjelent állásfoglalás szerint: „A családorvoslás minősége alapvetően a családorvos képzéssel megszerzett tudásán, jártasságán, a gyakorlat során összegyűjtött tapasztalatán és a kialakított attitűdjén alapul... A minőségbiztosítás nem más, mint egy képzési eszköz, mely az ellátás magasabb standardjainak elérését és a rendelkezésre álló erőforrások jobb kihasználását eredményezi ...melynek eredményeként folyamatosan fejlődik az ellátás minősége, s egyben demonstrálja a kormányzat és a lakosság felé az ellátás hatékonyságát és eredményességét ...A minőségbiztosítás módszereit a családorvosnak el kell sajátítania és alkalmaznia kell, mint a mindennapi gyakorlat alapvető elemét.”

Az egészségügyi ellátás minőségének fejlesztéséhez az összes érdekelt fél, az egészségügyi kormányzat, a finanszírozó, az orvos-technikai eszközöket, gyógyszert gyártók és forgalmazók, az egészségügyi szervezetek, az egészségügyi dolgozók, de különösen a betegek és az egész lakosság igényeinek és szükségleteinek megfelelő komplex stratégia kialakítása szükséges.

Ennek mottója:

„Jó dolgokat jól csinálni!”

A sikeres minőségirányítás, olyan garanciális elem, mely a teljesítmény mellett, a minőség-alapú szelekció lehetőségét is biztosítja az egészségügyi ellátók között. Része és feltétele lehet a finanszírozási szerződéseknek, mint garanciális elem, mely pontosan rögzíti az elvárt szolgáltatás minőségét. A minőségirányítás akkreditációja szektor-semlegesesen jelent garanciát valamennyi érdekelt fél számára az elvárható szolgáltatás minőségével kapcsolatban. Igazodik a nemzetközi gyakorlathoz, újraértelmezve az egészségügyi ellátáshoz kapcsolódó minőség fogalmát.

Köszönetnyilvánítás

Köszönetünket fejezzük ki Budapest Főváros Kormányhivatala Népegészségügyi Szakigazgatási Szerve X. kerületi Intézetének - Dr. Haintz Andrea Tisztifőorvos Asszonynak és Munkatársainak -, akik a Kőbányai Egészségügyi Szolgálat rendelkezésére bocsátották a X. kerület lakosságára vonatkozó morbiditási és mortalitási adatokat aktív közreműködéssel segítve ezen szakmai anyag elkészítését.