



MÓDSZERTANI KÉZIKÖNYV A JÁRÁSI EGÉSZSÉGTERVEK KÉSZÍTÉSÉHEZ



2025. DECEMBER 1.
SEMMELWEIS EGYETEM
Epidemiológiai és Surveillance Központ

1 Tartalomjegyzék

1	Tartalomjegyzék	2
2	Összefoglaló	4
2.1	A járási egészségtervek készítését támogató módszertani kézikönyv továbbfejlesztésének célja	4
2.2	Az egészségtervezés módszere	4
2.3	Az egészségtervezés lehetséges szinterei	4
3	A járási egészségterv definíciója	5
4	A járási egészségtervezés módszertanának rövid bemutatása	5
5	A járási egészségtervezés jogszabályi háttere	7
6	Az egészségtervezés elméleti háttere és célja	7
6.1	Az egészséget befolyásoló tényezők rendszermodellje	7
6.2	Az egészségtervezés célrendszere	9
6.2.1	Kiemelt tervezési szempontok	9
7	A tervezési módszertan lépései	11
7.1	A helyzetértékelés módszertana	11
7.1.1	A Helyzetkép célja	11
7.1.2	A primer adatgyűjtés szempontjai	11
7.1.3	A szekunder adatgyűjtés szempontjai	12
7.1.4	A tervezést befolyásoló tényezők	12
7.1.5	A primer adatelemzés során vizsgálható területek	13
7.1.6	A szekunder adatelemzés során vizsgálható területek	13
7.2	A problémák azonosítása és rangsorolása	15
7.2.1	A problémák azonosítása, indikátor alapú és vélt problémalisták készítésének módszertana	15
7.2.2	A probléma-beavatkozás párok rangsorolásának módszertana	17
7.2.3	A beavatkozások kiválasztása	20
7.3	A Cselekvési terv készítésének módszertana	21
7.3.1	A Cselekvési terv célja	21
7.3.2	A középtávú cselekvési terv készítésének módszertana	22
7.3.3	Az éves cselekvési terv készítésének módszertana	25
7.4	Megvalósítás	32
7.4.1	A közösségek bevonása a cselekvési terv megvalósításába.	32

7.4.2	A megvalósítás koordinációjának módszertana	35
7.5	A monitorozás	39
7.5.1	A monitorozás célja	39
7.5.2	A monitorozás módszertana	40
7.5.3	Jelentések és beszámolók	41
7.5.4	Jelentések elkészítése és közzététele	42

2 Összefoglaló

2.1 A járási egészségtervek készítését támogató módszertani kézikönyv továbbfejlesztésének célja

A jelen módszertani kézikönyv a Semmelweis Egyetem Epidemiológiai és Surveillance Központ dokumentuma, amely a hazai népegészségügyi szakértők bevonásával készült el 2025. decemberben. A módszertan jelentős mértékben épít a 2015. évben az Állami Egészségügyi Ellátó Központ vezetésével a TÁMOP- 6.2.5-B-13/1-2014-0001 "Szervezeti hatékonyság fejlesztése az egészségügyi ellátórendszerben – Területi együttműködések kialakítása" címmel megvalósított projektben készült kézikönyvre. Az azóta eltelt tíz évben azonban létrejött több, az egészségtervezést támogató módszertani fejlesztés (úgy mint például a TÉR-EPI szakrendszer), ami indokoltá tette a módszertan kiegészítését, frissítését (Epidemiológiai és Surveillance Központ, 2025). Emellett a 2019. év végén kitört COVID-19 pandémia újra a népegészségügy egyik fókuszába helyezte a fertőző megbetegedésekkel szembeni felkészülés és megküzdés fontosságát, a témát, amivel a korábbi egészségtervezési módszertanok és egészségtervek kisebb terjedelemben, vagy egyáltalán nem foglalkoztak. A jelen, továbbfejlesztett módszertani kézikönyv célja a járási egészségtervezés módszertanának átlátható leírása oly módon, hogy az alkalmazható legyen a járási egészségtervek készítésekor és megvalósításakor. A módszertan felhasználta a releváns hazai és nemzetközi szakirodalmakat, valamint a közösségi egészségtervezés során eddig összegyűjtött tapasztalatokat. Célunk, hogy az eddig felhalmozott tudást és információt egységes, kezelhető módon mutassa be a téma iránt érdeklődő szakembereknek.

2.2 Az egészségtervezés módszere

Az egészségtervezés módszere feltérképezni egy adott közösség egészségi állapotát befolyásoló tényezőket, meghatározni a helyzetből adódó problémákat, majd a lehetséges beavatkozások mérlegelését követően kidolgozni a problémák megoldását célzó cselekvési tervet. A helyzet feltérképezésekor szükséges megvizsgálni a közösség egészségi állapotát, egészségkultúráját, életkörülményeit, a közösséget érő külső hatásokat, az egészségügyi ellátórendszer, valamint az egészségi állapotot közvetlenül vagy közvetve befolyásoló más ágazatok szolgáltatásainak jellemzőit. Az egészségtervezés fontos eleme a közösség tagjainak aktív bevonása.

2.3 Az egészségtervezés lehetséges szinterei

Az egészségtervezés több szintén valósulhat meg, amelyek a közösség mérete, térbeli elhelyezkedése és az alkalmazott módszertan szerint különböznek. Országos szinten ágazati stratégiaként jelenik meg, ahol közép- és hosszú távú célokat, fejlesztési stratégiákat, irányelveket és nemzeti programokat határoznak meg. Térségi szinten a statisztikai régióknak megfelelő, több megyére kiterjedő egészségtervek

készülhetnek, amelyek az országos és a kapcsolódó járási tervekhez illeszkednek. A járási szintű egészségtervek a közigazgatási rendszerhez igazodnak, és az országos, térségi, települési egészségtervekhez illeszkednek. Települési szinten 1998 óta készülnek közösségi egészségtervek, amelyek módszertanát a Fact Alapítvány szakértői dolgozták ki, és amelyeket az OEFI és több alapítvány is adaptált, pályázatok és képzések formájában terjesztve (Füzesi & Tistyán, 2004; Vercseg 2004; Kishegyi & Solymosi, 2009). Külön szintér az iskolai egészségtervezés, amelyhez a Teljes körű Iskolai Egészségfejlesztési Konceptió és az OEFI módszertani kiadványai nyújtanak alapot, valamint a munkahelyi egészségtervezés, amelyet a munkahelyi egészségfejlesztésről szóló OEFI kiadványok támogatnak (Kapás, 2004; OEFI, 2010; ÁEEK, 2014). Végül az egyéni szintű egészségtervezés is megjelenik, amelynek módszertanát ugyancsak egy Európai Unió finanszírozással megvalósult projekt keretében dolgoztak ki.

3 A járási egészségterv definíciója

A **járási egészségterv** az adott közösség egészségi állapotának, egészségkultúrájának, életkörülményeinek, valamint a külső hatások és a kapcsolódó ágazatok szolgáltatásai figyelembevételével készített, a beavatkozási lehetőségek mérlegelésén alapuló interszektorális cselekvési program a közösség egészségi állapotának javítása érdekében. A járási egészségterv része a helyi ellátórendszer kapacitásainak tervezése, fejlesztési szükségleteinek meghatározása, továbbá a népegészségügyi szolgáltatások szervezése. A járási egészségterv a népegészségügyi helyzetértékelés során megalkotott Helyzetképből, valamint az ezt követően kialakított Cselekvési tervből áll.

A **népegészségügyi helyzetértékelés** olyan ciklikus folyamat, amelynek során elemzik egy meghatározott közösség legnagyobb egészségveszteségeit okozó, valamint az egészségügyi szolgáltatásokkal való elégedettséggel kapcsolatos problémáit és a korábbi cselekvési tervek tapasztalatait. A népegészségügyi helyzetértékelés terméke a **Helyzetkép**, amely kiindulópontként szolgál a járási egészségtervezés során kialakítandó Cselekvési terv meghatározásához.

A **cselekvési terv** a közösség számára legnagyobb egészségveszteséget okozó, valamint az egészségügyi szolgáltatásokkal való elégedettséggel kapcsolatos problémákra reagáló, a hazai és nemzetközi tapasztalatok alapján várhatóan hatásos beavatkozásokból összeállított terv, kijelölt felelősökkel, résztvevőkkel, határidőkkel, monitorozásra alkalmas indikátorokkal.

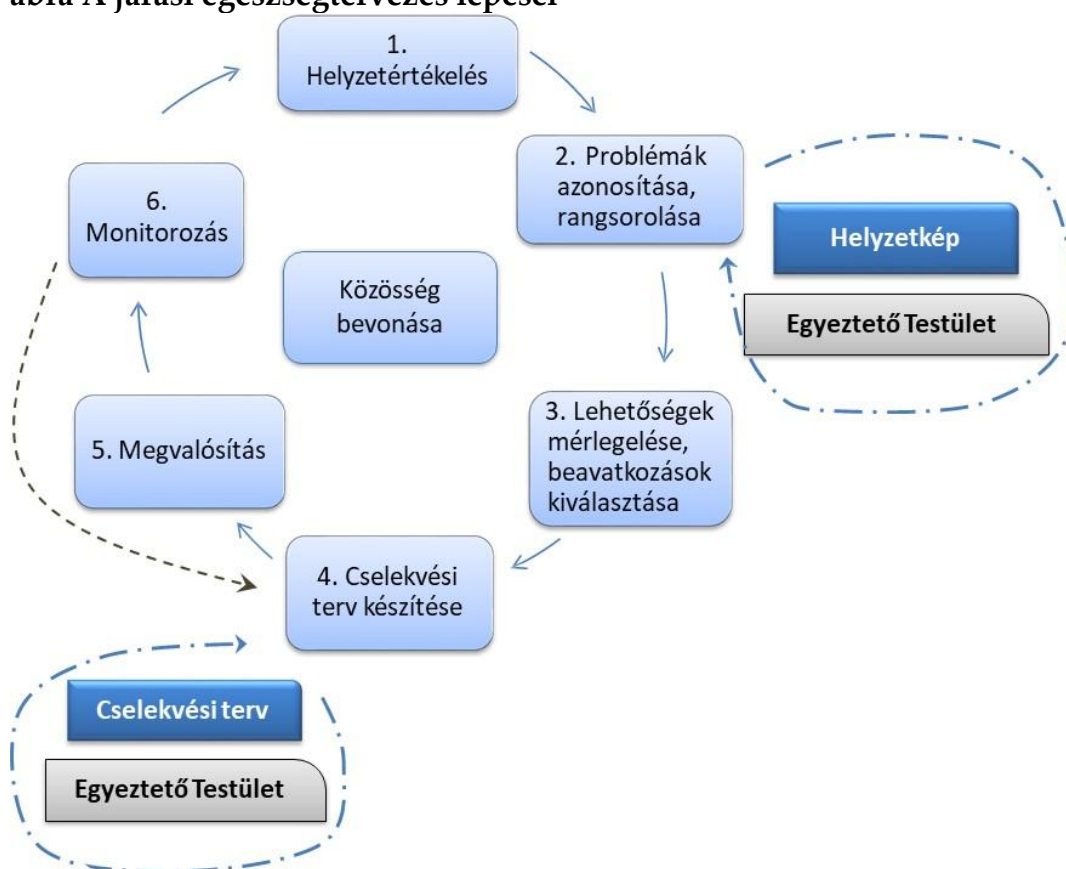
4 A járási egészségtervezés módszertanának rövid bemutatása

A járási egészségtervezés hat lépésből álló, ciklikusan ismétlődő folyamat, amit a

későbbi fejezetekben részletesen tárgyalunk. A tervezés első ciklusában kell kialakítani az egészségügyi és nem egészségügyi szervezetek képviselőiből álló járási Egészségtervezési Egyeztető Testületet.

A járási egészségtervezés első lépése a Helyzetértékelés, amelynek során a tervezés feltételeinek, körülményeinek értékelése, az adatgyűjtés, valamint a járás egészségi állapotát befolyásoló tényezők feltérképezés és elemzése valósul meg (1. ábra). A második lépés a járás problémáinak azonosítása és probléma-beavatkozás párok rangsorolása, valamint az első két lépés eredményeit összefoglaló Helyzetkép elkészítése, amelyet az Egyeztető Testület véleményez. A Helyzetkép képezi a kapacitás tervezés és a cselekvési terv inputját.

1. ábra A járási egészségtervezés lépései



Forrás: Szerzők

A harmadik lépés egyrészt a lehetőségek mérlegelése a rendelkezésre álló erőforrások feltérképezésével és a probléma-beavatkozás rangsor értékelésével, másrészt a beavatkozások kiválasztása az Egyeztető Testület bevonásával. Ezt követően, a negyedik lépésben kell elkészíteni a Cselekvési tervet, amelyet az Egyeztető Testület ugyancsak véleményez. Az ötödik lépés a Cselekvési tervben megfogalmazott beavatkozások koordinálása és megvalósítása. A hatodik lépés a monitorozás,

eredményeit az első ciklus Cselekvési tervének – az előre nem látható események miatti – esetleges módosításához, valamint a következő ciklus helyzetértékeléséhez lehet felhasználni. A tervezés minden lépésénél fontos bevonni a járás tagjait, képviselőit.

5 A járási egészségtervezés jogszabályi háttere

A járási szintű egészségtervezés közvetlen, név szerint is szabályozott jogi alapját az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény adja. A jogszabály 152/A § rögzíti, hogy a települési önkormányzat köteles együttműködni a lakosságra, közösségekre, családi, munkahelyi és iskolai színterekre irányuló egészségfejlesztési tevékenységekben, ezeket támogatnia és aktívan kezdeményeznie kell. Ezt konkretizálja a 152/B §, amely szerint azon járásokban, ahol egészségfejlesztési iroda működik, a járásszékhely város önkormányzata az érintett települési önkormányzatokkal, vagy azok társulásaival együtt járási egészségtervet dolgoz ki, és gondoskodik az abban foglaltak megvalósításáról; ennek során együttműködik a fővárosi és vármegyei kormányhivatal járási hivatalával, az alap- és szakellátást nyújtó egészségügyi szolgáltatókkal, valamint az egyéb érintett ágazatok szereplőivel.

Mindezek mellett a 2011. évi CLXXXIX. törvény 13. § (1) bekezdés 4. pontja a települési önkormányzat kötelező feladatai között nevesíti az egészségügyi alapellátást és az egészséges életmód segítségét célzó szolgáltatásokat. Az egészségügyi alapellátásról szóló 2015. évi CXXIII. törvény részletezi, hogy a települési önkormányzatnak kell gondoskodnia többek között a házi orvosi, házi gyermekorvosi, fogorvosi alapellátás, az ügyeleti, védőnői és iskola-egészségügyi ellátás biztosításáról. Ezek a rendelkezések együtt olyan jogi keretet hoznak létre, amelyben a járási egészségterv a helyi önkormányzatok – különösen a járásszékhely város – törvényi feladatellátását támogató, több településre kiterjedő, stratégiai tervezési eszközként jelenik meg.

6 Az egészségtervezés elméleti háttere és célja

6.1 Az egészséget befolyásoló tényezők rendszermodellje

Az egészséget befolyásoló tényezők rendszermodellje azt szemlélteti, hogy az egészséget közvetlenül három tényező határozza meg. Egyrészt az egészségmagatartás, tehát az, hogy az egyén milyen, az egészséget fejlesztő, vagy épp kockázatos magatartásokat folytat, azaz milyen életmódbeli döntéseket hoz (például a táplálkozás, fizikai aktivitás, dohányzás, alkoholfogyasztás területén) (2. ábra). Másrészt az életkörülmények, vagyis a fizikai és társas környezet, a lakó- és munkahelyi környezet, a foglalkoztatottság és az anyagi helyzet is jelentős mértékben befolyásolhatja az egészségi állapotot. Harmadrészt az egészségügyi szolgáltatások minősége, azok elérhetősége is közvetlenül befolyásolja az egészséget. A modellben

látható visszacsatolások jelzik, hogy az életkörülmények hatással lehetnek az egészségmagatartásra, míg az egészségmagatartásra befolyásolhatja az egészségügyi szolgáltatások igénybevételét.

2. ábra. Az egészséget befolyásoló tényezők rendszermodellje



Forrás: ÁEEK (2015)

A rendszermodell szerint az egészségi állapotot számos közvetett tényező is formálja. Az állami és helyi kormányzat a jogi-politikai környezeten, a források és infrastruktúra biztosításán keresztül lehet hatással. Ugyanis az állami és helyi kormányzat szabályozza és finanszírozza az egészségügyi szolgáltatásokat, befolyásolja a településfejlesztést, a közlekedés és az oktatás szervezését, valamint befolyásolja a lakhatással kapcsolatos területeket. A kapcsolódó ágazatok – például az oktatás, szociális ellátás, gazdaság, környezetvédelem – olyan termékeket, szolgáltatásokat és fizikai környezetet hoznak létre, amelyek elősegítik vagy éppen gátolják az egészséges választásokat. Ezek az ágazati intézkedések képesek formálni az életkörülményeket, illetve az emberek képességeit, ismereteit és motivációját az egészséges életmódra, így végső soron közvetve, több lépcsőn keresztül hatnak az egészségi állapotra. A rendszermodell ezért hangsúlyozza, hogy a lakosság egészsége nemcsak az egészségügyi ellátás, hanem egy széles, több ágazatot átfogó politikai és társadalmi környezet eredménye. Az egészségtervezés során ezért fontos, hogy valamennyi, az

az egészségi állapotot közvetlenül és közvetve befolyásoló tényezővel foglalkozzunk.

6.2 Az egészségtervezés célrendszere

Elsődleges célkitűzések

1. A járási lakosság egészségkultúrájának fejlesztése, az egészséget támogató viselkedés elterjesztése.
2. Az egészséges életkörülmények kialakításának elősegítése.
3. Az egészségveszteségek csökkentése.

Beavatkozási célterületek

1. Az egészséges választás és egészséges életkörülmények kialakításának támogatása.
2. Az egészséges életmódhoz szükséges ismeretek, készségek és motiváció fejlesztése.
3. A legnagyobb egészségveszteséget okozó betegségek megelőzése, súlyosságuk, szövődményeik csökkentése.
4. A közösség bevonása a tervezett beavatkozások végrehajtásába.

6.2.1 Kiemelt tervezési szempontok

Népegészségügyi jelentőség

Az egészségtervezés során fontos figyelembe venni azokat a népegészségügyi jelentőségű területeket, melyeknél – a széleskörű társadalmi érintettség miatt – jelentős egészségnyereség érhető el a bizonyítottan hatásos beavatkozások megvalósításával. A Globális Betegségteher Vizsgálat adatai alapján elmondható, hogy a potenciálisan legnagyobb egészségnyereség elérését ígérő területek 2022-ben Magyarországon az alábbiak voltak (3. ábra): egészséges táplálkozás; dohányfüstmentes élet; fizikailag aktív életmód; kábítószer-használat és túlzott alkoholfogyasztás megelőzése; mentálisan aktív és kiegyensúlyozott életmód; szülői szerepre való felkészülés és szexuális egészség; sérülésektől, erőszaktól mentes élet; egészséges környezet; valamint járványokkal való megküzdésre történő felkészülés (GBD, 2025).

3. ábra. A legnagyobb egészségnyereség elérését ígérő területek Magyarországon 2022-ben



Forrás: Szerzők

Egyenlőtlenségek

A beavatkozások (intervenció) kiválasztása során definiálni kell azokat a demográfiai csoportokat is, amelyekre a programok irányulnak. A hátrányos helyzetű társadalmi csoportok, mint pl. a romák, hajléktalanok, az e körbe tartozó várandós anyák, szegények, fogyatékkal élők, sajátos nevelési igényű gyermekek stb. szempontjait figyelembe kell venni.

Költség-hasznosság

Olyan beavatkozások, amelyekkel egységnyi egészségnyereséget (pl. megmentett élet, megromlott egészség miatti életévvesztés [MEÉV=DALY], életminőséggel korrigált életév [QALY]) elfogadható többletköltséggel lehet előállítani.

Hosszú távú szemlélet

Rövidtávon a veszteségeket kell csökkenteni, de hosszú távon is fenn kell tartani azokat az intézkedéseket, amelyek a jelentős veszteségektől (mint pl. a fertőző megbetegedések) óvnak. A tervezés során hangsúlyozottan érdemes figyelni az előző lépésekhez való visszacsatolásra annak érdekében, hogy a részletesebb célrendszer

kialakításakor ne térjünk el a megfogalmazott, átfogó céloktól vagy a jövőképtől.

7 A tervezési módszertan lépései

7.1 A helyzetértékelés módszertana

7.1.1 A Helyzetkép célja

A Helyzetkép célja, hogy a kidolgozandó Cselekvési tervhez az intervenciós terület lakosságának egészségi állapotáról, valamint az azt befolyásoló tényezőkről a beavatkozások meghatározására alkalmas helyzetelemzést adjon. A Helyzetképnek laikusok számára is értelmezhető, közérthető megfogalmazásokat kell tartalmaznia. A Helyzetkép tartalmazza az Egyeztető Testület észrevételei alapján, a helyi viszonyok, problémák figyelembevételével véglegesített Tervezési Alapelveket is, mely egyfajta stratégiai keretként támogatja a szükséges beavatkozások kiválasztását és a rövid- és hosszú távú tervezést.

A közösség egészségi állapota és az azt befolyásoló tényezők a primer és szekunder adatfeldolgozás során nyert eredmények alapján értékelhetők.

7.1.2 A primer adatgyűjtés szempontjai

Primer adatgyűjtés számos módon kivitelezhető, a lehetséges módszerek jelentősen különböznek költségigényben, erőforrás igényben, az adatgyűjtési és elemzési módszertan összetettségében. A módszertan kiválasztásakor fontos mérlegelni, hogy a kutatásba fektetett erőforrás várhatóan mennyi többlet információt biztosít a vizsgált közösségről, így a jelentős erőforrást igénylő, ám - kevés, vagy nem megbízható többlet információval biztosító adatgyűjtés kevésbé preferálandó szűkös közösségi erőforrások esetén.

Primer adatgyűjtésnek tekinthető, ha az egészségtervet készítő szakértők a közösséget képviselő stakeholderekkel, a járásban működő egészségügyi és kapcsolódó ágazatok szervezeteinek vezetőivel, szakértőivel, vagy gazdasági és non profit szervezetek képviselőivel készítenek félig strukturált interjút, fókuszcsoportos beszélgetéseket. Az interjúk, fókuszcsoportos beszélgetések során a cél a közösség azon, **vél**t problémáinak feltérképezése, amelyek a szekunder adatelemzés során nem feltétlenül tűnnek fel, vagy deríthetők ki, azonban a közösség egyes csoportjait súlyosabban érinthetik. Ezen interjúk során azonban nemcsak a közösség által súlyosnak vélt problémákat, de a közösségben már bevált, jó gyakorlatokat és tapasztalatokat is fel lehet térképezni, amelyek a beavatkozások tervezésénél nyújthatnak nagy segítséget a későbbiekben. Az interjúk készítésekor egyben az egyes szervezetek együttműködési szándékát is fel lehet térképezni, illetve felkelteni a stakeholderek érdeklődését a tervezésben és megvalósításban való együtt – illetve közreműködésben.

7.1.3 A szekunder adatgyűjtés szempontjai

A szekunder adatgyűjtéshez és elemzéshez szükséges egyes adatbázisok elérhetősége különböző, mivel ezeknek a rendszereknek eltérő a zárási protokollja. Az adatgyűjtést olyan módon kell lebonyolítani, hogy az a vizsgált járás lakosságának egészségi állapotát és az azt befolyásoló tényezőket megbízhatóan és kellő pontossággal írja le. Az egészségtervet készítő munkacsoport tevékenységének megkezdésekor tisztázni kell, hogy melyek azok az intézmények, amelyekről valamilyen jogszabály alapján elvárható az együttműködés az adatgyűjtés során.

A járási egészségtervet készítő szakértők a lehetséges, felhasználható adatbázisokat helyben véleményezhetik, és a felhasználandó adatbázisok körét a helyi prioritásoknak megfelelően alakíthatják. A Helyzetkép nem használ fel az egészségi állapot közvetlen vizsgálatából származó adatokat. Az adatgyűjtés és elemzés célja a közösség **indikátoralapú** problémáinak azonosítása.

7.1.4 A tervezést befolyásoló tényezők

Az egészségtervezés sem országos, sem járási szinten nem függetleníthető azoktól a társadalmi, gazdasági, kulturális és politikai hatásoktól, amelyek alakítják, befolyásolják a közösség életfeltételeit. Ezeknek a hatásoknak a figyelembevétele, következményei elemzése, értékelése nélkül nem készülhetnek reális, megvalósítható egészségtervek.

A járási egészségtervezés megalapozását szolgáló, egyszerűen megvalósítható elemző-értékelő módszer a SWOT analízis. A SWOT elemzés a helyzetértékelésnek és problémák megoldását támogató tervezésének mára már széles körben elterjedt technikája. Az egészségtervezés céljainak elérését kedvezően, vagy kedvezőtlenül befolyásoló külső és belső tényezők (erősségek, gyengeségek, lehetőségek, kockázatok) feltérképezésére, összefoglalására használható. A belső és külső környezeti tényezők vizsgálatával — a jövőképpen rögzített célok figyelembevételével — a követendő irányelvekre, fejlesztési területekre vonatkozóan tehetünk megállapításokat.

A SWOT analízis alkalmazásával egyrészt a járási egészségtervet készítő munkacsoport erősségeinek és gyengeségeinek, másrészt pedig a közösség életét befolyásoló lehetőségek és kockázatok elemzése, értékelése valósulhat meg. Utóbbi (azaz a külső tényezők) elemzésekor fontos a társadalmi, gazdasági, jogi környezet feltérképezése, amely a tervezés későbbi lépései során lesz hasznosítható.

7.1.5 A primer adatelemzés során vizsgálható területek

A félig strukturált interjúk, fókuszcsoportos beszélgetések során vizsgálható területek:

- a közösség egészségi állapota, egészségmagatartása
- a közösség egészségi állapotát befolyásoló tényezők
- egészségfejlesztéssel, egészségmegőrzéssel kapcsolatos, meglévő jó gyakorlatok és tapasztalatok
- az egészségügyi, valamint kapcsolódó ágazatok szolgáltatásaival kapcsolatos problémák
- a közösség rendelkezésére álló – nem, vagy nem hatékonyan felhasznált – erőforrások

A primer adatgyűjtés során javasolt, félig strukturált interjúkérdések az Epidemiológiai és Surveillance Központ honlapján, az járási egészségtervezést támogató segédletek között olvashatók.

7.1.6 A szekunder adatelemzés során vizsgálható területek

A járás teljes népességét lefedő elemzések elkészítésekor egyfelől a már kész adatbázisok (rutinszerűen gyűjtött adatok, amelyek az intervenciók egységei szintjén adatbázisba rendezettek és közvetlenül hasznosíthatók az elemzéshez) feldolgozása, másfelől egyes jelentési rendszerekre támaszkodó járási adatbázisok előállítás és feldolgozása történik.

Kész adatbázisok feldolgozása során vizsgálható területek:

- a) szocio-demográfiai mutatók (pl.: nyers születési/halálozási arányszám, természetes szaporodási/fogyási arányszám, teljes termékenységi arányszám, eltartottsági ráták, öregedési index)
- b) halálozás (adatgazda: pl. standardizált halálozás, várható élettartam, ok-specifikus halálozás korcsoportos és nemek szerinti bontásban)
- c) morbiditás (felnőttek és gyermekek morbiditása)
- d) daganat incidencia
- e) fejlődési rendellenességek
- f) bejelentendő fertőző betegségek (megbetegedési gyakoriságok)
- g) átoltottság (kötelező és ajánlott védőoltások vonatkozásában)
- h) tbc surveillance (pl.: tbc incidencia és prevalencia, rezisztens kórokozók előfordulási gyakorisága)

A szekunder adatelemzés során alkalmazható a Semmelweis Egyetem Epidemiológiai és Surveillance Központ által létrehozott és működtetett TÉR-EPI térepidemiológiai szakrendszere (Epidemiológiai és Surveillance Központ, 2025). E szakrendszer segítségével a magyar lakosság morbiditási és mortalitási mutatóinak átfogó, térbeli és időbeli elemzése végezhető el, különös tekintettel a COVID-19 világjárvány rövid-,

közép- és hosszútávú egészséghatásaira. Indikátorként olyan paraméterek vagy számszerűsíthető értékek (mutatók) szerepelnek, amelyek információt nyújtanak egy egészségi állapotot jellemző, vagy azzal kapcsolatba hozható, meghatározott jelenségek, a környezet, vagy egy földrajzi terület lakosságának helyzetéről/sajátosságairól.

A rendszer alkalmas az egészségi állapot, illetve az azt befolyásoló tényezők mutatóinak térképes ábrázolására, továbbá a különböző egészségi állapotokat, illetve az azokat befolyásoló tényezőket leíró indikátorok szerinti, nemenkénti, korcsoportonkénti és vizsgálati időszak szerinti gyors lekérdezésére, letöltésére dinamikus, interaktív formában. A kiválasztott (paraméterezett) indikátor területi eloszlásának gyors, azonnali megjelenítése a felhasználó igényei szerint vármegyei, járási, települési szintű bontásban könnyen hozzáférhető.

A TÉR-EPI használatával megyei, járási és települési szinten elemezhetők a halálozás területi egyenlőtlenségei, és azok időbeli alakulása (trendje) 2007-2023 közötti időszakban az alábbi halálozási indikátorok szerint:

- Általános halálozás (az összes halálok miatt bekövetkezett halálozás) halálteki főcsoportok (keringési rendszeri betegségek, rosszindulatú daganatok, emésztőrendszeri betegségek, légzőrendszeri betegségek, külső okok) miatti halálozás nemenként, 3 korcsoportban (0-x éves, 25-64 éves és 65-x éves).
- A népegészségügyi szempontból kiemelt jelentőségű rosszindulatú daganatok (tüdőrák, emlőrák, méhnyakrák és a vastag-végbélrák) miatti halálozás szintén nemenként 3 korcsoportban.
- Az összetett halálteki indikátorcsoportok:
 - túlzott alkoholfogyasztáshoz köthető halálozás (0-x éves, 25-64 éves és 65-x éves korcsoportokban nemenként);
 - dohányzással összefüggő halálozás (0-x éves, 25-64 éves és 65-x éves korcsoportokban nemenként));
 - valamint az elkerülhető halálozás komplex csoportjai: elsődleges megelőzéssel befolyásolható, illetve az adekvát egészségügyi szolgáltatásokkal kivédhető elkerülhető halálozás szerint. nemenként a 0-74 éves korcsoport vonatkozásában.

A COVID-19 miatti halálozás területi egyenlőtlenségei pedig 2020-2023 évek esetében, szintén vármegyei, járási és települési szinten és a 3 korcsoportra vonatkozóan elemezhetők. A TÉR-EPI rendszere az Epidemiológiai és Surveillance Központ oldaláról érhető el előzetes regisztrációt követően.

7.2 A problémák azonosítása és rangsorolása

7.2.1 A problémák azonosítása, indikátor alapú és vélt problémalisták készítésének módszertana

A Helyzetkép elkészítéséhez az adott járásra vonatkozó legnagyobb egészségvesztést okozó betegségek és kockázatok aktuális állapota, valamint az adott közösség tagjait érintő, vélt problémák is feltérképezésre kerülnek. Az így összegyűjtött problémák alkotják azt a két problémalistát, amelyre később az egészségtervben válaszokat adhat a közösség. A legnagyobb egészségvesztést okozó betegségek és kockázatok megítélésére rendelkezésre állnak indikátor alapú adatok (például halálozási adatok), ezek alapján a legnagyobb egészségvesztést okozó tényezők fogják alkotni az egészségterv további lépései során az egyik problémalistát, lásd példaként az 1. táblázatot.

1. táblázat. Példa a legnagyobb egészségvesztést okozó betegségeket és kockázatokat tartalmazó, indikátor alapú problémalistára

A legnagyobb egészségvesztést okozó problémák a járásban	Mortalitás a járásban (országos átlag=1)	SHH	Morbiditás a járásban (országos átlag=1)	SH H
Keringési rendszeri betegségek	magasabb	1,35	magasabb	1,16
Roszcindulatú daganatok	magasabb	1,42	magasabb	1,31
Emésztőrendszeri betegségek	alacsonyabb	0,74	magasabb	1,06
Légzőrendszeri betegségek	átlagos	1	átlagos	1
Tüdőrák	magasabb	1,33	magasabb	1,25
Emlőrák	alacsonyabb	0,64	alacsonyabb	0,85
Méhnyakrák	átlagos	1	átlagos	1
Vastag-végbélrák	magasabb	1,21	magasabb	1,19
Túlzott alkoholfogyasztáshoz köthető megbetegedések	átlagos	1	átlagos	1.
Dohányzással összefüggő megbetegedések	magasabb	1,27	átlagos (incidencia)	1,15
COVID-19 miatti betegségek	magasabb	1,15	átlagos	1

Forrás: Szerzők

A közösség tagjai által nevesített vélt problémákra (mint például a nem megfelelő rendelési idő, a közösségi közlekedés hiánya, a községeken átmenő jelentős teherautóforgalom, a nem szabályos fűtési rendszerek gyakori használata miatti jelentős légszennyezés, stb.) azonban nem, vagy csak nehezen hozzáférhető és összehasonlítható adatok állnak rendelkezésre, lásd példaként a 2. táblázatot.

2. táblázat. Példa az egészségügyi és kapcsolódó ágazok szolgáltatásával kapcsolatos, vélt problémák listájára, a közösség tagjainak véleménye alapján

A probléma szubjektív értékelés alapján történő helyezése	A probléma megnevezése
1	Hosszú várólisták az egészségügyi szolgáltatóknál
2	A levegőt és a talajt jelentős mértékben szennyező vegyiművek működése a közösségben
3	Betöltetlen háziiorvosi praxisok magas száma
4	Az 50 év felettiek, valamint a roma lakosság magas munkanélküliségi rátája
5	Korszerűtlen (az egészségi állapotra káros és környezetszennyező) fűtési módok elterjedtsége a közösség egyes településein/társadalmi csoportjaiban
6	A 7-es főúton átmenő jelentős forgalom miatt egyre növekvő mértékű levegő, zaj és rezgés szennyezettség egy településrészen
7	A szociális ellátórendszer hiányosságai miatt a veszélyeztetett társadalmi csoportok (pl. idősek emberek) nem jutnak megfelelő szolgáltatásokhoz
8	A közösség településeinek zöld övezeteiben olyan jelentős mértékű zöld területek száma, amelyek a Lyme kórt terjesztő kullancsokkal fertőzöttek

Forrás: Szerzők

A problémák azonosításával tehát a közösség rendelkezésére áll egy indikátor alapú és egy vélt problémákat tartalmazó lista, amely a lehetséges beavatkozások célpontjait tartalmazza.

A továbbiakban az e listákon szereplő problémák és a hozzájuk illesztett, lehetséges beavatkozások valamilyen módszer alapján történő rangsorolására van szükség. Így végül tehát kialakul a két problémalistából egy olyan rangsor, amelyben a közösség

által választott problémák és a hozzájuk kapcsolt beavatkozások egyaránt szerepelnek.

7.2.2 A probléma-beavatkozás párok rangsorolásának módszertana

A rangsorolás célja

A rangsorolás célja az, hogy a közösség tagjait legnagyobb mértékben érintő, legsúlyosabb egészségi problémák megoldását szolgáló, bizonyítottan hatásos beavatkozásokat azonosítsuk, így biztosítva a rendelkezésre álló közösségi erőforrások lehető legjobb felhasználását.

A rangsorolás módszertana

E lépés során a két — korábban előállított — problémalistából egy probléma-beavatkozás rangsort szükséges készíteni. Az egyes problémákhoz bizonyítottan hatásos beavatkozásokat ajánlott kapcsolni. Olyan beavatkozások is figyelembe vehetők, melyek hatásosságára, eredményességére nincs tudományos bizonyíték. A lehetséges beavatkozások (későbbi) kiválasztása során azonban előnyben kell részesíteni a tudományosan bizonyított hatásossággal rendelkező, vagy a jelenlegi tudományos ismeretek alapján várhatóan hatásos eljárásokat.

A hazai és nemzetközi gyakorlatban már bevált módszereket, bizonyítottan hatásos beavatkozásokat értékelni szükséges a közösségben való felhasználhatóság, vagyis az adaptálhatóság szempontjából. A bizonyítottan hatásos program gyűjteménye (ami a korábbi Európai Unió támogatással megvalósult hazai népegészségügyi projektek eredményeire épült, azonban a korábbi gyűjtemény frissítése mellett új programokat is tartalmaz) a Semmelweis Egyetem Epidemiológiai és Surveillance Központjának honlapjáról elérhető.

A probléma-beavatkozás rangsort a John Joseph Hanlon és munkatársa által az egészségi problémák priorizálására kifejlesztett módszertan alkalmazásával javasolt elkészíteni. (Hanlon és mtsa 1984) Fontos megjegyezni azonban, hogy a beavatkozások priorizálására számos más módszertan is alkalmazható és jelenleg nincsen általánosan elfogadott, legjobbnak tartott priorizálási módszer. Az alábbiakban ismertetésre kerülő priorizálási módszertan négy lépésből áll: 1. Egészségi problémák értékelése 2. PEARL teszt kitöltése 3. Prioritási súlyok képzése 4. Rangsor képzése.

Az egészségi problémák értékelése

Első lépésben a közösségben felmerülő, egészségi állapotot befolyásoló problémákat kell értékelni egy 0-10-ig terjedő skálán a problémák mérete, súlyossága, valamint a lehetséges beavatkozások hatásossága alapján. Problémaként azonosíthatók az egészségi állapot mellett az egészségkultúrával, életkörülményekkel, a közösséget érő külső hatásokkal kapcsolatos tényezők is.

Az értékelés módszertanához a 3. táblázat nyújt segítséget:

3. táblázat. Az értékelés módszertana

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

Forrás: Szerzők

A probléma méretének értékelése a Helyzetképben ismertetett adatok felhasználásával történik, és a dimenzióhoz tartozó pontszám értékét az alapján adjuk meg, hogy az adott probléma a közösség hány százalékát érinti.

A probléma súlyosságának értékelése a betegségek, valamint az egészségmagatartással kapcsolatos kockázati tényezők (pl. alkohol és dohányfogyasztás) DALY értéke alapján történhet. Az adatok forrása az Institute for Health Metrics and Evaluation által fenntartott www.healthdata.org weboldal, ahol országonként elérhetőek a betegségekre és kockázati tényezőkre vonatkozó DALY adatok nem és meghatározott korcsoportonkénti bontásban. Azon problémák súlyosságának értékelését, amelyekre vonatkozóan nincs DALY adat (pl. a tömegközlekedés nem megfelelő szervezése miatt nehezen elérhető egészségügyi szolgáltatások) a problémák súlyosságát szakértői becsléssel határozható meg.

A beavatkozás hatásosságára vonatkozó információ (a bizonyítottan hatásos beavatkozások esetében) származhat egyrészt a publikált kutatási eredményekből és beszámolókból. Másrészt, amennyiben a tudományos publikációk nem tartalmazzak

erre vonatkozó információt, a beavatkozás hatásosságát ugyancsak a szakértői becsléssel határozható meg.

A „PEARL teszt” kitöltése:

Azt követően, hogy az egészségi problémák meghatározott szempontok szerint való értékelése megtörtént, a lehetséges beavatkozások szelektálására a PEARL tesztet kell használni. A teszt során a következő öt kritérium ellenőrzése történik:

- Megfelelőség (Propriety): A beavatkozás alkalmas-e az egészségi probléma kezelésére?
- Gazdaságosság (Economics): Gazdasági szempontból van-e hozadéka a beavatkozás megvalósításának? Vannak-e gazdasági következményei, ha a problémát nem kezeljük?
- Elfogadhatóság (Acceptability): A közösség igényli és elfogadja a beavatkozást?
- Erőforrások (Resources): Rendelkezésre áll-e erőforrás a beavatkozás számára?
- Jogszerűség (Legality): A hatályos törvények lehetőséget adnak a beavatkozás végrehajtására?

Ha a feltett kérdések valamelyikére NEM válasz érkezik, akkor az adott beavatkozást törölni kell a lehetőségek közül, vagy a közösségi egészségtervező és a Helyi Támogató Munkacsoport rendelkezésére álló eszközök felhasználásával szükséges elérni azt, hogy a beavatkozás megfeleljen mind az öt kritériumnak. Amennyiben a tervezéskor még nem, de a későbbiekben várhatóan elérhető lesz erőforrás, akkor a beavatkozás bekerülhet a cselekvési tervbe, azonban a beavatkozás előfeltételeként szükséges megjeleníteni az erőforrások biztosítását.

A prioritás súlyok képzése

A prioritás súlyokat az első lépésben képzett – problémához rendelt – pontszámokra építve a megadott formula alapján kell meghatározni: $D = (A + 2B) * C$, ahol

D = prioritás súly

A = egészségi probléma méretének pontszáma

B = egészségi probléma súlyosságának pontszáma

C = a beavatkozás hatékonyságának pontszáma

A rangsor készítése

A negyedik lépésben a számított prioritási súlyokra alapozva rangsoroljuk az egyes egészségi problémákat úgy, hogy a legmagasabb prioritási súllyal rendelkező probléma kapja az 1-es rangot, a második legmagasabb súllyal rendelkező a 2-est, és így tovább.

4. táblázat Rangsor képzése

Rangsorszám	Probléma	A A probléma mérete	B A probléma súlyossága	C A beavatkozás hatásossága	D Prioritás súly (A+2B) C
1	Allergia	30% = 10	Közepesen súlyos = 5	70% = 7	126
5	COPD	5% = 5	Közepesen súlyos = 5	40% = 5	75
11	Betöltetlen praxisok	5% = 5	Minimális mértékben súlyos = 1	100% = 10	70
19	Közlekedési balesetek	0,5% = 3	Közepesen súlyos = 4	15% = 2	22
14	Lég-szennyezettség	10% = 7	Közepesen súlyos = 5	30% = 3	51
16	Előregedés	20% = 8	Közepesen súlyos = 5	7% = 2	36
18	LYME kór	Kevesebb, mint 0,001% = 1	Minimális mértékben súlyos = 2	70% = 7	28

Forrás: Szerzők

7.2.3 A beavatkozások kiválasztása

Az előző pontban kialakított probléma-beavatkozás rangsorhoz, az Egyeztető Testület bevonásával – lehetőség szerint egy erre az alkalomra összehívott ülésen – fel kell mérni a rendelkezésre álló, és a rendelkezésre bocsátani szándékozott erőforrásokat, valamint a beavatkozások megvalósításában való részvételi szándékot, cselekvési hajlandóságot. Így a rendelkezésre álló lehetőségek mérlegelésével történhet a legnagyobb egészségvesztést okozó, valamint az egészségügyi szolgáltatásokkal való elégedettséggel kapcsolatos problémák és a megoldásukat célzó beavatkozások kiválasztása és azok megvalósításának öt évre valamint éves ciklusokra történő tervezése. Javasolt az így kialakult ütemtervet is megvitatni az Egyeztető Testülettel. A probléma-beavatkozás rangsor figyelembevételével választhatóak ki a megfelelő beavatkozások, majd ezt követően célszerű meghatározni az erőforrásokat, illetve ennek elosztását. A döntést a következő tényezők befolyásolják:

- a járási egészségtervezés céljai, területe,
- rendelkezésre álló valid, megbízható, és használható bizonyítékok,
- a beavatkozások rangsorban elfoglalt helye,
- visszajelzések a közösség és az érdekeltek (stakeholderek) felől,

- kiemelt tervezési szempontok.

A beavatkozások kiválasztásakor további szempontként merülhet fel a szomszédos közösségek közötti együttműködés, mivel szükség lehet olyan beavatkozások választására, melyek több szomszédos közösség számára is megoldást jelenthetnek. A beavatkozások kiválasztásakor segítséget nyújthatnak a már meglévő egészségfejlesztési tervek, rekreációs stratégiák, helyi prevenciós stratégiák is.

7.3 A Cselekvési terv készítésének módszertana

7.3.1 A Cselekvési terv célja

A járási egészségtervezés első ciklusában kétféle cselekvési terv is készül: egy középtávú (5 éves időszakra vonatkozó), valamint ebből lebontva a járási egészségtervezés első ciklusára vonatkozó éves cselekvési terv. A középtávú cselekvési terv nem megy bele a részletekbe, hanem a beavatkozások és az azokat összetevő fő tevékenységek szintjén határozza meg a megvalósítás időrendjét és erőforrás igényét.

Az éves tervek gördülő jelleggel készülnek (először csak az első évre vonatkozó készül el), részletezettségük nagy, a beavatkozásokat már elemi vagy közel elemi tevékenységekre lebontva tartalmazza, beleértve az időütemezést és az erőforrásokat is. Az éves terveket félévente kell felülvizsgálni (lásd 5. táblázat). A felülvizsgálat során értékelni kell az elmúlt félév tevékenységét, ennek figyelembevételével aktualizálni a soron következő félévet és hozzátervezni az azt követő félévet. Így a visszacsatolások ciklikus rendje alakul ki: a lezárt félév, az aktualizált félév és az újlag hozzávett félév, ahogyan az alábbi ábra szemlélteti:

5. táblázat Megvalósítási terv ütemezése

T E R V	Ü T E M E Z É S					
	1. félév	2. félév	3. félév	4. félév	5. félév	 stb.
Általános megvalósítási terv						
Elkészítés időpontja						
1. sz. szakaszterv	1. éves tervszakasz					
Elkészítés időpontja						
2. sz. szakaszterv	Archivált tervszakasz	Felülvizsgált tervszakasz	Új tervszakasz			
Elkészítés időpontja						
3. sz. szakaszterv		Archivált tervszakasz	Felülvizsgált tervszakasz	Új tervszakasz		
Elkészítés időpontja						
4. sz. szakaszterv			Archivált tervszakasz	Felülvizsgált tervszakasz	Új tervszakasz	
Elkészítés időpontja						
5. sz. szakaszterv				Archivált tervszakasz	Felülvizsgált tervszakasz	Új tervszakasz
Elkészítés időpontja						
... stb.					Archivált tervszakasz	Felülvizsgált tervszakasz
Elkészítés időpontja						

Forrás: ÁEEK (2015)

Az éves cselekvési tervnek többek között tartalmaznia kell az egyes tevékenységek megvalósításában résztvevők körét, a megvalósítás folyamatának egyes lépéseit, azok ütemtervét, a döntéshozatali pontokat, a forrásigényeket (humán, eszköz, szolgáltatás, munkálatok, jogosultságok — mint erőforrások és ezek költségét), a megvalósítás során fellépő esetleges kockázatokat és azok csökkentésére vonatkozó javaslatot, valamint a tevékenység monitorozásához szükséges indikátorokat és értékelési tervet. Az éves cselekvési terv feladatainak tehát konkrétak, reálisnak, mérhetőnek és határidőhöz kötötnök kell lennie. Javasolt a cselekvési terv elkészítése során felvenni a kapcsolatot az egyes beavatkozások tervezett megvalósítóival, a minél pontosabb terv elkészítése céljából. A fejezet célja, hogy a közösségi egészségterv készítőit támogassa a kiválasztott beavatkozások megvalósításához szükséges konkrét cselekvések, azaz akciók megtervezésében.

7.3.2 A középtávú cselekvési terv készítésének módszertana

A középtávú cselekvési tervek a beavatkozás-ranglista első tíz eleméből állnak össze. Minden beavatkozást egymást követő tevékenységekre lehet bontani, és a tervezés 5 ciklusa (azaz 5 éve) között el lehet osztani, ha végrehajtásuk előreláthatólag egy ciklusnál hosszabb időt vesz igénybe. Az egyes tevékenységek ciklusonkénti

meghatározásakor ügyelni kell arra, hogy olyan tevékenységek szerepeljenek egy adott évben, amelyek előfeltételei – a terv szerint – egy korábbi ciklusban megteremtődnek. A járási egészségtervet készítőik saját tapasztalataik, ötleteik, vagy a közösségben rendelkezésre álló jó gyakorlatok ismerete alapján további tevékenységekkel egészítheti ki a táblázatot. A tevékenységek lehetnek egyszeriek, azaz egy év alatt megvalósíthatók (pl. orvosi rendelő felújítása), hosszabb távúak, amelyek megvalósítása hosszabb időt igényel (pl. egészségügyi humán erőforrás képzés), vagy ciklusonként megismételhető tevékenységek (pl. szűrési programok minden ciklusban). Példaként lásd a 6. és 7. táblázatot.

6. táblázat Középtávú cselekvési terv – példa 1.

	Tevékenységek				
Beavatkozások	1. ciklus	2. ciklus	3. ciklus	4. ciklus	5. ciklus
Népegészségügyi program a daganatos megbetegedések miatti halálozás csökkentése érdekében	Szűrésen való részvételre ösztönző programok	Szűrésen való részvételre ösztönző programok	Szűrésen való részvételre ösztönző programok	Szűrésen való részvételre ösztönző programok	Szűrésen való részvételre ösztönző programok
	Szűrőprogramok	Szűrőprogramok	Szűrőprogramok	Szűrőprogramok	Szűrőprogramok
	Daganatos betegek ellátását, rehabilitációját végző HR képzése	Daganatos betegek ellátását, rehabilitációját végző HR képzése	Daganatos betegek ellátását, rehabilitációját végző HR képzése	Daganatos betegek ellátását, rehabilitációját végző HR képzése	Daganatos betegek ellátását, rehabilitációját végző HR képzése
	Diagnosztikai központ fejlesztése	Daganatos betegek kezelését végző intézmény fejlesztése			
	HR képzése a daganatos betegségek felismerésének protokolljaira				
	Szűrési protokollok kidolgozása				

Forrás: ÁEEK (2015)

A beavatkozás és az egyes tevékenységek közvetlen célja az, hogy a daganatos megbetegedések miatt bekövetkező korai halálozás az 5 éves periódus alatt 10%-kal csökkenjen. Az éves cselekvési terveket a középtávú cselekvési terv felhasználásával kell kialakítani, figyelembe véve azt, hogy mely tevékenységek teljesültek, és melyek azok, amelyek a feltételek hiányában csak a következő ciklusban valósíthatóak meg.

7. táblázat Középtávú cselekvési terv – példa 2.

	Tevékenységek				
Beavatkozások	1. ciklus	2. ciklus	3. ciklus	4. ciklus	5. ciklus
Program a közlekedési balesetek számának csökkentése érdekében	Közlekedésbiztonsági szempontból kiemelt jelentőségű útszakaszok (balesetigócok) azonosítása				
	Közösségi fórum összehívása az érintettek bevonásával	Megismételt közösségi fórum összehívása az érintettek bevonásával	Megismételt közösségi fórum összehívása az érintettek bevonásával	Megismételt közösségi fórum összehívása az érintettek bevonásával	Megismételt közösségi fórum összehívása az érintettek bevonásával
	Célzott, időszakos figyelemfelhívó kampány tervezése	Célzott, időszakos figyelemfelhívó kampány kivitelezése	Célzott, időszakos figyelemfelhívó kampány kivitelezése	Célzott, időszakos figyelemfelhívó kampány kivitelezése	Célzott, időszakos figyelemfelhívó kampány kivitelezése
	Médiakampány megtervezése	Médiakampány a közlekedési balesetek terheiről és a baleseti gócpontokról	Médiakampány a közlekedési balesetek terheiről és a baleseti gócpontokról	Médiakampány a közlekedési balesetek terheiről és a baleseti gócpontokról	Médiakampány a közlekedési balesetek terheiről és a baleseti gócpontokról
	A baleseti gócok újra tervezésének szükségességéről szóló vitanap az érintettek bevonásával	Megoldási javaslatok tervezése a baleseti gócok újra tervezéséhez	Petíció a baleseti gócok újra tervezésének szükségességéről	Baleseti gócok újra tervezése, szükség esetén jogszabály módosítás előkészítése	Baleseti gócok újra tervezése, szükség esetén jogszabály módosítás
		Monitorozás	Monitorozás	Monitorozás	A program értékelése, zárás

Forrás: ÁEEK (2015)

A beavatkozás és az egyes tevékenységek közvetlen célja az, hogy a közösséghez

kapcsolódó közutakon a közlekedési balesetek száma az 5 éves periódus alatt 25%-kal csökkenjen. Az éves cselekvési terveket a középtávú cselekvési terv felhasználásával kell kialakítani, figyelembe véve azt, hogy mely tevékenységek teljesültek, és melyek azok, amelyek a feltételek hiányában csak a következő ciklusban valósíthatóak meg.

7.3.3 Az éves cselekvési terv készítésének módszertana

Az éves cselekvési terv a Helyzetképben azonosított, az Egyeztető Testület által megvitatott problémákra összpontosító, a közösség lehetőségeihez illesztett beavatkozások megvalósításának konkrét és részletes feladatait bemutató dokumentum. A cselekvési tervnek tartalmazni kell az előzően kiválasztott beavatkozások megvalósítására vonatkozó részletes leírást is. Minden beavatkozás esetében szükséges az alábbi pontok részletezése:

- a) a megvalósításához szükséges feladatok részletezése;
- b) a feladatokhoz tartozó határidők, megvalósítási ütemterv;
- c) várható forrásigény (pénzügyi, infrastrukturális, humán)
- d) a megvalósítás felelőse és közreműködői;
- e) kockázatelemzés;
- f) monitorozási, értékelési terv (teljesítménymutatókkal).

- a) megvalósításához szükséges feladatok részletezése

A kiválasztott beavatkozások megvalósításához szükséges tevékenységek időrendben történő felsorolása, a tevékenységek pontos leírása. Az egyes részfeladatok ismertetése során meg kell határozni azokat a döntéshozatali pontokat is, amelyeknél döntés hiányában megakad a megvalósítás folyamata.

- b) a feladatokhoz tartozó határidők, megvalósítási ütemterv

A határidők a feladatok befejezését jelzik, melynek betartása a megvalósítók feladata, betartatása pedig a felelős hatásköre. Egyes feladatok végrehajtása kiemelt jelentőségű lehet, mérföldkövet jelenthet a beavatkozás megvalósítása során, ezért ezeket szükséges külön dokumentálni. A határidők időben megfelelő „beosztását” az ütemezés szolgálja.

A feladatok és ütemezésük könnyebb áttekintéséhez nyújthat segítséget a GANTT diagram. A GANTT diagram a feladatok grafikus ábrázolására és megjelenítésére szolgál, nemcsak a tervezési, hanem a végrehajtási/megvalósítási szakaszban is. A mintaként megadott GANTT-diagram sablon igény szerint bővíthető.

- c) várható forrásigény (pénzügyi, infrastrukturális, humán erőforrás, jogosultság)

Az összegyűjtött feladatok megvalósításához elengedhetetlen azok forrásigényének tervezése. Fontos, hogy a forrásigény meghatározásakor szükség esetén azok

pénzügyi vonzata is szerepeljen a beavatkozás megvalósításához tartozó pénzügyi tervben.

Az erőforrások tervezése kihat a többi tervezési elemre is, mert például az ütemezés és a határidők csak abban az esetben tarthatóak, ha az erőforrások a szükséges időben és mennyiségben rendelkezésre állnak, a szerződéseket időben meg tudják kötni, és a teljesítés igazolásakor pénzügyileg is rendezhetőek a költségek/kiadások. Az erőforrások tervezéskor az ismert piaci árak alapján lépésről lépésre tervezi a várható kiadásokat és költségeket. A tervezés során gondoskodni kell arról, hogy ne csak az egyes feladatok költségeit legyenek megtervezve, hanem a háttér munkákhoz és infrastruktúrához szükséges anyagok (anyagköltségek, szakmai anyagok stb.) és eszközök, mint például a befektetett eszközök (immateriális javak, tárgyi eszközök) is.

Az erőforrások költségének meghatározásánál érdemes „beárazni” azokat a tételeket is, amelyeket a megvalósítást támogató szervezetek természetben biztosítanak, költségek felszámítása nélkül (pl. egy terem vagy egy sportpálya egy rendezvényhez). Így egyrészt bemutatható a program tényleges értéke, másrészt átlátható és jól kommunikálható a feladatot végző szervezetek tehervállalása, érdeme a közösségi egészségterv megvalósításában. Az erőforrások fajtái számos módon és részletességgel határozhatók meg. A 8. táblázat a legalapvetőbb kategóriákat ismerteti. A magyarországi uniós projekteknél alkalmazott kategorizálás ennél sokkal bonyolultabb és részletesebb, közel 70 elemből áll és nagyrészt átfed a számvitelben alkalmazott költségnemekkel.

8. táblázat Az erőforrások fajtái

Megnevezés	J e l l e m z ő i	Szokásos mértékegysége
Humán erőforrás	Saját teljesítmény, lehet (a) bérköltség (bér + járulékai), (b) személyi megbízás (megbízási díj + járulékai)	hónap, munkanap
Szolgáltatás	ÁFA terheli (néhány kivétellel), lehet (a) idő alapú szellemi szolgáltatás (tanácsadó, közbeszerzési szakértő, jogász stb.) (b) termék alapú szellemi szolgáltatások (pl. könyvvizsgálat, jegyzetírás, rendezvényszervezés) (c) nem szellemi szolgáltatás (pl. nyomda, szállás, étkezés, karbantartás, javítás, távközlés, internet, irodabérlet)	(a) ember-nap, ember-hónap (b) darab, oldal, szerzői ív, garnitúra, stb. (c) oldal, ív, éjszaka, adag, darab, gigabyte stb.

Eszköz	ÁFA terheli, lehet (a) tárgyi eszköz, (b) gép, berendezés, (c) épület, ingatlan, (d) anyag	Az eszköz természetéhez igazodó, pl. db, m2, garnitúra
Jogosultság	Általában ÁFA terheli, lehet (a) használati jog (pl. szoftver, logó, szellemi tulajdoné) (b) más vagyoni értékű jog	A jogosultság természetéhez igazodó

Forrás: ÁEEK (2015)

d) A megvalósítás felelőse és közreműködői

A megvalósítandó feladatokhoz ki kell jelölni a megvalósítókat, felelősöket, döntéshozókat. Külön listát célszerű készíteni a felelősök és közreműködők elérhetőségéről, munkarendjéről, egyéb információkról, amely a járási egészségtervet készítő munkacsoport tagjainak rendelkezésére bocsátható.

Az alábbi, 9. táblázat páronkénti kimutatásokat tartalmaz az erőforrások három jellemzőjére (fajtája, forrása és biztosításának módja).

9. táblázat Az erőforrások fajtája, forrása és biztosításának módja - példa

Összeg / Költség	Erőf. fajtája				
Erőforrás forrása	1-Humán erőf.	2-Szolgáltatás	3-Tárgyi eszk.	4-Jogosultság	Végösszeg
Adomány		146,304	190,500		336,804
Szponzorok	899,500	190,500	215,900		1,305,900
Uniós pályázat		5,588,000			5,588,000
C-város ÖK	1,837,075	609,600			2,446,675
B-község ÖK		635,000		254,000	889,000
A-község ÖK	553,193				553,193
Végösszeg	3,289,768	7,169,404	406,400	254,000	11,119,572

Összeg / Költség	Bizt. módja		
Erőf. fajtája	pénzbeli	természetben	Végösszeg
1-Humán erőf.	1,613,318	1,676,450	3,289,768
2-Szolgáltatás	5,778,500	1,390,904	7,169,404
3-Tárgyi eszk.	152,400	254,000	406,400
4-Jogosultság	254,000		254,000
Végösszeg	7,798,218	3,321,354	11,119,572

Összeg / Költség	Bizt. módja		
Erőforrás forrása	pénzbeli	természetben	Végösszeg
Adomány		336,804	336,804
Szponzorok	1,242,400	63,500	1,305,900
Uniós pályázat	5,588,000		5,588,000
C-város ÖK	385,500	2,061,175	2,446,675

B-község ÖK	254,000	635,000	889,000
A-község ÖK	328,318	224,875	553,193
Végösszeg	7,798,218	3,321,354	11,119,572

Forrás: ÁEEK (2015)

e) kockázatelemzés és intézkedési terv;

A kockázat olyan esemény, helyzet, vagy körülmény, amely egy beavatkozás megvalósítása alatt bármikor bekövetkezhet, és káros hatással van a beavatkozás céljainak sikeres teljesítésére oly módon, hogy megakadályozza a beavatkozás:

- tevékenységeinek, eredményeinek, közvetlen céljainak (és minőségének) az elérését és/vagy
- ütemtervének tartását és/vagy
- költségvetésének betartását.

Egy kockázat bekövetkezése nem bizonyosság, hanem lehetőség, amelyik általában egy már most látható helyzet vagy fogyatékoság következménye. A kockázatelemzés során a kiválasztott beavatkozások, a konkrét feladatok megvalósulásához köthető lehetséges kockázatok feltárása és értékelése történik: a kockázati esemény bekövetkezési valószínűségét és a negatív hatások, károk mértékét a tervezők becsléssel határozzák meg. A kockázat súlyosságát a bekövetkezési valószínűség és a negatív hatás súlyszámának szorzata érzékelteti számszerűsítve (lásd 4. ábra).

4. ábra. A kockázat bekövetkezési valószínűségének és hatásának ábrázolása

BEKÖVETKEZÉS VALÓSZÍNŰSÉGE	NAGY 3	3 K	6 S	9 S
	KÖZEPES 2	2 Ö	4 E	6 S
	ALACSONY 1	1 CSEKÉLY	2 E	3 S
		ALACSONY 1	KÖZEPES 2	NAGY 3
		HATÁS		
		Valószínűség	x	Hatás
		Nagy		Közepes
		3	x	2
				= Kockázat
				= Súlyos
				= 6

Forrás: ÁEEK (2015)

Csekély a kockázat, ha a megvalósulást lényegileg nem veszélyezteti. Ilyen esetekben azt kell mérlegelni, hogy a kockázat csökkentésének ráfordítása arányban áll-e a bekövetkezés esetén jelentkező negatív hatással. A közepes (elviselhető) és súlyos (elfogadhatatlan) minősítésű kockázatokat okvetlenül kezelni kell, mert veszélyeztetik az érintett tevékenységek vagy az egész beavatkozás (egészségterv) megvalósítását.

A kockázatelemzés alapján a kockázat bekövetkeztének elkerülése, illetve hatásának csökkentésére érdekében intézkedéseket terveznek. Az intézkedési tervben meg kell nevezni a kockázati eseményt, az esemény bekövetkezésének valószínűségét, hatását, valamint e két dimenzióhoz tartozó súlyszámok alapján a kockázat mértékét, valamint a kockázat kiküszöbölésére vagy csökkentésére tervezett intézkedéseket (lásd 10. táblázat).

10. táblázat Intézkedési terv sablon

Ssz.	Kockázati esemény	Beköv. a	Hatás b	Kock. =a·b	Tervezett intézkedés
A	Esemény leírása	2	3	6	Intézkedés leírása
B		3	3	9	
C		1	2	2	
D					
E					

Forrás: ÁEEK (2015)

Az intézkedési terv kiegészíthető két oszloppal: az intézkedések végrehajtásának felelősei, illetőleg a nyomon követés módjával és gyakoriságával. Célszerű a kockázatokat egy szemléltető összesítőn is bemutatni (5. ábra), amelyenél a kockázat mértékének megfelelő kockába az illető kockázat azonosító jelét kell írni.

5. ábra A kockázat bekövetkezés valószínűségének és hatása mértékének ábrázolása

BEKÖVETKEZÉS VALÓSZÍNŰSÉGE	NAGY 3			B
	KÖZEPES 2	C		A
	ALACSONY 1			
		ALACSONY 1	KÖZEPES 2	NAGY 3
		HATÁS		

Forrás: ÁEEK (2015)

f) monitorozási, értékelési tervet (teljesítménymutatókkal)

A cselekvési terv összeállítása során elengedhetetlen az egyes beavatkozásokhoz, feladatokhoz rendelt indikátorok definiálása és a megvalósításra vonatkozó monitorozási, értékelési terv elkészítése. A rendszeres monitorozás lehetőséget ad a megvalósítás folyamata közben szükségessé váló módosítások meghatározása, hosszabb távon az egyes beavatkozások hatásosságának/ hatékonyságának mérésére is. A monitorozás gyakoriságán, ütemezésén kívül meg kell határozni azt is, hogy ki végzi, kinek a felelősségi körébe tartozik, továbbá szükséges annak a definiálása is, hogy mi az a szint, ahol már be kell avatkozni, esetleg meg kell változtatni az akciót.

Indikátorok:

Az indikátor általános jelentése: mutató; amellyel egy tevékenység vagy folyamat megvalósulása vagy egy cél elérése jellemezhető. Ebben a lépésben a projekt tevékenységeinek és céljainak teljesülését mérő és igazoló mutatók és mérési módszerük meghatározásával foglalkozunk. Az indikátorok meghatározásánál alapvető követelmény, hogy teljesüljenek a SMART kritériumok, azaz az indikátorok legyenek:

S - specifikusak (specific) - mennyiség, minőség tekintetében

M - mérhetőek (measurable) - objektív módon

A - teljesíthetőek (achievable)

R - relevánsak (relevant)

T - időhöz kötöttek (time-based)

Az indikátorok a cselekvési terv szintjén a tevékenységek terv szerinti megvalósulását mérik a mennyiség, minőség, célcsoport, időtartam és határidő, hely, költségteret tekintetében. Cselekvési terv megvalósulást igazoló indikátorokat az alábbi táblázatos formában célszerű megjeleníteni .

11. táblázat A cselekvési terv megvalósulását mérő indikátorok összesítése

Ssz.	Indikátor megnevezése	Elvart értéke	Teljesülés ének határideje	Információ forrása	Felelős
1.			éé.hh.nn		
2.					
3.					

Forrás: ÁEEK (2015)

A beavatkozások szintjén az egészségnyereség mértékét szükséges mérni az indikátorokkal. A beavatkozás hatását (az egészségnyereséget) igazoló indikátorok megjelenítésekor az alábbi alkalmazása javasolt:

12. táblázat. A beavatkozások hatásosságát mérő indikátorok összesítése

Ssz.	Indikátor megnevezése	Kiindulási értéke (bázisérték)	Elvart célértéke	Célérték teljesülésének határideje	Információ forrása	Felelős
1.				éé.hh.nn		
2.	BMI változása a veszélyeztetett felnőtt lakosok körében (2016. évi kampány eredményeként)	29	27	16.12.31	Célzott alap és záró XY felmérés	XY
3.	BMI változása a veszélyeztetett felnőtt lakosok körében (2017. évi kampány eredményeként)	27	26	17.12.31	Célzott záró felmérés	XY

Forrás: ÁEEK (2015)

Amennyiben van olyan indikátor, amelyiknek időbeli felfutása/lefutása van, akkor azt annyiszor kell bevezetni a táblába, ahány elérendő közbülső értéke van (ahogy pirossal szerepel egy példa a táblában). Az egyik időszak záró értéke a következő időszak kiinduló értéke.

A beavatkozások szintjén gyakran csak úgy lehet indikátorokat definiálni, hogy a

változás mértékét a kiinduló állapothoz viszonyítjuk (pl. „a jelen állapothoz képest 10%-os javulás x időn belül”). Ilyen esetekben, ha az alapállapot a statisztikákból és egyéb felmérésekből nem ismert a célcsoportra nézve (pl. a célcsoport tájékozottságának és ismereteinek szintje az elhízás veszélyeivel kapcsolatban), akkor szükség lehet arra, hogy készüljön egy alapállapot-felvétel, majd a beavatkozás végén egy végállapot felvétel, ahol a kettő különbsége az indikátor értéke.

Minden esetben fel kell tüntetni az információ forrását, megszerzésének módját, biztosításának formáját. Szükséges meghatározni azt, hogy ki, mikor, és milyen gyakorisággal szerzi be az információt. A megszerzendő információhoz forrást is szükséges biztosítani az egészségterv költségvetésében. Az akciók értékelése, és az értékelés visszajelzése inputként szolgálhat a tervezett, de még nem megvalósított cselekvések, vagy a folyamatban lévő, de még módosítható cselekvések korrigálására. Például a szűrőprogramok alacsony részvétele esetén a kommunikációs eszközök intenzívebb, hatékonyabb alkalmazásával lehet bővíteni a cselekvési tervet.

A negyedik lépés eredményei

Az alfejezetben bemutatottak alapján elkészül a középtávú és az éves cselekvési terv. Az elkészített cselekvési terveket végül a közösségi Egészségtervezési Egyeztető Testület véleményezi.

7.4 Megvalósítás

7.4.1 A közösségek bevonása a cselekvési terv megvalósításába.

A közösség bevonásának előfeltétele

A bevonás egyik legfontosabb előfeltétele a közösség informálása az egészségtervezés elindításáról, folyamatáról és eredményeiről a nyilvánosságon keresztül. Ez azt jelenti, hogy az egészségtervezés és megvalósítás minden lépése a nyilvánosság előtt történik, amely a közösség direkt vagy indirekt bevonását célozza. A helyzetértékelésről, a problémák azonosításáról, a beavatkozások kiválasztásáról, a cselekvési terv készítéséről, a megvalósítás lépéseiről és a monitorozás eredményeiről egyaránt szükséges informálni a közösség tagjait, szervezeteit, csoportjait. Elérésük legegyszerűbben a nyilvánosságon keresztül valósítható meg, értve ez alatt a tömegkommunikációt (írott és elektronikus média), a közösségi médiát, valamint az adott közösségben működő egyéb lehetőségeket (nyílt napok, speciális rendezvények, szórólapok, plakátok stb.). A nyilvánosságon keresztül azonban elsősorban a tájékoztatás, informálás valósulhat meg, a tényleges motiváció felkeltése a cselekvésre nem, vagy kevésbé. A folyamatos nyilvánosság biztosítása tehát szükséges, de közel sem elégséges feltétele a bevonásnak.

A közösségek konkrét csoportjai bevonásának módszerei

Egységes módszertant javasolni a közösségek bevonására (annak módjára és tartalmára) nem lehetséges. Ennek oka, hogy az egyes közösségek, intézmények, civil szervezetek, munkahelyi közösségek, különböző informális lakossági csoportok (pl. hobbikörök), szomszédságok stb. összetételüket, tudásukat, tapasztalataikat, kompetenciájukat, erőforrásaikat, motivációikat tekintve rendkívül különbözőek.

Önmagában már feltérképezésük is komoly feladat, mivel a rendelkezésre álló adatbázisok – bármely területen tájékozódunk is – hiányosak, illetve részben elavultak.

- első forrásként azonban mindenképpen ezen adatbázisokat ajánljuk áttekintésre, pl. a KSH adatait
- jó adat- és információforrásnak bizonyulhatnak a helyi önkormányzatok, vagy nagyobb intézmények (pl. helyi kórház, iskola), ahol a megfelelő személyek kulcsinformációkkal rendelkeznek a működő és releváns szervezetekről, jelentősebb lakossági csoportokról
- a személyes beszélgetések során alkalmazható az ún. „hólabda módszer”, amely azt jelenti, hogy az adott szervezet képviselője ajánlja más szervezetek, közösségek megkeresését és bevonását
- a nyilvánosság különböző csatornáin keresztül – partnerként – meghívhatjuk a programba a különböző szervezeteket
- nem csak szervezetekkel, hanem az adott közösségben véleményformáló erővel bíró, modellt nyújtó kulcsszemélyekkel is érdemes számolnunk, és megnyernünk őket a program számára. Javasolt pl. listát készíteni róluk (elérhetőségekkel) a sajtó számára. E listába azonban nem csak szakértőket, döntéshozókat érdemes felvenni, hanem olyan személyeket, akik az adott közösségben saját munkájuk, családi életük, sport- és közösségi tevékenységük révén vívtak ki elismerést: azaz a sikeres fodrást, vízvezeték szerelőt, óvónőt, szociális munkást, postást stb., és akik az egészség szempontjából (legyen az egészség fizikai, mentális, társas stb. dimenziója) is megjeleníthetőek és modellként felmutathatóak. A program vezetőinek állandó szerepeltetése nem kelti azt az érzést a közösség tagjaiban, hogy nekik is közik van ehhez a programhoz. „A közülünk egy” szereplők megjelenítésével azonban az eljuttatni kívánt üzenetek hangsúlyosabbak lehetnek, és kiválthatják a részvétel és változtatás szándékát is.
- feltételezhető, hogy a megvalósítás során néhány szervezet „kiesik”, mások pedig bekapcsolódnak a programba; ezeket a változásokat rugalmasan szükséges kezelni, illetve számolni kell velük a kockázatok elemzése során, különösen, ha fontos feladat megvalósítását vállalták.

Ki kell emelni azt is, hogy a közösségi csoportok bevonása az egészségtervezés folyamatába nem csupán egy-egy kitüntetett ponton válik fontossá. Főszerepet a cselekvési terv megvalósításban kapnak, azonban együttműködésük, tényleges és

hatékony részvételük akkor várható el, ha a teljes folyamat részesének érzik magukat. Informálásukhoz, kompetenciáik, részvételi hajlandóságuk feltérképezéséhez, konkrét tevékenységük meghatározáshoz az alábbiak javasoltak:

- rendszeres találkozók összehívása a közösségeket képviselő szervezetek, illetve aktív lakosok részvételével
- hírlevelek készítése és elektronikus eljuttatása (ahol ez nem lehetséges, ott annak nyomtatott változatát)
- facebook csoport szervezése (különösen a fiatalabb generáció megszólítására, bevonására, és a visszajelzések fogadására)

A közösség bevonásának veszélyei

A közösség különböző csoportjai és képviselői nem a program alkalmazottjai. Rájuk nem vonatkoznak azon szabályok, kötelezettségek, amelyek a programban foglalkoztatottakra érvényesek. Tenni akarásuk, részvételük, cselekvésük kiváltása és fenntartása – amint arról az előzőekben már szó esett – más módszerekkel valósítható meg.

A közösség bevonásának vannak veszélyei is:

- egyes csoportok „önállósodhatnak”, és a tervezett programtól eltérő célokat kívánnak megvalósítani
- elmosódik a felelősség, amennyiben nem jól tervezett a megvalósítás
- „vezér” keletkezik, aki át kívánja venni az irányítást a teljes program vagy annak egy része felett
- a kifáradás veszélye jelentkezik a húzó közösségi emberek túlterhelése miatt.

A közösség eredményes bevonásának kritériumai:

Eredményesség a közösség bevonásától a cselekvési terv megvalósításában akkor várható:

- ha a közösség csoportjait, tagjait partnernek tekintik;
- ha nem csak információkat kapnak, hanem az információ hasznosításához szükséges ismereteket, tudást is a rendelkezésükre bocsátják;
- ha ezek az információk relevánsak a közösség problémái és azok megoldása szempontjából;
- ha a programot vezetők, irányítók (bármely szinten) hitelesek, s e hitelességük a tisztesség, a jó szándék mellett a meglévő kompetenciájukra, és a már bizonyítottan eredményes tevékenységeikre épül;
- ha a közösség különböző csoportjait olyan feladatok megvalósításába vonják be, amelyekre képesek, de ezek a feladatok még éppen annyi kihívást is tartalmaznak, hogy azáltal fejlődni tudnak;
- ha a közösségi cselekvések önmagukban is jutalmazó értékűek (az értelmes és sikeres munka révén „belső” jutalmat hordoznak);

- ha a közösség csoportjainak vagy tagjainak erőfeszítéseit időnként külső jutalom is kíséri (pl. nyilvánosságban való elismerés, példaképnek állítás stb.);
- ha az első – a közösség segítségével történő beavatkozások – mindenképpen „sikerre ítélték” (az önbizalom megalapozásához, a nehezebb feladatokkal való megbirkózás előkészítéséhez);
- ha a kommunikáció folyamatos, tervezett, és valóban párbeszéd, nem pedig egyirányú monológ a program vezetői és a közösség csoportjai, tagjai között;
- ha a konfliktusokra gyorsan reagálnak és a „győztes-győztes” szemléletet tartják szem előtt a konfliktusok kezelése, megoldása során.

7.4.2 A megvalósítás koordinációjának módszertana

A Cselekvési tervben rögzített beavatkozások koordinációjának módszertanára általános megközelítés nem adható. A beavatkozások ugyanis rendkívül sokfélék lehetnek, ezért az alábbiakban javasoltakat a konkrét cselekvésekhez kell igazítani, szükség esetén módosításokkal, kiegészítésekkel ellátni. A módszertan a megvalósítás következő alapelveire épül.

A megvalósítás alapelvei

- Partnerség az együttműködők között
A célcsoport tagjainak ismerete, tudása, gyakorlati tapasztalatai, elképzelései, ötletei épüljenek be a megvalósításba. Ez ad motivációs alapot az együttműködésre a megvalósítókkal.
- A paradigmák felülvizsgálata és szükség szerinti módosítása
Mindenki racionálisan cselekszik – csak éppen a saját „racionalitása” (beállítottsága) szerint. Vannak, akik a „saját racionalitásuk” szerint dohányoznak (pl. a célcsoport), mások, szintén a „saját racionalitásuk” szerint dolgoznak napi 14 órát (pl. a szakértők). Mindkét csoport tudja, hogy nem egészséges az, amit tesz. A hangsúly egyik esetben sem a meg (el)ítélésen van, hanem a szokások megváltoztatásának segítésén az érintettek változtatásra való motivációjának felkeltése és önkéntes döntése alapján.
- A beavatkozás céljának fókuszban tartása
Az alkalmazott módszerek gyakran uralkodóvá válhatnak a beavatkozások megvalósítása során, feledve annak célját. Folyamatos visszaellenőrzés szükséges, hogy vajon a módszerek – akkor is, ha azok nagyon tetszetősek, vagy máshol már sikerrel alkalmazták azokat, – az adott célcsoport körében adekvátak-e, illetve szolgálják-e a célokat. Ha nem működnek, a módszereken szükséges változtatni, a célcsoporton ugyanis nem lehet. („Ha valami jól működik, csináld többször, ha valami nem működik, csinálj mást” – alapigazságát ajánlatos szem előtt tartani. Szabo, Meyer, Hankovszky, 2010)
- Megoldásközpontú beavatkozások előtérbe helyezése a problémaközpontú

megközelítések helyett

Mindennapi tapasztalatunk, hogy a problémák elemzése gyakran újabb és újabb problémákat vet fel, a megoldások keresése pedig megoldásokat eredményez. Másként fogalmazva: „A megoldást nem érdekli a probléma eredete” (W. Herren – idézi Szabó és mtsai 2010) Ez nem jelenti azt, hogy a program – egy korábbi fázisban – nem foglalkozik szakszerűen a problémák elemzésével, de a megvalósítás során már a megoldásokra szükséges fókuszálni! Így pl. a foglalkoztatottság növelését (ami probléma) ugyan nem tudja megoldani a közösségi egészségtervezési program, de egy adott közösség mentális egészségének javítását – pl. a közösség tagjainak jobb integrálásával, értelmes, a közösségben és a közösségért végzett feladatokba való bevonás révén – már jelentősen segítheti (ami egy lehetséges megoldás).

- Proaktivitás

A proaktivitás többet jelent, mint kezdeményezőkézséget, bár az sem kevés. A program minden szereplője, különösen a megvalósítók feladat- és munkaköre jól szabályozott. Ám ha csak ezek alapján cselekszenek a résztvevők, a formai megvalósulás ugyan lehetséges, de tanulás, fejlődés nem fog bekövetkezni. A proaktivitás azt is jelenti, hogy pillanatnyi érdekeinket az értékeinknek rendeljük alá (pl. hogy alkotó módon járulunk hozzá a feladathoz), valamint képesek vagyunk a dolgok alakítására és vállaljuk is ezért a felelősséget.

- Bőrszeglés a megvalósításban

Ez az alapelv azt jelenti, hogy mindenkinek jut bőven ebben a programban: ötletből, munkából, sikerből, megszerezhető tudásból, fejlesztett képességekből. Azaz, ezek tekintetében nem kell a szűkös erőforrásoktól tartani, és nincs is értelme kisajátításukra törekedni. E bőrszeglés a bizalom és együttműködés alapja a megvalósítók között és a célcsoporttal való együttműködés során is.

- Nyertes-nyertes együttműködések

Már a versenyszférában sem igaz feltétlenül, hogy a saját munkánk sikere szükségszerűen mások veszteségével kell, hogy járjon. Az olyan komplex programok eredményes megvalósításában, mint például a közösségi egészségtervezés, ahhoz, hogy mi magunk nagyon jók legyünk, másoknak is nagyon jóknak kell lenniük, és – paradoxnak tűnő módon – ehhez számukra minden segítséget meg kell adnunk, és ennek kölcsönösnek kell lennie.

- Szinergiák kihasználása

Az egész több mint a részek összessége, azaz az egy meg egy az nem kettő, hanem három vagy annál is több lesz. Lehet az családi élet, munka, sport, hobbi tevékenység a szinergia kölcsönös tanulást, szellemi gazdagodást, olyan lendületet gerjeszt, amely még több szellemi növekedéshez, tanuláshoz, fejlődéshez és hatékony megoldásokhoz vezet. Ha csapatban, együttműködésben dolgozunk, a kreatív erőforrások megsokszorozódnak, az

eredményesség nagymértékben növekszik. A szinergia nem jelenti azt, hogy elmosódnak a különbségek, hanem éppen azok tiszteltében tartásával, értékelésével növekszik a kreatív megoldások száma és a megvalósítás hatékonysága.

- Az eredményekből (a végzett munka jutalmából) mindenki egyformán részesedik

A közösen, együttműködésben végzett munka eredményének jutalma is közös: a megvalósítókat és a célcsoportot is beleértve. Minden fontos eredményt /részeredményt érdemes „megünnepelni” és értékelni, mert ez motivációt, energiát ad a további munkához, erőfeszítésekhez.

- Erőforrás-típusú megközelítés a megoldás során

Minden újonnan indított program elsősorban a külső erőforrásokra (anyagiak, szakértők) épít, amelyek előbb-utóbb elfogynak. A legfontosabb közösségi erőforrások azonban mégsem fogynak el, mert azok a megvalósítóknál és a célcsoportnál vannak. Ennek felismertetése, tudatosítása, az erőforrások azonosítása az egyik legfontosabb feladat a beavatkozások megvalósítása során. A beavatkozások tervezésénél és a megvalósításnál először a meglévő erőforrásokat célszerű figyelembe venni (mink van), és csak azt követően számba venni a hiányokat. Pl. egy kisebb közösség kirándulást tervez a közeli városba. Vasúti közlekedés, rendszeres buszjárat nincs, bérelt buszra pedig forrás nem áll rendelkezésre. Az ötlet itt már el is halhat. Ám ha azt vesszük figyelembe, hogy kerékpárral is megtehető az út, már realisabbá válik a terv. Nincs mindenkinek kerékpárja, de a közösség más tagjaitól kölcsönkérhető, bérelhető. További probléma lehet, hogy nem tud vagy nem képes mindenki ennyit kerékpározni. Számukra azonban néhány autós üzemanyag költsége fedezhető, vagy felajánlásokból rendezhető. Az tehát, hogy hogyan közelítjük a tervünket, megszabja, hogy a hiányokra, és ez által a kódolt kudarcra, vagy az erőforrásaink feltérképezésére és ezáltal a potenciális sikerre helyezzük-e a hangsúlyt.

Kik végzik a koordinációt?

A megvalósítás koordinációja szinte valamennyi szereplőt, résztvevőt érint, illetve érinthet a beavatkozás különböző szakaszaiban. Vannak, akik végig részt vesznek a folyamatban (pl. a célcsoport, a célcsoportot reprezentáló személyek, segítők, azaz olyan személyek, akik a saját csoportjukon belül hitelesek és alkalmasak a koordinációban részt venni), mások csak időlegesen (pl. a helyi vállalkozó – a korábban a testsúlycsökkentéssel kapcsolatos programra utalva – egészséges termékekkel segíti a megvalósítást). Ha a megvalósítás alapelveit szem előtt tartjuk, a koordináció humán erőforrásának biztosítása nem fog gondot jelenteni, mert a végzett tevékenység „belső jutalom értéke” olyan jelentős, hogy az szinte automatikusan motivál a részvételre.

A koordináció módszerei

Annak érdekében, hogy a végrehajtás során a feladatok egyértelműek legyenek, a végzett tevékenységek párhuzamosságát lehetőség szerint kiküszöbölhessük, vagy legalábbis jelentősen csökkentjük, a feladatok egyeztetésére, a megvalósítók kompetencia alapú felkérésére, folyamatos egyeztetésekre, kapcsolattartásra van szükség. Mindezek alapja a megfelelő irányítás.

Az alábbi módszereket javasolt figyelembe venni a koordináció során:

- A megvalósítás koordinációjának tervezéséhez (és folyamatos nyomon követéséhez) a Cselekvési terv alapján, illetve ahhoz kapcsolódóan szükséges a megvalósítókat kijelölni.
- A megvalósítók egymáshoz való kapcsolatát általában is, de különösen az egyes konkrét lépésekhez kapcsolódóan egyeztetni szükséges. A feladat jellegének megfelelően változhat ugyanis a koordinációban az egyes szakemberek szerepének súlya.
- A folyamat bonyolulttá, hosszadalmassá, éppen ezért megvalósíthatatlanná válhat, ha minden lépéshez személyes találkozást tervezünk. Éppen ezért olyan kapcsolattartási rendszerek kiépítése szükséges, amelyek gyorsan, hatékonyan, és olcsón működnek. Ezek többsége az on-line kommunikációhoz tartozik: kör-e mailek, skype beszélgetések, video-konferenciák stb.
- A koordináció, a kapcsolattartás lényege a rendszeresség. A témától, a megbeszélések szakmai vagy technikai tartalmától függően változhat ezek időtartama, de a rendszeresség akkor is fontos. Mindig merülhetnek fel olyan kérdések, amelyek látszólag halaszthatóak („ezért nem érdemes külön megbeszélést tartani”), de előbb-utóbb a megvalósítás akadályát képezhetik. A megvalósítók állandó stábjá mellett az aktuális témáknak, feladatoknak megfelelően szükséges meghívni az érintett partnereket.
- A rendszeres on-line, vagy egyéb írásos, telefonos kommunikáció nem helyettesítheti az időnkénti személyes találkozókat. Ezek a találkozók nem csupán a feladatok egyeztetésére szolgálnak, hanem egymás jobb megismerésére, a vélemények egyeztetésére, egy-egy téma alaposabb megbeszélésére, a kommunikációs félreértések tisztázására, összességében a koordináció operatívabbá, hatékonyabbá és eredményesebbé tételére is. Minden megbeszélés tervezett legyen: napirendi pontokkal, időtartammal, előre kiküldött probléma- vagy feladat felvetéssel, azokra adott javaslatokkal stb., hogy a résztvevők tudják miről lesz szó, és arra érdemben tudjanak felkészülni, illetve reagálni.

- Az irányítás hierarchiájának megtartása mellett bármelyik szereplő kezdeményezheti konzultáció összehívását, ha a felmerült probléma másképp nem oldható meg, vagy nincs elegendő ismeret, ötlet, humán-, vagy anyagi erőforrás a megvalósításhoz. Ez a kezdeményezőkézség feltételezi a bizalom meglétét a szereplők között, és azt, hogy számíthatnak egymásra (pl. elakadás esetén vagy krízis helyzetben). Kérjük meg azonban előzetesen a probléma felvetőjét, előterjesztőjét, hogy hozzon három lehetséges megoldási javaslatot is. Menedzsment tapasztalatok szerint ugyanis e három között lesz a valódi megoldás, ami esetleg feleslegessé is teszi a konzultáció összehívását. A megoldást adónak ezt követően legfeljebb megerősítésre lesz szüksége, ami akár írásban is megtehető.
- A koordináció vertikális működtetése mellett – egy-egy feladat kapcsán – szorgalmazhatóak a horizontális kapcsolatok is, melyek gyakran gyorsabb megoldásokat eredményeznek, mint a formális, ún. „hivatalos” út. A koordinációt irányító személy tájékoztatása azonban elengedhetetlen, hogy egy kézben fussanak össze a beavatkozások egyes lépéseivel kapcsolatos információk.
- Összességében tehát a külső kommunikáció mellett ugyanolyan gondosságot igényel a belső kommunikáció (a megvalósítók, a csoport részére) kidolgozása és időnkénti felülvizsgálata, rugalmas módosítása, illesztése az aktuális teendőkhöz.
- A közösségi egészségtervezési program relatíve rövid idő alatti sikeres megvalósításának egyik kulcspontja annak koordinációja. Ez jelenti egyrészt a jó és magas szintű szervezettséget, a gyors reagálást és reális problémamegoldást, másrészt az együttműködők közötti jó és bizalomteljes kapcsolatot, és az egyéni felelősségvállalást is.

Az ötödik lépés eredményei

Az ötödik lépés eredményeként a közösség tagjainak aktív bevonásával megvalósításra kerülnek a Cselekvési tervben szereplő beavatkozások, akciók.

7.5 A monitorozás

7.5.1 A monitorozás célja

A monitorozási tevékenység célja annak nyomon követése és folyamatos értékelése, hogy a rangsorolás után kiválasztott beavatkozásokhoz tervezett akciók az akciótervben foglaltaknak megfelelően megvalósultak-e, hogy bekövetkezett-e a

kívánt eredmények elérése. A monitorozás tehát folyamatos visszajelzést nyújt az akciók végrehajtásának állapotáról.

A monitorozási folyamat legfőbb elemei:

- a tervtől való eltérések azonosítása,
- az eltérések okának felderítése és megfogalmazása,
- javaslatok, korrekciós lépések és beavatkozások kijelölése.

A monitorozás, vagyis a Cselekvési terv megvalósulásának folyamatos nyomon követése a következő előnyökkel járhat:

- a cselekvési terv megvalósulásának hatékonysága mérhető,
- biztosítja az elszámoltathatóságot,
- figyelmezteti az irányítókat az esetleges eltérésekre, rossz működésre,
- azonosítja a megvalósítás erős és gyenge pontjait.

A megfelelő monitorozási folyamat kialakításához mindenképpen szükséges meghatározni, hogy:

- hogyan történik a megvalósulás vizsgálata során az adatfelvétel és az eredmények jelentése
- milyen gyakran (milyen időközönként) kell elvégezni az ellenőrzést, értékelést;
- kinek a részére történik a beszámoló elkészítése;
- milyen akciókra, beavatkozásra van szükség a megvalósulás nehézségeinek esetén;
- ki végzi a monitorozási tevékenységet, kinek a felelőssége.

7.5.2 A monitorozás módszertana

A monitorozás és értékelés folyamatához mindenképpen szükséges egy olyan terv kidolgozása, mely a következő elemeket tartalmazza:

- az értékelés céljának és kereteinek meghatározása;
- a folyamatba bevont szereplők feladatainak, felelősségeinek tisztázása;
- a megfelelő módszertan kiválasztása (pl. adatgyűjtési módszer stb.);
- mi a konkrét eredményterméke a folyamatnak (pl. indikátorok);
- az eredmények továbbítása, bemutatása milyen formában valósul meg (pl. szükséges-e egységes sablon készítése);
- a monitorozási folyamat költségének meghatározása.

A monitorozás rendkívül erőforrás-intenzív feladat, ezért fontos a konkrét célok és keretek egyértelmű meghatározása, illetve a felelősségi körök szabályozása, melyek egyébként a megfelelő elszámoltathatósághoz is nagymértékben hozzájárulnak.

A monitorozás folyamatának kialakítása során mérlegelni kell, hogy mely tényezők azok, amelyek mérése szükséges ahhoz, hogy valóban értékelni lehessen az akciók megvalósulását. Ilyen alapvető tényezők között említhetjük a folyamatok hatékonyságát, az akciók eredményességét, a költséghatékonyságot. A 13. táblázat segítségként néhány alapvető kérdést tartalmaz e tényezőkhez kapcsolódóan, melyek beépíthetőek az alkalmazott modellbe:

13. táblázat. Alapvető kérdések a monitorozási folyamat kialakítása során

Folyamatok hatékonysága	Milyen pozitív és negatív hatású tényezők befolyásolták a megvalósítást? A célcsoport mekkora részét sikerült elérni az akció által? A résztvevők elégedettek-e a programmal?
Akciók eredményessége	Az akciók milyen hatást gyakoroltak a közösség leghátrányosabb helyzetben lévő tagjaira? Milyen nem várt pozitív/negatív hatások, eredmények merültek fel az akciók során? Melyek voltak a kritikus sikertényezők és korlátok a tervezett eredmények elérésében?
Költséghatékonyság	Indokoltak-e a felmerülő költségek az elért hasznok ismeretében?

Forrás: ÁEEK (2015)

A megfelelő monitorozási módszertan kialakításának eredményeképpen lehet megválaszolni az alábbi kérdéseket:

- folytatható-e az akciók megvalósítása az eddigieknek megfelelően, vagy szükséges változtatni, továbbfejleszteni azokat;
- hogyan lehet javítani a működési folyamatokon a jövőben;
- szükséges-e valamely plusz erőforrás bevonása a további működéshez, fejlesztéshez;
- hogyan lehet fenntartani az akciókat, hatásukat a finanszírozási időkereten túl is.

7.5.3 Jelentések és beszámolók

Az értékelés, beszámolás történhet:

- rövid időszakú (havi, negyedéves) beszámolás
- éves mérési szinten, vagy projektszinten és
- ad- hoc jelleggel, hirtelen felmerült külső igények válaszaként.

A folyamatosan végzett monitoring az erőforrások felhasználását, az információk rendszerét, az érdekérvényesítést stb. is értékelni tudja. Az akciók és Cselekvési tervek hosszabb távú, ciklikus monitorozására, a stratégia, a célkitűzések, a prioritások

viSSZACsAtolÁSÁrA, vAlAMint felÜlvizsgÁlAtÁrA is lehetőséget Ad. A jelentések Az információk ÁtAdÁSát szolGÁljÁk, melynek folyamatát Az AlÁbbi táblázAtban foglAltak AdjÁk (14. táblázAt).

14. táblázat. A monitorozás tartalmi elemei

Jelentések elkészítésének folyamata	Kapcsolódó feladatok az egészségtervezés esetében
Jelentés tartalmának meghatározása	Meghatározzuk a beszámoló felépítését, adatszükségletét
Jelentés időszakának kijelölése	Kijelölni azokat a határidőket, amelyek az akciókhoz igazodva az egészségtervezést nyomon tudják követni. Ez lehet negyedéves, féléves, éves vagy ad- hoc jellegű (ez utóbbi csak kivételes esetekben javasolt).
Felelős kijelölése	Az akcióterv felelőseinek kijelöléséhez hasonlóan a beszámoló határidőre, és megfelelő minőségben történő elkészítésére is felelőst kell kijelölni. A részfejezeteknek külön alfelelősük lehet, de fontos, hogy az egész beszámoló egy kézben maradjon.
Eltérések elemzésének meghatározása	Az elemzéseket a célok – rövid- és hosszú távú – elérésének, mutatószámok teljesítésének meghatározására és eltéréseinek elemzésére készítjük. Fontos, hogy a következő egészségtervezési ciklus (következő cselekvési terv elkészítése, célkitűzések finomhangolása, stb.) az eltéréseket kezelni, korrigálni tudja.
Megfelelő beszámolási forma kiválasztása és dokumentálás	Annak függvényében, hogy a beszámoló milyen célból készül (fenntartónak, közösségnek, különböző finanszírozónak vagy támogatónak) különböző fókusszal, terjedelemben, részletezettségben készülhet el a jelentés.

Forrás: ÁEEK (2015)

7.5.4 Jelentések elkészítése és közzététele

Az egészségtervek teljesülését Az éves akciótervek végrehajtásának monitorozásán keresztül mérhetjük. Félévente – júniusban és decemberben – szükséges a kijelölt indikátorok értékeiből jelentést készíteni, amely összefoglalja Az elmozdulásoknak Az időarányos célértékhez viszonyított mértékét, illetve figyelembe veszi mindazon tényezőket, amelyek befolyásolták a célok elérését.

A félévenkénti felülvizsgálat mellett a tervezési ciklus közepén is meg kell vizsgálni a megvalósulás előrehaladását. Fel kell mérni Az esetleges akadályokat, és a megvalósulást veszélyeztető kockázatokat. Ennek azért van nagy jelentősége, mert a tervezési ciklus közepénél még Az előre láthatóan nem teljesülő, vagy jelentősen alulteljesülő akciók és beavatkozások módosíthatóak.

Az elkészült jelentések alapján Az Egyeztető Testület véleményt formál a tervezési

ciklus eredményességéről. Amennyiben úgy ítéli meg, hogy az akciótervek nem érik el a céljukat, nem hatékonyak és/vagy eredményesek, akkor javaslatot tehet a hátralévő időszak akcióterveinek módosítására.

Irodalomjegyzék

ÁEEK. (2014) A TÁMOP-6.1.2. A-14/1-2014-0001 számú projekt keretében elkészült Teljes körű Iskolai Egészségfejlesztési Konceptiója.

ÁEEK (2015). Járási egészségtervezés módszertani kézikönyve. Állami Egészségügyi Ellátó Központ.

Epidemiológiai és Surveillance Központ. (2025). TÉR-EPI rendszer.
<https://terepi.semmelweis.hu/hu>

Füzesi Zsuzsanna, Tistyán László. (2004). Egészségfejlesztés és közösségfejlesztés a színtereken. Országos Egészségfejlesztési Intézet.

GBD 2023 Disease and Injury and Risk Factor Collaborators (2025). Burden of 375 diseases and injuries, risk-attributable burden of 88 risk factors, and healthy life expectancy in 204 countries and territories, including 660 subnational locations, 1990-2023: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2023. *Lancet (London, England)*, 406(10513), 1873–1922. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(25\)01637-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(25)01637-X)

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

Kapás Zsolt (szerk). (2004) Egészséges munkavállaló az egészséges munkahelyeken. A munkahelyi egészségfejlesztés jelene és jövője. OEFI, 2004

Kapás Zsolt (2007) Munkahelyi egészségfejlesztés, mint megtérülő beruházás. OEFI, 2007.

Kishegyi Júlia, Solymosy József Bonifác. 2009 Fejleszthető egészség – Módszertani útmutató egészségtervekhez. Országos Egészségfejlesztési Intézet,

Országos Egészségfejlesztési Intézet. 2010. Iskola – egészségfejlesztés – szexedukáció. Budapest.

Vercseg Ilona: Legalább ennyit a közösségfejlesztésről. Módszertani segédlet a közösségi egészségtervek készítéséhez. Országos Egészségfejlesztési Intézet, 2004