

EFOP-1.12.1-17-2017-00007 azonosító számú, "A magyarországi szakmai tudás gyarapodásának elősegítése az egészségügy területén a Kárpát-medence szomszédos országaival együttműködésben végrehajtott egészségfejlesztő programok által" című projekt

PROJEKTTANULMÁNY

a „Határon átnyúló kutatások, felmérések készítése és jó gyakorlatok felkutatása az érintett hazai szakmai szervezetek fejlesztése érdekében, az előbbieket összegző elemzések, tanulmányok módszertani anyagok készítése és disszeminációja” című projektcélhoz kapcsolódóan

Tartalomjegyzék

Tartalomjegyzék	2
1. Bevezető.....	5
1.1. A projekt adatai	7
1.2. A projekt bemutatása	7
1.3. A projektgazda és a konzorciumi partner bemutatása	25
1.3.1. A projektgazda bemutatása	25
1.3.2. A konzorciumi partner bemutatása	27
1.3.3. A projektgazdának és konzorciumi partnerének a projekthez kapcsolódó tapasztalatának bemutatása.....	32
1.3.4. A megvalósítás, projektirányítás és a fenntartás szervezeti keretei	49
2. Helyzetfelmérés	62
2.1. Egészségügyi közigazgatás és jogrend	62
2.2. A magyar egészségügyi ellátórendszer felépítése	66
2.2.1. Alapellátás	67
2.2.2. Járóbeteg-szakellátás.....	67
2.2.3. Fekvőbeteg-szakellátás	68
2.2.4. Az ellátórendszer működésének fedezete	72
2.3. A román egészségügyi ellátórendszer felépítése.....	73
2.3.1. Alapellátás	73
2.3.2. Járóbeteg-szakellátás.....	74
2.3.3. Fekvőbeteg-szakellátás	74
2.3.4. Az ellátórendszer működésének fedezete	76
2.4. Az egészségügyi helyzet Magyarországon	77
2.4.1. Népeség és változása	77
2.4.2. Várható élettartam, egészségi állapot	78

2.4.3. Főbb halálozási okok Magyarországon	81
2.4.4. Kockázatok.....	82
2.4.5. Kiadások.....	84
2.4.6. Hozzáférés	86
2.4.7. Teljesítmény	90
2.3. Az egészségügyi helyzet Romániában	94
2.3.1. Népeség és változása	94
2.3.2. Várható élettartam, egészségi állapot	94
2.3.3. Főbb halálozási okok Romániában.....	97
2.3.4. Kockázatok.....	99
2.3.5. Kiadások.....	101
2.3.6. Hozzáférés	103
2.3.7. Teljesítmény	106
3. Az interjúk tapasztalatai.....	113
3.1. A szűrési szint tapasztalatai	116
3.2. Az alapellátási szint tapasztalatai.....	116
3.3. A koordinációs szint tapasztalatai	116
3.4. Az igazgatási szint tapasztalatai	117
4. Definiálás és módszertan	118
4.1. A szűrési szint kérdőíve	118
4.2. Az alapellátási, koordinációs és az igazgatási szintek adatfelvétele	130
4.2.1. A fókuszcsoporthoz forgatókönyve	130
4.2.2. A strukturált interjúk fókuszai.....	131
4.2.3. A tartalomelemzés, mint módszer	131
5. A kutatási folyamat bemutatása, kifejtése.....	137
6. A kutatási eredmények bemutatása	138
6.1. A szűrési szinten végzett vizsgálatok eredményei	138

6.2. Az alapellátási szint interjúinak tartalma	176
6.3. A koordinációs szint interjúinak tartalma	177
6.4. Az igazgatási szint interjúinak tartalma	178
6.5. Az interjúk főbb megállapításai	179
6.5.1. Az alapellátási szint interjúi	179
6.5.2. A koordinációs szint interjúi	181
6.5.3. Az igazgatási szint interjúi	190
7. Összegzés és konklúzió	193
8. Forrásjegyzék	197
9. Mellékletek.....	209
9.1. Az egészségtudatosság és a táplálkozás összefüggései.....	209
9.2. A mentális egészség és az egészségmagatartás összefüggései	226
9.3. Az egészségműveltség az egészségügyi ellátásban	231
<i>A szövegértés jelentősége a modern társadalmakban</i>	<i>233</i>
<i>Az OECD szövegértés-vizsgálatai</i>	<i>234</i>
<i>Az egészségműveltség és a szövegértés kapcsolata</i>	<i>239</i>
<i>Az egészségműveltség vizsgálatának módszerei</i>	<i>241</i>
<i>Az egészségműveltség az EU-ban és Magyarországon</i>	<i>243</i>
9.4. Egészségmagatartás és az egészségviselkedés összefüggései	246

1. Bevezető

Jelen tanulmány az EFOP-1.12.1-17-2017-00007 azonosító számú, "A magyarországi szakmai tudás gyarapodásának elősegítése az egészségügy területén a Kárpát-medence szomszédos országaival együttműködésben végrehajtott egészségfejlesztő programok által" című projekthez (továbbiakban: projekt) kapcsolódóan készült. A projekt munkaterve szerint tanulmány a „Határon átnyúló kutatások, felmérések készítése és jó gyakorlatok felkutatása az érintett hazai szakmai szervezetek fejlesztése érdekében, az előbbieket összegző elemzések, tanulmányok módszertani anyagok készítése és disszeminációja” című projektcélhoz kapcsolódóan került összeállításra. A tanulmány célja, hogy – főként – helyi interjúk, felmérések, adatgyűjtések keretében szerzett információkra alapozva vizsgálja és mutassa be a projekt egészségügyi szűrésekkel kapcsolatos gyakorlatát, tevékenységét, a szűrésekbe bevont populáció egészségszociológiai és egészségpszichológiai paramétereit.

Európai uniós forrásból, a Széchenyi 2020 program keretében valósul meg Állami Egészségügyi Ellátó Központ, mint konzorciumvezető, és a Magyar Máltai Szeretetszolgálat Egyesület, mint konzorciumi partner „A magyarországi szakmai tudás gyarapodásának elősegítése az egészségügy területén a Kárpát-medence szomszédos országaival együttműködésben végrehajtott egészségfejlesztő programok által” című projektje 985,90 millió forint vissza nem térítendő európai uniós támogatás segítségével.

A projekt átfogó célja, hogy az egészségügy, a prevenció, illetve az egészségmegőrzés területén végrehajtott tevékenységeknek köszönhetően javuljon a konvergencia régióiban élő magyarok egészségi állapota, és csökkenjenek az e téren tapasztalható társadalmi egyenlőtlenségek. A konzorciumi partnerek e cél teljesülését jó gyakorlatok megosztásán, valamint hazai és határon túli együttműködések kialakításán és megerősítésén keresztül kívánják elérni annak érdekében, hogy az egészségügy területén a magyarországi szakmai tudás gyarapodhasson.

A projekt közvetlen céljai között szerepel a betegségmegelőzés elősegítése alapvető egészségfejlesztési szolgáltatások hozzáférhetőségének javításával a hátrányos helyzetű településeken, az egészségtudatosság növelése a Kárpát-medencében élő lakosság körében, hangsúlyozottan azon területeken, ahol a lakosságot a helyi egészségügyi és szociális rendszer nem éri el, az idősödő lakosság életminőségének javítása a segítő szolgálatok és szolgáltatások fejlesztésével. Az önkéntesség, valamint a felelős állampolgári szerepvállalás fejlesztése és elősegítése az egészségügy/egészségkultúra és az idősügy területén.

A projekt hozzájárul ahhoz, hogy fejlesztésre kerüljenek a konzorciumi partnerek, valamint a szomszédos országok helyi civil szervezeti kapacitásai szakemberek továbbképzésével, szervezetfejlesztéssel, hálózatosodás kialakításával. A projektnek köszönhetően a lakosságot közvetlen érintő, összehangolt, rendszerszintű megoldásokat kínálva elérhető, hogy az egészségtudatos attitűdök javulása mellett a betegségek, valamint a betegségkockázatot jelentő magatartásformák korai felismerése meghonosodjon. A projekt keretében lehetőség nyílik a tevékenységek központi összehangolására, módszertani irányítására, valamint monitorozására. A projekt során elkészülő összefoglaló tanulmány megállapításai és javaslatai implementálhatóak Magyarország egészségügyi rendszerébe.

A Máltai Szeretetszolgálat az egészségügyi intézményhálózat kiegészítésére több programot is létrehozott – Orvoscsoport, 24 órás orvosi rendelő, Tüdőszűrő busz, Mentőszolgálat, Webnővér, Elsősegély oktatás -, melyekkel az egészségügy, a prevenció, illetve az egészségmegőrzés területén segíti a hátrányos, illetve halmozottan hátrányos helyzetű társadalmi csoportokat. Az EFOP-1.12.1-17-2017-00007 azonosító számú projektben a konzorcium a fent említett területeken komplex problémákat céloz meg, és ezekre kínál megoldást.

1.1. A projekt adatai

A projekt megnevezése: A magyarországi szakmai tudás gyarapodásának elősegítése az egészségügy területén a Kárpát-medence szomszédos országaival együttműködésben végrehajtott egészségfejlesztő programok által

A projekt azonosítója: EFOP 1.12.1.-17-2017-00007

Projektgazda: Állami Egészségügyi Ellátó Központ

Konzorciumi partner: Magyar Máltai Szeretetszolgálat Egyesület

A szerződött támogatás összege: 985 908 539 Ft

A támogatás mértéke (%-ban): 100%

A projekt fizikai befejezésének tervezett dátuma: 2020. 12. 31.

1.2. A projekt bemutatása

A pályázati konstrukció alapvető célja Magyarország társadalmi-gazdasági fejlődésének elősegítése a szomszédos országok célcsoport szervezeteivel, szakembereivel jó gyakorlatok cseréje, valamint az önkéntesség népszerűsítésén keresztül. A felhívás célja továbbá olyan típusú egészségügyi, kulturális, közösségfejlesztési, családügyi és társadalmi felzárkózási tematikus együttműködések megvalósítása, amelyek nem érintik a szomszédos országok helyi szintű szabályozását. A konstrukció által elérendő, az alábbiakban felsorolt részcélok mindegyike Magyarország és a Kárpát-medence szomszédos országai közötti együttműködést erősíti:

1. A szakmai tudás gyarapodásának elősegítése, a lakosság egészségtudatosságának növelése érdekében a szomszédos EU tagállamok

szakembereivel történő tapasztalatszere, és szakmai hálózatok erősítése által az egészségügy területén.

2. Közösségfejlesztés és társadalmi felelősségvállalás megerősítése.
3. Kulturális kapcsolatok bővítése elsősorban a civil társadalom bevonásával, szakmai tudás gyarapodásának elősegítése, a helyi kulturális identitás erősítése.
4. Hátrányos, illetve halmozottan hátrányos társadalmi csoportok felzárkózásának elősegítése.
5. Együttműködések támogatása az ifjúsági, egyházügyi és sportterületén.
6. A fenti részcélok elérését horizontális elemként segíti az önkéntesség fejlesztése, amely egyfelől a projektek során végrehajtott fejlesztések, együttműködések fenntartását segíti, másfelől multiplikátor hatása révén erősíti a fejlesztések hatását.

Általánosságban elmondható, hogy az Európai Unió országai a legfejlettebb országok közé tartoznak, mind gazdasági mind társadalmi értelemben, azonban, ha az unió egyes régióit külön vizsgáljuk, változatosabb kép mutatkozik meg számunkra. A projekt középpontjában álló kárpát-medencei régió GDP-je körülbelül Lengyelország nagyságrendű, azaz összességében nézve a világranglista 18. helyén áll, de számszakilag meg sem közelíti a fejlettebb nyugati európai régiókat. Egy az Eurostat által készített statisztikából egyértelműen kiderül, hogy az Európai Unió 20 legszegényebb régiójának majdnem fele a Kárpát-medencében található. Míg Románia dél-keleti régiójának GDP-je EU28 átlagának mindössze 39%-a, addig nyugati szomszédunk salzburgi régiójának átlaga 53%-kal túlteljesíti az átlagot. Látható tehát, hogy az EU keleti régiója és a nyugati országok között hatalmas gazdasági eltérések tapasztalhatók.

Magyarországon a 2007-13-as időszakban a Társadalmi Megújulás Operatív program keretében számos egészségfejlesztő program indult és zárult sikerrel. A TÁMOP 6-os prioritásának egészségprogramjai az egészségtudatos magatartás alapvető információit széles társadalmi rétegekhez juttatták el. Az egészségi kockázati tényezők megismerése érdekében olyan egészségfejlesztési programok, kampányok, és kora

gyermekkori intervenciós programok indultak, amelyek megvalósulásától az egészségtudatos magatartás, az egészségműveltség javulását, végső soron pedig egy egészségesebben felnövő társadalom kialakulását várták. Az egészségre nevelő, szemléletformáló és életmódprogramok különös fontossággal bírtak a népegészségügyi szempontból kiemelt területeken, a szív- és érrendszeri, a daganatos, valamint a táplálkozással összefüggő megbetegedések, a szenvedélybetegségek és a lelki egészség, valamint a fizikai aktivitás tekintetében. A TÁMOP 611, 612, valamint 613 alkalmat adtak arra, hogy különböző színtereken javuljon a lakosság egészségtudatossága, szűrések és új módszerek kerüljenek bevezetésre, mint például a védőnői méhnyakrák szűrés. Ezeket célzott beavatkozásokkal vezették be a kistérségek szintjén, míg módszertani fejlesztésekkel országos szinten. Egy rendszerfejlesztés eredményeként Magyarországon létrejött 59 egészségfejlesztési iroda (EFI-k), melyből 18 a leghátrányosabb helyzetű településeken működik.

Az említett pályázati lehetőségek nem véletlenül foglalkoznak az egészségtudatosságra neveléssel, egészségügyi fejlesztésekkel. Annak ellenére, hogy két évtizede javulás figyelhető meg a magyar lakosság egészségi állapotában, még mindig messze elmarad szinte valamennyi egészségmutató tekintetében az Európai Unió más országaitól - azokban ugyanis gyorsabban javul az ott élők egészségi állapota. A KSH adatai szerint 2012-ben Magyarországon a születéskor várható átlagos élettartam összevetve az EU tagországok születésekor várható időtartamával a gazdaságilag elmaradottabb országok között a középmezőnyben van. Magyarországon vezető haláloknak számít a keringési rendszer megbetegedései miatti halálozás, 2014-ben a halálozások 49,7%-át okozták a szív- és keringési rendszer megbetegedései. A 19. században a halálozás jelentős részét még a fertőző betegségek adták. A 20. században az egészségügyi technológia jelentős fejlődésen ment át, a modern terápiás lehetőségek és az antibiotikumok gyakorlatilag megszüntették a fertőző betegségek dominanciáját a fejlett országok halálozási statisztikáiban. Ezzel párhuzamosan a társadalmak átlagéletkora növekedett, javultak az életkilátások. Az egyre idősödő lakosság egyre szennyezettebb környezetben, egyre több káros hatás közepette éli életét. Ennek az átalakulásnak köszönhetően új betegségek (ún. civilizációs betegségek) jelentek meg a halálozási statisztikákban –

ezek a betegségek alapvetően más megközelítést igényelnek az egészségügyi rendszerben. Amíg a fertőző betegségek kezelésére jól bevált egyszerű algoritmus is választ tudott adni (panaszokkal jelentkező beteg kezelése), addig a civilizációs betegsége kezelési algoritmusai nem egyszerűsíthetők le ilyen mértékben. Azaz nem elegendő a panasszal jelentkező betegek kezelése, lévén a krónikus betegségek jelentős része nem ad panaszt a betegség korai fázisában, ugyanakkor visszafordíthatatlan folyamatokat, szövődményeket eredményezhetnek. A hatékony kezelés egyik legfontosabb kérdése, hogy mikor történik a felismerés és mikor kezdjük el a beteg gyógyítását, hiszen alapjában véve ettől függ, hogy a betegség visszafordítható, megállítható, lassítható vagy befolyásolhatatlan. Ezért a krónikus népbetegségek menedzselése megkívánja az „egészség” rendszeres ellenőrzését, a kialakuló kórképek korai, tünetmentes szakban való felismerését, aminek a szekunder prevenció (azaz a szűrővizsgálat) az elsődleges módszere. A WHO 1968-ban publikálta az egészségügyi szűrésekre vonatkozó ajánlását. Az ajánlás meghatározó része napjainkban is érvényes irányelveket fogalmazott meg. Ennek ellenére a kelet-európai országokban meglehetősen vegyes képet mutat a szűrővizsgálatok elterjedtsége és igénybevétele.

Magyarországon az egészségügy fogalma alatt – egészen a közelmúltig – gyakorlatilag csak a betegségek gyógyítását értették. Ugyanakkor ismert tény, hogy az egészség megőrzése és a betegségek megelőzése a modern egészségügyi rendszerek fő feladata kell, hogy legyen. A szűrővizsgálatok bevezetésének lehetőségét az 51/1997. (XII. 18.) NM rendelet teremtette meg. Ismert tény, hogy egy-egy szűrőprogram hatékonyságát (a szakmai tartalom mellett) elsősorban a célcsoport részvételi hajlandósága és aktivitása határozza meg.

A jogszabály megkülönböztet kötelező, valamint önkéntesen igénybe vehető szűréseket. A kötelező szűrések körébe kizárólag újszülött-, csecsemő- és gyermekkorban végzett vizsgálatok tartoznak (pl. testi fejlettség, bizonyos anyagcsere betegségek, csípőficam vagy az érzékszervek vizsgálatai, illetve iskolás korban a háziorvos, az iskolafogász, illetve az iskolai védőnő által végzett szűrések). Felnőtt korban egyes betegségek megelőzésére vagy korai felismerésére szolgáló

vizsgálatokat életkorhoz kötötten a biztosítottak önkéntesen és térítésmentesen vehetik igénybe.

Vannak szervezett keretek között zajló és alkalmoszerűen végzett szűrések. Szervezetten azokat a vizsgálatokat végzik, amelyek népegészségügyi szempontból hatásosak, tehát elvégzésük bizonyítottan csökkenti a halálozást. Ezen vizsgálatokra a nagy kockázattal rendelkező korcsoport tagjai szakmailag indokolt gyakorisággal meghívást kapnak. Az alkalmoszerűen igénybe vehető szűrővizsgálatokra a háziorvos irányításával kerülhet sor a rendeletben meghatározott gyakorisággal. Ezen szűrővizsgálatokra a háziorvos köteles felhívni a figyelmet.

Az 2014-es európai lakossági egészségfelmérés eredményei szerint a magyar nők 68, míg a férfiak 55 százaléka jár rendszeres szűrővizsgálatra. Ugyanakkor az is kiderült, hogy a megkérdezettek mintegy 13-35 százaléka még sosem vette igénybe a laboratóriumi, vagy a szakorvosi szolgáltatást. A 2014. év végi megkérdezést megelőző 12 hónapban mérték a vérnyomását a lakosság 99, a vércukorszintjét 89, koleszterinszintjét 87%-ának, a nők 84%-a részt vett méhnyakrák-, illetve 60%-a mellrákszűrésen.

Magyarországon a 2006-os adatok alapján 46 ezren kaptak otthoni ápolást (a Szociális törvényben meghatározott házi segítségnyújtás keretében), 1,1 millió vizit során. Egy beteg többször is a szolgálat gondozásába került, hiszen az esetek száma közel 96 ezer volt. A vizitek többsége (63%) szakápolás volt, 30%-ukban gyógytornáztatták a beteget, fizioterápiát az esetek 7, logopédiai fejlesztést pedig 0,4%-ában végeztek. Egy betegre 25 látogatás jutott, hárommal több, mint 2000-ben. A vizitek döntő többsége teljes (38%) vagy részleges (59%) ápolásra szoruló betegeknél történt. Ők a mindennapi életvitel alaptervekenységei közül legalább kettőben nem képesek egyedül boldogulni. Az önellátók (3%) valamilyen szakápolást kaptak a szolgálattól. A vizitek 85%-ában 55 év feletti beteget láttak el. A 65 éves és idősebbek korcsoportjába tartozóknak 9,2%-a házi segítségnyújtási szolgáltatásban részesül. A szociális ellátórendszer keretei között működő házi segítségnyújtást csak a súlyosan rászorulóknak

vehetik igénybe, az ellátásból kimaradók 22%-a említette, hogy a családtagjaitól, a barátaitól és a szomszédjaitól kap alkalmilag segítséget.

Napjaink demográfiai folyamatai, a mind rövidebb kórházi tartózkodást preferáló irányelvek, valamint azok az európai trendek, melyek szerint az idős vagy beteg ember jól-létét, felépülését, méltóságát leginkább otthoni környezetben kell és lehet biztosítani, a személyes gondoskodás ilyen formáját igénylők körének bővülését idézi elő. Habár az állami és nem-állami szféra intézményei és szolgáltatásai lehetőségeikhez mérten mindent megtesznek a látókörükbe kerülők segítségén és ellátásán, óriási szerep hárul az úgynevezett laikus (vagy informális) segítőkre az otthoni ápolás és gondozás terén – legyenek azok rokonok, barátok, szomszédok vagy önkéntesek. Ő többnyire semmilyen előképzettséggel nem rendelkeznek ezen embert próbáló feladat ellátásához. Ezért van szükség egyre több olyan kezdeményezésre, amely a laikus segítők támogatását szolgálja, hogy ők a lehető legjobban, saját testi-lelki egészségük fenntartása mellett tudják ellátni fontos feladatukat.

Az Európai Unió egészségügyi stratégiája („Együtt az egészségért”) az átfogóbb Európa 2020 stratégia végrehajtásához is hozzájárul. Az Európa 2020 stratégia azt hivatott elérni, hogy az EU olyan intelligens, fenntartható és inkluzív gazdasággá váljon, amely biztosítja, hogy mindenkinek előnye származzon a gazdasági növekedésből – ennek pedig egyik előfeltétele a lakosság jó egészségi állapota.

Az „Egészséges Magyarország 2014-2020” című stratégia alapvetően meghatározza jelen projekt tervezési környezetét.

A Széchenyi 2020 program keretében induló Emberi Erőforrás Fejlesztési Operatív program egyik kiemelt célja az egészségfejlesztés, betegségmegelőzés, társadalmi felzárkózás és ezáltal az életminőség javítása. Az OP helyzetleírásából kiderül, hogy Magyarországon gyengék az önszerveződő közösségek, pedig azok egy sor társadalmi problémát képesek lennének kezelni, megoldani, adott esetben fenntarthatóbb módon, mintha azt az állam tenné. A projekt céljai az OP-ban rögzített

egyik kiemelt társadalmi problémára kívánnak elsődlegesen megoldást keresni, ilyen a kirekesztődés, melynek egyik hangsúlyos eleme a vidéki lakókörnyezet (a segítségre szorulóknak többsége községekben él). Tudjuk, hogy ez negatívan befolyásolja az egészség-műveltséggel összefüggő információkhoz, a szűrésekhez, vagy ellátáshoz való hozzájutást. A társadalmi felzárkózás tekintetében az EFOP célkitűzései között éppen ezért hangsúlyos, hogy a szociális és egészségügygel összefüggő problémákra célzottan reagáljanak a fejlesztések. Az Operatív program kijelenti, hogy a felzárkózás-politika alapvető célja a kihasználatlan társadalmi erőforrások bevonása a fenntartható társadalmi rendszerekbe, ezért projektünk célrendszerét ennek megfelelően alakítottuk ki.

A projekt szorosan kapcsolódik az EFOP 1. prioritási tengelyének (Együttműködő társadalom) céljához, azon belül "A megfizethető, fenntartható és minőségi szolgáltatásokhoz való jobb hozzáférés biztosítása, beleértve az egészségügyi szolgáltatásokat és a közérdekű szociális szolgáltatásokat" (9. (iv)) elnevezésű beruházási prioritáshoz. Ezen belül a projekt kifejezetten hozzájárul a beruházási prioritás az egészségtudatosság növelése, valamint az egészségügyi, szociális és társadalmi felzárkózási közszolgáltatások teljesítményének növelése célkitűzéseikhez.

Annak érdekében, hogy a Kárpát-medencében élő magyar lakta területeken az ott meglévő tapasztalat és tudás mentén, de a hazai szükségletekre, kapacitásra és szabályozó környezetre adaptáltan fejlesszünk, a hazánkban elfogadott és irányadó stratégiák mentén kíván haladni a projekt. A „Széchenyi Terv” és az „Új Széchenyi Terv” az Egészséges Magyarország 2020, valamint az egészségügyben korábban keletkezett Semmelweis Terv irányadó dokumentumai a fejlesztéseknek.

Tekintve a projekt komplexitását, nem csupán az egészségügy területét vizsgáltuk, hanem a vonatkozó egyéb szektorok stratégiai dokumentumait is.

A Széchenyi 2020 program keretében induló Emberi Erőforrás Fejlesztési Operatív program egyik kiemelt célja az egészségfejlesztés, betegségmegelőzés, társadalmi felzárkózás és ezáltal az életminőség javítása.

A pályázatban benyújtott beavatkozásaink a kiírás 1. Tevékenységcsoportjában foglalt (Az egészségügy területén a magyarországi szakmai tudás gyarapodásának elősegítése a projektben résztvevő szakemberek közötti tapasztalatcsere és a szakmai hálózatok erősítése által) tevékenységeket és az ezzel kapcsolatos célokat érintik.

A projekt specifikus céljai:

1. A szakmai tudás gyarapodásának elősegítése az egészségügy területén Magyarországon.
2. A betegségmegelőzés elősegítése alapvető egészségfejlesztési szolgáltatások hozzáférhetőségének javításával a hátrányos helyzetű településeken.
3. Határon átnyúló együttműködések az egészségügy területén civil és állami szereplők között.
4. Az egészségtudatosság növelése Magyarországon élő lakosság körében, hangsúlyozottan azon területeken, ahol a lakosságot a helyi egészségügyi és/vagy szociális rendszer nem éri el.
5. Az idősödő lakosság életminőségének javítása a segítő szolgálatok és szolgáltatások fejlesztésével.
6. Az önkéntesség, valamint a felelős állampolgári szerepvállalás fejlesztése és elősegítése az egészségügy/egészségkultúra és az idősügy területén.

A specifikus célokkal összefüggésben fejlesztésre kerülnek a konzorciumi partnerek, valamint a helyi civil szervezeti kapacitásai szakemberek továbbképzésével, szervezetfejlesztéssel, hálózatosodás kialakításával.

A lakosságot közvetlen érintő, összehangolt, rendszerszintű megoldásokat kínálva elérjük, hogy az egészségtudatos attitűdök javulása mellett a betegségek, valamint a

betegségkockázatot jelentő magatartásformák korai felismerése meghonosodjon. A projekt keretében lehetőség nyílik a tevékenységek központi összehangolására, módszertani irányítására, valamint monitorozására.

A projekt közvetlen célcsoportjai

1. Magyarország területeinek hátrányos helyzetű településein élő személyek.
2. Egészségügyi szakemberek (500 fő)

Közvetett célcsoportok:

1. A hazai és külföldi egészségügyi ellátórendszerben dolgozó szakemberek
2. A sérülékeny célcsoportok érdekében tevékenykedő állami és nem állami szervezetek, hazánkban és a határokon túl.

Jelen projekt keretében a konzorcium a pályázati felhívás szerinti 1. Tevékenységcsoportra pályázott. Jelen megvalósíthatósági tanulmányban az e tevékenységcsoportban megjelölt tevékenységek által megcélzott/érintett célcsoportokat mutattuk be. A közvetlen célcsoportoknál (ahol lehetséges volt) számszerűsítettük a bevonni kívántak számát, valamint megjelenítettük a bevonás módszertanát is:

A projekt közvetlen célcsoportjai

1. Magyarország hátrányos helyzetű településein élő személyek.
2. A laikus képzések szempontjából az érintett területek teljes lakossága, valamint az otthon-ápolásban érintett felnőtt korú lakosság
3. Egészségügyi szakemberek (magyarországi és határon túli – 500 fő)

A közvetlen célcsoport elérésének, bevonásának módszerei:

- Lakossági fórumok által
- Helyi családorvosokkal történő kapcsolatfelvétel által
- Iskolákkal történő kapcsolatfelvétel által
- Helyi médiában történő meghirdetésen keresztül
- Valamint a kommunikációs tervben részletezett módon

Közvetett célcsoportok:

1. A hazai és külföldi egészségügyi ellátórendszerben dolgozó szakemberek
2. A sérülékeny célcsoportok érdekében tevékenykedő állami és nem állami szervezetek, hazánkban és a határokon túl.”

Fenti célcsoportokkal a Felhívás 8-9. oldalán felsorolt célcsoportok közül a következőket fedjük le, illetve érintjük közvetlenül:

- Gyermek és fiatalok, fiatal családok (elsősorban a szűrésekre alapozott kutatások által)
- Fiatal felnőttek (elsősorban a szűrésekre alapozott kutatások, illetve az elsősegély képzés által)
- Hátrányos helyzetű csoportok, romák (elsősorban a szűrésekre alapozott kutatások által). Értelmezésünkben az idősek is hátrányos helyzetű célcsoportot képeznek, így a web-alapú oktatási portál, valamint a laikus segítők képzése őket éri el
- A leghátrányosabb helyzetű járásokban és településeken élők, leszakadó településeken élők (elsősorban a szűrésekre alapozott kutatások által)
- A közszolgáltatást és a közösségi szolgáltatást nyújtó intézmények munkatársai és a szolgáltatások igénybevevői (elsősorban a tanulmányok, csereprogramok által; a tanácsadási és utógondozási rendszer kialakítása keretében)

Részfeladat megnevezése

„Határon átnyúló kutatások, felmérések készítése és jó gyakorlatok felkutatása az érintett hazai szakmai szervezetek fejlesztése érdekében, az előbbieket összegző elemzések, tanulmányok, módszertani anyagok készítése és disszeminációja.”

Háttér

A népegészségügyi rendszer alkalmassága és a szekunder prevenció minősége meghatározza egy ország egészségügyi rendszerét. Magyarország egészségügyi ágazati stratégiájának is meghatározó eleme e két rendszer. Jelenleg nem ismertek a határon túli célterületen megvalósuló programok felépítése, céljai.

A tevékenység célja

Egyrészt a célterületen működő népegészségügyi programok és szekunder prevenció programok céljainak, megvalósításának feltérképezése, felkutatása. A kutatás kiemelt célja, hogy a Magyarországon implementálható elemek felismerésre kerüljenek. A kutatást tanulmány formájában kerül összegzésre. Tartalmi elemei kapcsolódó konferencián kerülnek bemutatásra és megvitatásra.

Célcsoportok

A célterület (Magyarország kevésbé fejlett régiói) lakossága és egészségügyi rendszere.

Tevékenységek

Kutatás előkészítése, kutatás, összefoglaló tanulmány elkészítése. A kutatás előkészítésében szükséges a kutatás előzményeinek feltárása, szakirodalom, egyéb

források áttekintése, meglévő evidenciák összegyűjtése. A kutatás módszertanának kidolgozása személyes interjúk, szakértők bevonása után lehetséges.

Visszahatás

Az összefoglaló tanulmányt a projekt végeztével átadjuk a EMMI Egészségügyi Államtitkársága részére. Az összefoglaló tanulmány megállapításai és javaslatai implementálhatóak lesznek Magyarország egészségügyi rendszerébe.

Indikátorok

Összefoglaló tanulmány elkészülte. Az eredmények disszeminációja nemzetközi konferenciák keretében.

A tanulmány megosztásának paraméterei

Részfeladat megnevezése

„Határon átnyúló szakmai tapasztalatgyűjtés és jó gyakorlatok megosztása orvosok és egészségügyi szakemberek között, konferenciákon, workshopokon.”

Háttér

A konferenciák és workshopok lényegesen hatékonyabb információ átadási értékkel bírnak, mint a hagyományos, frontális módon történő információ átadás. A határon átnyúló tapasztaltok ilyen formában történő megosztása lehetőséget ad két különböző egészségügyi rendszerben keletkező megoldások összehasonlítására, a jó gyakorlatok megvitatására, eszmecserére és akár új gondolatok és megoldások felszínre kerülésére is.

A tevékenység célja

A konferenciák és workshopok (egészségmegőrzés/megelőzés, illetve otthon ápolás témakörben) segítségével olyan használható, gyakorlatba átültethető módszerek, megoldások, megvalósítások implementálása a magyar egészségügyi rendszerbe, melyeket a határon túl már sikerrel alkalmaznak.

Célcsoportok

Magyarországi egészségügyi rendszerben dolgozó orvosok, szakdolgozók és más egészségügyi szakemberek.

Tevékenységek

Konferencia szervezése elsősorban az alapellátásban és a szekunder prevencióban részt vevők számára. Workshop szervezése elsősorban az alapellátásban és a szekunder prevencióban részt vevők számára.

A konferencián a felkért és szabad előadásokat 70 – 30 % arányban tervezünk. A felkért előadásokat magyarországi és külföldi előadókkal valósítjuk meg. A referátumok előadói a saját szakmájukban elismert, nagy tapasztalattal rendelkező orvosok, szakmapolitikusok, egészségügyi szakemberek. Szabad előadásokra a népegészségügyi és a szekunder prevenciók kérdésekkel foglalkozó szakemberek pályázhatnak. A pályázatokat a konferencia tudományos bizottsága bírálja el.

A workshopok megvalósításához az előzetes tervezésnél kérdőíves módszerrel és szükség esetén előzetes telefonos interjúk keretében mérjük fel az igényeket és gyűjtjük össze a workshop sikeres megtartásához szükséges információkat. A workshopokat elsősorban a SWOT és a brainstorming módszertanára építjük – deduktív problémamegoldási eszköztár segítségével. A workshopokat minden esetben a módszertan használatában gyakorlott coach / tréner vezeti.

Visszahatás

A konferenciákon és a workshop-okon részt vevő magyarországi szakemberek munkájába, tapasztalatába közvetlenül beépül a workshopokon, eseményeken megszerzett információ.

Indikátorok

Konferenciák szervezése (2 konferencia, min. 80 résztvevő/konferencia). Workshopok szervezése (10 workshop, min. 20 résztvevő/workshop)

A tanulmány szempontjából releváns projekttevékenységek

Szűréseket nyilvántartó rendszer kialakítása

Háttér

A szűrések folyamatának, eredményeinek, kimenetének dokumentálása céljából elengedhetetlen egy egységes informatikai rendszer kialakítása, melynek segítségével nem csupán könnyen nyilvántarthatók az adatok, hanem elemezhetőek, a hazai adatokkal összevethetőek, kimutatások alapján képezhetik.

A tevékenység célja

A szűréseket nyilvántartó rendszer létrehozásának célja, hogy a projekt keretében nyert szűrési adatok egy egységes módszertan szerint felépített rendszerben legyenek elektronikusan nyilvántartva, és felhasználhatók legyenek az elemzés és stratégiai tervezés céljára a programterületen.

Tevékenységek

A projekt keretein belül végzendő szűrési események és azok adatainak egységes, elektronikus nyilvántartása a „Határon túli szűréseket nyilvántartó rendszerben” (HSzR) fog történni. Ez a rendszer egy központi adatbázissal és alkalmazással rendelkező, többnyelvű, a projekt keretein belül szűrést végzők számára kötelezően használandó informatikai rendszer lesz. A rendszer orvos szakmai szakértők és informatikusok bevonásával kerül kialakításra, figyelembe véve a Magyar Máltai Szeretetszolgálat eddig felhalmozott szűréssel kapcsolatos tapasztalatait és követelményeit.

A rendszer létrehozásának lépései:

- Határon túli szűréseket nyilvántartó rendszer (HSzR) folyamatmodelljének kidolgozása nemzetközileg elfogadott grafikus modellező eszköz használatával;
- Határon túli szűréseket nyilvántartó rendszer (HSzR) folyamatmodelljének implementálása és bevezetése (beleértve a rendszer használatának betanítását).

A szűrések eredménye alapján egészségügyi problématerkép készítése, veszélyeztetett célcsoportok egészségügyi kockázatainak felmérése házi orvosok, szociális munkások, helyi hatóságok, civil szervezetek adataira támaszkodva.

Az adatgyűjtés révén lehetővé válik a hazai és határon túli, egészségi állapotot leíró adatok összehasonlítása, valamint megbízható adatokra épülő, hosszú távú intézkedési tervek, stratégiák megalapozása.

Az adatgyűjtés és elemzés ezen felül a hazai ellátórendszerben potenciálisan megjelenő határon túli magyar lakosság ellátására történő felkészüléshez szolgáltat adatokat.

Elsősegély-nyújtási alapismeretek, valamint laikus segítők informális képzése otthonápolási feladatokra. Otthonápolási hálózatok támogatása. Egészségügyi és mentálhigiénés szakemberek nem formális képzése.

Magyarország kevésbé fejlett régióiban különösen fontos, hogy a lehető legtöbb ember rendelkezzen korszerű, modern oktatástechnikai alapokra épített elsősegély képzéssel. A projekt keretében olyan innovatív elsősegély oktatási csomagot tervezünk megvalósítani, mely szakmailag hiteles, modern, a fiatalság számára vonzó csatornákon elérhető és a rendszer fenntartását elősegítő elemekkel rendelkezik.

A csomag a következőket tartalmazza

- elsősegély tanfolyam (csecsemő-gyermek-felnőtt újraélesztés, AED használat, belgyógyászati betegségek, balesetek, mérgezések, légúti idegentest ellátása) 12-14 órában, az elméleti oktatás e-learning formájában is rendelkezésre álljon. A tananyag folyamatosan elérhető legyen offline és online elektronikus felületen. Az elektronikus felület legyen alkalmas szakmai kérdés feltételére és válaszok olvasására. A képzés szervezője vállalja, hogy a szakmai kérdéseket 24 órán belül megválaszolja egészségügyi felsőfokú végzettséggel rendelkező munkatársak által.
- elsősegély instruktori tanfolyam (12-14 órában) – felnőttoktatási elmélet, skill gyakorlás, szimulációs oktatás, szituációs gyakorlatok, workshop, vizsgáztatás. Az elméleti oktatás álljon rendelkezésre e-learning formájában is.
- komplex elsősegélynyújtói és instruktori tanfolyam (24-28 órában) – a fenti két tanfolyam szakmai követelményei összevonva.
- a tanfolyamot sikeresen elvégzők kapcsolódhassanak egy közösségi, önkéntes alapon szerveződő segítő közösséghez.
- előny a képzéseknél ha az újraélesztési rész akkreditált hazai (Magyar Resuscitációs Társaság), vagy külföldi (American Heart Association vagy European Resuscitation Council) újraélesztési társaság által.

Indikátorok

Tervezett képzések száma: 28 (összesen 700 fő)

Testre szabott web-alapú otthonápolási portál létrehozása. Webes tanácsadási szolgáltatások létrehozása az otthonápolás területén. Informális otthonápolási képzés (web-alapú).

Háttér

Sokan vannak, akik otthoni gondoskodást igényelnek: kórházból frissen hazatérők, beteg gyermekek, fogyatékossgal élők, idős szülők, rokonok, szomszédok. A legtöbben megszokott környezetükben szeretnék tölteni rehabilitációjuk, vagy akár kórházi ápolást nem igénylő krónikus betegségük éveit, nem pedig szociális és egészségügyi intézményekben. Nagy feladatuk van hát azoknak, akik vállalják, hogy maguk gondoskodnak szeretteikről, de semmiféle előképzettségük, tapasztalatuk vagy rutinjuk nincs ehhez.

A tevékenység célja

Célunk, hogy a programterületen élők elérhessék a hiánypótló szolgáltatást, ezért a projekt keretében az online ápolási portál (amely egy példa értékű jó gyakorlat) kialakítását, és tartalommal való feltöltését tervezzük megvalósítani.

A weboldal különösen fontos szerepet tölthet be olyan családok életében, akik elzárt településeken vagy településrészekben élnek, és idős hozzátartozójuk ápolásához semmilyen szaksegítségét nem tudnak igénybe venni.

A részcélhoz szorosan kapcsolódik a 4. pontban leírt frontális képzés, amelyen az erre igényt tartók szakemberek segítségével a gyakorlatban sajátíthatják el az alapvető ápolási műveleteket.

Célcsoport

Az programelem célcsoportja olyan felnőtt korú lakosok a céltelepüléseken vagy környékükön, akik otthonukban idős vagy beteg embert gondoznak, vagy a közeljövőben gondozni fognak.

Tevékenységek

Web-alapú otthon ápolási portál létrehozása.

A platform a tervek szerint a következő szolgáltatásokat nyújtja majd:

- alapvető ápolási feladatok bemutatása rövid oktatófilmek segítségével
- szolgáltatási térkép, melynek segítségével megkereshetőek a lakóhelyhez legközelebb eső intézmények: betegszállító szolgálatok, gyógyászati segédeszköz-boltok, gyógyszertárak, orvosi ügyeletek, stb.
- lelki támogatás
- dietetikai rovat
- ápolási tanácsadás

1.3. A projektgazda és a konzorciumi partner bemutatása

1.3.1. A projektgazda bemutatása

Az Állami Egészségügyi Ellátó Központ (a továbbiakban: ÁEEK) önálló jogi személyiséggel rendelkező központi hivatal. Az ÁEEK-t a Kormány az Állami Egészségügyi Ellátó Központról szóló 27/2015. (II. 25.) Korm. rendelettel a Gyógyszerészeti és Egészségügyi, Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet Országos Gyógyszerészeti Intézet Főigazgatósága, Egészségügyi Emberi Erőforrás Fejlesztési Főigazgatósága, Eszközminősítő és Kórháztechnikai Igazgatósága, Minőségügyi Főosztálya, Technológia-értékelő Főosztálya kiválásával, és ezzel egyidejűleg a GYEMSZI nevének módosításával 2015. március 1-jei hatállyal hozta létre.

Az ÁEEK alaptevékenysége: egészségügyi fejlesztési, elemzési és értékelési, kutatási, szakértői és szakmai támogatási feladatok ellátása, adatgyűjtés végzése és egészségügyi informatikai feladatok ellátása.

Az ÁEEK a következő feladatokat látja el:

- Az ÁEEK egészségügyi fejlesztési, elemzési és értékelési, kutatási, szakértői és szakmai támogatási feladatokat lát el, adatgyűjtést végez, az egészségügyi felsőfokú szakirányú szakképzés területén koordinációs feladatokat lát el, egészségügyi szakképzés-fejlesztési, vizsgáztatási és elismerési tevékenységet végez, hatósági nyilvántartást vezet, egészségügyi informatikai feladatokat lát el.
- az egészségpolitika kialakításához és a döntés-előkészítéshez szükséges, valamint a támogatási forrásokból megvalósuló fejlesztések lebonyolításával kapcsolatos feladatokat ellátja,
- részt vesz az egészségszervezésben, az ahhoz kapcsolódó, az egészségügyi szolgáltatókra vonatkozó kapacitás, területi ellátási kötelezettség és teljesítmény volumen korlát megállapítását

tartalmazó javaslatok kidolgozásában, egyeztetésében és végrehajtásában,

- ellátja többletkapacitás-befogadási kérelmek benyújtását a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelőhöz
- egészségüggyel kapcsolatos fejlesztési, elemzési és értékelési, kutatási, szakértői és szakmai támogatási feladatokat lát el,
- adatgyűjtést végez, országos nyilvántartást vezet, elemzést végez a gépműszer, energia- és épületkataszter területén, a betegek biztonságát veszélyeztető események adatairól,
- koordinálja és végzi az egészségügyi szakmai kollégium tagozataival és tanácsaival kapcsolatos titkársági, honlap üzemeltetési, pénzügyi, költségterítési (térítés-kiegészítési) adminisztratív feladatokat,
- az ÁEEK saját projektjei tekintetében, illetve az egészségügyi háttérintézmények segítségével európai uniós, hazai és más nemzetközi forrásokból támogatott projektekkal és programokkal kapcsolatosan – a projektek szakmai és pénzügyi vonatkozásában – tervezési, projektmenedzsment, pénzügyi vezetői, minőségbiztosítási és projektirányítási – és végrehajtási feladatokat lát el,
- részt vesz az egészségügyi ellátásokra vonatkozó minőségügyi standardok továbbfejlesztésében,
- praxisprogramokat működtet, vezeti a praxisjogokkal kapcsolatos közhiteles nyilvántartást,
- a gyermekegészségügy területén egészségügyi szolgáltatói feladatokat lát el,
- az alapellátás területén módszertani feladatokat lát el.
- vezeti az egészségügyi dolgozók alap- és működési nyilvántartását,
- egészségügyi hatósági és igazgatási feladatokat lát el a hagyományos kínai gyógyászat engedélyezésével kapcsolatban,
- közreműködik a belső piaci információs rendszer hazai működésének és az abban való részvételnek szabályairól szóló kormányrendeletben meghatározott feladatok ellátásában,
- ellátja a jogszabályban, vagy hatósági határozatban meghatározott egyéb feladatokat.

1.3.2. A konzorciumi partner bemutatása

A Magyar Máltai Szeretetszolgálat (MMSZ) története 1989-ben, a kelet-német menekültek befogadásával kezdődött, mára a Szeretetszolgálat Magyarország egyik legmeghatározóbb karitatív szervezetévé vált. Az elmúlt negyed század első éveiben megalakultak a Szeretetszolgálat önkéntesei által szerveződő helyi csoportjai. A Magyar Máltai Szeretetszolgálat közel nyolcezer önkéntese, - 7 regionális szervezetben és 150 helyi csoportban tevékenykedve - a szolidaritást képviseli. Nagyszabású segítő és mentőakciók során a Szeretetszolgálat kormányzervek és társadalmi szervezetek partnerévé vált. A társadalmi szolidaritás konkrét megnyilvánulásait érzékelő közvélemény bizalommal fordult a Máltai Szeretetszolgálat felé, s Magyarországon is olyan szociális problémák kezelését vállalta fel a karitatív szervezet, amelyeket a társadalom igazgatási, szociális és egészségügyi intézményhálózata nem, vagy csupán részben tudott megoldani.

Az MMSZ 3 fő tevékenységi területe:

1. Hagyományos segélyezési tevékenység (elsősorban természetbeni adományok a helyi csoportokon keresztül; adománygyűjtési akciók, stb.

2. Intézmények és intézményrendszerű szolgálatok működtetése

Az MMSZ a szociális és egészségügyi szempontból válságba jutott emberek gondjainak sürgős, átmeneti enyhítése mellett a rászoruló tartós, rendszeres ellátására intézményeket és intézményrendszerű szolgálatokat működtet. A vonatkozó jogszabályok alapvető követelményeinek betartásával állami szociális és egészségügyi feladatokat vállal át és végez Magyarország legnagyobb - közel 200 szociális és egészségügyi - intézmény-fenntartójaként.

Az intézmények főbb típusai: hajléktalanokat ellátó, idősgondozó, fogyatékkal élőket ellátó, szenvedélybetegeket ellátó, családsegítő és gyermekjóléti, továbbá egészségügyi intézmények, szolgálatok (pl. Mentőszolgálat). Az intézmények működtetése állami normatív, a szolgálatok működtetése döntően saját forrásból történik.

3. Szociális innováció

Az MMSZ olyan saját kezdeményezésű speciális projekteket és programokat indít, működtet, amelyek esetenként jelentős saját forrás felhasználásával, uniós illetve kormányzati támogatással, egyéb partnerek bevonásával a legveszélyeztetettebb és legrászorultabb csoportok megsegítését célozzák, s ezeken keresztül olyan modelleket és szociálpolitikai stratégiákat kínál, melyek megoldást adnak/adhatnak az eddig nem, vagy nem kellő mértékben kezelt – elsősorban – szociális problémákra (pl. Befogadó Falu program, Jelenlét program, stb.).

Az egészségügyi intézményhálózat kiegészítésére hozta létre a Szeretetszolgálat, az alábbi programjait, intézményeit.

- Orvoscsoport

A Magyar Máltai Szeretetszolgálat Nemzetközi Missziós Orvoscsoportja évek óta egészségügyi szűréseket végez az ország legszegényebb vidékein. Vállalásuk, hogy a települések többi részétől elkülönülő, zárt telepeken élő családokat, elsősorban a gyerekeket ellátják, gyógyítják, tanítják. A sokszor nyomorúságos körülmények között élő közösségekben általánosan mondható a gyerekek alultápláltsága és a higiéné hiánya, a felnőttek egy részének nincs kapcsolata az egészségüggyel, betegségeikről, azok következményeiről semmilyen ismerettel nem rendelkeznek.

Tizenöt perc alatt bárhol felállítható kórházi sátrukban a máltai orvosok napi 120-140 beteget vizsgálnak meg és látnak el, legyen szó vérnyomásmérésről, szemészeti szakvizsgálatról vagy akár kisebb sebészeti beavatkozásokról. Küldetésük fontos eleme a rászoruló gyerekek szemészeti ellátása.

- 24 órás orvosi rendelő

A Magyar Máltai Szeretetszolgálat Magyarországon több helyen működtet orvosi rendelőt, elsősorban hajléktalan emberek számára (Budapest, Kecskemét, Szeged), valamint Budapesten mozgó orvosi rendelőt is üzemeltet.

A rendelőkből a betegek az egészségügyi tevékenységen kívül segítséget kapnak az ingyenes gyógyszerhez való hozzájutáshoz, szociális munkás segítségével pedig a hiányzó iratok pótlását is elindítják már az első találkozásnál. Az utcán élők vizsgálat után felvilágosítást kapnak a hajléktalanellátó rendszer nyújtotta lehetőségekről.

- Tüdőszűrő busz

A korai kilencvenes évek idején a hajléktalanok körében elterjedt tuberkulózisfertőzés készítette a Magyar Máltai Szeretetszolgálatot, hogy megszervezze a hajléktalan emberek tüdőszűrését. Ez a gondolat a maga nemében egyedülállónak számított, és számít a mai napig.

A Tüdőszűrő Program úttörő tevékenységét 1995-ben egy bérelt röntgenjárművel kezdte meg, 1997-től pedig már önállóan folytatta tevékenységét egy 260-as Ikarus buszba beépített mellkasröntgengép segítségével.

Több mint egy évtized elteltével, a tuberkulózis megelőzése terén gyűjtött tapasztalatok (a minél több helyszínre való eljutás szükségessége; az egészségre káros mellékhatások visszaszorítása; a mai igényeknek megfelelő korszerű szűrőberendezés és jármű szükségessége) arra ösztönözték a Magyar Máltai Szeretetszolgálatot, hogy megteremtse a lehetőségét egy új tüdőszűrő állomás

üzembe helyezésének. Ez az elképzelés 2010 májusára valósult meg, és ettől kezdve a Tüdőszűrő Program már egy nagyon korszerű, biztonságos mobil állomás segítségével folytatja munkáját.

- Webnővér

A Magyar Máltai Szeretetszolgálat egyik szociális innovációja a 2013 őszén elindított WebNővér (www.webnover.hu), amely laikus segítőknek (otthonukban beteg,- idős,- vagy fogyatékossgal élő személyt ápoló nem hivatásos segítőknek) szóló internetes portál.

Az oldal megalkotásakor azt tartották szem előtt, hogy milyen támogatásra, információra van elsősorban szüksége a laikus segítőknek. Többségük nem képzett ápoló, ezért számukra az egyszerű ápolási feladatok is nehézséget jelenthetnek. Ezek megtanulásában segítenek az oldalon található rövid, közérthető oktatófilmek. Az idős, beteg embert gondozó gyakran nem tudja, milyen külső segítséget vonhat be, mire jogosult az ápolat vagy ő maga, milyen támogatást igényelhet és honnan. Ezért a portálon megkereshetők a közelben működő szociális és egészségügyi szolgáltatók és elérhetőségeik, egyúttal megismerhető a szolgáltatások igénybevételi módja is.

A rokonát, ismerősét gondozó ember sokszor magára marad, nem kap lelki, mentális támogatást megterhelő feladatához. Ezen kíván enyhíteni a WebNővér lelki feltöltődést kínáló rovata.

Mindezek mellett fontos, hogy az oldalt felkereső segítők professzionális eligazítást kapjanak, ha elbizonytalanodnak feladataik végzése során. Ezt szolgálják a Gondozási és Jogi tanácsadás menüpontok levelező felületei.

- Mentőszolgálat

1991-ben alakult meg, és máig Magyarország egyetlen professzionális mentést végző önkéntes szervezeteként működik a Máltai Mentőszolgálat (szervezetileg az MMSZ Egyesület egyik működési egysége).

A Máltai Mentőszolgálat 24 órás budapesti rohamszolgálatot működtet az Országos Mentőszolgálat irányítása alatt, olyan szoros együttműködésben, hogy már régen szerves részévé vált a budapesti és környékbéli mentésnek. Így a kezdetek óta hagyományosan a 28-as hívójelet viselő- rohamkocsi bárkihez megérkezhet, aki a 104-es központi segélykérő számot hívja a bajban.

A rohamkocsi a legmagasabb szintű földi mentőegységnek számít, így az évente átlagosan 2000 esetet ellátó máltai kocsi technikai felszereltségében- és a személyzet felkészültségét tekintve is megfelel a legmagasabb szakmai elvárásoknak.

A máltai mentőszolgálat kötelékében folyamatosan körülbelül 150 önkéntes teljesít szolgálatot és az általánosan megszokott 3 fős mentőegységektől eltérően itt négy emberből áll egy csapat.

2012-ben 381 12 órás szolgálatot láttunk el, ez 18.288 önkéntes munkaórát jelent. Ez alatt az idő alatt 1.515 fő beteget láttunk el.

Működésének több mint 20 éve alatt a Mentőszolgálat 600 önkéntese közreműködésével mintegy 40 ezer bevetést hajtott végre. Mentőápolóit a szervezet saját, komplex oktatási rendszerében képzik ki, folyamatos szakmai fejlődést és továbbképzést is biztosítva számukra. A tanfolyam oktatói (köztük számos elismert szaktekintély is) tevékenységüket szintén önkéntes alapon végzik.

- Elsősegély oktatás

A máltai elsősegély tanfolyam célja kettős: egyrészt fontos, hogy a résztvevők megtanulják azokat a gyakorlati fogásokat, amivel életet tudnak menteni. Másrészt a kurzus kiemelt küldetése a segítő attitűd átadása is. A fiatalok oktatása különösen fontos küldetés, hiszen fiatal korban lényegesen fogékonyabbak a hallgatók az új információra, mint később. Amit fiatalként megtanulunk, az nem csak tudás formájában, hanem szemléletként is megmarad bennünk, szinte természetessé válik.

A tanfolyam anyagát a leggyakrabban előforduló, legsúlyosabb elsősegélynyújtói helyzetek teszik ki. Jellemző ezekre, hogy leggyakrabban otthoni, iskolai környezetben fordulnak elő, családtagot, barátokat érintenek. Kiemelt figyelmet szentelünk a vezető halálokokkal összefüggő kórképek (szívinfarktus, stroke) elsősegélynyújtói teendőire. A hallgatók megtanulják az alapszintű újraélesztést, az ún. AED (automata külső defibrillátor) használatát, stabil oldalfekvést, légúti idegentest ellátását. Valóságghű szituációkban nyílik lehetőség a leggyakrabban előforduló elsősegélynyújtói helyzetek gyakorlására.

1.3.3. A projektgazdának és konzorciumi partnerének a projekthez kapcsolódó tapasztalatának bemutatása

Az ÁEEK által korábban végrehajtott fejlesztések:

ÁROP-1.2.18/A-2013-2013-022 Szervezetfejlesztés az Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet program és projektmenedzsment feladatainak színvonalasabb és eredményesebb megvalósítása érdekében (támogatási összeg: 29 995 000 Ft)

CÉL: A projekt célja kórházfenntartó szervezetének és hatékony belső működésének a kialakítása. Külön hangsúly került a teljesítmény mérésére és értékelésére a testre szabott teljesítmény indikátorok segítségével, a működőképes belső folyamatok kialakítására és továbbfejlesztésére, a szervezeti tudás hatékony feltérképezésére, és kiaknázására, valamint a folyamatosan változó környezethez alkalmazkodni tudó, önértékelő és önfejlesztő szervezeti gyakorlat és szervezeti kultúra kialakítására.

EREDMÉNYEK, TAPASZTALATOK: A projekt keretein belül kialakításra került a GYEMSZI (jogutódja az ÁEEK) profilja, jövőképe. Megfogalmazódtak a működés standardjait leíró, pontosan definiált alapelvek és alapértékek. A kialakított jövőképnek

megfelelő koncepcionális szervezeti felépítés készült. Meghatározásra kerültek a kulcs vezetői feladatok és a vezetői csapat működési modellje, amelyek garantálják a jövőkép megvalósítását. Megtörtént:

- a szervezeti struktúra kialakítása,
- többszintű és komplex stratégiai térkép megalkotása,
- szervezati irányítási külső és belső szabályozó dokumentumok és folyamattérkép létrehozása,
- a projekt menedzsment ismeretek fejlesztése,
- teljes körű minőségirányítási eszköz bevezetése,
- tudásmegosztó fórumok, valamint
- a változásmenedzsmentet támogató eszközök kialakítása.

EKOP-3.1.3-2012-2012-0010 A GYEMSZI jogszabályban foglalt ágazati statisztikai adatgyűjtési feladatának végrehajtását megalapozó informatikai fejlesztés (támogatási összeg: 397 446 500 Ft)

CÉLOK: A projekt célja egy komplex ágazati statisztikai adatgyűjtő rendszer kialakítása, amely támogatja a jogszabályi kötelezettségből fakadó adatgyűjtési feladatokat, annak feldolgozásait, publikálását az ágazati portálon, és ezzel nagymértékben segíti az ÁEEK megnövekedett szervezetének irányítását.

EREDMÉNYEK, TAPASZTALATOK: A projekt eredményeképpen az ÁStAR informatikai rendszere az ÁEEK fenntartásában és vagyonkezelésében lévő, a Közép-magyarországi Régióban működő 29 egészségügyi intézmény számára biztosította, hogy a működésükkel kapcsolatos jelentéseket egységes felületen keresztül nyújthassák be. Az elektronikus úton benyújtott jelentésekből a rendszer automatikusan képes a beállított statisztikai kimutatások összeállítására, ezzel egyszerűsítve az egészségügyi ágazat napi működésének nyomon követését, a

költségvetés alakulását, lehetővé téve a gyors beavatkozást és az eddigieknél sokkal pontosabb stratégiai tervezést.

Az ÁSTAR informatikai rendszert a TÁMOP-625B projekttel az ÁEEK a fenntartásában és vagyonkezelésében lévő összes egészségügyi intézményre kiterjesztette 2015 év végétől.

TÁMOP-6.2.5.A-12/1-2012-0001 Szervezeti hatékonyság fejlesztése a struktúraváltásban érintett intézményeknél: Egységes külső felülvizsgálati rendszer kialakítása a járó és fekvőbeteg szakellátásban, valamint a gyógyszerértári ellátásban (támogatási összeg: 950 000 000 Ft)

CÉLOK: A BELLA átfogó célja a hazai egészségügyi szolgáltatók nemzetközi követelményeknek megfelelő, a szakmai működés standardokon alapuló, egységes külső felülvizsgálati rendszerének kialakítása. A BELLA közvetlen célja a gyógyszerészi gondozáson keresztül a beteg- és gyógyszerbiztonság javítása. Ennek érdekében a program elsőként a járó- és fekvőbeteg szakellátás, valamint a közvetlen lakossági gyógyszerellátási tevékenység akkreditációs rendszerét alakította ki, megteremtette a működtetés és a hosszú távú fenntarthatóság feltételeit és elindította a programot.

EREDMÉNYEK, TAPASZTALATOK: A beteg- és gyógyszerbiztonság javítása érdekében a projekt kidolgozta a BELLA (Betegellátók Akkreditációja a Biztonságos Betegellátásért) 16 gyógyszerészi gondozási irányelvét, és létrehozta a BEGONIA-t, a Beteg gondozás Informatikai Alaprogramot, amely a BELLA támogatására kifejlesztett gyógyszerértári betegregisztrációs szoftver.

A BELLA programban kidolgozott gyógyszerészi gondozási irányelvek interdiszciplináris jellegűek, tehát nemcsak a gyógyszerészek számára elérhetőek hivatalos szakmai irányelvként, hanem az orvosok számára is.

BEGONIA betegregisztrációs szoftver az egyes irányelvek algoritmusos formáját adja meg, így segíti a gondozó gyógyszerész munkáját. A szoftver működése 2015 februárban indult el először 52 gyógyszerértárban. Az eddigi papír alapú gondozási dokumentációnál sokkal inkább felhasználóbarát BEGONIA-ban megtalálható a projektben kidolgozott valamennyi gyógyszerészeti gondozási irányelv, és számos kinyomtatható elemmel rendelkezik, mint például a beteg kezébe adható adekvát, hiteles gyógyszerlista.

**TÁMOP-6.2.1-11/1-2012-0001 Egészségügyi humánerőforrás monitoring
(támogatási összeg: 500 000 000 Ft)**

CÉLOK: A projekt kiemelt célja az egészségügyi ágazat humánerőforrás monitoring rendszerének és adattárházának, valamint az egészségügyi szakdolgozók kötelezően teljesítendő továbbképzéseit nyilvántartó informatikai rendszerének kialakítása.

EREDMÉNYEK, TAPASZTALATOK: A létrehozott monitoring rendszer az egészségügyi szakdolgozók kötelezően teljesítendő továbbképzéseit tartja nyilván. Az EHMR elsősorban a kormányzati és az ágazati döntéstámogatást, az egészségügyi humán stratégia kialakítását, az emberi erőforrás jellemzők és trendek nyomon követését, a rövid- és hosszútávra tervezett intézkedések monitorozását szolgálja. Támogatja a közép- és hosszú távú képzési szükségletek előrejelzését, valamint Magyarország nemzetközi szakirányú információ- és adatszolgáltatási feladatait. Az alapnyilvántartás célja a megszerzett szakképesítés közhiteles tanúsítása. A működési nyilvántartás az egészségügyi dolgozók Eütv-ben foglaltak szerinti adatainak közhiteles tanúsítását szolgálja. A rezidens adatbázis a szakorvosjelöltek képzési adatait tartalmazza. A migrációs nyilvántartás pedig az egészségügyi képzettséget igazoló oklevelek és diplomák külföldi elismertetéséhez szükséges hatósági bizonyítványok kiadására vonatkozó adatokat tartalmazza.

A projekt egy webes ügyfélkapcsolati portál, az új SZAFTEX portál kialakításával is fejlesztette az egészségügyi humánszolgáltatás rendszerét. A portál lehetővé teszi

riportok, lekérdezések, statisztikák elkészítését és grafikus ábrázolását, alkalmas személyre szabott tájékoztatásra, szöveges tartalommosztásra és állásportálként is funkcionál a regisztrált felhasználók számára. A projekt létrehozott egy modern, állampolgár-barát tanácsadói call-center is, speciális elemzés-támogatási, valamint tanácsadási funkciókkal és kompetenciákkal, valamint elkészült az egészségügyi szakdolgozók szabadon választható továbbképzési, valamint gyakorlati pontjainak elektronikus nyilvántartási rendszere is.

TIOP-2.3.2-12/1-2013-0001 és KMOP-4.3.3.A-12-2013-0001 Nemzeti Egészségügyi informatikai (e-Health) Rendszer - Elektronikus közhiteles nyilvántartások és ágazati portál fejlesztése (támogatási összeg: 1 470 000 000 Ft és 629 999 988 Ft)

CÉLOK: A hazai egészségügyi ágazatban közel húsz éve jelentős mennyiségű adat képződik a betegforgalmi és egyéb jelentésekből, illetve az önálló adatgyűjtési rendszerekben. Az adatok megbízhatóságát és hasznosulását azonban sok tényező korlátozta. Az új e-egészségügyi rendszer ezen változtat a biztonságos és személyre szabott ellátás érdekében.

EREDMÉNYEK, TAPASZTALATOK: Az új e-egészségügyi rendszer egységes informatikai környezetben, a legmagasabb fokú adat- és kibervédelemmel biztosítja az egészségügyi ágazaton belüli hatékony kommunikációt az egészségügy minden fontos szereplője, a lakosság, a kórházak, a gyógyszertárak, a járóbeteg-szakellátás, a házi orvosok, a mentők, valamint az ágazatirányítás összekötésével. Az egészségügy így képessé válik arra, hogy központi rendszerbe integráltan, rendkívül költséghatékonyan, naprakészen, hitelesen és a létező legmagasabb biztonsági fokozaton kezelje a keletkező adatokat anélkül, hogy mindez pluszmunkát jelentene az orvosok, vagy a szakdolgozók számára.

Lehetővé válik a betegadatok és dokumentációk cseréje, egymás erőforrásainak (CT, MR, labor, egyéb diagnosztikák) használata. Az adatcserék lehetővé teszik a beteg

előzményadatainak, kórtörténetének alaposabb megismerését, és a személyre szabott kezelés gyors kialakítását. Az EESZT digitális önrendelkezési modulja biztosítja, hogy az állampolgár az Ügyfélkapun keresztül, vagy bármely Kormányablaknál rendelkezzen arról, hogy az egészségügyi dokumentumaihoz milyen egészségügyi intézmények, mely osztályai, illetve kezelőorvosai férhessenek hozzá. Biztosítottá válik a párhuzamos vizsgálatok kiküszöbölése, ezzel jelentős költség- és időmegtakarítást eredményezve az egészségügy számára.

TIOP-2.3.1-13/1-2013-0001 és KTIA_13-1-2013-0001 Nemzeti Egészségügyi Informatikai (e-Egészségügy) Rendszer Központi, intézményközi adatáramlást biztosító informatikai rendszerek fejlesztése, országos egységes központi megoldások bevezetése (támogatási összeg: 1 940 000 000 Ft és 831 428 571 Ft)

CÉLOK: A hazai egészségügyi ágazatban közel húsz éve jelentős mennyiségű adat képződik a betegforgalmi és egyéb jelentésekből, illetve az önálló adatgyűjtési rendszerekben. A projekt alapvető célja az egészségügyi intézmények közötti biztonságos adatáramlás megvalósítása.

EREDMÉNYEK, TAPASZTALATOK: Az egészségügyi intézmények összekapcsolása számos pozitív eredménnyel jár az egészségügy számára. A betegadatok, dokumentációk és a digitális képtovábbítás megoldott intézményközi cseréjének köszönhetően az Eseménykatalógus, az e-Kórtörténet, a Távkonzílium és az e-Elszámolás szolgáltatásai segítségével az orvos tájékozódhat a beteg kórelőzményéről, laboreredményeiről, megtekintheti az ambulánslapot, a zárójelentést, a képfelvételeket, valamint az ellátások finanszírozási adatait egyaránt. Az e-Beutaló segítségével az orvosok közvetlenül foglalhatnak időpontot a diagnosztikai rendelésekre a beteg számára. Az e-Recepttel bevezetésre kerül a vények elektronikus kezelése, az e-Profil pedig a betegre jellemző, ritkán változó, legfontosabb, többnyire állandó adatokat tartalmazza. A személyes adatok védelmének érdekében a digitális önrendelkezéssel a rendszer lehetőséget biztosít

minden betegnek, hogy az adataihoz, vagy adatainak egy részéhez való hozzáférést tiltsa. A projekt keretei között megvalósult a lakossági portál fejlesztése is, amelyen keresztül ügyfélkapus belépéssel és TAJ-azonosítóval a beteg számára elérhetővé válnak a kezeléséről készült adatok, dokumentumok, vizsgálati eredmények, beutalók, felírt és kiváltott vények, illetve az ellátás költségei. A rendszer számos olyan funkcióval is rendelkezik, amely a tudományos kutatásokat, illetve az egészségügyi ágazati irányítás munkáját segíti.

TIOP-2.3.3-13/1-2014-0001 és KTIA_13-2-2014-0001 Nemzeti Egészségügyi Informatikai (e-Egészségügy) Rendszer Térségi, funkcionálisan integrált intézményközi információs rendszerek kiépítéséhez szükséges helyi infrastruktúra fejlesztések (támogatási összeg: 5 630 000 000 Ft és 1 555 714 286 Ft)

CÉLOK: Annak érdekében, hogy biztonságosan megtörténhessen a közeljövőben induló, új, központi, egészségügyi informatikai rendszerhez, az Állami Egészségügyi Ellátó Központban fenntartott EESZT-hez történő csatlakozás, országsszerte jelentős informatikai eszközfejlesztések valósultak meg hazai és európai uniós forrásból az ÁEEK fenntartott intézményeiben.

EREDMÉNYEK, TAPASZTALATOK: A támogatási összeg tekintetében az eddigi legnagyobb mértékű egészségügyi informatikai beruházás eredményeképpen több mint tízezer informatikai eszköz: hardverek, szoftverek, szerverek, nyomtatók, hálózati eszközök és routerek beszerzésére és leszállítására került sor a projekt keretében a kijelölt közfinanszírozású intézmények számára.

A fejlesztésbe bevont 69 járó- és 122 fekvőbeteg ellátó intézmény a teljes hazai járóbeteg kapacitás több, mint 92 százalékát, míg a fekvőbeteg ellátás esetében a kapacitások 97,75 százalékát fedi le. Az informatikai eszközfejlesztésekhez kapcsolódóan a projekt oktatással, szakmai tanácsadással, ügyfélszolgálat

egybekötött komplex szolgáltatáscsomagot biztosított a projektben résztvevő 191 egészségügyi intézmény számára.

TÁMOP-6.2.7-13/1-2013-0001 Nemzeti Egészségügyi Informatikai (e-Egészségügy) Rendszer Térségi, funkcionálisan integrált intézményközi információs rendszerek kiépítéséhez szükséges helyi infrastruktúra fejlesztések (támogatási összeg: 999 883 338 Ft)

CÉLOK: A projekt alapvető célja, hogy az e-egészségügyi projekt-portfólió részeként a magyar egészségügy informatikai támogatását biztosítsa.

EREDMÉNYEK, TAPASZTALATOK: A projekt az e-egészségügyi projektekben megvalósuló fejlesztési elemeket képzési és tájékoztatási programokba konvertálta az egészségügyi ágazat munkatársai részére; új, lakossági tájékoztató alkalmazási platformot és mobil alkalmazást fejlesztett ki; valamint az ágazaton belüli és lakossági kommunikációs tevékenység részeként Kontakt Centert hozott létre.

Az ILKA oktatási portál a <https://ilka.aEEK.hu> webcímen érhető el. Az ILKA rendkívül széles körben és sok témában ad minőségi, új tudást az egészségügyi dolgozók részére jelenléti és e-learning képzésekkel egyaránt.

A MeNTA fejlesztéssel Magyarországon is létrejött a lakosság részére egy olyan könnyen alkalmazható informatikai megoldás, amelynek segítségével saját egészségi adatainkról, állapotunkról, esetleges veszélyeztetettségünkről és prevenciók lehetőségeinkről tájékozódhatunk. A MeNTA közel viszi az egészségügyi szolgáltatásokat az állampolgárokhoz. Elősegíti az egészségügyi problémák monitorozásán túl azok kezelését is, különösen szívbetegség és cukorbetegség esetén. Egészségterv készítésével és követésével, a mozgás-, és táplálkozásnaplók segítségével az előzetesen beállított egészségszél elérése sokkal egyszerűbbé válik. Az ingyenesen letölthető mobil alkalmazás használatával lehetővé válik a saját és a családtagok egészségi állapotának monitorozása, nő az egészséggel kapcsolatos

hiteles információkhoz való hozzájutás lehetősége, valamint javul az egészségügyi ellátórendszerben való eligazodás képessége.

TÁMOP-6.2.3-12/1-2012-0001 Országos egészség monitorizálási és kapacitástérkép adatbázis- és alkalmazásfejlesztés (támogatási összeg: 1 373 824 500 Ft)

CÉLOK: A PULZUS Egészségügyi Adattárház projekt célja olyan adattárház, elemzési- és döntéstámogatási eszközrendszer kialakítása, amely összefogja az egészségügyben létező legfontosabb információforrásokat. Az információforrások összekötésével olyan országos adattárház jön létre, amely egyszerre képes az egészségügyi operatív és stratégiai döntések átfogó támogatására.

EREDMÉNYEK, TAPASZTALATOK: A PULZUS a feladatok megvalósításához a ma elérhető legmodernebb technológiai lehetőségek közül választott, a rendelkezésre álló valamennyi egészségügyi adatot adattárházba rendezte, és erre építve üzleti intelligencia eszközök segítségével ad válaszokat.

Az adatok integrációja során a PULZUS átveszi, elemzi, ellenőrzi, és szükség esetén átalakítja a finanszírozási rendszerek működéséhez szolgáltatott adatokat. Feldolgozza a fekvőbeteg ellátás osztályos ápolási esetének jelentési adatait, a járóbeteg-ellátás tételesen jelentett beavatkozást és szolgáltatást leíró adatait, a háziorvosi és a magán-orvosi ellátás egyes adatait. A kezelések adatait az ellátottak személyes adataitól elkülönülten, a személyre vissza nem következethető módon kezeli.

Az ellátó rendszer más felhasznált adatai közül kiemelendők a szolgáltatókra vonatkozó működési engedélyekkel kapcsolatos adatok, amelyek az ellátó rendszer kapacitásaira engednek következtetni. A rendszer ugyanakkor alkalmas az adatok mélyebb rétegeinek, így egy-egy betegségregiszter adatainak tárolására is. Az adatok megjelenítéséhez a rendszer modern térinformatikai eszköztárat biztosít.

TÁMOP-6.2.5-B-13/1-2014-0001 Szervezeti hatékonyság fejlesztése az egészségügyi ellátórendszerben – Területi együttműködések kialakítása Az „Egészségesebb egészségügyért” fejlesztési program felderítette és azonosította az egészségügyi rendszerben meglévő tartalékokat (támogatási összeg: 9 500 000 000 Ft)

CÉLOK: Az Egészségügyért Felelős Államtitkárság stratégiai célkitűzéseinek támogatására, nevezetesen az alapellátás megerősítése, a népegészségügyi folyamatoknak a szolgáltatások körébe való beépítése, valamint az intézményi hatékonyság növelése érdekében a projekt kidolgozta az egészségcentrikus szolgáltató rendszer felépítésének alapjait. A széleskörű ágazati és egyetemi összefogással megvalósuló projekt a beteget és a prevenciós gondozást tette a betegellátás központi alanyává a hatékonyságnövelés és az alapellátás humán erőforrás problémáinak megoldása érdekében.

EREDMÉNYEK, TAPASZTALATOK: Az „Egészségesebb egészségügyért” fejlesztési program létrehozta a fenntartható egészségügy működtetéséhez a nemzetközi gyakorlatban is bizonyítottan szükséges egészségügyi szervezési módszertanát, és megalapozta a gyakorlati bevezetés lehetőségét. Megvalósult a kidolgozott módszerek egészségügyi ellátó rendszerben történő tesztelése, valamint a folyamatok egészséggazdaságtani kiértékelése. A projekt többek között kifejlesztett egy portált, amely a közbeszerzési folyamatot a tervezéstől kezdve egészen a megrendelésig támogatja, kidolgozták azokat a módszereket, amelyek alkalmazásával a szolgáltatások beszerzése hatékonyabban történhet, valamint az egészségügyi intézmények felsővezetői támogatást kaptak vezetői kompetenciáik megismerésében és fejlesztésében. Az egészségügyi szolgáltatók akkreditációjának bevezetése, valamint az egységes tulajdon-nyilvántartási és üzemeltetés-támogató, web alapú informatikai rendszer bevezetése szintén a biztonságos betegellátást fogják szolgálni.

A program egészségügyi szervezési ága többek között kidolgozta a táplálkozással, mozgással, lelki egészséggel kapcsolatos tanácsadás alapellátásba illesztésének

módszertanát, kialakította a betegutak rendszerét és az alapellátás bővülő számú szereplőinek egymással harmonizált, egységes szolgáltatást biztosító egészségszervezési szakmai irányelveit és protokolljait. Az ágazatban rendelkezésre álló források célzott, tervszerű felhasználásával, valamint a prevenció és gondozás megerősítésével pozitív spirál indítható el 2016-ban.

TÁMOP-6.1.4/12/1-2012-0001 Koragyermekkori (0-7 év) program (támogatási összeg: 3 819 673 715 Ft)

CÉLOK: A projekt célja a kisgyermek fejlődésének minél hatékonyabb nyomon követése a beavatkozást igénylő problémák időben történő felfedezése érdekében.

EREDMÉNYEK, TAPASZTALATOK: A projekt során kidolgozásra kerültek a 0-7 éves korú gyermekek fejlődésének komplex (szomatikus, pszichomotoros, érzékszervi, kognitív) méréséhez és követéséhez szükséges állapotfelmérő adatlapok standardjai és eljárási leírásai annak érdekében, hogy a fejlődésben való megakadás és a fejlődést hátráltató problémák időben felismerhetők és kezelhetők legyenek. A projekt 15 korcsoport részére szülői megfigyelésen alapuló korszerű kérdőíveket dolgozott ki, és teljes körű szűrő- és jelzőrendszert épített ki a gyermekek szociális, egészségi, mentális állapotának, valamint magatartásának és pszicho motoros képességeinek monitorozása, a hiányosságok időben történő felismerése érdekében.

Az új szűrési módszertan az alapellátás szakemberei számára gyakorlatközpontú kézikönyvek formájában kerültek átadásra, a Gyermek-alapellátási Útmutató és az Őrzők című kiadványokkal.

A projekt posztgraduális képzésekkel fejlesztette az alapellátás szereplőinek szakmai tudását, olyan szakmai tartalmat nyújtva át nekik, amelyekről korábbi képzéseik során nem nyertek ismereteket, vagy arról csak elavult ismerettel rendelkeztek. A hazai alapellátási szakemberek döntő többsége részt vett az oktatásokon, amelyek közel 110 helyszínen összesen 1336 napon zajlottak. Ezeken közel 350 fő házi

gyermekorvos és gyermeket is ellátó házi orvos, továbbá több, mint 4240 védőnő vett részt. Az Idejében kiderül... című komplex távoktatási anyagot házi gyermekorvosok és gyermeket is ellátó házi orvosok végezték el. A közvetlen védőnői és házi orvosi szülőoktatás mellett a projekt nyomtatott és elektronikus alapú tájékoztató anyagokat is készített, a szülők részére a www.koragyermekkor.hu portált és a gyermek életkorának megfelelő információkat tartalmazó hírleveleket. Az alapellátásban dolgozók folyamatos információval való ellátására készült a www.gyermekalapellatas.hu portál.

TIOP-2.2.3-11/1-2012-0001 A regionális vérellátó központok fejlesztése (támogatási összeg 2 999 999 114 Ft)

CÉLOK: A projekt infrastrukturális beruházással a vérkomponensek gyűjtésével, vizsgálatával, feldolgozásával és tárolásával kapcsolatos minőségi, biztonsági előírások és technikai követelmények betartásához szükséges regionális vérellátó központok épületeinek fejlesztését, a hiányzó és elavult eszközök cseréjét és pótlását, valamint európai színvonalú donorbarát környezet kialakítását célozta meg az egészségügyi intézmények biztonságos vérellátásának biztosítása érdekében.

EREDMÉNYEK, TAPASZTALATOK: Az OVSZ és az ÁEEK konzorciumában megépült Pécsi és Szegedi Regionális Vérellátó Központok 2015 tavaszán kerültek átadásra. A 2,3 milliárd forintos beruházással hatékonyan lebonyolított közbeszerzési eljárások eredményeként a pályázati forrásból több, mint 700 millió forint megtakarítása történt meg, amellyel lehetőség nyílt a Debreceni Regionális Vérellátó Központ és a Tatabányai Területi Vérellátó épületeinek felújítására, valamint a Miskolci Vérellátó új helyre, a megyei kórházba költözésére. Mindhárom helyszínen donorbarát környezet kialakítására került sor. A projekt eredményeképpen továbbá beszerzésre került 19 új kiszálló jármű, amelyek a mobil-véradások hatékonyabb szervezését és lebonyolítását segítik. Mintegy fél milliárd forintból új eszközök beszerzésére is sor került, amelyek a vérkészítmények előállításának sebességét és biztonságát növelik. A megvalósult

informatikai fejlesztés lehetővé teszi a vérkészlet-gazdálkodás hatékonyságának növelését, a WIFI bevezetés pedig a donorok kényelmét szolgálja.

**TÁMOP-6.1.3.B-12/1-2013-000 Népegészségügyi kommunikáció fejlesztése
(támogatási összeg 1 845 930 594 Ft)**

CÉLOK: Az egészségfejlesztési, betegség-megelőzési tevékenységeket, valamint a szabadidősportot támogató, a társadalom különböző célcsoportjainak sajátosságaihoz illeszkedő, hatékony népegészségügyi beavatkozások és programok megvalósítása.

EREDMÉNYEK, TAPASZTALATOK: Megalakult az Egészségkommunikációs Központ (EKK), amelynek szervezésében több mint 300 országos esemény, kampány valósult meg. A két Mozgás Éjszakája program során közel ötvenezer ember tapasztalhatta meg a futás, biciklizés és más mozgásformák örömét. Az Egészségedre! Mókuserék helyett kampány a munkavállalóknak mutatta meg, hogy a munkahelyükön is tehetnek az egészségükért. A Szűrések Éjszakáján a mammográfiai szűrés népszerűsítése került a fókuszba, média együttműködések keretében pedig milliókhoz jutottak el a fizikai aktivitással, helyes táplálkozással, lelki egészséggel és általánosságban az egészségtudatos életmóddal összefüggő üzenetek. A projekt létrehozta az ÁEEK Egészségügyi Fotó tarát (<http://aEEK.pixieset.com/>), amely dokumentarista stílusban, tematikusan szemlélteti a hazai egészségügyi szolgáltatást. A projekt keretében az ÁEEK fenntartású egészségügyi intézmények web2-es felületein fotókkal illusztrált népegészségügyi üzenetek, valamint plakátok és szórólapok kerültek kihelyezésre összesen 157 intézményben. A helyi kommunikátor hálózat közreműködésével a projekt 700 lokális akció során juttatta el az egészségüzeneteket országszerte. Nem utolsósorban pedig létrejött a www.egeszseg.hu portál, amely az egészséggel kapcsolatos hiteles és közérthető információk forrása.

**TÁMOP-6.1.1-11/1-2013-0001 Egészségfejlesztési szakmai hálózat létrehozása
(támogatási összeg 980 941 157 Ft)**

CÉLOK: A teljes projekt célja a népegészségügy intézményrendszer hatékonyságának javítása kapacitásfejlesztéssel, a különböző szintereken (kórházak, iskolák, munkahelyek, települések stb.) folyó egészségfejlesztési tevékenységet támogató szakmai hálózat létrehozásával, valamint a népegészségügyi és egészségfejlesztési szakmai tevékenységek nyomon követési, értékelési és visszacsatolási rendszerének kialakításával.

EREDMÉNYEK, TAPASZTALATOK: Az Egészségfejlesztő kórház alprojektben részt vevő egészségügyi teamek felkészítő tréningen vettek részt, amely során szakmai-módszertani támogatást kaptak a kórházi egészségtervek elkészítéséhez. A kialakított szakmai kritériumrendszer alapján a részt vevő kórházak elkészítették saját egészségterveiket. Havonta szakmai workshopok kerültek megrendezésre, és a kórházanként megrendezett helyi tájékoztató bemutatóra kerültek az egészségállapot felmérés és a betegelégedettségi vizsgálat eredményei. A projekt leglényegesebb eleme a kórházi személyzet saját egészségének fejlesztésével kapcsolatos oktatása és képzése volt. A vizsgálat során összesen 5556 kérdőív került kitöltésre. A projekt megvalósítási szakaszában a kórházak életmódváltást támogató programokat biztosítottak az egészségügyi dolgozók, a betegek és hozzátartozóik számára. A lelki egészség megőrzését támogató tréningek burn-out megelőzési és kezelési, az együttműködő kommunikáció, valamint a konfliktuskezelés témáiban kínáltak választható lehetőségeket az egészségügyi dolgozók számára.

TÁMOP-4.2.6-15/1-2015-0001 KOMPLEX INNOVÁCIÓ - Egészségipari hálózat a hatékonyság növelése érdekében (támogatási összeg 362 651 486 Ft)

CÉLOK: Egészségipari és egészségtudományi K+F+I felmérés, stratégia kidolgozása és az egészségügyi ellátó intézmények regionális szintű részletes intézkedési terveinek kidolgozása. Nemzetközi partnereknek kiküldhető új és/vagy már létező projektek folytatására, kiegészítésére épülő, nemzetközi partnereknek kiküldött projekt javaslatok előkészítése, valamint operatív hálózat létrehozása.

EREDMÉNYEK, TAPASZTALATOK: Az elkészült stratégia és a KFI területén megfogalmazott vízió és misszió a kórházi szolgáltatók, a tulajdonosi, fenntartói és finanszírozó funkciójú intézmények, illetve az egészségügyi szakemberek (orvosok, nővérek, népegészségügyi szakemberek stb.) készségeinek, képességeinek és kapacitásainak fejlesztését, az innovációs folyamatokhoz szükséges tudásközpont létrehozását célozza a hazai és nemzetközi pályázati együttműködések, megvalósítása és erősítése érdekében.

2-2 beadott pályázat a Duna Transznacionális Programban és az Interreg Europe Programban.

A hálózat létrehozása érdekében 1 alkalommal hálózati működést indító széles körű stakeholder rendezvény szervezése és lebonyolítására, valamint 5 térségi szintű workshop, hálózati kick off értekezletek rendezése.

**TIOP-2.2.8-14-2015-0002 Infrastrukturális fejlesztések megvalósítása
(támogatási összeg 15 000 000 000 Ft)**

CÉLOK: A projekt keretein belül történt infrastrukturális fejlesztések célja, hogy hozzájáruljanak „az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai

minimumfeltételekről” szóló 60/2003. (X. 20.) ESZCSM rendeletben (módosítva az 1/2012. (V. 31.) EMMI rendelet által), valamint a Semmelweis Tervben foglaltak teljesüléséhez.

EREDMÉNYEK, TAPASZTALATOK: A fejlesztések a konvergencia régiókban található és az Állami Egészségügyi Ellátó Központ fenntartásában lévő egészségügyi intézményekben, továbbá a Debreceni Egyetemen, a Szegedi Tudományegyetemen, valamint a Kaposvári Egyetemen történtek.

Az ÁEEK fenntartásában lévő egészségügyi intézmények részére a projekt keretében beszerzésre kerültek radiológiai eszközök, többek között CT, MR és hemodinamikai DSA; műtői-diagnosztikai eszközök, köztük újszülöttkori objektív hallásszűrő készülékek, laparoszkópos tornyok, ultrahang készülékek; aneszteziológiai eszközök; ápolási eszközök, pl. ágytálmósó készülékek, prevenciós és terápiás antidecubitus matracok, hidraulikus fekvő- és ülőbeteg emelők; a központi sterilizálás eszközei, valamint informatikai és laboratóriumi eszközök, amelyeknek köszönhetően hosszútávon javulnak a fekvőbeteg-ellátó intézmények infrastrukturális feltételei, növekszik az ellátás szakmai színvonala, elérhetősége és területi kiegyenlítetttsége, valamint csökkennek az egészségügyi intézmények működési költségei.

HoNCAB 2011 1301 Koordinátor: Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata Verona HoNCAB – Határon átnyúló betegellátás térítésével kapcsolatos kísérleti (pilot) kórházi hálózat létrehozásának támogatása (támogatási összeg: 1 346 306 EUR, ÁEEK: 27 842 EUR)

CÉLOK: A projekt fő célkitűzése a betegek határon átnyúló egészségügyi ellátására vonatkozó pénzügyi, szervezeti és adminisztratív követelmények feltérképezése, valamint a 2011/24/EU direktíva hatályba lépését követően a kórházak napi gyakorlati tevékenységeinek áttekintése.

EREDMÉNYEK, TAPASZTALATOK: On-line adatbázis és információcsere rendszer létrehozása a határon átnyúló ellátások vonatkozásában gyűjtött ellátási, finanszírozási és pénzügyi adminisztrációs adatok összesítése és elemzése céljából;

Térítésekkel és az ellátások minőségével kapcsolatos betegelégedettség-mérési rendszer és módszertan felállítása;

HBCS alapú díjak és kategóriák közötti EU tagállami különbségek összehasonlító elemzése;

Informális kórházi hálózat létrehozása a határon átnyúló ellátásokkal kapcsolatos kórházi jó gyakorlatok megosztása érdekében;

A határon átnyúló betegellátás kórházi menedzsmentjére kidolgozott Good Practice Guide;

A határon átnyúló ellátásokra vonatkozó EU szabályozás gyakorlati alkalmazása tárgyában összeállított ajánlás.

PaSQ, Konzorcium vezető: Haute Autorité de Santé Franciaország PaSQ projekt – Betegbiztonság és minőség az egészségügyben (támogatási összeg: 5 850 148 EU, ÁEEK: 50 500 EUR)

CÉLOK: A projekt célja az EU tagállamok közötti szorosabb együttműködés elősegítése az egészségügyi ellátás területén a betegbiztonság javítása és a minőségi egészségügyi ellátás növelése érdekében, továbbá a célok érdekében az egyes tagállamokban meglévő tapasztalatok és jó gyakorlatok cseréje, valamint hálózatok kiépítése.

EREDMÉNYEK, TAPASZTALATOK: A projekt eredményeként az EU tagállamok egészségügyi intézményei között szorosabb együttműködés alakult ki a kifejlesztett hálózati kapcsolatrendszer révén. A működő kapcsolatrendszer segítségével az érintettek megoszthatják egymással azokat a tapasztalatokat és jó gyakorlatokat a

betegbiztonság és a minőségi ellátás területén, amelyek hozzájárulnak a magasabb színvonalú betegellátás megvalósításához.

1.3.4. A megvalósítás, projektirányítás és a fenntartás szervezeti keretei

A projekt feladatainak ismertetése és lebontása partneri szintre, valamint külső szakértők bevonása

Tevékenység	Felelős	Bevonásra kerül(t) külső szakértő vagy szolgáltató/indoklás
Előkészítés szakasz		
Előzetes tanulmányok elkészítése	ÁEEK/MMSZ	részben Indoklás: a pályázók humán kapacitása nem elegendő
Megvalósítási szakasz		
Határon átnyúló kutatások, felmérések készítése és jó gyakorlatok felkutatása az érintett hazai szakmai szervezetek fejlesztése érdekében, az előbbieket összegző elemzések, tanulmányok, módszertani anyagok készítése és disszeminációja	ÁEEK	részben Indoklás: olyan szakmai kompetenciák szükségesek a résztvevőkben, melyek a pályázók körében nem állnak vagy részlegesen állnak rendelkezésre
Határon átnyúló szakmai tapasztalatgyűjtés és jó gyakorlatok	ÁEEK	részben

<p>megosztása orvosok és egészségügyi szakemberek között, konferenciákon, workshopokon</p>		<p>Indoklás: olyan szakmai kompetenciák szükségesek a résztvevőkenyiségekben, melyek a pályázók körében nem állnak vagy részlegesen állnak rendelkezésre</p>
<p>Határon átnyúló jó gyakorlatok felmérése és bemutatása otthonápolás és ellátás területén</p>	<p>MMSZ</p>	<p>részben</p> <p>Indoklás: a jó gyakorlatok gyűjtése, összegzése, helyszíni ellenőrzése külső szakértők bevonását feltételezi</p>
<p>Tanulmányutak megvalósítása a hazai és szomszédos országokban működő partnerszervezetek szakértőinek részvételével</p>	<p>ÁEEK</p>	<p>részben</p> <p>Szervezési feladatok ellátása külső szolgáltató bevonását feltételezi.</p>
<p>Szakmai és laikusoknak szóló, egészségtudatosságot növelő ismeretterjesztő programok megvalósítása alapvető egészségügyi szűrővizsgálatokkal. Ezen belül:</p>	<p>MMSZ</p>	<p>részben</p>
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Szűréseket nyilvántartó rendszer kialakítása</i> 	<p>MMSZ</p>	<p>igen</p> <p>Indoklás: a pályázó nem rendelkezik a szükséges kompetenciákkal</p>
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Egészségügyi szűrőprogramok lebonyolítása</i> 	<p>MMSZ</p>	<p>részben</p>

		Indoklás: orvosszakmai feladatok ellátására helyi szakemberek és helyi bevonása kötelező
A szűrések eredménye alapján egészségügyi problématérkép készítése, veszélyeztetett célcsoportok egészségügyi kockázatainak felmérése háziorvosok, szociális munkások, helyi hatóságok, civil szervezetek adataira támaszkodva	MMSZ	részben Indoklás: A partner nem rendelkezik a szükséges szakmai kompetenciákkal a feladat ellátására.
Elsősegély-nyújtási alapismeretek, valamint laikus segítők nem formális képzése otthonápolási feladatokra. Egészségügyi és mentálhigiénés szakemberek nem formális képzése. Ezen belül:	MMSZ	részben
<ul style="list-style-type: none"> <i>Elsősegély-nyújtási alapismeretek, valamint képzők képzése</i> 	MMSZ	részben Indoklás: saját megvalósításban nem tudja ellátni a konzorciumi partnerek a feladatokat, képzési feladatok ellátására képzők bevonása szükséges
<ul style="list-style-type: none"> <i>Laikus segítők képzése otthonápolási feladatokra, valamint képzők képzése</i> 	MMSZ	részben Indoklás: saját megvalósításban nem tudja ellátni a konzorciumi partnerek a feladatokat, képzési feladatok

		ellátására képzők bevonása szükséges
Testre szabott, web-alapú otthon-ápolási portál létrehozása webes tanácsadási szolgáltatásokkal	MMSZ	részben Indoklás: a pályázók nem rendelkeznek szakfeladat ellátásához szükséges kompetenciákkal
Záró tanulmány	MMSZ	részben Indoklás: a záró tanulmány elkészítésére, összegzésekre, statisztikai számításokra, összehasonlító elemzésekre
Projekt menedzsment és a közvetett költségekkel kapcsolatos feladatok	ÁEEK/MMSZ	részben

A rendelkezésre álló humán erőforrásainak bemutatása és a szükséges személyi fejlesztések meghatározása, a személyi állomány pontos feladatainak meghatározása

Az konzorciumi partnerek saját erőforrásainak bevonásával, illetve új munkahelyek teremtésével biztosítják a projekt menedzsmentet valamint a szakmai irányítást.

A Konzorcium vezető munkaszerződéssel bízza meg a projektmenedzsert, pénzügyi vezetőt, szakmai vezetőt valamint a projektmenedzser-asszisztent.

A konzorcium vezető által vállalt szakmai programok lebonyolítását külső szakértők igénybevételel valósítja meg, ezek beszerzése a támogatási szerződés esetleges megkötése után valósul meg, ezek teljesítését pedig a projekt menedzsment koordinálja és ellenőrzi.

A konzorciumi partner esetén a szakmai megvalósítást munkaszerződés keretében alkalmazott erőforrással valósítja meg, ezek pedig a következő pozíciók:

- Szakmai koordinátor egészségügyi programok – 1 személy
- Szakmai koordinátor szociális munkák – 1 személy
- Szakmai koordinátor kutatás – 1 személy
- Kutatási adminisztrátor – 7 személy
- Kutatási asszisztens – 7 személy
- Kutatásszervező – 7 személy

A többi szakmai feladat, a szűrési feladatok lebonyolítása, a képzések, rendezvény szervezések, valamint a projekt menedzsmenthez tartozó tevékenységek vállalkozási szerződések keretében valósulnak meg.

A konzorciumi partnerek projektszervezete az alábbi egységekből és munkatársakból áll:

Projektmenedzsment

- Projekt menedzser
- Pénzügyi vezető
- Projektmenedzser asszisztens

Szükséges erőforrás és heti óraszám	TSz kötést követően rendelkezésre áll (IGEN/NEM)	Feladatok	Külső erőforrás szükséges (IGEN/NEM)
1 fő projektmenedzser 40 óra/hét	IGEN	közbeszerzések tervezése, nyomon követése	IGEN (közbeszerzési tanácsadó)
		egyéb beszerzések koordinációja (könyvvizsgáló, nyomda)	NEM
		projekt minőségirányítás	IGEN
		projekt kommunikáció	IGEN (kommunikációs nyertes ajánlattevő)
		projekt előrehaladás nyomon követése	NEM

1 fő projekt menedzser asszisztens 40 óra/hét	IGEN	projektmenedzser feladatainak támogatása	NEM
1 fő pénzügyi vezető 40 óra/hét	IGEN	kapcsolattartás az konzorciumi tagok gazdasági osztályával	NEM
		teljesítésigazoló kkifizetések előkészítése	NEM
		kifizetési igénylések elkészítése	IGEN (könyvvizsgáló)
		kapcsolattartása könyvvizsgálóval	NEM

Szakmai megvalósítás

- Szakmai menedzser
- Szakmai koordinátor egészségügyi programok
- Szakmai koordinátor szociális munka
- Szakmai koordinátor kutatás – 1 személy
- Kutatási adminisztrátor – 7 személy
- Kutatási asszisztens – 7 személy
- Kutatásszervező – 7 személy

Szükséges erőforrás	TSz kötetést követően rendelkezésre áll (IGEN/NEM)	Feladatok	Külső erőforrás szükséges (IGEN/NEM)
1 fő szakmai vezető 40 óra/hét	IGEN	szakmai munkacsoportok koordinációja	Szakmai koordinátor egészségügyi programok Szakmai koordinátor szociális munka Szakmai koordinátor kutatás
		alkalmazott szakemberek és vállalkozók	IGEN (közbeszerzési tanácsadó)

		kiválasztása	
		szakmai minőségirányítás	NEM
		külső kommunikáció projekt eredményeiről	IGEN (kommunikációs nyertes ajánlattevő)
		Szakmai beszámolók összeállítása	IGEN
3 fő – szakmai koordinátorok 40 óra/hét	IGEN	szakterületi koordináció (egészségügy, szociális munka, kutatás)	IGEN
7 fő – kutatási adminisztrátor 40 óra/hét	IGEN	kutatási feladatok ellátása, adatbeviteli támogatás, adminisztráció, nyomon követés	NEM
7 fő – kutatási asszisztens 40 óra/hét	IGEN	kutatásba bevonandó alanyok felkutatása adminisztráció,	NEM

		nyomon követés	
7 fő – kutatásszervező 40 óra/hét	IGEN	kutatásban részvevők munkájának szervezése	NEM
3 fő – szakmai koordinátorok 20 óra/hét	IGEN	szakterületi koordináció	IGEN
1 fő – szakmai koordinátorok 10 óra/hét	IGEN	szakterületi koordináció - jogi	IGEN

A személyi állomány végzettségeinek meghatározása, a becsült javadalmazás feltüntetésé

feladatkör	végzettség	személyek száma	bruttó bér Ft /személy
projekt menedzser	felsőfokú szakirányú végzettség/szakmai tapasztalat	1	

projekt menedzser asszisztens	közép/felsőfokú végzettség/szakmai tapasztalat	1	lásd projekt költségvetés lásd projekt költségvetés
szakmai vezető	felsőfokú szakirányú végzettség/szakmai tapasztalat	1	
szakmai vezető asszisztens	közép/felsőfokú végzettség/szakmai tapasztalat	1	
pénzügyi vezető	felsőfokú szakirányú végzettség/szakmai tapasztalat	1	
szakmai koordinátor	közép/felsőfokú szakirányú végzettség	6	
kutatási adminisztrátor	közép/felsőfokú végzettség	7	
kutatási asszisztens	közép/felsőfokú végzettség	7	
kutatásszervező	közép/felsőfokú végzettség	7	

A rendelkezésre álló és a szükséges infrastruktúra, kiszolgáló technikai felszerelések bemutatása

A konzorcium vezető és a konzorciumi partner egyaránt rendelkezik a szükséges infrastruktúrával a projekt menedzsment, valamint a szakmai menedzsment működéséhez.

A szakmai programok végrehajtása céljából, ezen belül a külhonban szervezésre kerülő képzések lebonyolítása kapcsán, szükségessé válik képzési helyiségek bérlése, mely elengedhetetlen feltétel az oktatási feladatok lebonyolításához.

A Magyarországon tervezett képzések esetében, rendelkezésre áll infrastrukturális háttér a lebonyolításhoz, ez esetben nem a pályázati költségvetés terhére kerül elszámolásra.

Ugyancsak a szakmai programok megszervezése, koordinálása és nyomon követése végett, szükségessé válik a pályázati forrás terhére bérlendő személygépjármű biztosítása, melyet a konzorciumi partner tervez be és használ.

Kiszolgáló technikai felszerelés tekintetében, a pályázat terhére beszerzésre kerül a projekt, a szakmai menedzsment, valamint a végrehajtás kapcsán:

- 18 db laptop,
- 7 db multifunkcionális nyomtató
- 12 mobil telefon
- 7 db projektor
- 7 db vetítő vászon
- 7 db kis értékű kihangosító eszköz

A képzések és egészségügyi szűrések lebonyolítása kapcsán szükségessé válnak a következő eszközök – tartós bérlet formájában történő biztosítása:

- elsősegély felszerelés
- oktatási eszközök
- speciális egészségügyi szűrésekhez szükséges orvosdiagnosztikai eszközök
- általános egészségállapot felméréshez szükséges orvosdiagnosztikai eszközök

2. Helyzetfelmérés

2.1. Egészségügyi közigazgatás és jogrend

Magyarország államformája köztársaság. Az ország legfőbb népképviselői szerve az Országgyűlés. A törvényhozás egykamarás rendszerű, 199 képviselőt választanak általános, közvetlen, egyenlő és titkos választással egyéni választókerületben illetve párt- illetve nemzetiségi listán.

Az egészségügyi ellátásokhoz az állampolgároknak nincsen korlátozás nélkül alanyi joguk. Erre a területre kiterjedt jogi szabályozás vonatkozik. A 2011. április 25-én elfogadott, 2012. január 1-én hatályba lépett Magyarország Alaptörvénye XX., illetve XXI. cikkelyei elismerik a testi-lelki egészséghez, valamint az egészséges környezethez való jogot. Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény szerint minden állampolgárnak joga van sürgős szükség esetén az életmentő, illetve a súlyos vagy maradandó egészségkárosodás megelőzését biztosító ellátáshoz és valamint fájdalmuk csillapításához valamint szenvedéseik csökkentéséhez. Ezen túlmenően minden betegnek joga van – külön jogszabályban meghatározott keretek között - az egészségi állapota által indokolt, megfelelő, folyamatosan hozzáférhető és az egyenlő bánásmód követelmét figyelembe vevő egészségügyi ellátáshoz.

A közegészségügyi (különösen a környezet- és település-, élelmezés- és táplálkozás-, gyermek- és ifjúság-, illetőleg sugáregészségügyi, kémiai biztonsági), a járványügyi, az egészségfejlesztési (egészségvédelmi, egészségnevelési és egészségmegőrzési), az egészségügyi igazgatási tevékenységek irányítása, koordinálása és felügyelete, valamint az egészségügyi ellátás felügyelete (a továbbiakban együtt: népegészségügy) állami feladat, amelyet az egészségügyi államigazgatási szerv lát el (1991. évi XI. törvény az egészségügyi hatósági és igazgatási tevékenységről).

Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény határozza meg az egészségügyi ellátás során alkalmazandó alapelveket. Az egészségügyi tevékenység nyújtása során keletkezett adatok kezelését az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény szabályozza.

A társadalombiztosítás szolgáltatásainak az igénybevételéhez szükséges, hogy az illető biztosított vagy jogosult legyen. **Biztosítási kötelezettség rendszerint munkavégzésre irányuló, jövedelemszerző jogviszony alapján jön létre.** A biztosítottak a hozzáférhető ellátásokra a járulék megfizetésével jogosultságot szereznek. Ide tartoznak az egészségügyi szolgáltatások, a pénzbeli ellátások, valamint a baleseti ellátások. **Jogszabály rendelkezései alapján azonban nem csak a biztosítottak jogosultak egészségügyi ellátásokra, hanem az úgynevezett jogosultak is. Ők nem a járulék megfizetése alapján, hanem a jogalkotó döntése alapján függően, a jog erejénél fogva szereznek jogosultságot (gyerekek, saját jogon nyugdíjasok, köz- illetve felsőoktatásban tanulók pl.).**

Azokat a belföldi személyeket, akik nem minősülnek biztosítottaknak és más, az előzőekben ismertetett jogcímen sem jogosultak egészségügyi szolgáltatásra úgynevezett egészségügyi szolgáltatási járulékfizetési kötelezettség terheli. Ez a járulék nem a megszerzett jövedelemhez igazodik, hanem tételes összegű, havi összege 2019-ben 7.500 forint (napi összege 250 forint).

Magyarországon 2010 óta az egészségügyi ellátórendszer működéséért az Emberi Erőforrások Minisztériuma (illetve jogelődje) felelős, a területnek elkülönült, saját minisztere nincs. A minisztériumhoz tartozik az Egészségügyért Felelős Államtitkárság. Az államtitkárság feladata az egészségügyi ellátás szakmai szabályainak meghatározása. Felel az egészségügyi ellátás országos hatáskörű és a felsőoktatási intézményekben folyó egészségügyi betegellátó tevékenységnek az irányításával kapcsolatos jogszabályok előkészítéséért. Szabályozza a közegészségügyi, népegészségügyi feladatokat. Az Államtitkárság felelőssége

kiterjed az egészségfejlesztés, gyógyszerügy és az egészségügyi Intézmények működésének területére.

Egészségügyi szolgáltatás nyújtása kizárólag az egészségügyi államigazgatási szerv által kiadott működési engedély birtokában végezhető. Az egészségbiztosítás keretében nyújtott egészségügyi ellátások térítésmentes vagy részleges térítés mellett történő igénybevételének további feltétele, hogy az egészségügyi ellátására jogosult az ellátást a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelővel kötött finanszírozási szerződéssel rendelkező egészségügyi szolgáltatónál vegye igénybe.

A kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény felhatalmazása alapján a kötelező egészségbiztosítás keretében igénybe vehető betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi szolgáltatásokról és a szűrővizsgálatok igazolásáról szóló 51/1997. (XII. 18.) NM rendelet határozza meg az egyes életkorokban a biztosítottak által térítésmentesen igénybe vehető, az életkori sajátosságokhoz igazodó betegségek megelőzését és korai felismerését célzó szűrővizsgálatokat, továbbá a szűrővizsgálatokat végző egészségügyi szolgáltatókat és az igénybevételükkel kapcsolatos eljárás rendjét.

Románia államformája köztársaság. A törvényhozás kétkamarás rendszerű, felsőháza a 137 tagú Szenátus (Senat), alsóháza pedig a 334 tagú Képviselőház (Camera Deputatilor). A parlamentet általános, közvetlen, egyenlő és titkos választással négy évre választják. A román Alkotmány 34. szakasza deklarálja az egészség oltalmazásához való jogot:

„(1) Az egészség oltalmazásához való jog garantált.

(2) Az állam köteles intézkedéseket fogantatosítani a higiénia és a közegészség biztosítására.

(3) Az orvosi ellátás és a megbetegedésekkel, balesetekkel, a szüléssel és az egészség helyreállításával kapcsolatos társadalombiztosítási rendszer szervezését, az orvosi szakmáknak és a gyógyításhoz fűződő tevékenységeknek az ellenőrzését,

valamint a személy testi és szellemi épségének megvédését célzó más intézkedéseket törvény állapítja meg.”

Románia egészségügye a kötelező egészségbiztosításon alapul. Az egészségügy irányítása országos és megyei szintekre tagolódik. Az országos szint két központi intézménye az irányítást gyakorló Egészségügyi Minisztérium és a finanszírozásért felelős, autonóm közintézményként működő Országos Egészségbiztosítási Pénztár (Casa Națională de Asigurări de Sănătate), mindkettő 42 megyei (41 megye és Bukarest) szervezettel működik. Az egészségügyi intézmények többsége az önkormányzatok tulajdonában van.

A 95/2006-os számú Egészségügyi Reformtörvény szerint a biztosítottak egészségügyi alapsomagra jogosultak, melybe egészségügyi szolgáltatások, gyógyszerek és orvosi segédeszközök tartoznak bele. A biztosított szolgáltatások a következők: betegségmegelőzés, járóbeteg-ellátás, kórházi ellátás, fogászati ellátás meghatározott körben, sürgősségi ellátás, rehabilitációs szolgáltatások, szüléssel kapcsolatos, az ezt megelőző, illetve ezt követő ellátás, otthoni szakápolás, gyógyszerek, gyógyászati, ortopédiai segédeszközök. A biztosítási fedezet alá eső szolgáltatásokon kívül a gyógyszerkiadások, gyógyászati segédeszközök esetében kötelezően előírt önrész terheli a lakosságot. A 95/2006-os egészségügyi reformtörvény értelmében co-payment számítható fel a bizonyos időtartamnál hosszabb időn át igénybe vett gyógyfürdőkúrára. Nincs egészségbiztosítási fedezet az alábbi szolgáltatásokra: munkaköri ártalmak, foglalkozással kapcsolatos betegségek és munkahelyi balesetek, bizonyos magas szintű műszerezettséget igénylő eljárások, egyes fogászati beavatkozások, a 18 éven felüliek plasztikai műtétei, mesterséges megtermékenyítés, gyógykezelés a munkahelyen, kényelmi szolgáltatások pl. extra elhelyezés a kórházban

Az Egészségügyi Reformtörvény (95/2006) magánbiztosításra vonatkozó fejezete értelmében a magán biztosítótársaságok pótlólagos és kiegészítő biztosítást kínálhatnak az ez iránt érdeklődő állampolgároknak. A pótlólagos biztosítás teljes vagy

részleges fedezetet nyújt a társadalombiztosítás alapcsomagjában foglalt szolgáltatások igénybevételéhez előírt hozzájárulásra. A kiegészítő biztosítás teljes vagy részleges mértékben téríti az alapcsomagon kívül eső szolgáltatásokat, második orvosi szakvélemény kikérését és az extra szolgáltatásokat tartalmazó elhelyezést. Azoknak, akik magánbiztosítást akarnak kötni, az alapcsomagot fedező kötelező biztosítás járulékát is fizetniük kell, ez feltétele a magánbiztosítás kötésének, melyre egyénileg vagy a munkáltató által is nyílik lehetőség. A munkáltatók a kötelező munkaegészségügyi szolgáltatások bevezetése óta kötnék nagyobb számban alkalmazottaik számára magán egészségbiztosítást.

A magyar és a román egészségügyi ellátórendszer jogi szabályozása és közigazgatási rendszere sok hasonlóságot mutat. Mindkét országban az önkormányzat feladataként definiált alapellátási feladatokat túlnyomóan az illetékes regionális egészségbiztosítási szervvel a működés végzésére finanszírozási szerződést kötött, az egészségügyi államigazgatási szerv által kiadott működési engedéllyel rendelkező vállalkozó orvosok látják el. A járóbeteg szakellátás és a kórházi ellátás regionális alapon szervezett. A magas progresszivitási szintű ellátást nyújtó országos intézetek, egyetemi klinikák az egészségügyért felelős minisztérium illetve államtitkárság felügyeletében vannak.

2.2. A magyar egészségügyi ellátórendszer felépítése

Magyarországon az egészségügyi ellátás állami közfeladat, működése a kötelező egészségbiztosítás rendszerén alapul. A rendszerváltást követően előtérbe került a helyi önkormányzatok szerepe, 2012 óta azonban folyamatos a központi közigazgatás térnyerése.

Az egészségügyi ellátás a progresszivitás elve szerint épül fel, az ellátórendszer minden szintjének megvannak a maga feladatai, mely feladatok hierarchikusan,

egymásra épülve szerveződnek. A kijelölt ellátó szerv úgynevezett területi ellátási kötelezettséggel rendelkezik, azaz a közigazgatási területén élő betegek esetében a számára elvégezhető kompetenciaszintű feladatokat nem tagadhatja meg. A területén kívülről érkező betegek ellátását csak akkor vállalhatja, ha az a kötelezettségeinek teljesítését nem gátolja. Az ellátórendszer minden szintjén az egészségügyi szolgáltatás nyújtásának a befejezettségre kell törekednie, a beteget továbbküldeni csak akkor szabad, ha az adott szinten a diagnosztikai és/vagy terápiás ellátása nem biztosítható. Az alapellátásban (háziorvosi rendszer) a beteg szabadon megválaszthatja orvosát, az ellátórendszer további szintjein ehhez továbbra is joga van, azt az egészségügyi szolgáltató működési rendjében meghatározottak szerint gyakorolhatja.

2.2.1. Alapellátás

2015. óta külön jogszabály (törvény) szabályozza. Az alapellátás felelőse a települési önkormányzat. Az önkormányzat köteles gondoskodni a háziorvosi, házi gyermekorvosi ellátásról és a fogorvosi alapellátásról valamint ez ezen ellátási formákhoz kapcsolódó ügyeleti ellátásról. Feladata továbbá a védőnői és az iskola – egészségügyi ellátás biztosítása.

2.2.2. Járóbeteg-szakellátás

Az általános járóbeteg-szakellátás a háziorvos kezdeményezésére, beutalóval illetve egyes szakterületek esetén a beteg saját döntése és ellátásra jelentkezése alapján vehető igénybe. Az általános járóbeteg-szakellátást a beteg lakóhelye közelében, rendszeres tömegközlekedéssel elérhető módon, helyszínen s időben kell biztosítani.

Az általános járóbeteg-szakellátás mellett epidemiológia adatok alapján meghatározott lakosságszámra speciális járóbeteg-szakellátást is szükséges biztosítani.

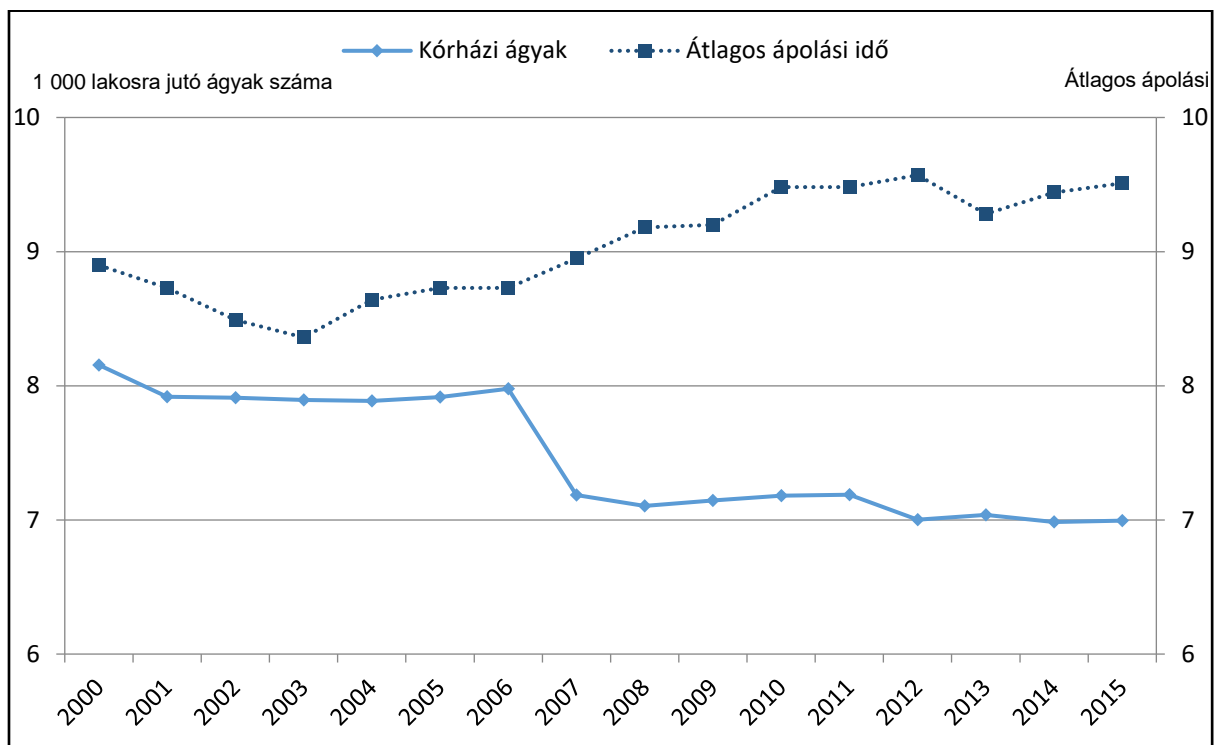
A járóbeteg-szakellátás biztosításának felelőse a helyi önkormányzat. Amennyiben feladatát nem képes ellátni, az ellátórendszer folyamatos működése érdekében az állam átvállalja azt.

2.2.3. Fekvőbeteg-szakellátás

Az általános fekvőbeteg-szakellátás – hasonlóan a járóbeteg-szakellátáshoz – a beteg lakóhelye közelében, kórházi körülmények között biztosítandó egészségügyi ellátás. Igénybevétele az arra feljogosított személy beutalása és a beteg jelentkezése alapján történhet.

Az általános fekvőbeteg-szakellátás mellett epidemiológia adatok alapján meghatározott lakosságszámra speciális fekvőbeteg-szakellátást is szükséges biztosítani. Ennek igénybevételi lehetőségeit jogszabály határozza meg.

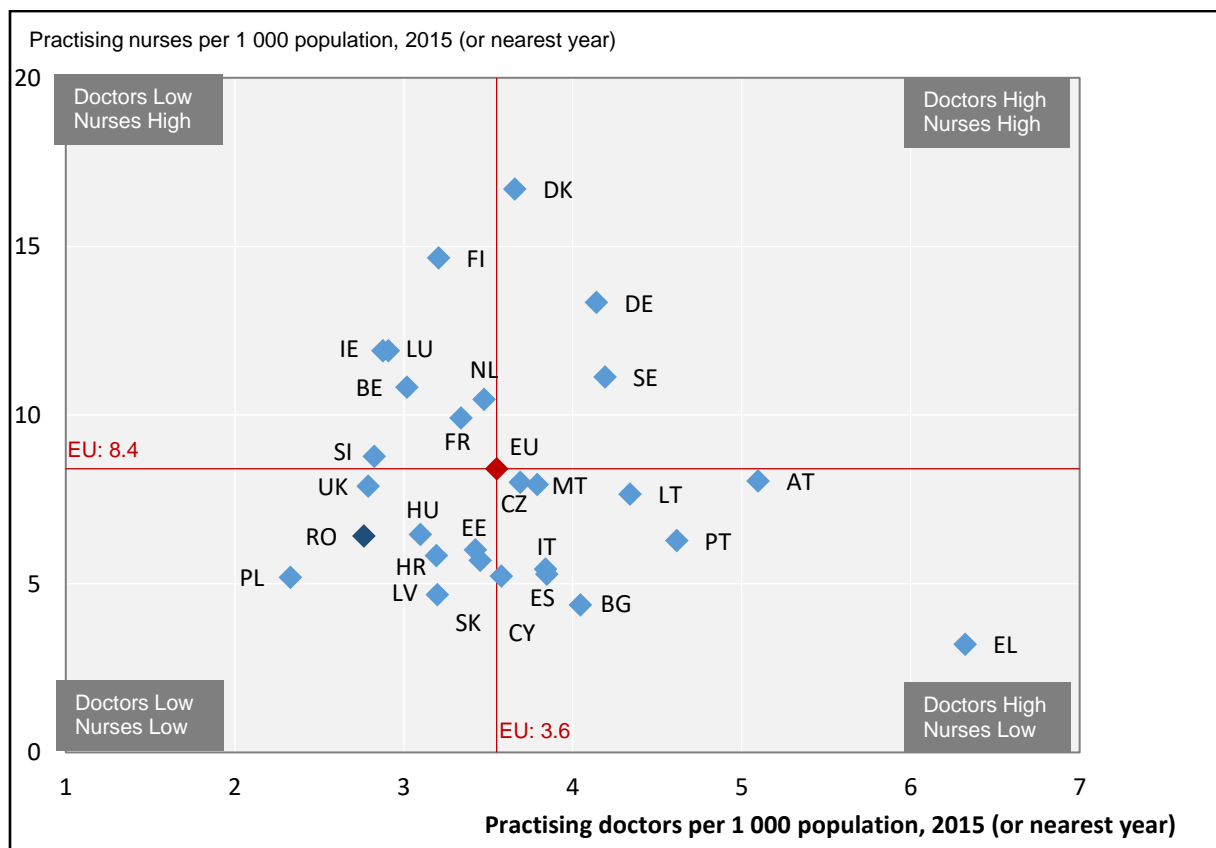
Magyarországon az egészségügyi ellátás még mindig erősen kórházközpontú. Habár történtek erőfeszítések az indokolatlan kórházi bennfekvések visszaszorítása érdekében, az egészségügyi ellátás még mindig erősen kórházközpontú. Miközben az akut ellátáshoz tartozó kórházi ágyak száma 2000. óta 30%-kal csökkent, az összes kórházi ágy száma az uniós átlag felett van (2015-ben 699 ágy jutott 100 000 lakosra, szemben az 515 ágyas uniós átlaggal).



Orvosi, háziorvosi, kórházi, gyógyszerértékesítési, fogászati ellátás (KSH)									
Év	Betöltött orvosi állások száma	Tízezer lakosra jutó betöltött orvosi állások	A dolgozó orvosok száma	Tízezer lakosra jutó dolgozó orvos	A háziorvosok, házi gyermekorvosok száma	Egy háziorvosra, házi gyermekorvosra jutó lakos	A működő kórházi ágyak száma	Tízezer lakosra jutó működő kórházi ágy	A gyógyszerértékesítési pontok száma
2005	34 911,0	34,6	32 563	32,3	6 589	1 529	79 605	79,0	2 070
2006	36 563,4	36,3	35 572	35,3	6 559	1 535	79 847	79,3	2 083
2007	36 262,4	36,1	32 202	32,1	6 523	1 540	71 902	71,6	2 231
2008	37 149,3	37,0	36 088	36,0	6 560	1 529	70 971	70,8	2 422
2009	37 155,8	37,1	35 196	35,1	6 519	1 536	71 064	71,0	2 486
2010	38 325,3	38,4	33 943	34,0	6 451	1 548	71 216	71,3	2 541
2011	39 365,0	39,6	34 736	35,0	6 442	1 546	71 160	71,6	2 506
2012	39 226,8	39,6	36 250	36,6	6 415	1 545	68 845	69,5	2 398
2013	40 156,8	40,7	37 711	38,2	6 345	1 557	69 184	70,0	2 348
2014	40 440,0	41,0	38 994	39,6	6 343	1 554	68 774	69,8	2 388
2015	41 251,0	42,0	35 854	36,5	6 277	1 566	68 613	69,8	2 376
2016	41 542,0	42,4	37 598	38,4	6 199	1 581	68 301	69,7	2 354
2017	40 666,5	41,6	39 132	40,0	6 173	1 584	68 263	69,8	2 369

2015-ben a magyar betegek átlagosan 9,5 napot töltöttek kórházban, ami az egyik leghosszabb időszaknak számít az EU-n belül. A kórházi elbocsátások száma szintén az uniós átlag felett van, 2015-ben 1 000 lakosra 200 elbocsátás jutott, szemben a 173-as uniós átlaggal. Mivel a kórházak többsége állami tulajdonban van, lehetőség van további központilag irányított intézkedésekre annak érdekében, hogy hatékonyságjavulást érjenek el a magyar kórházi rendszerben.

Az egészségügyi munkaerő-állomány idősödik, miközben a fiatal orvosok és ápolók egyre mobilabbak Magyarországon az orvosok száma elmarad az uniós átlagtól (1 000 lakosra 3,1 orvos jut, szemben a 3,6-os uniós átlaggal), csakúgy, mint az ápolók száma (1 000 lakosra 6,5 ápoló jut, szemben a 8,4-es uniós átlaggal).



Az orvosoknak csak egy kis hányada házi orvos (csupán kb. 12% 2010-ben, ami a legutóbbi rendelkezésre álló év). Ezenfelül a házi orvosok közel fele 60 év feletti, míg csupán 10%-a fiatalabb 40 évesnél, és ez tényező várhatóan tovább csökkenti majd

az alapellátáshoz való hozzáférést a házi orvosok idősebb generációjának nyugdíjba vonulását követően. A kórházak és egyéb egészségügyi szolgáltatók területi koncentrációja is befolyásolja az ellátáshoz való hozzáférést, így különösen a szakellátáshoz, de az alapellátást biztosító szolgáltatókhoz való hozzáférést is. A vidéki területeken már kihívást jelent a házi orvosok foglalkoztatása, és ez még nagyobb problémát fog jelenteni, amikor majd új orvosokat kell találni az ezeken a területeken jelenleg ellátást nyújtó sok-sok házi orvos helyébe, aki az elkövetkezendő években fog nyugdíjba vonulni.

Magyarország 2004-es európai uniós csatlakozása is növelte a magyar orvosok mobilitását, akik nagy számban hagyták el az országot, hogy külföldön vállaljanak munkát. Ez leginkább a közsférát érintette, és azt eredményezte, hogy hiány keletkezett az egészségügyi szakemberekből, amit tovább súlyosbított a folyamatosan bővülő magánszektor, amely egyre nagyobb számban vonzza magához az orvosokat és ápolókat.

2.2.4. Az ellátórendszer működésének fedezete

Magyarországon centralizált, egy szolgáltatásvásárlóra alapozott rendszer (úgynevezett egy biztosítós rendszer) működik. A költségvetésen belül külön szereplő Egészségbiztosítási Alap kezelője 1993-tól az Országos Egészségbiztosítási Pénztár volt, melyet az egészségügyben zajló központosítási folyamatok eredményeképp 2017-ben Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (NEAK) néven integráltak az Emberi Erőforrások Minisztériumába.

Az Egészségbiztosítási Alap költségvetésének fő bevételi forrásai a következők: a) egészségbiztosítási járulékok és címkézett munkáltatói szociális hozzájárulási adó (2016-ban az összes állami egészségügyi költség 72%-a); b) általános adóbevételek (21%); valamint c) egyéb bevételek (7%, amelyből 1,5%-pontot a népegészségügyi termékadó tesz ki)

Az Egészségbiztosítási Alap költségvetése több mint 30 kisebb keretre, úgynevezett kasszára tagolódik (pl.: járóbeteg-szakellátás, akut fekvőbeteg-ellátások), amelyek teljes mértékben kormányzati ellenőrzés alatt állnak. Minden kassa felülről korlátos, és az egyes kasszákhoz tartozó finanszírozási technikák biztosítják, hogy az előre meghatározott költségvetési plafont nem léphetik túl. A költségvetési korlátok betartására való képtelenség elsősorban az egészségügyi szolgáltatók szintjén jelenik meg. A kórházak tartósan fennálló adósságállománya és a beszállítók kifizetésében jelentkező nehézségek az egészségügyi rendszer strukturális alulfinanszírozottságára utalnak, amelyek rendszerszintű hatékonysági problémákkal párosulnak.

2.3. A román egészségügyi ellátórendszer felépítése

Románia egészségügyi ellátórendszerének működése szintén a kötelező egészségbiztosítás rendszerén alapul. Az egészségügyi ellátórendszer intézményeinek többsége az önkormányzatok tulajdonában van.

2.3.1. Alapellátás

Románia alapellátását 1999-ig országos rendelőhálózat biztosította, melynek egységei a helyi kórházak irányítása alatt álltak. A betegek munkahelyük vagy lakóhelyük szerint tartoztak az Egészségügyi Minisztérium tulajdonát képező rendelők körzetébe. Az 1998-as évben lezajlott reformokat követően az alapellátást vállalkozó, az egészségbiztosítási pénztárral az ellátásra szerződést kötött háziorvosok biztosítják. A háziorvost a betegek szabadon választhatják meg (6 hónap elteltével válthatnak másik kezelőorvosra). A háziorvosok 1999 óta nem közalkalmazottként, hanem az egészségbiztosítással szerződéses viszonyban álló önálló vállalkozóként tevékenykednek, rendelőiket maguk tartják fenn. A praxisok többsége egyszemélyes.

A házi orvosok vegyes díjazásban részesülnek, amely kor szerint súlyozott fejkvótából valamint szolgáltatásonkénti díjazásból tevődik össze. Szolgáltatásonkénti díjazás bizonyos gyógyító, preventív és egészségfejlesztő szolgáltatásokért járt, így pl. védőoltások, néhány krónikus betegség monitorozása, anya és gyermek felügyelet. Jogszabály szerint egy házi orvoshoz maximum 2200 beteg tartozhat. 2010 áprilisától csak előjegyzés alapján lehet a házi orvoshoz díjmentesen bejutni. Az előjegyzés nélküli konzultációk díját minden házi orvos maga állapíthatja meg. A járóbeteg-ellátás és a kórházi szolgáltatások igénybevétele hivatalosan házi orvosi beutalóhoz kötött, a rendelkezés betartása azonban kevésbé érvényesül.

2.3.2. Járóbeteg-szakellátás

Házi orvosi beutalóval, túlnyomórészt előjegyzés alapján igénybe vehető szakellátás, melyet kórházak járóbeteg-ellátó ambulanciái, szakrendelők illetve diagnosztikai központok nyújtanak. A járóbeteg-ellátásban dolgozó szakorvosok általában párhuzamosan tevékenykednek az állami és a magánszektorban. Közülük sokan közalkalmazotti státuszban dolgoznak a kórházakban, és az ottani munkaidejükön túl folytatnak privát környezetben magánpraxist. Magántevékenység ugyanis csak a kórházi munkaidőn kívül engedélyezett.

A járóbeteg-szakellátás finanszírozása pontrendszerből kiinduló, szolgáltatások szerinti díjtételeken alapul. Az előjegyzéssel történő orvoshoz fordulást szabályozó miniszteri rendelet a szakrendelésekre is vonatkozik. A jogszabály hatálya alól mentesülnek a sürgősségi esetek, valamint azok a vidéki rendelők, amelyekben technikai eszközök hiányában nem lehet az előjegyzést biztosítani.

2.3.3. Fekvőbeteg-szakellátás

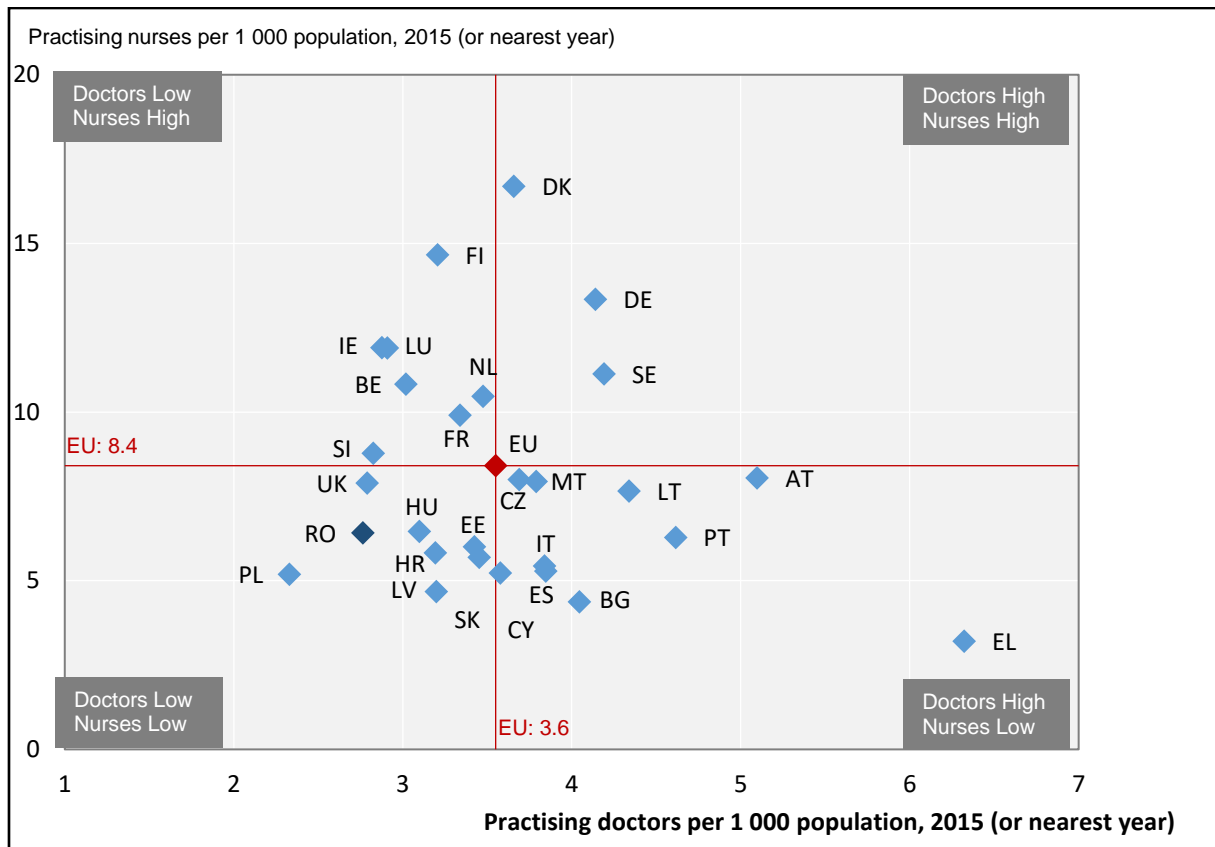
A 2006. évi egészségügyi reformot követően a kórházakat elhelyezkedésük alapján három kategóriába sorolták, helyi, körzeti és regionális kórházak. A progresszivitás magasabb szintjét az oktatókórházak, klinikai központok és szakkórházak jelentik.

Fekvőbeteg-ellátást nyújtó intézmények még a krónikus kórházak, a helyi önkormányzatok többségi finanszírozása alatt álló szociális-egészségügyi intézmények (egészségügyi és szociális ellátást egyaránt nyújtanak, a helyi önkormányzatok és az Egészségügyi Minisztérium közös fenntartásában működnek), szanatóriumok és a legalább két szakterületen orvosi ellátást biztosító egészségügyi központok.

Romániában 2002-ben a helyi önkormányzatok váltak a fekvőbeteg-ellátó intézmények épületeinek tulajdonosaivá, kivéve néhány magas szintű műszerezettséggel rendelkező egységet, melyek továbbra is az Egészségügyi Minisztérium tulajdonába tartoznak. Új szabályozás tette lehetővé magánkórtermek létesítését a közkórházakon belül, amely azonban nem vált jellemző folyamattá 2010-ben a kórházak decentralizációjára vonatkozó jogszabály-csomag elfogadását követően a kórházak menedzsmentjének kinevezési lehetősége és felügyelete átkerült a helyi vagy megyei önkormányzatokhoz, minden esetben ahhoz, amely az épületnek 2002 óta birtokosa. Az önkormányzat felügyeleti joggal rendelkezik az egészségügyi biztosítóval kötött szerződés felett, ellenőrizheti a menedzser munkáját és a felelős pénzfelhasználást. Megszűnt az a kettős rendszer, amelyben a kórházépületek önkormányzati tulajdonban voltak, de a vezetőséget a szakminiszter nevezte ki. A minisztérium felügyeletében az országos hatáskörű kórházak, intézetek és az egyetemi központokban lévő oktatási tevékenységben is részt vevő megyei sürgősségi kórházak maradtak.

A finanszírozási rendszer 2013 elejéig lehetővé tette, hogy az egészségbiztosító a szerződött magán egészségügyi intézmények számára az igénybevett szolgáltatásokért magasabb díjat fizessen, mint az állami intézmények számára. Ez a gyakorlat 2013-ban megszűnt, a kötelező biztosító magánkórházakkal nem köt szerződést.

Az egészségügyi munkaerő-állomány száma – különösen a hátrányos helyzetű régiókban – nem elégséges. Az orvosok száma elmarad az uniós átlagtól (1 000 lakosra 2,8 orvos jut, szemben a 3,6-os uniós átlaggal), csakúgy, mint az ápolók száma (1 000 lakosra 6,4 ápoló jut, szemben a 8,4-es uniós átlaggal).



2.3.4. Az ellátórendszer működésének fedezete

A sürgősségi ellátás és az országosan szervezett egészségügyi programok adóbevételekből finanszírozottak. Az egészségügyi ellátórendszer legfőbb forrása az egészségbiztosítás járulékbetételei.

2.4. Az egészségügyi helyzet Magyarországon

2.4.1. Népeség és változása

Magyarország népessége 2015-ös adatok szerint 9.843 ezer fő. Az ország népességszáma az 1980-as évek óta csökkenő tendenciát mutat. A társadalom elöregedő, a 65 év feletti népesség aránya 17,9 %.

	Magyarország	EU
Demográfiai tényezők		
Népesség (ezer)	9 843	509 394
A 65 év feletti népesség aránya (%)	17,9	18,9
Termékenységi arányszám ¹	1,4	1,6
Társadalmi-gazdasági tényezők		
Egy főre jutó GDP (PPP EUR ²)	19 700	28 900
Relatív szegénységi arány ³ (%)	9,0	10,8
Munkanélküliségi ráta (%)	6,8	9,4

2.4.2. Várható élettartam, egészségi állapot

2016-os adatok szerint a születéskor várható átlagos élettartam 76,2 év, férfiak esetében 72,6, nők esetében 79,7 év. Ez a 2000. évben mért 71,9 évhez képest javuló tendenciát mutat, de még mindig mintegy 5 esztendővel elmarad az Európai Unió átlagértékétől (81 év).

Life expectancy at birth, 1980-2016

(years)

	Total							Males							Females						
	1980	1990	2000	2010	2014	2015	2016	1980	1990	2000	2010	2014	2015	2016	1980	1990	2000	2010	2014	2015	2016
EU-28 (*)	:	:	:	79.9	80.9	80.6	81.0	:	:	:	76.9	78.1	77.9	78.2	:	:	:	82.8	83.6	83.3	83.6
Belgium	73.3	76.2	77.9	80.3		81.1	81.5	69.9	72.7	74.6	77.5	78.8	78.7	79.0	76.7	79.5	81.0	83.0	83.9	83.4	84.0
Bulgaria	71.1	71.2	71.6	73.8	74.5	74.7	74.9	68.4	68.0	68.4	70.3	71.1	71.2	71.3	73.9	74.7	75.0	77.4	78.0	78.2	78.5
Czech Republic	70.4	71.5	75.1	77.7	78.9	78.7	79.1	66.9	67.6	71.6	74.5	75.8	75.7	76.1	74.0	75.5	78.5	80.9	82.0	81.6	82.1
Denmark	74.2	74.9	76.9	79.3	80.7	80.8	80.9	71.2	72.0	74.5	77.2	78.7	78.8	79.0	77.3	77.8	79.2	81.4	82.8	82.7	82.8
Germany	73.1	75.4	78.3	80.5	81.2	80.7	81.0	69.6	72.0	75.1	78.0	78.7	78.3	78.6	76.2	78.5	81.2	83.0	83.6	83.1	83.5
Estonia (*)	69.5	69.9	71.1	76.0	77.4	78.0	78.0	64.2	64.7	65.6	70.9	72.4	73.2	73.3	74.3	74.9	76.4	80.8	81.9	82.2	82.2
Ireland	:	74.8	76.6	80.8	81.4	81.5	81.8	:	72.1	74.0	78.5	79.3	79.6	79.9	:	77.7	79.2	83.1	83.5	83.4	83.6
Greece	75.3	77.1	78.6	80.6	81.5	81.1	81.5	73.0	74.7	75.9	78.0	78.8	78.5	78.9	77.5	79.5	81.3	83.3	84.1	83.7	84.0
Spain	75.5	76.9	79.3	82.4	83.3	83.0	83.5	72.3	73.3	75.8	79.2	80.4	80.1	80.5	78.5	80.6	82.8	85.5	86.2	85.7	86.3
France (*)	:	:	79.2	81.8	82.8	82.4	82.7	:	:	75.3	78.2	79.5	79.2	79.5	:	:	83.0	85.3	86.0	85.6	85.7
Croatia	:	:	:	76.7	77.9	77.5	78.2	:	:	:	73.4	74.7	74.4	75.0	:	:	:	79.9	81.0	80.5	81.3
Italy	:	77.1	79.9	82.2	83.2	82.7	83.4	:	73.8	76.9	79.5	80.7	80.3	81.0	:	80.3	82.8	84.7	85.6	84.9	85.6
Cyprus	:	:	77.7	81.5	82.3	81.8	82.7	:	:	75.4	79.2	80.3	79.9	80.5	:	:	80.1	83.9	84.3	83.7	84.9
Latvia	:	:	:	73.1	74.5	74.8	74.9	:	:	:	67.9	69.1	69.7	69.8	:	:	:	78.0	79.4	79.5	79.6
Lithuania	70.5	71.5	72.1	73.3	74.7	74.6	74.9	65.4	66.4	66.7	67.6	69.2	69.2	69.5	75.4	76.3	77.4	78.9	80.1	79.7	80.1
Luxembourg	72.8	75.7	78.0	80.8	82.3	82.4	82.7	70.0	72.4	74.6	77.9	79.4	80.0	80.1	75.6	78.7	81.3	83.5	85.2	84.7	85.4
Hungary	69.1	69.4	71.9	74.7	76.0	75.7	76.2	65.5	65.2	67.5	70.7	72.3	72.3	72.6	72.8	73.8	76.2	78.6	79.4	79.0	79.7
Malta	70.4	:	78.5	81.5	82.1	82.0	82.6	68.0	:	76.3	79.3	79.9	79.8	80.6	72.8	:	80.5	83.6	84.3	84.1	84.4
Netherlands	:	77.1	78.2	81.0	81.8	81.6	81.7	:	73.8	75.6	78.9	80.0	79.9	80.0	:	80.2	80.7	83.0	83.5	83.2	83.2
Austria	72.7	75.8	78.3	80.7	81.6	81.3	81.8	69.0	72.3	75.2	77.8	79.1	78.8	79.3	76.1	79.0	81.2	83.5	84.0	83.7	84.1
Poland (*)	:	70.7	73.8	76.4	77.8	77.5	78.0	:	66.3	69.6	72.2	73.7	73.5	73.9	:	75.3	78.0	80.7	81.7	81.6	82.0
Portugal	71.5	74.1	76.8	80.1	81.3	81.3	81.3	67.9	70.6	73.3	76.8	78.0	78.1	78.1	74.9	77.5	80.4	83.2	84.4	84.3	84.3
Romania (*)	69.2	69.9	71.2	73.7	75.0	75.0	75.3	66.6	66.7	67.7	70.0	71.3	71.5	71.7	71.9	73.1	74.8	77.7	78.7	78.7	79.1
Slovenia	:	73.9	76.2	79.8	81.2	80.9	81.2	:	69.8	72.2	76.4	78.2	77.8	78.2	:	77.8	79.9	83.1	84.1	83.9	84.3
Slovakia	70.4	71.1	73.3	75.6	77.0	76.7	77.3	66.7	66.7	69.2	71.8	73.3	73.1	73.8	74.4	75.7	77.5	79.3	80.5	80.2	80.7
Finland	73.7	75.1	77.8	80.2	81.3	81.6	81.5	69.2	71.0	74.2	76.9	78.4	78.7	78.6	78.0	79.0	81.2	83.5	84.1	84.4	84.4
Sweden	75.8	77.7	79.8	81.6	82.3	82.2	82.4	72.8	74.8	77.4	79.6	80.4	80.4	80.6	79.0	80.5	82.0	83.6	84.2	84.1	84.1
United Kingdom (*)	:	:	78.0	80.6	81.4	81.0	81.2	:	:	75.5	78.6	79.5	79.2	79.4	:	:	80.3	82.6	83.2	82.8	83.0
Iceland	76.8	78.1	79.7	81.9	82.9	82.5	82.2	73.5	75.5	77.8	79.8	81.3	81.2	80.4	80.4	80.7	81.6	84.1	84.5	83.8	84.1
Liechtenstein	:	:	77.0	81.8	82.1	82.7	82.3	:	:	73.9	79.5	81.0	80.9	80.6	:	:	79.9	84.3	83.2	84.5	84.0
Norway	75.8	76.6	78.8	81.2	82.2	82.4	82.5	72.4	73.4	76.0	79.0	80.1	80.5	80.7	79.3	79.9	81.5	83.3	84.2	84.2	84.2
Switzerland	75.7	77.5	80.0	82.7	83.3	83.0	83.7	72.3	74.0	77.0	80.3	81.1	80.8	81.7	79.0	80.9	82.8	84.9	85.4	85.1	85.6
Montenegro	:	:	:	76.1	76.5	76.5	76.5	:	:	:	73.6	74.1	74.4	74.1	:	:	:	78.5	78.9	78.6	78.9
Former Yugoslav Republic of Macedonia, the	:	:	73.0	75.0	75.5	75.5	75.4	:	:	70.8	72.9	73.5	73.5	73.4	:	:	75.2	77.2	77.5	77.4	77.5
Albania (*)	:	:	:	:	78.2	77.9	78.5	:	:	:	:	76.3	76.2	77.0	:	:	:	:	80.2	79.7	80.1
Serbia	:	:	71.6	74.4	75.4	75.3	75.7	:	:	68.9	71.8	72.8	72.8	73.2	:	74.4	77.0	78.0	77.9	78.3	
Turkey	:	:	:	76.8	78.1	78.2	78.1	:	:	:	74.2	75.4	75.4	75.4	:	:	:	79.4	80.9	81.0	81.0

(*) 2010 and 2015: break in series. 2014: estimate. 2015 and 2016: estimate and provisional.

(*) 2015: break in series.

(*) 2015: break in series and provisional. 2016: provisional

(*) 2000 and 2010: break in series

(*) 2014 and 2015: estimate

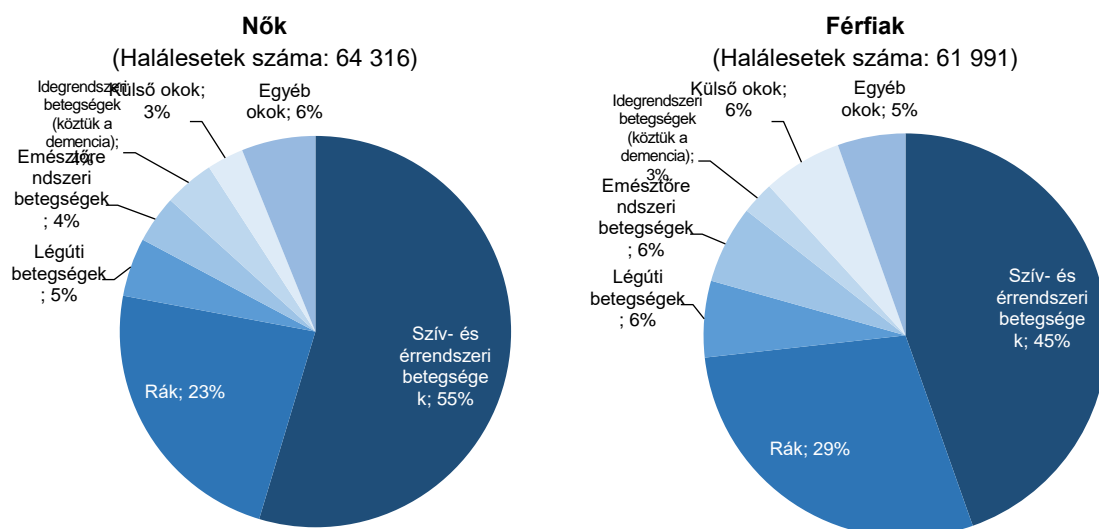
(*) 2014, 2015 and 2016: estimate

(*) 2014 and 2015: estimate

Source: Eurostat (online data code: demo_mlexpec)

A nemek közötti különbség jelentős. Ugyancsak jelentős, negatív különbség mutatható ki az alacsonyabb iskolai végzettség és társadalmi státusz esetén. Az eltérés túlnyomórészt az ezen csoportok esetében magasabb arányban előforduló keringési és daganatos betegségek okozzák.

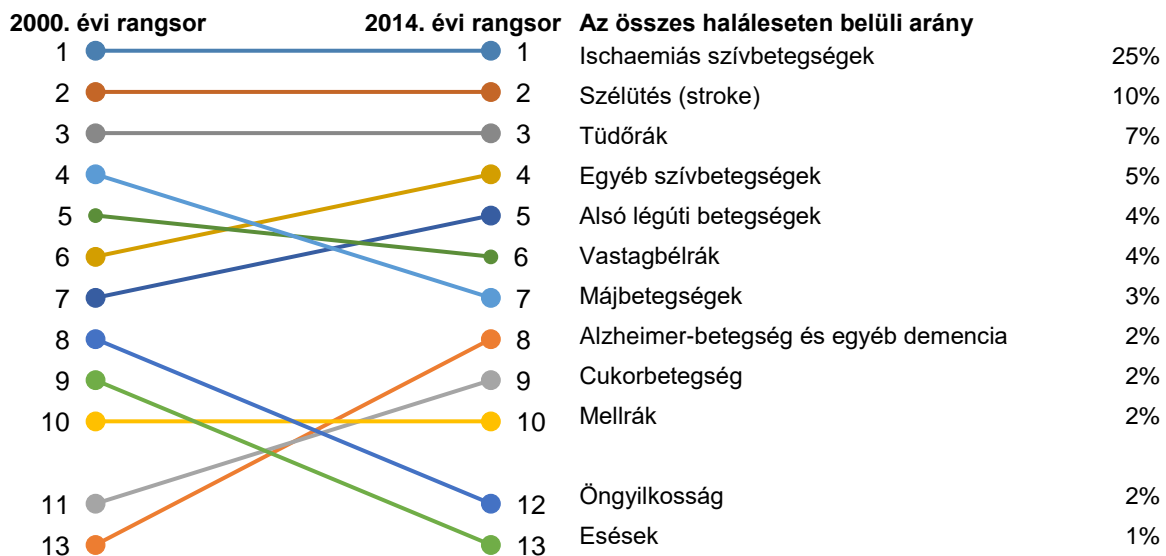
A fő halálok a nők és férfiak esetén egyaránt a szív- és érrendszeri valamint a daganatos megbetegedések. 2014-es adatok szerint a keringési megbetegedések okozták a nők esetében a halálozások 55, férfiak esetében 45 %-át. Ez több, mint kétszerese az uniós átlagnak. Ezt részben magyarázhatja a dohányzás és az elhízás magas előfordulási aránya, de okkal merül fel az egészségügyi ellátórendszer problémás működése mind a korai felismerés, mind a hatásos eljárások hozzáférhetősége terén. A daganatos megbetegedések okozták a 2014-es évben a férfiak körében előforduló halálozások 29 %-át. Nők esetében ez az érték 23 % volt.



A társadalom öregedése miatt növekszik a demencia előfordulási aránya. Sajnos ezen időskori pszichiátriai zavarhoz – különös tekintettel az Alzheimer-kórra – köthető halálozások száma is növekszik.

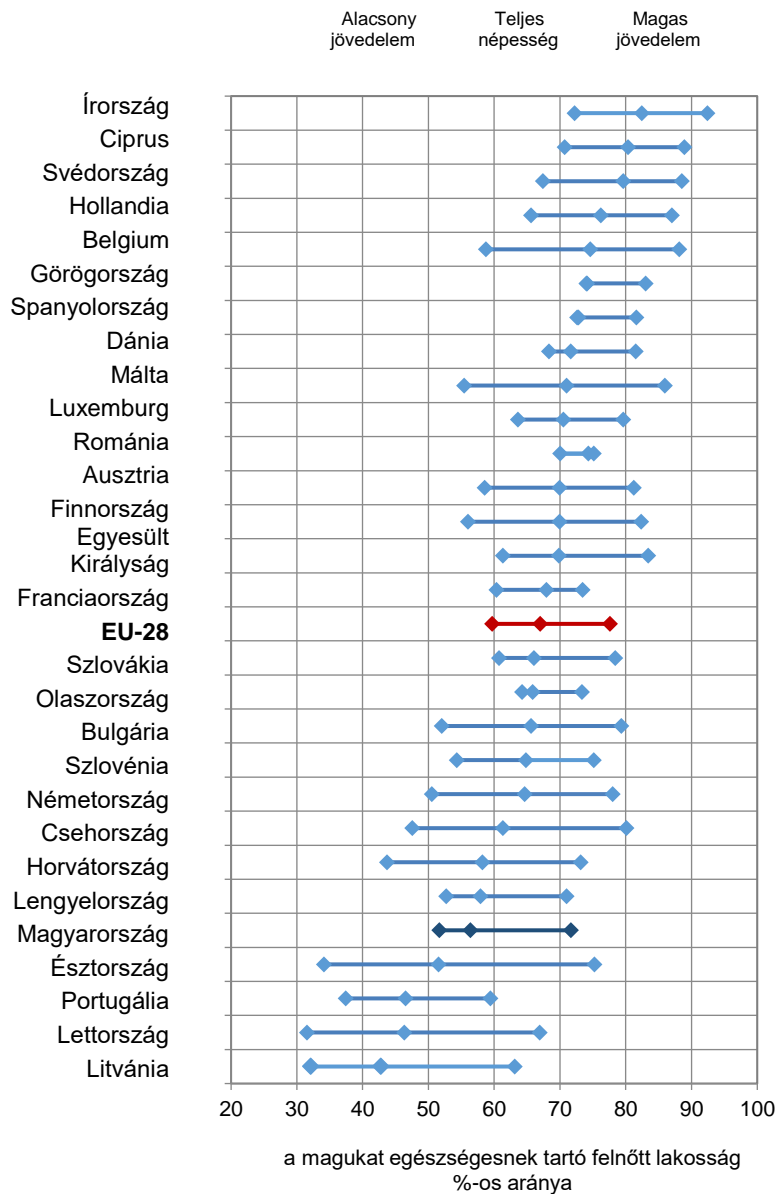
A fent említett betegségcsoportokon felül a mozgásszervi megbetegedések, a cukorbetegség és a mentális egészségi problémák (pl. depresszió) okozza a legnagyobb negatív hatást az életminőségre.

2.4.3. Főbb halálozási okok Magyarországon



A magyarok között a jó egészségi állapotról beszámoló aránya az ötödik legalacsonyabb az Unión belül, alig több mint fele (56%) tartja úgy, hogy jó egészségi állapotban van. Ez az egyik legalacsonyabb arány az EU-ban. A férfiak gyakrabban tartják magukat egészségesnek: 60%-uk számolt be jó egészségi állapotról, szemben a nők 54%-ával. A társadalmi-gazdasági csoportok között már nagyobb különbség figyelhető meg: a legmagasabb jövedelemmel rendelkező ötödbe tartozók csaknem

háromnegyede (72%), míg a legalacsonyabb jövedelemmel rendelkező ötödbe tartozóknak csupán kb. a fele (52%) számolt be jó egészségi állapotról.



2.4.4. Kockázatok

Magyarországon a felnőtt lakosság közel negyede napi rendszerességgel dohányzik. A férfiak között az aktív dohányosok előfordulási aránya magasabb, ez a tüdőrák előfordulási arányában és az általa okozott magas halálozási adatokban is követhető.

Lassan csökken az alkoholfogyasztás, de még mindig közel 10 %-kal magasabb, mint az Európai Unió egy főre jutó átlaga. Magas az elhízás előfordulása, minden ötödik ember túlsúlyosnak tekinthető.

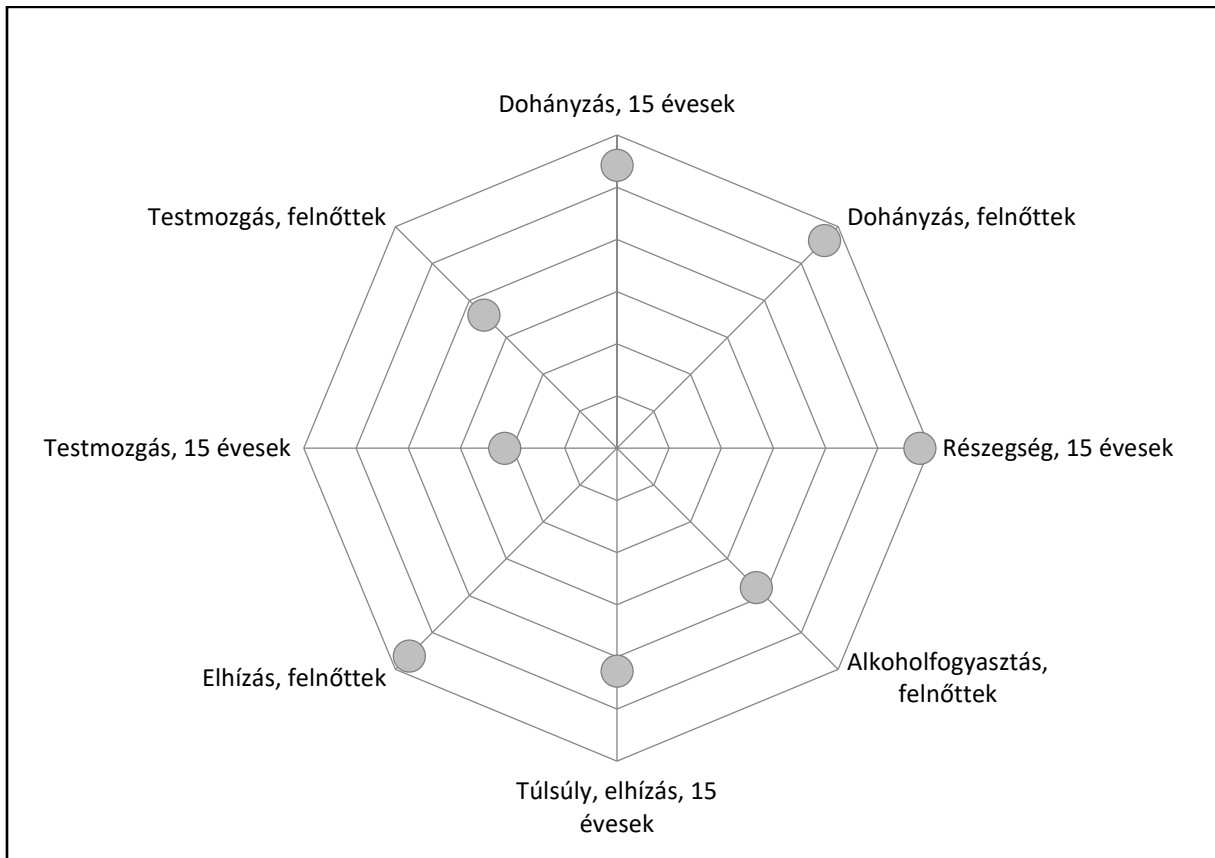
A kábítószer-fogyasztók és alkoholisták gondozása (KSH)

Év	Első alkalommal kezelt kábítószer-fogyasztók	Kezelésen megjelent kábítószer-fogyasztók			Az alkoholisták becsült száma, ezer	A nyilvántartott alkoholisták száma				Tízezer lakosra jutó nyilvántartott alkoholista
		férfi	nő	összesen		férfi	nő	ismeretlen	összesen	
2005	6 319	9 931	4 862	14 793	432	24 470	8 418	–	32 888	33
2006	5 673	10 477	5 003	15 480	509	21 682	7 340	–	29 022	29
2007	4 050	8 942	4 655	13 597	490	18 778	7 262	–	26 040	25
2008	4 635	9 264	5 089	14 353	539	14 301	5 670	181	20 152	20
2009	3 802	7 996	5 144	13 140	559	11 178	3 893	–	15 071	15
2010	5 337	9 854	7 069	16 923	522	13 772	4 856	356	18 984	19
2011	5 781	10 858	5 292	16 150	475	11 675	3 907	453	16 035	16
2012	5 883	9 662	6 354	16 016	434	8 108	3 277	–	11 385	11
2013	4 864	7 906	4 208	12 114	390	8 651	3 392	370	12 413	13
2014	6 866	9 878	4 390	14 268	408	11 188	3 556	–	14 744	15
2015	5 566	8 833	3 517	12 350	393	11 329	4 354	–	15 683	16
2016	3 988	9 357	4 235	13 592	375	12 952	5 033	–	17 985	18
2017	..	..	..	..	379	10 753	3 893	646	15 292	16

Magyarországon a várható élettartam és az egyénileg érzékelt egészség közötti állandó eltérés részben a fokozódó társadalmi-gazdasági egyenlőtlenségekkel magyarázható. 2007. óta nőtt a jövedelmi egyenlőtlenség és a (relatív) szegénységi arány. Nőtt a szociálisan hátrányos helyzetben lévők száma: a magyarok 35%-a él anyagi nélkülözésben, ezen belül pedig 19% súlyos nélkülözésben, szemben a 17%-os, illetve a 10%-os uniós átlaggal. A rosszabb élet- és munkakörülmények, a nagyobb stressz és az egészségtelen életvitel miatt ezek az alacsonyabb társadalmi-gazdasági csoportokba tartozó emberek sokkal inkább ki vannak téve káros kockázatoknak.

Az egészségtelen életmód nagymértékben hozzájárul Magyarországon a kedvezőtlen népegészségügyi mutatókhoz Magyarországon a betegségek okozta összes teher

40%-a – a funkcióvesztéssel korrigált életévekben mérve 2015-ben – az egészségtelen életmódnak tulajdonítható. Az EU-ban ez a negyedik legmagasabb arány Románia, Bulgária és Litvánia után. A táplálkozási kockázatok, a dohány és alkoholfogyasztás, valamint a mozgás hiánya a legfőbb viselkedésbeli kockázati tényező, amely Magyarországon hozzájárul a funkcióvesztéssel korrigált életévek elvesztéséhez

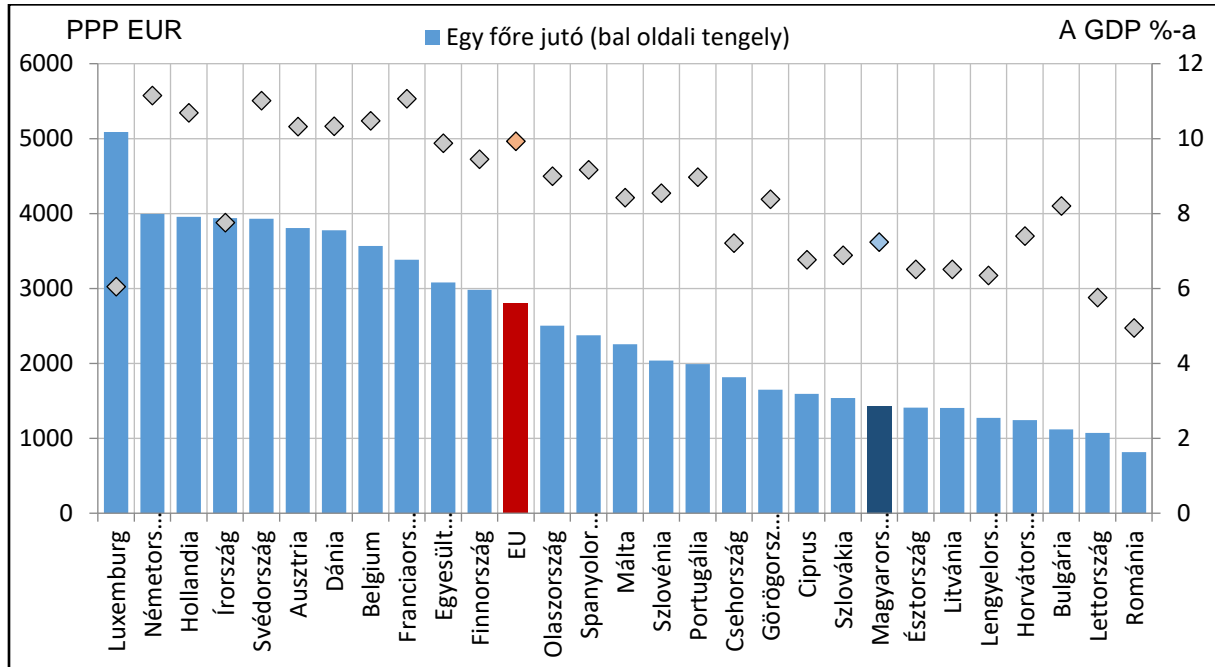


Megjegyzés: Minél közelebb helyezkedik el a pont a középponthez, annál jobban teljesít az adott ország az uniós országokkal összevetve

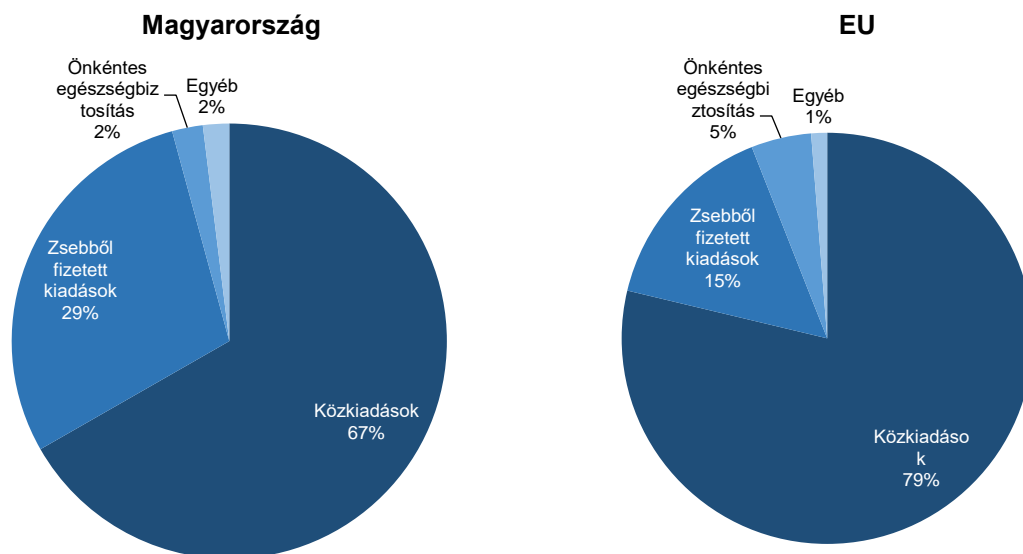
2.4.5. Kiadások

Magyarország viszonylag keveset költ az egészségügyre
 2015-ben Magyarország fejenként 1428 eurót költött az egészségügyre (vásárlóerő-paritáson számolva), ami kb. az uniós átlag fele. A GDP egészségügyi kiadásokra

fordított része mindössze 7,2% volt, ami csökkenést jelent a 2005-ös 8,0%-hoz képest. Ez az arány sokkal alacsonyabb, mint a 9,9%-os uniós átlag.



Az elmúlt évtizedben az egy főre jutó egészségügyi kiadás lassú növekedése leginkább a közkiadások szigorú fékentartásának volt köszönhető. Az egészségügyi kiadásban vállalt állami részesedés 2005. és 2015. között négy százalékponttal 67%-ra csökkent, ma pedig a hatodik legalacsonyabb az EU-n belül. Az egészségügyi kiadás fennmaradó harmadát a háztartások főként zsebből fizetik (közvetlen lakossági hozzájárulás).



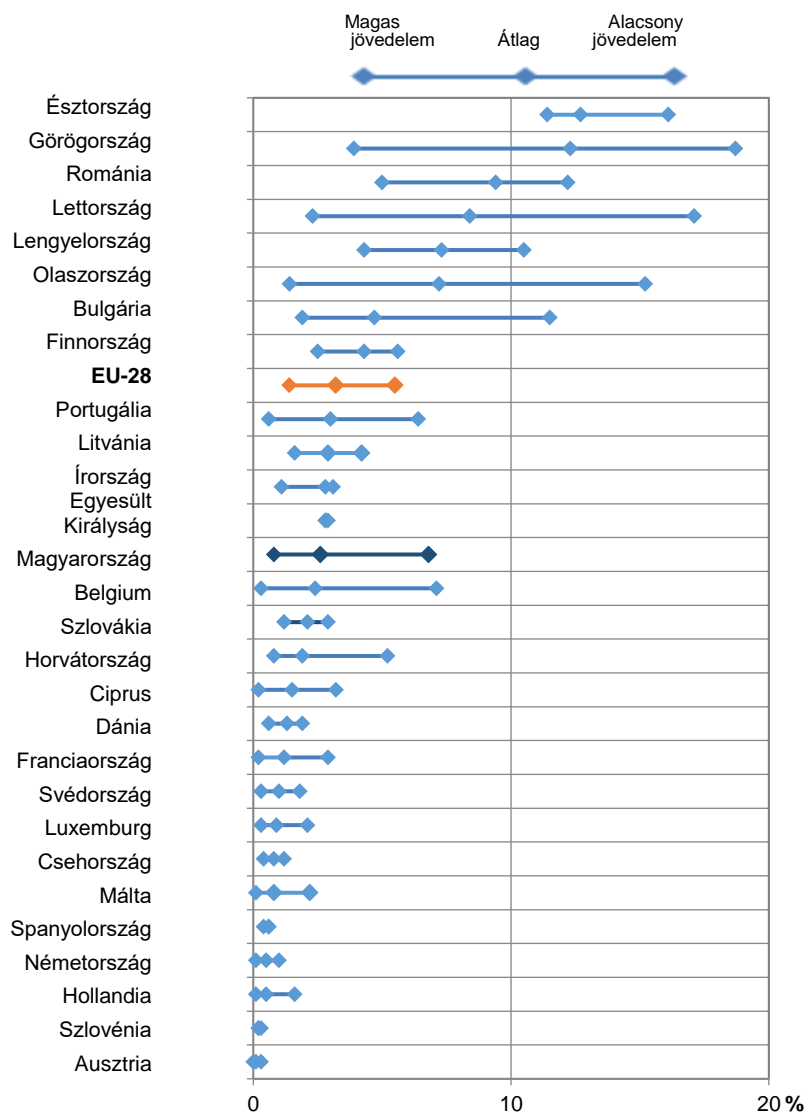
2.4.6. Hozzáférés

Az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés gyakorlatilag egyetemes. Törvény határozza meg, hogy a teljes magyar lakosság kötelezően résztvevője a társadalombiztosítás – és azon belül az egészségbiztosítási - rendszernek. A 2007. évi jelentős költségvetési megszorításokat és az azt követő évben bekövetkező gazdasági válságot követően azonban szükségessé vált a lakosság társadalombiztosítási jogosultságának ellenőrzésére, amely az egészségügyi ellátások igénybevételekor online történik. 2015-ben a lakosság kb. 5%-a rendelkezett tisztázatlan egészségbiztosítási státusszal.

A legtöbb esetben ennek oka a társadalombiztosítási járulékok elmaradt befizetése volt. Ugyanakkor azonban ezektől a betegektől sem tagadható meg a szükséges ellátás. A közfinanszírozott szolgáltatás csomag széles körű ugyan, de nem mindenre kiterjedő. A szolgáltatásokról központi szinten születik döntés, és azt a gyógyszerkészítmények pozitív jegyzéke, valamint az orvosi eljárások negatív

jegyzéke határozza meg. Azoknak, akik a társadalombiztosítási rendszeren kívüli szolgáltatókhoz fordulnak ellátásért, vagy a juttatási csomag meghatározott korlátain kívül eső szolgáltatásokat vesznek igénybe, például nem orvos által nyújtott pszichoterápiás szolgáltatást, ezt zsebből kell megfizetniük. Jelentős erőfeszítések történtek annak érdekében, hogy az új technológiák (gyógyszerkészítmények, eljárások és orvostechikai eszközök) bevonására a rendelkezésre álló legjobb bizonyítékok alapján kerüljön sor, különös hangsúlyt helyezve az egészségügyi technológiaértékelésekre. Habár a szolgáltatáscsomag tekintetében általában nem kerül sor támogatásból történő kizárásra, a gazdasági válságot követően kevés új technológia került befogadásra.

A kielégítetlen egészségügyi szükségletek szintje viszonylag alacsony Magyarországon, viszont nagy eltérés mutatkozik a különböző jövedelmi csoportok között. 2015-ben a magyarok viszonylag kis hányada, összesen kevesebb mint 3%-a számolt be orvosi vizsgálat vagy kezelés iránti kielégítetlen szükségletéről (ez az uniós átlag alatt van). Az ellátáshoz való hozzáférést akadályozó tényezők azonban leginkább a legalacsonyabb jövedelemmel rendelkező csoportot érintik: az alacsony jövedelemmel rendelkezők 6,8%-a, míg a legmagasabb jövedelemmel rendelkezők 0,8%-a számolt be kielégítetlen egészségügyi szükségletekről, anyagi akadályokat megjelölve.



Az előre tervezett (elektív) sebészeti beavatkozások, így a szürkehályog, a térd-, és csípőprotézis műtétek esetében az utóbbi években csökkent a várakozási idő. Ugyanakkor azonban jelentős területi eltérések figyelhetők meg az ezekkel a beavatkozásokkal kapcsolatos várakozási idők tekintetében: több mint háromszoros a különbség a leghosszabb és a legrövidebb várakozási időt jegyző térségek között.

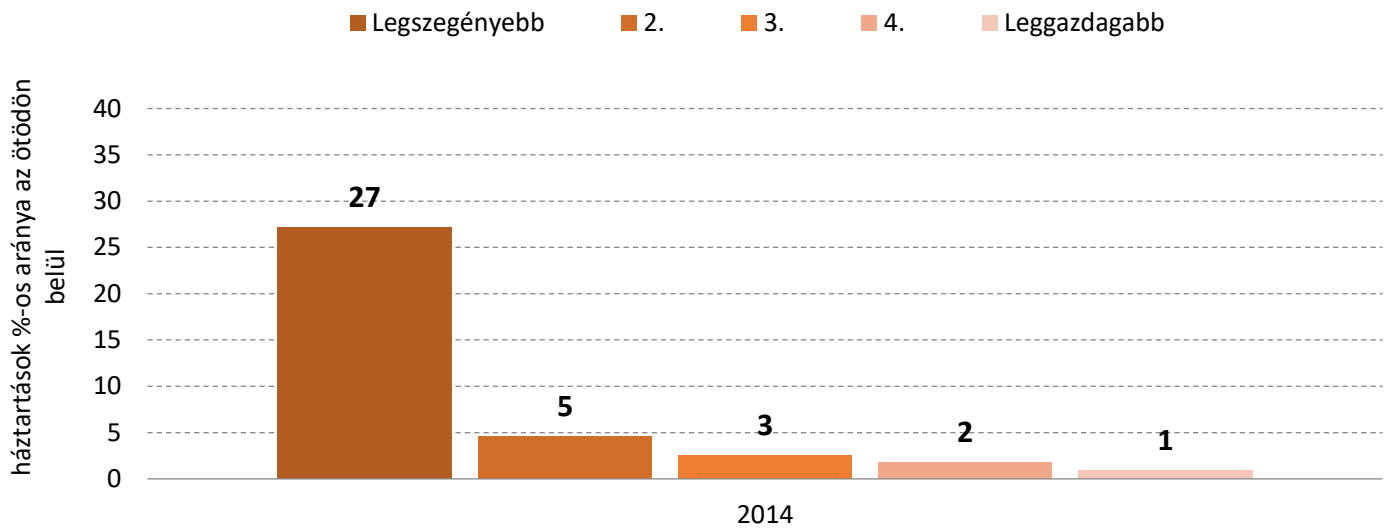
Az egészségügyi szolgáltatások és a gyógyszerkészítmények elérhetőségét korlátozza a zsebből fizetett kiadások magas szintje. Az ellátáshoz való hozzáférést akadályozza a formális és informális magán egészségügyi kiadások magas aránya. A zsebből fizetett kiadások, amelyek magukban foglalják a közfinanszírozott ellátások

esetében fizetendő önrészt, a szolgáltatás csomagba nem tartozó ellátásokért fizetett díjat, valamint a paraszolvenciát, Magyarországon az összes egészségügyi kiadás 29%-át teszik ki, vagyis a 15%-os uniós átlag csaknem kétszeresét.

Magyarországon a zsebből fizetett kiadások kb. felét gyógyszerkészítményekre fordítják. Ez az arány sokkal magasabb, mint ami az uniós országok többségében megfigyelhető. A magyar háztartásokkal kapcsolatban végzett felmérés alapján a gyógyszerek aránya az összes zsebből fizetett kiadáson belül 2004. óta 70% felett van, ami arra utal, hogy a gyógyszerkészítmények elérhetősége tekintetében problémák lehetnek. A paraszolvencia már régóta fontos szerepet játszik a magyar egészségügyben, és a becslések szerint az összes egészségügyi kiadás legalább 2,1%-át teszik ki; ez az arány sokkal magasabb, mint a legtöbb uniós országban.

A paraszolvencia gyakorlata az 1950-es évek elejéig vezethető vissza, és mélyen beágyazódik a magyar egészségügyi rendszerbe, mint a gyorsabb hozzáférés és a jobb minőségű ellátás biztosításának informális eszköze. A paraszolvenciát ezenfelül közvetve, érvként is alkalmazzák a kormányok arra, hogy az egészségügyi dolgozók hivatalos jövedelmét tartósan alacsonyan tartsák. Az egyértelmű és következetes jogi keret hiánya továbbra is teret enged paraszolvencia elfogadásának, és életben tartja ezt a gyakorlatot.

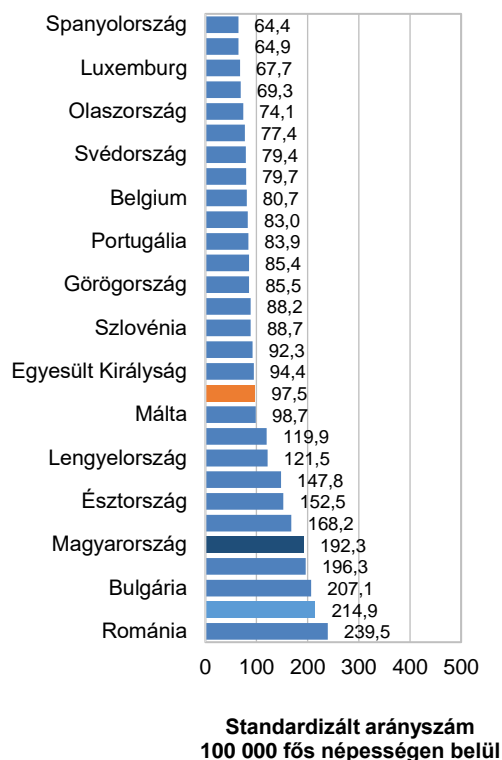
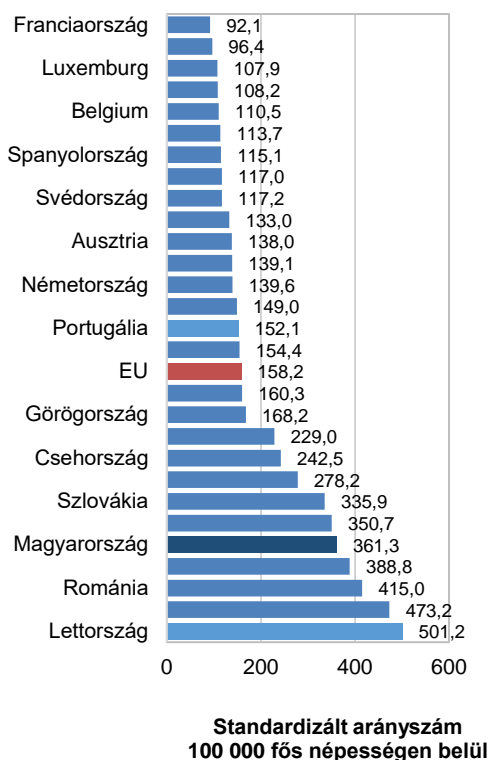
Számos magyar háztartás tesz erőfeszítéseket azért, hogy leküzdje az ellátás igénybevételét gátló pénzügyi akadályokat, aminek az az eredménye, hogy Magyarországon jelentősen magasabb azoknak a háztartásoknak az aránya, amelyek katasztrofális egészségügyi kiadással szembesülnek, mint a legtöbb olyan uniós országban, amelyre vonatkozóan adatok állnak rendelkezésre. 2014-ben az összes magyar háztartás 7,4%-a szembesült katasztrofális egészségügyi kiadással. Ez az arány 25% felett volt az alacsony jövedelemmel rendelkező háztartások körében.



Arról sem szabad megfeledkezni, hogy ezek az adatok nem veszik figyelembe azokat az embereket, aki anyagi okok miatt nem veszik igénybe a szükséges egészségügyi ellátást.

2.4.7. Teljesítmény

Annak ellenére, hogy történt némi javulás az elmúlt évtizedben, a gyógyítással elkerülhető halálozási arányszám a magyar nők és férfiak körében egyaránt az uniós átlag közel kétszeresének felel meg. Ezen érték magas szintje jelzi, hogy hiányosságok vannak az időben történő, jó minőségű ellátások nyújtása terén Magyarországon. Magyarország az ötödik legmagasabb szintű gyógyítással elkerülhető halálozási arányszámmal rendelkezik az EU-n belül, Bulgária, Lettország, Litvánia és Románia után.



Az ischaemiás szívbetegségek az összes gyógyítással elkerülhető haláleset 43%-áért voltak felelősek, majd ezek után következett a szélütés (17%) és a vastagbélrák (11%). A szív- és érrendszeri betegségek esetében nyújtott akut ellátás minősége alacsonyabb, mint más uniós országokban. A kórházi kezelést követően szívinfarktus (akut szívizomelhalás) vagy szélütés (stroke) miatt bekövetkező halálesetek az akut ellátás minőségére utaló mutatók. 2014 második felében Magyarországon a szívinfarktus miatt kórházi ellátásban részesülő betegek 15%-a 30 napon belül meghalt. Ez a harmadik legmagasabb arány az EU-ban. Másrészről azonban javult a szélütés (stroke) miatt kórházi kezelésben részesülők túlélési aránya, ami közelebb áll az uniós átlaghoz.

Az elkerülhető kórházi kezeléseket magas aránya azt mutatja, hogy van még további lehetőség az alapellátás fejlesztésére.

A kórházi ágazat visszaszorítása és a betegek minél alacsonyabb szinten, az alap-, illetve a járóbeteg-szakellátás keretében, nyújtott ellátása érdekében tett erőfeszítések ellenére a magyar egészségügyi rendszer továbbra is erősen kórházközpontú. Az egy

orvosos háziiorvosi praxisok túlsúlya az alapellátásban, amihez hozzájárul az háziiorvosok gyenge kapuőri szerepe és az ösztönzés hiánya arra, hogy kórházon kívül nyújtsanak befejezett ellátást, akadályozza az alapellátás eredményességének és hatékonyságának növekedését. Az olyan jórészt ambuláns ellátás keretében is kezelhető állapotok miatti kórházi felvételek, mint amilyen az asztma és a krónikus obstruktív tüdőbetegség (COPD), a pangásos szívelégtelenség és a cukorbetegség, információt nyújtanak az alapellátás minőségéről, mivel az ilyen kórházi kezelések elkerülhetők az alapellátásban nyújtott megfelelő kezelés esetén.

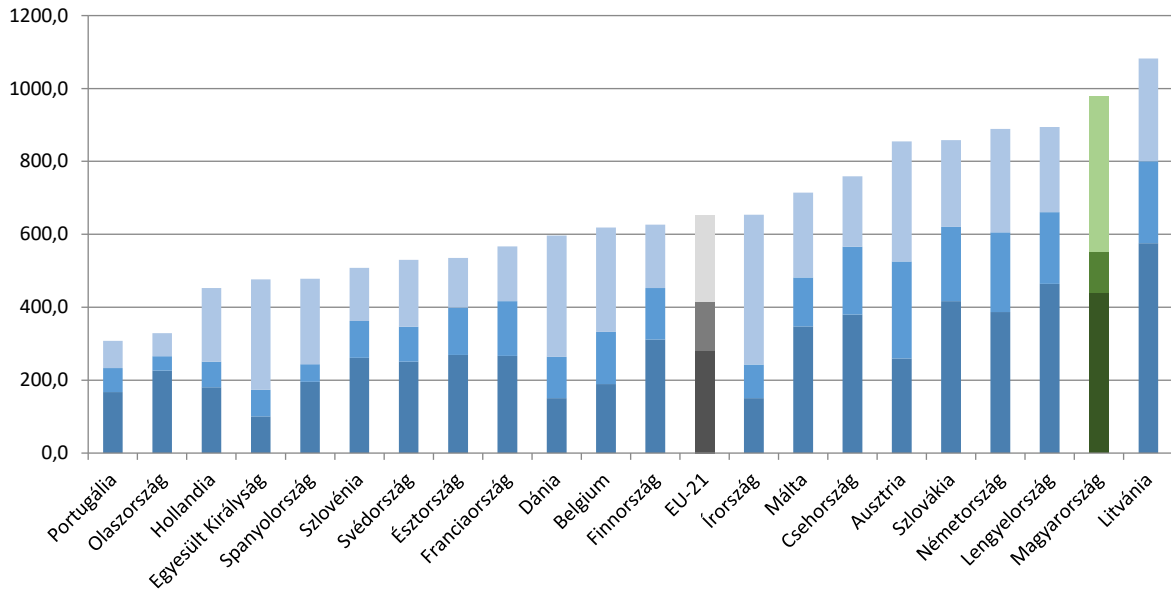
Tbc- és tüdőbeteg-gondozás (KSH)

Év	A tüdőszűrő		A tüdőgondozó		Új tbc-s beteg	Nyilvántartott nem tbc-s tüdőbeteg	Ebből:		
	állomások száma	szűrések száma, ezer	intézetek száma	betegforgalom, ezer			krónikus hörghurut	tüdőasztma	szénanátha
2005	179	3 509	162	2 046	2 024	598 429	76 043	195 916	244 296
2006	183	3 670	162	1 948	1 894	649 867	93 901	209 103	263 925
2007	183	2 935	162	1 509	1 752	669 210	109 999	223 376	282 172
2008	183	2 309	162	1 401	1 606	710 559	125 663	233 817	296 991
2009	153	2 273	155	1 729	1 448	734 166	139 636	250 106	308 198
2010	147	2 173	153	1 476	1 811	734 242	147 480	248 893	303 365
2011	149	2 374	155	1 481	1 515	761 354	161 327	262 112	302 295
2012	144	2 274	153	1 422	1 279	789 204	168 431	272 883	308 802
2013	139	2 031	151	1 518	1 045	810 297	174 949	282 754	312 870
2014	118	1 647	150	1 441	895	819 844	180 983	290 201	312 515
2015	117	1 563	152	1 513	905	826 536	183 800	290 422	315 574
2016	114	1 532	148	1 472	761	854 149	189 059	304 515	320 852
2017	110	1 518	147	1 412	670	861 101	191 937	310 240	321 366

A magyarországi adatok felhívják a figyelmet az alapellátás megerősítésének a lehetőségeire, annak érdekében, hogy a betegek jobb ellátásban részesülhessenek a kórházon kívül. Összességében elmondható, hogy ez EU-ban Magyarországon a második legmagasabb az ambuláns ellátásban is karbantartható állapotok miatti kórházi kezelések aránya, ami nagyrészt a pangásos szívelégtelenségben, COPD-ben és asztmában szenvedő betegek gyakori kórházi kezelésének tudható be. Magyarország a viszonylag jobban teljesítő országok között van a cukorbetegség kórházon kívüli kezelése terén, mivel e területen a kórházi kezelések aránya körülbelül az uniós átlag felét teszi ki

■ Pangásos szívelégtelenség ■ Cukorbetegség ■ Asztma és COPD

Életkor és nem tekintetében standardizált arányszámok 100 000 főre számítva



2.3. Az egészségügyi helyzet Romániában

2.3.1. Népeség és változása

Románia népessége 2015-ös adatok szerint 19.815 ezer fő. Az ország népességszáma az 1980-as évek óta csökkenő tendenciát mutat. A társadalom elöregedő, a 65 év feletti népesség aránya 17 %.

	Magyarország	EU
Demográfiai tényezők		
Népesség (ezer)	19 815	509 394
A 65 év feletti népesség aránya (%)	17,0	18,9
Termékenységi arányszám ¹	1,5	1,6
Társadalmi-gazdasági tényezők		
Egy főre jutó GDP (PPP EUR ²)	16 500	28 900
Relatív szegénységi arány ³ (%)	19,8	10,8
Munkanélküliségi ráta (%)	6,8	9,4

2.3.2. Várható élettartam, egészségi állapot

2016-os adatok szerint a születéskor várható átlagos élettartam 76,2 év, férfiak esetében 72,6, nők esetében 79,7 év. Ez a 2000. évben mért 71,9 évhez képest javuló tendenciát mutat, de még mindig mintegy 5 esztendővel elmarad az Európai Unió átlagértékétől (81 év).

Life expectancy at birth, 1980-2016

(years)

	Total							Males							Females						
	1980	1990	2000	2010	2014	2015	2016	1980	1990	2000	2010	2014	2015	2016	1980	1990	2000	2010	2014	2015	2016
EU-28 (*)	73.3	76.2	77.9	80.3	80.9	80.6	81.0	69.9	72.7	74.6	77.5	78.8	78.7	79.0	76.7	79.5	81.0	83.0	83.9	83.4	84.0
Belgium	73.3	76.2	77.9	80.3	80.9	80.6	81.0	69.9	72.7	74.6	77.5	78.8	78.7	79.0	76.7	79.5	81.0	83.0	83.9	83.4	84.0
Bulgaria	71.1	71.2	71.6	73.8	74.5	74.7	74.9	68.4	68.0	68.4	70.3	71.1	71.2	71.3	73.9	74.7	75.0	77.4	78.0	78.2	78.5
Czech Republic	70.4	71.5	75.1	77.7	78.9	78.7	79.1	66.9	67.6	71.6	74.5	75.8	75.7	76.1	74.0	75.5	78.5	80.9	82.0	81.6	82.1
Denmark	74.2	74.9	76.9	79.3	80.7	80.8	80.9	71.2	72.0	74.5	77.2	78.7	78.8	79.0	77.3	77.8	79.2	81.4	82.8	82.7	82.8
Germany	73.1	75.4	78.3	80.5	81.2	80.7	81.0	69.6	72.0	75.1	78.0	78.7	78.3	78.6	76.2	78.5	81.2	83.0	83.6	83.1	83.5
Estonia (†)	69.5	69.9	71.1	76.0	77.4	78.0	78.0	64.2	64.7	65.6	70.9	72.4	73.2	73.3	74.3	74.9	76.4	80.8	81.9	82.2	82.2
Ireland	74.8	76.6	80.8	81.4	81.5	81.8	81.8	72.1	74.0	78.5	79.3	79.6	79.9	79.9	77.7	79.2	83.1	83.5	83.4	83.6	83.6
Greece	75.3	77.1	78.6	80.6	81.5	81.1	81.5	73.0	74.7	75.9	78.0	78.8	78.5	78.9	77.5	79.5	81.3	83.3	84.1	83.7	84.0
Spain	75.5	76.9	79.3	82.4	83.3	83.0	83.5	72.3	73.3	75.8	79.2	80.4	80.1	80.5	78.5	80.6	82.8	85.5	86.2	85.7	86.3
France (‡)	79.2	81.8	82.8	82.4	82.7	82.7	82.7	75.3	78.2	79.5	79.2	79.5	79.5	79.5	83.0	85.3	86.0	85.6	85.7	85.7	85.7
Croatia	76.7	77.9	77.5	78.2	78.2	78.2	78.2	73.4	74.7	74.4	75.0	75.0	75.0	79.9	81.0	80.5	81.3	81.3	81.3	81.3	81.3
Italy	77.1	79.9	82.2	83.2	82.7	83.4	83.4	73.8	76.9	79.5	80.7	80.3	81.0	81.0	80.3	82.8	84.7	85.6	84.9	85.6	85.6
Cyprus	77.7	81.5	82.3	81.8	82.7	82.7	82.7	75.4	79.2	80.3	79.9	80.5	80.5	80.5	80.1	83.9	84.3	83.7	84.9	84.9	84.9
Latvia	73.1	74.5	74.8	74.9	74.9	74.9	74.9	67.9	69.1	69.7	69.8	69.8	69.8	69.8	78.0	79.4	79.5	79.6	79.6	79.6	79.6
Lithuania	70.5	71.5	72.1	73.3	74.7	74.9	74.9	65.4	66.4	66.7	67.6	69.2	69.2	69.5	75.4	76.3	77.4	78.9	80.1	79.7	80.1
Luxembourg	72.8	75.7	78.0	80.8	82.3	82.4	82.7	70.0	72.4	74.6	77.9	79.4	80.0	80.1	75.6	78.7	81.3	83.5	85.2	84.7	85.4
Hungary	69.1	69.4	71.9	74.7	76.0	75.7	76.2	65.5	65.2	67.5	70.7	72.3	72.6	72.6	72.8	73.8	76.2	78.6	79.4	79.0	79.7
Malta	70.4	78.5	81.5	82.1	82.0	82.6	82.6	68.0	76.3	79.3	79.9	79.8	80.6	80.6	72.8	80.5	83.6	84.3	84.1	84.4	84.4
Netherlands	77.1	78.2	81.0	81.8	81.6	81.7	81.7	73.8	75.6	78.9	80.0	79.9	80.0	80.0	80.2	80.7	83.0	83.5	83.2	83.2	83.2
Austria	72.7	75.8	78.3	80.7	81.6	81.3	81.8	69.0	72.3	75.2	77.8	79.1	78.8	79.3	76.1	79.0	81.2	83.5	84.0	83.7	84.1
Poland (‡)	70.7	73.8	76.4	77.8	77.5	78.0	78.0	66.3	69.6	72.2	73.7	73.5	73.9	73.9	75.3	78.0	80.7	81.7	81.6	82.0	82.0
Portugal	71.5	74.1	76.8	80.1	81.3	81.3	81.3	67.9	70.6	73.3	76.8	78.0	78.1	78.1	74.9	77.5	80.4	83.2	84.4	84.3	84.3
Romania (‡)	69.2	69.9	71.2	73.7	75.0	75.0	75.3	66.6	66.7	67.7	70.0	71.3	71.5	71.7	71.9	73.1	74.8	77.7	78.7	78.7	79.1
Slovenia	73.9	76.2	79.8	81.2	80.9	81.2	81.2	69.8	72.2	76.4	78.2	77.8	78.2	78.2	77.8	79.9	83.1	84.1	83.9	84.3	84.3
Slovakia	70.4	71.1	73.3	75.6	77.0	76.7	77.3	66.7	66.7	69.2	71.8	73.3	73.1	73.8	74.4	75.7	77.5	79.3	80.5	80.2	80.7
Finland	73.7	75.1	77.8	80.2	81.3	81.6	81.5	69.2	71.0	74.2	76.9	78.4	78.7	78.6	78.0	79.0	81.2	83.5	84.1	84.4	84.4
Sweden	75.8	77.7	79.8	81.6	82.3	82.2	82.4	72.8	74.8	77.4	79.6	80.4	80.4	80.6	79.0	80.5	82.0	83.6	84.2	84.1	84.1
United Kingdom (‡)	78.0	80.6	81.4	81.0	81.2	81.2	81.2	75.5	78.6	79.5	79.2	79.4	79.4	79.4	80.3	82.6	83.2	82.8	83.0	83.0	83.0
Iceland	76.8	78.1	79.7	81.9	82.9	82.5	82.2	73.5	75.5	77.8	79.8	81.3	81.2	80.4	80.4	80.7	81.6	84.1	84.5	83.8	84.1
Liechtenstein	77.0	81.8	82.1	82.7	82.3	82.3	82.3	73.9	79.5	81.0	80.9	80.6	80.6	80.6	79.9	84.3	83.2	84.5	84.0	84.0	84.0
Norway	75.8	76.6	78.8	81.2	82.2	82.4	82.5	72.4	73.4	76.0	79.0	80.1	80.5	80.7	79.3	79.9	81.5	83.3	84.2	84.2	84.2
Switzerland	75.7	77.5	80.0	82.7	83.3	83.0	83.7	72.3	74.0	77.0	80.3	81.1	80.8	81.7	79.0	80.9	82.8	84.9	85.4	85.1	85.6
Montenegro	76.1	76.5	76.5	76.5	76.5	76.5	76.5	73.6	74.1	74.4	74.1	74.1	74.1	74.1	78.5	78.9	78.6	78.9	78.9	78.9	78.9
Former Yugoslav Republic of Macedonia, the	73.0	75.0	75.5	75.5	75.4	75.4	75.4	70.8	72.9	73.5	73.5	73.4	73.4	73.4	75.2	77.2	77.5	77.4	77.5	77.5	77.5
Albania (†)	78.2	77.9	78.5	78.5	78.5	78.5	78.5	76.3	76.2	77.0	77.0	77.0	77.0	80.2	79.7	80.1	80.1	80.1	80.1	80.1	80.1
Serbia	71.6	74.4	75.4	75.3	75.7	75.7	75.7	68.9	71.8	72.8	72.8	73.2	73.2	73.2	74.4	77.0	78.0	77.9	78.3	78.3	78.3
Turkey	76.8	78.1	78.2	78.2	78.1	78.1	78.1	74.2	75.4	75.4	75.4	75.4	75.4	75.4	79.4	80.9	81.0	81.0	81.0	81.0	81.0

(*) 2010 and 2015: break in series. 2014: estimate. 2015 and 2016: estimate and provisional.

(†) 2015: break in series.

(‡) 2015: break in series and provisional. 2016: provisional

(§) 2000 and 2010: break in series

(¶) 2014 and 2015: estimate

(*) 2014, 2015 and 2016: estimate

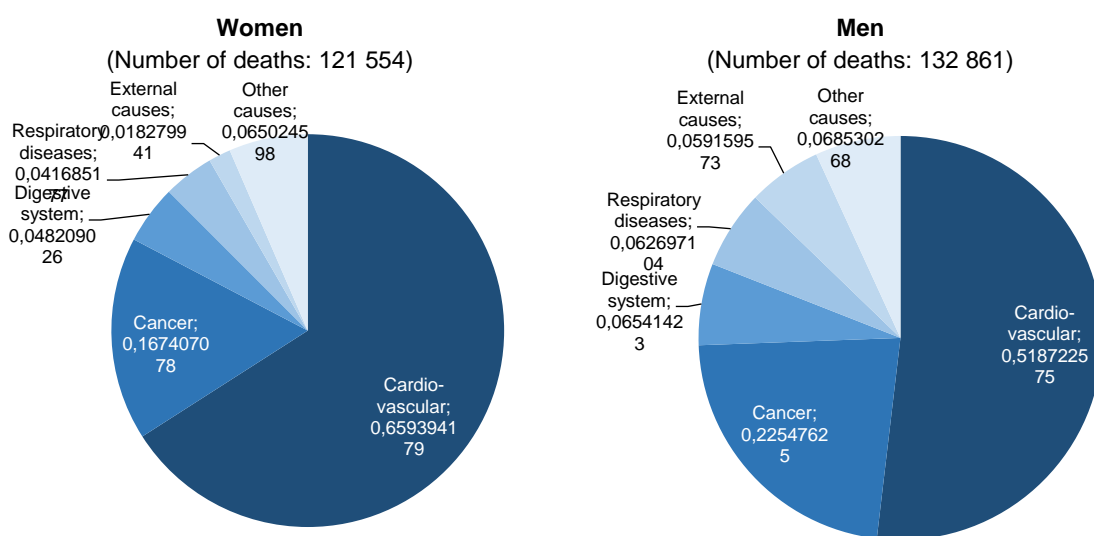
(†) 2014 and 2015: estimate

Source: Eurostat (online data code: demo_mlexpec)

A nemek közötti különbség jelentős. Ugyancsak jelentős, negatív különbség mutatható ki az alacsonyabb iskolai végzettség és társadalmi státusz esetén. Az egyetemi végzettséggel rendelkező román állampolgárok 6 évvel hosszabb élettartamra számíthatnak, mint a legfeljebb alapfokú végzettséggel rendelkező honfitársaik.

A csecsemőhalandóság Románia számára különleges kihívást jelent: 7,6 haláleset esett 2015-ben 1000 élve születésre, ez volt abban az évben az EU-ban a legmagasabb érték, több mint kétszerese az átlag 3,6-nek.

A fő halálok a nők és férfiak esetén egyaránt a szív- és érrendszeri valamint a daganatos megbetegedések.



A akut miokardiális infarktus (AMI) halálozási aránya az EU-ban Romániában volt a legmagasabb 2014-ben, sokkal magasabb, mint az EU átlaga.

A cerebrovascularis betegségek (a második legmagasabb előfordulási arány az EU-ban) szintén jelentősen hozzájárulnak a halálozáshoz. Összességében a keringési rendszer betegségei okozták a legtöbb halálesetet Romániában, 2014-ben a 100 000 lakosra jutó sztendertizált 951,3-as érték, 2,5-szerese az EU átlagának (373,6) és a második legmagasabb az EU-ban Bulgária után.

A daganatos megbetegedések sorában leggyakoribb halálok a tüdőrák, 200 és 2014 között előfordulási aránya 15 %-kal emelkedett. A kolorektális rák okozta halálozás is jelentősen megnőtt 2000 óta, több mint 30%-kal. Mindez annak ellenére következett be, hogy központi tervezés alapján emlő-, méhnyak- és vastagbélrák szűrési programokat indítottak.

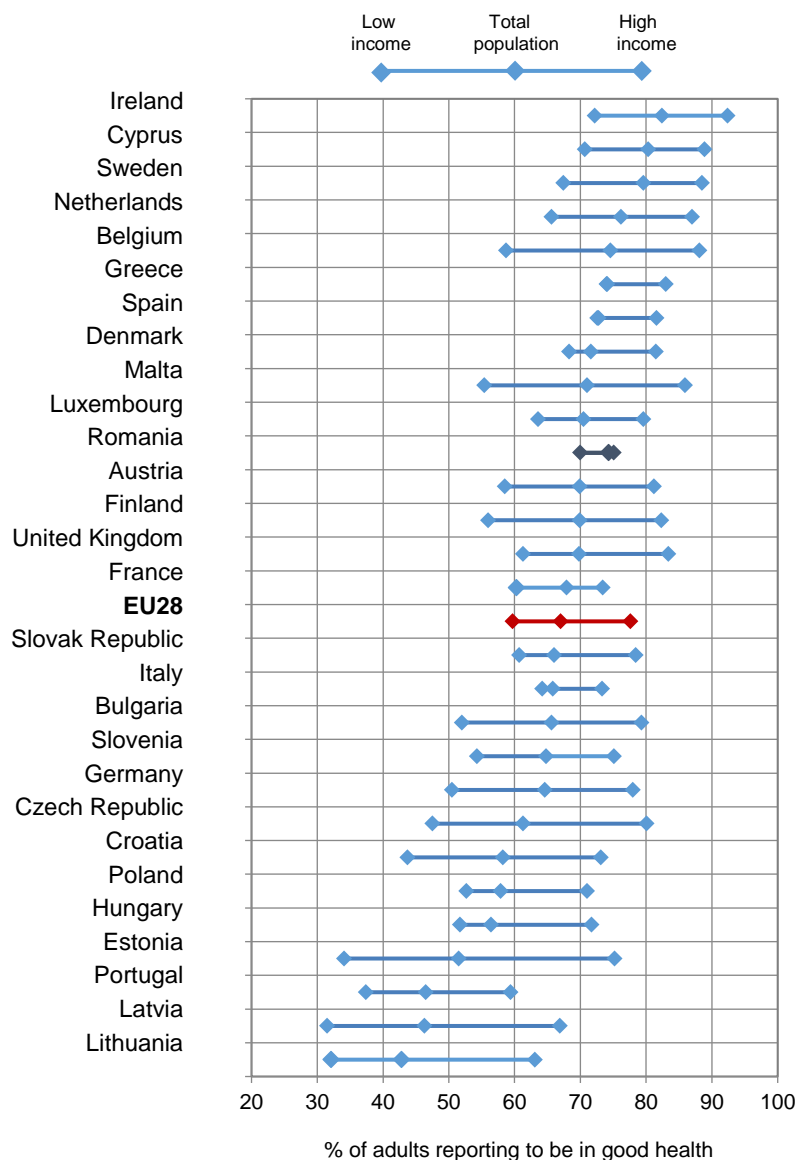
2.3.3. Főbb halálozási okok Romániában

Az összes haláleseten belüli arány	
Ischaemiás szívbetegségek	20%
Szélütés (stroke)	18%
Tüdőrák	4%
Májbetegségek	4%
Egyéb szívbetegségek	3%
Alsó légúti betegségek	2%
Vastagbélrák	2%
Tüdőgyulladás	2%
Gyomorrák	1%
Mellrák	1%
Közlekedési balesetek	1%

A mozgásszervi megbetegedések és a mentális egészségi problémák (beleértve a depressziót) okozza a legnagyobb negatív hatást az életminőségre. Minden hatodik ember magas vérnyomással él Romániában. Minden huszadik ember szenved cukorbetegségben, minden huszonötödik küzd asztmával vagy más krónikus légzőszervi megbetegedéssel. Ezen krónikus megbetegedések előfordulási aránya jelentős eltérést mutat az iskolai végzettség tekintetében. A legalacsonyabb iskolai végzettségű népesség körében több, mint négyszeres gyakorisággal fordul elő asztma illetve más krónikus légzőszervi megbetegedés. A magas vérnyomás előfordulási aránya több, mint kétszerese körükben a felsőfokú végzettségű népességhez képest.

A fertőző betegségek – különösen a tuberkulózis – továbbra is jelentős közegészségügyi kockázatot jelentenek. Bár a tuberkulózis jelentett esetei 2003 óta jelentősen csökkentek Romániában, de még mindig messze a legmagasabb az összes EU-országban (2015-ben 76,5 új megbetegedés jutott 100.000 lakosra). Romániában fordul elő az összes multirezisztens tuberkulózisos esetek egyharmada. Az újonnan diagnosztizált HIV esetek (3,8 új megbetegedés 100.000 lakosra) előfordulási aránya alacsonyabb az EU átlagnál (5,8 megbetegedés 100.000 lakosra), azonban 2000 óta ez közel háromszoros növekedés. A nem diagnosztizált vírusos májgyulladás előfordulása komoly probléma, melynek számszerűsítését a megfelelő tesztek és felügyeleti rendszer hiánya nehezíti.

A románok között a jó egészségi állapotról beszámolók aránya magasabb az EU átlagánál. 70%-uk tartja úgy, hogy jó egészségi állapotban van. Ez az egyik legalacsonyabb arány az EU-ban. A férfiak gyakrabban tartják magukat egészségesnek: 75%-uk számolt be jó egészségi állapotról, szemben a nők 66%-ával.



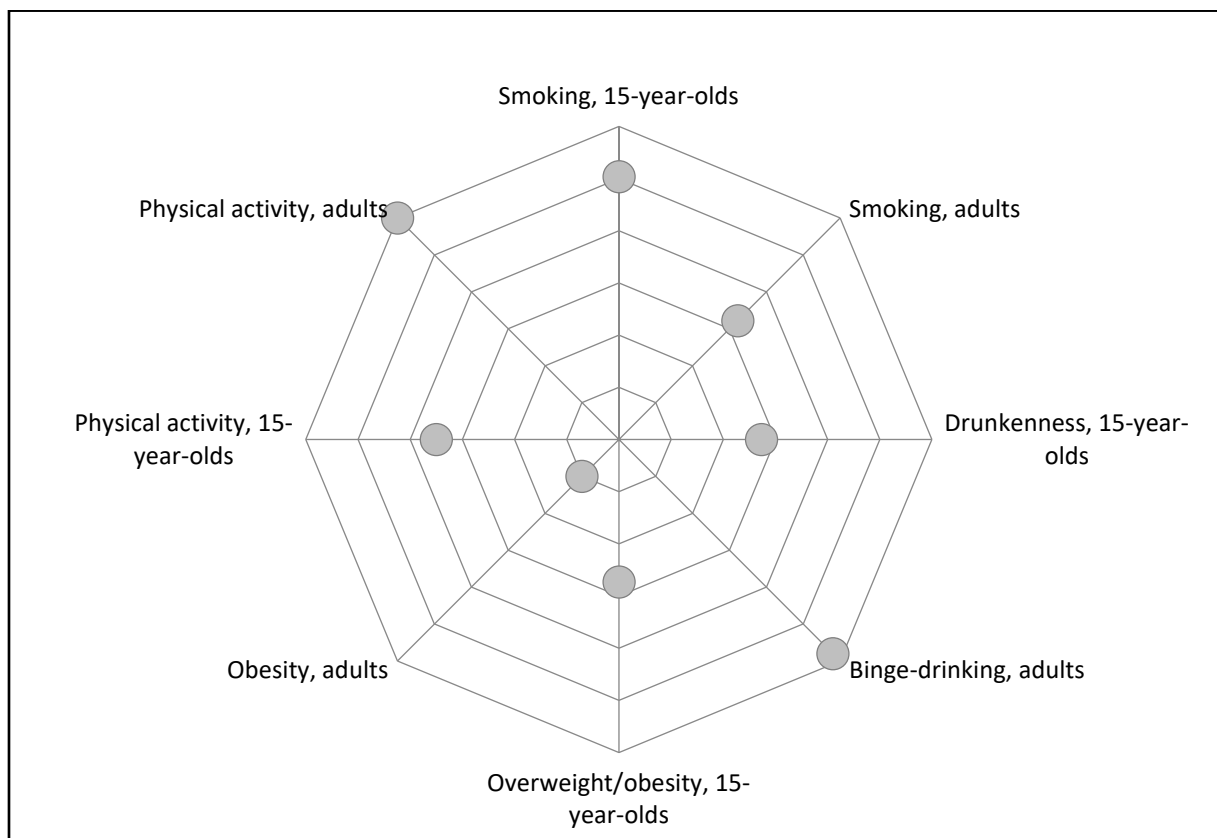
2.3.4. Kockázatok

Romániában az egészségtelen életmódhoz kötődő viselkedési formákhoz köthető az összes betegségteher több, mint 40 %-a. Ilyen kockázati tényező a dohányzás, alkoholfogyasztás, egészségtelen táplálkozás és az alacsony fizikai aktivitás.

2014-es adatok szerint Romániában minden ötödik felnőtt dohányzik. Ez az adat közel egyező az EU átlagával. Ha a változás dinamikáját tekintjük, sajnos látszik, hogy – sok más országgal ellentétben – kevés eredményt értek el a dohányzás visszaszorítása

terén. A nemek közötti eltérés igen jelentős a dohányosok körében, a férfiak 32,2 %-a, míg a nőknek csak 8,3 %-a rendszeres dohányos. Aggasztó, hogy a fiatal lányok körében emelkedik a dohányosok aránya. 2005-ban a 15 éves lányok 12 %-a számolt be rendszeres dohányzásról, 2013-ra az arányuk 17 %-ra növekedett. A teljes alkoholfogyasztás Romániában (9,6 liter fejenként) közel megegyezik az EU átlagával, a rövid idő alatt fogyasztott túlzott mennyiségű alkoholos ital (ú.n. rohamivás) azonban komoly probléma. 2014-ben a férfiak közel 53 %-a számolt be komoly lerészegedésről, ez a legmagasabb érték az EU-ban.

Önbevalláson alapuló felmérések szerint a román lakosság 9,1 %-a volt elhízott 2014-ben. Ez az EU legalacsonyabb értéke. Aggodalomra adhat okot, hogy bár a serülő korosztály esetében is az EU átlag alatt van az elhízás előfordulási aránya, az utóbbi 10 évben ez több, mint a duplájára nőtt. 2005-ban az elhízás előfordulási aránya 7 % volt a serdülők körében, ez 2013-ra 16 %-ra nőtt.

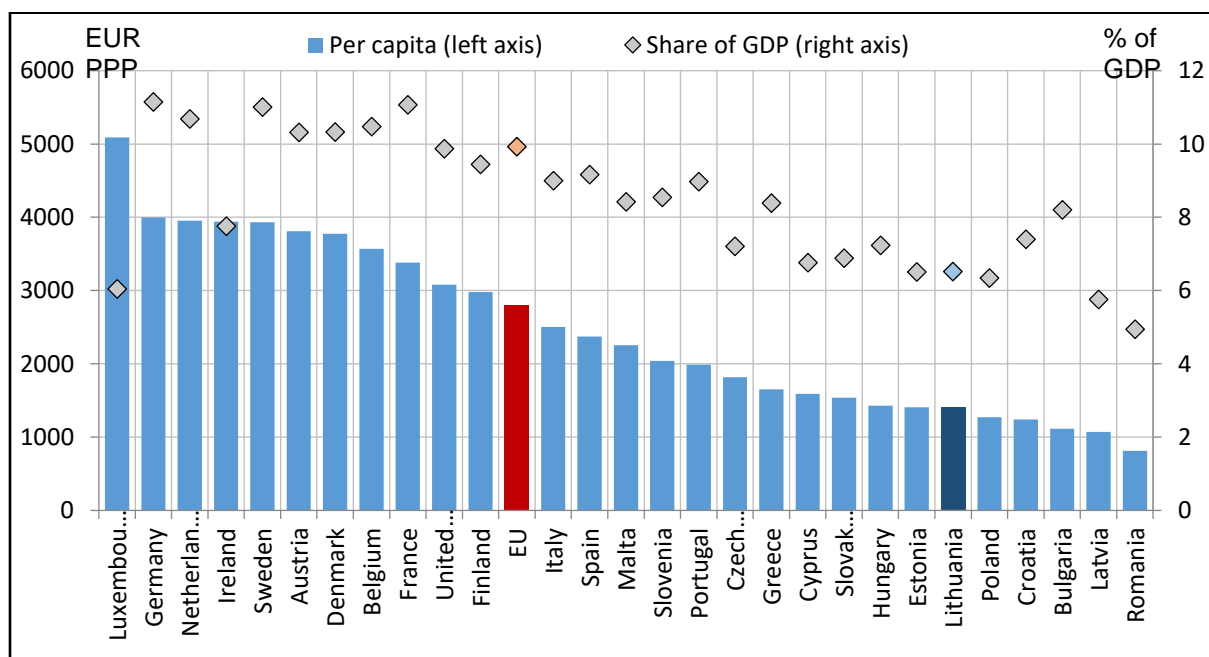


Megjegyzés: Minél közelebb helyezkedik el a pont a középponthez, annál jobban teljesít az adott ország az uniós országokkal összevetve

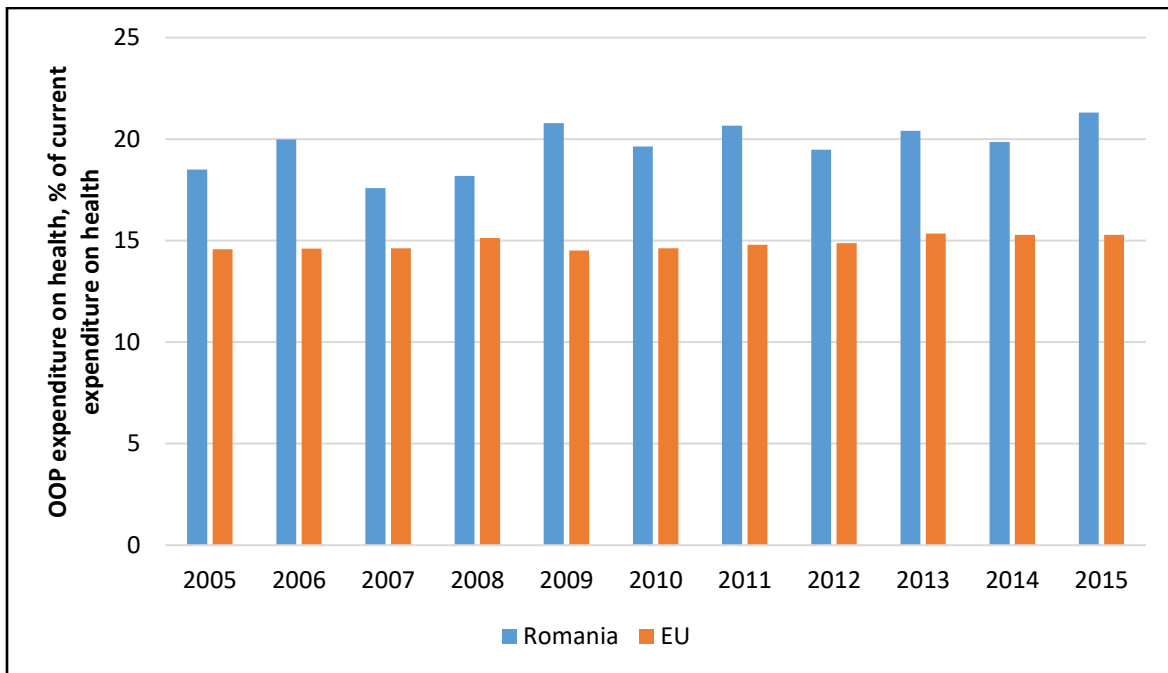
2.3.5. Kiadások

A politikai és gazdasági instabilitás hozzájárult az egészségügyi kiadások tartósan alacsony szintjéhez Romániában.

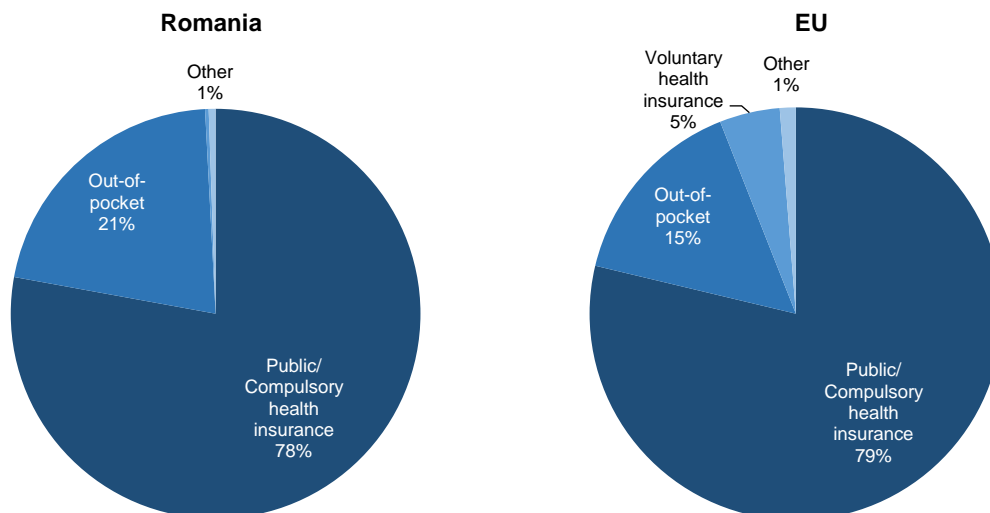
2015-ben Románia fejenként 814 eurót költött az egészségügyre (vásárlóerő-paritáson számolva), ami kb. az uniós átlag harmada. Ez a legalacsonyabb érték az EU-ban. A GDP egészségügyi kiadásokra fordított része mindössze 4,9% volt, ez az érték 2010 óta folyamatosan csökken. Ez az arány sokkal alacsonyabb, mint a 9,9%-os uniós átlag. Az egészségügyi kiadásban vállalt állami részesedés 78%.



Az egészségügyi kiadás fennmaradó ötödét a háztartások főként zsebből fizetik (közvetlen lakossági hozzájárulás).



Bár részletes adatok nem állnak rendelkezésre, vélhetően, hogy a nem hivatalos kifizetések jelentős szerepet játszanak és széles körben elterjedtek.



2.3.6. Hozzáférés

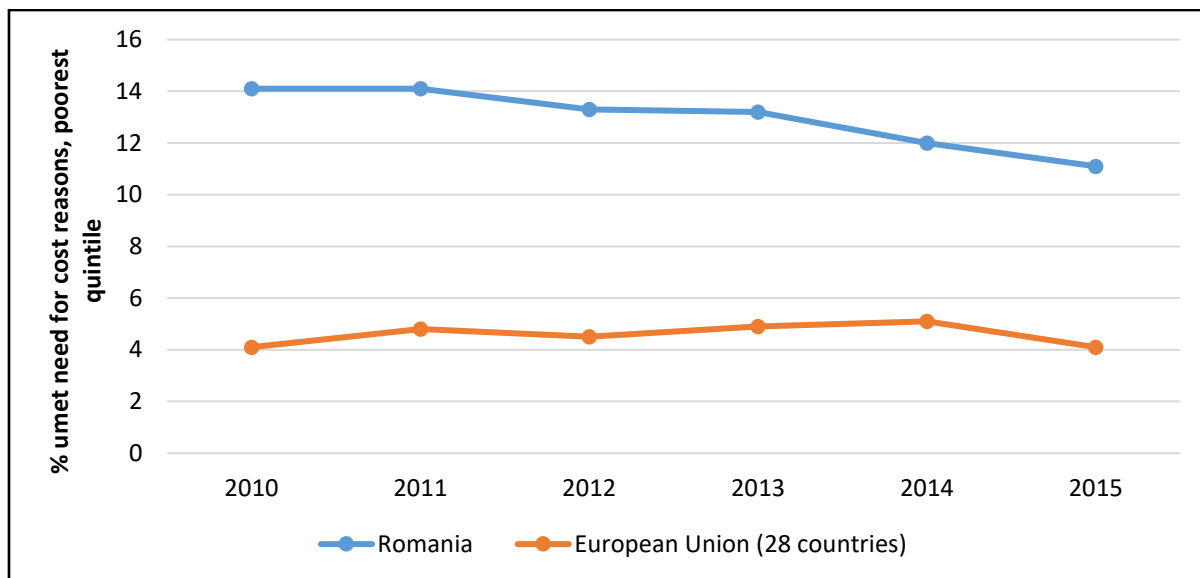
Törvény határozza meg, hogy a szociális egészségbiztosítás kötelező, azonban a lakosság 86 %-a tekinthető biztosítottnak. Az az adat könnyen félrevezető lehet, ugyanis nagyon sok román állampolgár (3 és 4 millió fő között) dolgozik külföldön, akik közül sokan vélhetőleg nem jelentkeztek ki a román biztosítási rendszerből.

Az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés nem nevezhető egyetemesnek. Vannak lakossági csoportok, túlnyomórészt nem városi környezetben, akik nem járulnak hozzá ez egészségbiztosítás bevételeihez (mezőgazdasági alkalmi munkavállalók, feketén foglalkoztatottak pl.), így az ellátási oldalhoz sem férnek hozzá szabadon.

A biztosítottak átfogó egészségügyi ellátási csomagra jogosultak. A nem biztosított népesség terhesgondozásra, sürgősségi ellátásra és járványügyi ellátásra jogosultak.

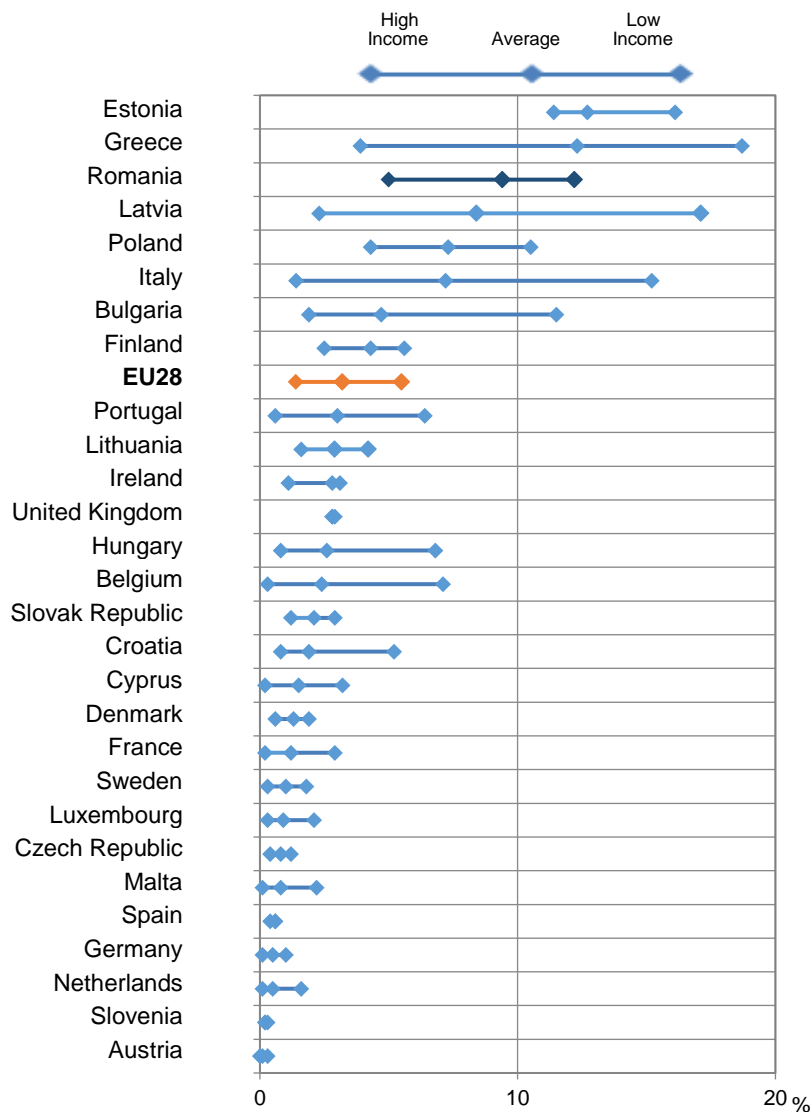
A támogatott gyógyszerekhez való hozzáférést egy pozitív lista határozza meg. A támogatott gyógyszerek listája 2008 és 2015 között nem frissült. A nagyon drága orvosi technológiák illetve az egészségpolitika által nem alapvető fontosságúnak gondolt beavatkozások (kozmetikai sebészet, mesterséges megtermékenyítés pl.) nem része a biztosítási csomagnak.

A nem kielégített hozzáférési igények csökkenő tendenciát mutatnak. 2015-ban a lakosság 9,4 %-a jelezte, hogy a várólisták, földrajzi vagy pénzügyi korlátok miatt nem fért hozzá kielégítő orvosi ellátáshoz. Ez az érték 2007-ban 12,3 % volt, azonban továbbra is az EU átlag 3,2 % felett van jóval.



A fizetendő hozzájárulás mértéke pénzügyi akadályt jelenthet az ellátás igénybe vétele során. A fizetendő önrész mértéke 10-től 80 %-ig terjed a támogatott gyógyszerek és rehabilitációs ellátások terén. Ezen kívül a társadalombiztosítással szerződött egyes magán szolgáltatók extra díjat számolhatnak fel az az egészségügyi szolgáltatás nyújtása során.

A romániai orvosi ellátás iránti kielégítetlen igény jövedelmi csoportonként jelentősen változik. Különösen nehéz helyzetben vannak a munkanélküliek és a nyugdíjasok, a mezőgazdasági dolgozók valamint a roma népesség. Az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés terén területi egyenlőtlenségek is vannak a városi és vidéki területek között.



2013-tól a kórházi ellátás során legfeljebb 2,5 EUR mértékű hozzájárulást szükséges fizetni, bár ez alól széleskörű mentességi lehetőségek vannak (26 év alatti diákok, meghatározott nemzeti programok által lefedett betegcsoportok, jövedelem nélküli állapotos nők pl.).

2.3.7. Teljesítmény

Az egészségügyi ellátórendszer megfelelő működése esetén elkerülhető halálozás nők esetében a legmagasabb az EU területén. A férfiak esetében ez az érték a harmadik legrosszabb az EU területén, csak Lettország és Litvánia előzi meg Romániát. Az elkerülhető halálozások fő oka a keringési rendellenességek között kereshető (főként isémiás szívbetegségek, agyérkatasztrófák és magas vérnyomás betegség).

A szűrőprogramok nem működnek megfelelően. Bár az utóbbi évek adatai alapján kedvező irányban változik, az EU területén még mindig a legmagasabbak között van a méhnyakrák okozta halálozás Romániában. 2014-es adatok szerint a 20-69 éves női korosztály 27 %-a vett részt méhnyakrákszűrésen a megelőző 3 év során. A mellrák előfordulása az európai átlag alatt volt Románia EU csatlakozása előtt, majd azt követően is. A mell daganatos megbetegedési okozta halálesetek száma kedvező tendenciát mutat a fiatal nők körében, azonban az 1990-es évek óta növekszik a 65 évesnél idősebb nők korcsoportjában. Ez magyarázható azzal, hogy a szervezett mammográfiás szűrések csak a megcélzott 50-69 éves korosztály 6,6 %-át érte el 2004-ben, szemben az EU közel 65 %-os átlagával. A 2016-2020-os időszakra vonatkozó rák elleni küzdelem nemzeti terve innovatív stratégiát tervez a leggyakoribb daganatos megbetegedések felismerése, kezelése majd gondozása terén.

A társadalom átoltottsági adatai rosszabbodtak. A gyermekek esetében a torokgyík, tetanusz és szamárköhögés valamint a járványos gyermekbénulás és kanyaró oltási adatai az egy éves korosztályban 10 százalékponttal csökkentek 2000 óta. Ez Romániában különösen aggasztó a kanyaró rendkívül magas előfordulási aránya miatt. A felnőtt korosztály esetében jelentősen csökkent az influenza elleni védőoltást felvevők aránya az idősebb, a szövődmények miatt veszélyeztetett korcsoportban. 2007-ben ez az érték még 54 % volt, mely 2015-re 10 %-ra csökkent.

Az alkoholfogyasztással összefüggésbe hozható, elkerülhető halálesetek száma az EU-ban a legmagasabb Romániában, 2004-es adatok szerint 42 eset jut 100.000 lakosra. Az alkoholfogyasztás kezelésére Romániában nincs nemzeti terv.

A magas dohányzási arány következtében a tüdőrák okozta halálesetek fokozatosan növekedtek, 2014-ban az összes haláleset 4 %-át okozták. Különösen magas a tüdőrák okozta halálozás előfordulása a 65 év felettiek esetében, mind a nők, mind a férfiak között. A dohányzás visszaszorítása érdekében számos intézkedést hoztak az elmúlt időszakban. 2016 óta tilos a dohányzás fedett közösségi tereken és tiltott a dohánytermékek értékesítése oktatási és egészségügyi intézmények területén.

Bár az utóbbi időszakban történtek lépések az egészséges táplálkozás előmozdítása érdekében, a táplálkozás Romániában továbbra is túlnyomórészt magas állati zsiradék, cukor és só-tartalmú élelmiszereken alapul. A szív- és érrendszeri megbetegedések magas előfordulási aránya azt mutatja, e törekvések még nem elégségesek a társadalom egészségi állapotának javulásához.

Felismervén, hogy a társadalom tagjai számára elérhető megelőző szolgáltatások nem elégségesek, a 2014-2020-as Nemzeti Egészségügyi Stratégia további erőfeszítéseket tesz azok fejlesztésére.

Nemzeti egészségügyi stratégia 2014-2020 és Akcióterv a nemzeti stratégia kivitelezésére – mindkettő a 2014. december 18-i 1028. számú Kormányrendelettel került elfogadásra.

A közegészségügyet tekintve a célkitűzések: a nők és gyermekek egészségi állapotának és tápláltságának feljavítása, az átadható és nem átadható betegségek következtében létrejövő morbiditási és halálozási arányok csökkentése, illetve a növekedés gyorsaságának csökkentése. Az egészségügyi rendszer fejlesztése, annak érdekében, hogy minden állampolgár számára egyenlő módon legyen elérhető.

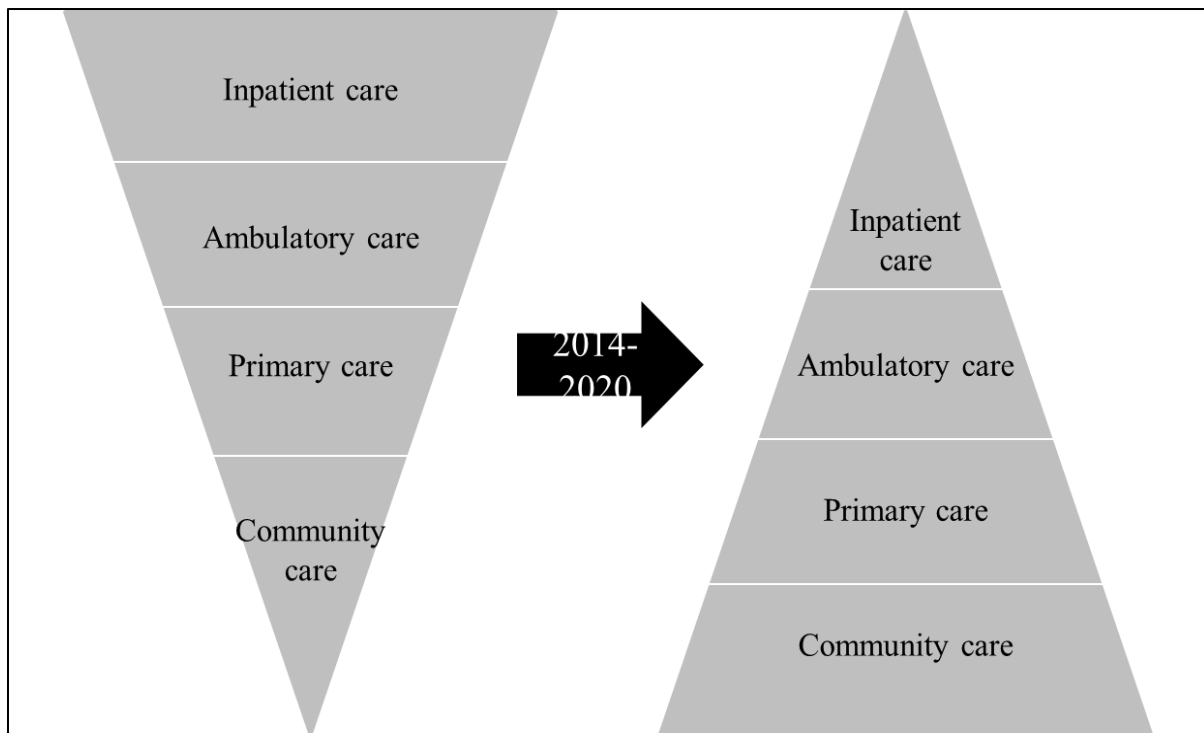
E-egészségügyi rendszerek bevezetése általi hatékonyságnövelés, valamint az infrastruktúra fejlesztése nemzeti, regionális és helyi szinteken.

A Nemzeti egészségügyi stratégia 2014-2020 magában foglalja az egészségügyi szűrésekre vonatkozó irányelveket is. A stratégia két területen történő akciót emel ki: tuberkolózis és a rákszűrés. Tuberkolózis szűrésének esetében nem annyira a rendszeres, szervezett szűrésről, mintsem inkább pontosabb diagnosztikáról esik szó, míg a rákszűrésnek esetében már szervezett országos szintű szűrésről beszél, egy többéves nemzeti integrált rák-kontroll terv alapján. Három rákos megbetegedést emel ki: méhnyakrák, bélrák és mellrák.

Megelőzés terén a kormány két részre bontja a stratégiát. Külön tárgyalja a főbb átadható (HIV/AIDS, Hepatitis B és C) és a nem átadható betegségekre vonatkozó irányelveit. Az átadható betegségeknél az elsődleges cél a magas kockázatú csoportok megcélzása különböző prevenció programokkal: tűcsere, anonim tesztelés és terhesség alatti megfigyelés és tesztelés; hepatitisz B megelőzésére már bevezették a gyerekeknél a kötelező oltást, viszont a C típusú esetén az általános átadható betegségmegelőzésre kell hagyatkozni.

A nem átadható betegségek esetén a kormány a tanulmányok aktualizálását tűzte ki célul, hogy ezek alapul szolgálhassanak majd az előirányzott tájékoztató kampányokhoz. Ugyanakkor, növelni kívánja az elsődleges egészségügyi szolgáltatások (családorvosok, közösségi ápolók, iskolaorvosok) szerepkörét és kapacitását. Kiterjed többek között az egészséges életmódról szóló tájékoztatásra, az egészségügyi nevelésre. A stratégia különös figyelmet fordít a hátrányos helyzetű csoportokra, a roma populációra, az idősekre és az alacsony jövedelemmel rendelkezőkre.

A stratégia célkitűzései között szerepel az egészségügyi ellátórendszer átalakítása. A kórházi ellátás visszaszorítása mellett az alapellátás és a közösségi ellátás erősítése élvez egyértelmű prioritást.



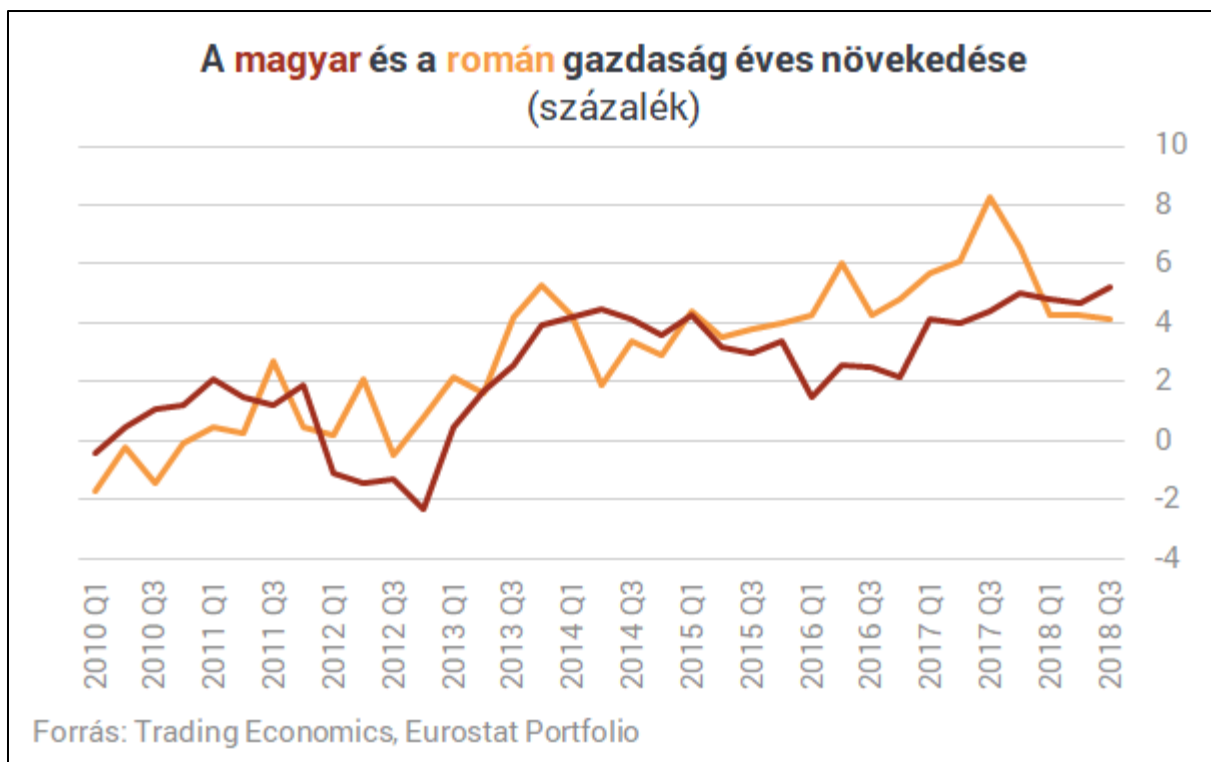
Mindazonáltal egészségfejlesztéshez, az egészséges életmód kialakítását és a betegsége megelőzését elősegítő oktatáshoz való hozzáférés továbbra is egyenlőtlen. Kevés adat áll rendelkezésre a megelőző intézkedések és az ellátás minőségének mérése céljából. Bár nemzeti egészségügyi programok vannak a szív- és érrendszeri illetve daganatos megbetegedések szűrésének területén, nincsenek nyilvánosan hozzáférhető adatok ezeknek a megbetegedési és halálozási adatokra gyakorolt hatásairól. Az egészségügyi szolgáltatások minőségéről rendelkezésre álló adatok továbbra is szűkösek.

Románia és Magyarország sok tekintetben hasonló problémákkal küzd az egészségügy területén. Mindkét országban magas az egészségtelen életmódot követők aránya. Magas az alkoholfogyasztás, különösen a fiatal állampolgárok körében aggasztó a növekedés. Magas a dohányosok aránya, alacsony az egészséges táplálkozást követők száma. Jellemző a mozgásszegény életmód. A születéskor várható élettartam – a javuló tendenciák ellenére - elmarad az EU átlagától. Az elkerülhető kórházi kezelések és az elkerülhető halálozás mutatószámai szintén rosszabbak az EU átlagánál.

Mind a magyar, mind a román népesség számára a keringési és a daganatos megbetegedések – különös tekintettel a tüdőrákra – jelentik a legfőbb kockázatot a halálesetek tekintetében. Az elkerülhető (pl. tüdőrák) és a megelőzhető/kezelhető (pl. méhnyak- és emlőrák) esetében egyaránt aggasztó a helyzet. Mindkét ország működtet - illetve tervez további – szűrőprogramokat a daganatos megbetegedések terén is.

Jelentős eltérés, hogy a fertőző betegségek jellemzően kisebb arányban fordulnak elő Magyarországon. Különösen magas Romániában a tuberkulózis és a vírusos májgyulladás prevalenciája. Az eltérés vélhető oka a lakosság eltérő átoltottsági arányaival magyarázható.

Mindkét ország az EU átlagánál kevesebbet költ az egészségügyre, Románia az utolsó helyen áll a rangsorban. Az elmúlt években azonban Románia kiemelkedő GDP-növekedést tudott felmutatni. Az össztermék 2017-ben közel 7%-kal nőtt, amivel (Írországot leszámítva) az egész EU-t megelőzte. Az elmúlt években nagyon jól teljesített a magyar gazdaság is.



A növekvő GDP és az elérhető Európai Unió fejlesztési források további fedezetet biztosíthatnak az ellátórendszer fejlesztésére valamint további népegészségügyi programok indítására.

A humán-erőforrás helyzete mindkét államban kritikus. A pályaelhagyás illetve az elvándorlás – különösen Magyarország 2004-es illetve Románia 2007-es Európai Unióhoz történő csatlakozását követően – jelentős mértékű. A tömeges pályaelhagyás egész szakterületek működését illetve régiók ellátását teszik bizonytalanná. Mind Magyarországon, mind Romániában jelentős lépéseket tettek a lemaradt egészségügyi bérek rendezése irányában. Magyarországon ezen kívül jelentős erőfeszítéseket tettek az 1990-es évek óta jelentősen csökkent szakdolgozói utánpótlás képzésének elősegítése irányában. A rezidensképzésbe belépő, frissen végzett orvosok számára ösztöndíjprogramok biztosítottak.

Mindkét állam átfogó nemzeti stratégiákat dolgozott ki az ismert problémák kezelése céljából. Az alapellátás megerősítése, a házi orvosok kapuőri szerepének hangsúlyosabb megjelenítése a rendelkezésre álló források hatékonyabb felhasználását teszi lehetővé. A legdrágább ellátási forma a kórházi ellátás, így a kórházi felvételt elkerülő esetek alacsonyabb szinten történő ellátása jelentős kiadáscsökkenést eredményez. Az előregedő lakosság és egyes elszegényedő régiók azonban megfelelő szociális ellátórendszer kiépítése és fenntartása hiányában továbbra is a fekvőbeteg-ellátó rendszer igénybe vétele felé nyomják az érintett lakosságot.

3. Az interjúk tapasztalatai

Az adatfelvételeket (interjúkat) egy előre meghatározott adatgyűjtési koncepció mentén végeztük, amelyek sajátossága, hogy négy adatfelvételi szinten zajlottak.

Az egyes adatfelvételi szinteken a következőket határoztuk meg:

- célcsoport
- fókusz (ok)
- módszertan
- mintaképzés

A célcsoportokat aszerint határoztuk el egymástól, hogy milyen módon voltak kapcsolatban a szűrési tevékenységgel. Eszerint szerepelnek a célcsoportok között a szűrésben résztvevő emberek, a helyi alapellátásban dolgozó egészségügyi szakemberek, a projekt lebonyolításában résztvevők, valamint természetesen azok a hatósági, igazgatási szakemberek, akik egy-egy helyszínen hozzájárultak a szűrések sikeres megszervezéséhez.

Az interjúk fókuszainál meghatároztuk azt, hogy az adatgyűjtés milyen szakterületekre koncentrál, mik azok a témakörök, amelyekkel kapcsolatban adatokat gyűjtünk.

A módszertani definiálás célja az volt, hogy minden egyes szűrési szinthez rendeljük hozzá azokat a tudományosan megalapozott adatgyűjtési módszertanokat és adatgyűjtési design-t, amely segítségével következetesen érvényesíteni tudjuk az adatok összevethetőségét és elemzését.

A mintaképzés tulajdonképpen a módszertani definiálásból adódik, azt szabályozza, hogy a teljes adatsokaságból milyen módon emeljük ki azokat a mintákat, amelyekkel majd dolgozunk.

Az adatgyűjtési struktúra összefoglaló táblázata

Adatfelvételi szint	Célcsoport	Fókusz(ok)	Módszertan	Mintaképzés
I. Szűrési szint	a szűrésbe bevont lakosság	egészségtudatosság, egészségműveltség (health literacy), egészségügyi információk értelmezése	általános egészségpszichológiai, egészségpszichológiai kérdőívek (S-TOFHLA, HLSI) és specifikus tesztek a szűrések típusához igazítva (pl.: CLS, CHLT-30)	minden szűrési helyszínen, irányított mintavétel a szűrésben részt vett személyek 25%-ával, reprezentatív demográfiai mintán keresztül
II. Alapellátási szint	a szűréssel érintett településeken, az alapellátásban dolgozó szakemberek	egészségmotiváció, területi mintázottság, közösségi reziliencia, egészségügyi kommunikáció, veszélyeztetett csoportok azonosítása	strukturált mélyinterjú, tartalomelemzés-sel	szűrési helyszínenként legalább 1 fő: háziorvos, védőnő, helyi egészségügyi szakdolgozó

Adatfelvételi szint	Célcsoport	Fókusz(ok)	Módszertan	Mintaképzés
III. Kordinációs szint	a szűréseket szervező önkéntesek, helyi máltai munkatársak	egészségügyi kommunikáció, szűrési csoportok szervezése, nehéz kommunikációs helyzetek, helyi partnerség, szűrési logisztika	strukturált fókuszcsoportos interjúk	minden szűrési helyszínen, minimum egy fókuszcsoport (12 fő)
IV. Igazgatási szint	az egészségügyi közigazgatás regionális szakemberei (tisztiorvosi szolgálat)	egészségmutatók trendjei, területi mintázottság, további szűrési igények (földrajzi és szakterületi)	strukturált mélyinterjú, tartalomelemzéssel	szűrési helyszínenként legalább 1 fő az egészségügyi igazgatás területéről (tisztiorvos, közegészségügyi szakorvos)

3.1. A szűrési szint tapasztalatai

Az adatfelvételeket személyes kikérdezéssel, két munkanyelven vettük fel. Az egyes szűrési alkalmakkor figyelembe vettük azt, hogy az adatgyűjtés ne korlátozza a szűrések elsődleges céljának megvalósulását. Tapasztalataink szerint, az összeállított kérdőívek megválaszolása és kitöltése nem jelentett nehézséget a válaszadók és az adatokat felvevők számára. Azokban az esetekben, ahol nyelvi, vagy értelmezési problémák adódtak külön jeleztük, de ezen esetek száma nem érte el a 3%-ot sem. Tapasztalataink szerint ez az adatfelvételi mód jóval hatékonyabb volt, mint az önkitöltésen alapuló adatgyűjtés, különösen ha az időfaktort vesszük figyelembe.

3.2. Az alapellátási szint tapasztalatai

Az alapellátási szinten végzett interjúk tanulsága szerint az adatgyűjtésbe bevont szakemberek jól fogadták a szűrési projektet, hasznosnak érezték, különösen abban a tekintetben, hogy az alkalmas volt az egészségtudatosság növelésére. minden esetben elhangzott az az interjúk során, hogy mind gyakoriságában, mind pedig a szűrési szakterületek tekintetében célszerű lenne kibővíteni ezt a tevékenységet.

3.3. A koordinációs szint tapasztalatai

A koordinációs szintek teljes vertikumában végeztünk interjúkat, így sikerült adatokat gyűjtenünk a helyi szervezésben résztvevő kollégáktól, készült interjú a regionális koordinációs munkatárssal és a szakmai projektvezetővel is. Köszönhetően a projekt professzionális menedzsmentjének jól látható volt az egységes szemlélet, a szervezettség és az eredményfókuszú munkaszervezés teljes vertikuma. Az interjúkba bevont személyek a helyi szinten fókuszcsoportos formában vettek részt az interjúkn, míg a magasabb projektszinteken egyéni interjúkat készítettünk.

3.4. Az igazgatási szint tapasztalatai

Az igazgatási szinten viszonylag kevés információ volt megjeleníthető a konkrét projekttevékenységgel kapcsolatban, de nemzeti egészségügyi hálózat és rendszer működéséről sok fontos információt kaptunk. Különösen érdekes volt a jogalkotási részt is látni egy országgyűlési képviselők keresztül.

4. Definiálás és módszertan

4.1. A szűrési szint kérdőíve

A szűrési szinten egy komplex kérdőívet alkalmaztunk, amely integrálja a legfontosabb egészségműveltségre, egészségtudatosságra vonatkozó robusztus, rapid kérdőíveket és egyben kiterjed a legfontosabb egészségi paraméterekre is.

A kérdőívet teljes terjedelmében az alábbiakban tesszük közzé.

A kérdőív eleje

(A) Chew-kérdések

Kérjük, jelölje be, hogy az alábbi állítások milyen gyakran igazak Önre! Mindegyik mellett 0–4-ig egy számsort talál, amelyen jelölje meg, milyen fokban jellemző az állítás Önre! (0=soha, 1=kevészszer, 2=néha, 3=legtöbbször, 4=mindig)

A kitöltésnél vegye figyelembe, hogy nincsenek jó vagy rossz válaszok, a cél, hogy pontos képet kapjunk az Ön mindennapi eligazodási képességeiről az egészséggel kapcsolatos információk, kiadványok terén!

A1. Mennyire érzi magabiztosnak magát, amikor önállóan tölt ki űrlapokat?

0	1	2	3	4

A2. Milyen gyakran segít Önnek valaki (például családtagja, barátja, kórházi dolgozó vagy gondozó) a kórházi írásos anyagok értelmezésében?

0	1	2	3	4

A3. Szokott-e problémát okozni a kórházi írásos anyagok megértésének nehézsége abban, hogy megfelelő képet kapjon egészségi állapotáról?

0	1	2	3	4

(B) Szubjektív egészségérzet

Kérjük hogy válassza ki azt az állítást, amely leginkább jellemzi az Ön egészségi állapotát a saját vélekedése szerint!

B1. Mennyire érzi egészségének magát?

nagyon, teljesen egészséges vagyok	végül is egészséges vagyok	kevésbé, gyakran betegeskedem	egyáltalán nem	nem tudom

(C) Egészségtudatosság

Kérjük hogy válassza ki azt az állítást, amely leginkább jellemző Önre!

C1. Fontosnak tartja e az egészségtudatos megatartást? (táplálkozás, mozgás, egészséges életmód)

igen	nem	nem tudom

C2. Mennyi időt fordít átlagosan egy héten egészségének megóvására?

naponta több órát	heti néhány napot	havi néhány napot	semennyit

C3. Tudja e mennyi a:

	igen	nem
vérnyomása		
koleszterin szintje		
vércukor szintje		
BMI indexe		

C4. Milyen rendszerességgel ellenőrzi az alábbi paramétereket?

	naponta	hetente	havonta	évente többször	évente	nagyon ritkán	szinte soha
vérnyomás							
koleszterin szint							
vércukor szint							
testsúly							
labor paraméterek							

C5. Jár-e rendszeresen szűrővizsgálatokra?

havonta többször	negyed-évente	félévente	évente	nagyon ritkán	szinte soha

(D) Táplálkozás

Kérjük hogy válassza ki azt az állítást, amely leginkább jellemző Önre!

D1. Mennyire tartja fontosnak a táplálkozás szerepét egészsége megőrzésében?

nem fontos	fontos

D2. Odafigyel e a helyes táplálkozásra?

igen	nem

D3. Milyen gyakran használja a következő alapanyagokat?

	naponta	hetente többször	havonta	ritkán	nem használom
növényi olaj					
állati zsiradék					
cukor					

D4. Melyik kenyérfajtát fogyasztja gyakrabban?

	naponta	hetente egy-két alkalommal	havonta	nem eszem soha
fehér kenyér				
rozskenyér				
teljes kiőrlésű kenyér				

D5. Milyen gyakran fogyasztja:

	naponta	hetente többször	havonta párszor	évente	ritkán	soha
gyümölcs						
zöldség						
édesség						
egyéb nasi (chips, ropi...)						

(E) Káros szenvedélyek

Kérjük hogy válassza ki azt az állítást, amely leginkább jellemző Önre!

E1. Dohányzik? Ha igen, naponta hány dobozzal?

igen, több, mint 1 doboz	igen, kevesebb, mint egy doboz	néha, alkalmanként	nem dohányzom

E2. Fogyaszt e alkoholt, ha igen milyen rendszerességgel?

soha, nem iszom	ritkán, alkalmanként fogyasztok	havi 1-2 alkalommal	hetente többször	naponta

(F) Testmozgás

Kérjük hogy válassza ki azt az állítást, amely leginkább jellemző Önre!

F1. Mennyire tartja fontosnak a mozgás szerepét az egészsége megőrzésében?

egyáltalán nem	kissé fontosnak tartom	fontosnak is tartom, meg nem is	inkább fontosnak tartom	teljes mértékben

F2. Mennyit mozog átlagosan egészségének megóvása érdekében?

naponta	hetente többször	havonta néhányszor	évente néhányszor	ritkábban

(G) Lelki egészség

Kérjük hogy válassza ki azt az állítást, amely leginkább jellemző Önre!

G1. Mennyire jellemzik Önt az alábbi állítások?

	nem jellemez	közömbös	jellemez	nagyon jellemez
Lelkileg teljesen stabilnak érzem magam.				
Könnyen megbocsátok.				
A békülést mindig én kezdeményezem.				
Mindig sokat rágódom magamban bizonyos dolgokon. Döntéseimet általában befolyásolják az érzelmeim.				
Eszem helyett inkább az szívemre hallgatok.				

G2. Mit tesz Ön lelki egészségének megóvása érdekében?

Több válasz is adható!

rendszeresen járok templomba	közösségbe járok (egyesület, baráti kör, stb....)	gyakran vállalom olyan közösségi munkát, amivel segíthetek a rászorultakon	hetente jógázom /meditálok	pozitívan szemlélem a világot, megpróbálom mindenben meglátni a jót

Egyéb: _____

A kérdőív vége

Az egészségműveltség gyakorlati jelentőségét az egészségügyi következményekkel való kapcsolata adja, amelyekre elsősorban az alapkészségeket mérő, korrelációs vizsgálatok mutattak rá. Baker és munkatársai (2007) szerint az inadekvát egészségműveltség erős, pozitív kapcsolatban áll a mortalitással, és jobban képes bejósolni a szubjektíven és objektíven értékelt egészségi állapotot, mint az életkor, a jövedelem, a foglalkoztatási státusz, az iskolázottság vagy a faji, etnikai csoportokhoz való tartozás (Wolf et al., 2007).

A nem megfelelő egészségműveltséggel rendelkező személyek hosszabb időt töltenek kórházban és többször használják az egészségügyi rendszert, mint a magas

egészségműveltségű páciensek valamint nagyobb nehézséget okoz nekik az orvosi utasítások követése és az egészségügyi információk hitelességének megítélése. Ezek mellett Rudd, Anderson, Oppenheimer és Mtsai (2005) általánosságban alacsonyabb szintű kognitív működéssel, a depresszió és más mentális betegségek nagyobb arányával, illetve például a méhnyakrák előfordulásának megnövekedett kockázatával is talált összefüggést az olvasási készségek vonatkozásában. Az Amerikában és Európában végzett vizsgálatok robusztus összefüggésekre világítottak rá a funkcionális egészségműveltség és a demográfiai, illetve szocioökonómiai változók között. Egy 2007-es, brit felnőttek körében végzett kutatásban a TOFHLA (Test of Functional Health Literacy in Adults) tesztet alkalmazva azt találták, hogy az alacsonyabb iskolai végzettségű személyek, a férfiak és az alacsony jövedelemmel rendelkezők nagyobb valószínűséggel estek a korlátozott egészségműveltség kategóriájába. S-TOFHLA kérdőívvel mérték a 65 év feletti személyek egészségműveltségét. Az elért pontszám csaknem 10 ponttal kevesebb volt minden évtizeddel.

A családi állapot tekintetében a nem házasságban élőkénél találtak összefüggést az alacsonyabb egészségműveltséggel. A nemzetközi adatok egyetlen, de annál figyelemre méltóbb összefüggésben térnek el egymástól: Amerikában és Svájcban a krónikus betegség jelenléte magasabb egészségműveltséggel jár együtt, míg a nyolc európai országra kiterjedő, HLS-EU Consortium 2012-es felmérése szerint az életminőséget jelentősen korlátozó egészségi problémák, illetve egynél több krónikus betegség jelenléte 60%-ra növelte a korlátozott egészségműveltség valószínűségét. Az egészségműveltség fogalmát és hatásait az 1990-es évektől kezdve kutatják intenzíven Amerikában. Erre az időszakra tehető a legelterjedtebb, az egészséggel kapcsolatos témák megértéséhez szükséges alapkészségeket mérő tesztek kifejlesztése is. Az egyik a REALM-teszt amely 66 gyakori orvosi kifejezés felismerésén és kiejtésén keresztül méri a személyek funkcionális egészségműveltségét. A másik leggyakrabban alkalmazott eszköz a TOFHLA, illetve rövidített változata, az S-TOFHLA teszt. Ez olvasási és számolási alapkészségeket is mér kimondottan klinikai környezetben előforduló szövegek és problémák megértésén és megoldásán keresztül. Egy 2007-es, brit felnőttek körében végzett kutatásban

TOFHLA-tesztel mérve a résztvevők 11,4%-a rendelkezett marginális vagy inadekvát egészségkompetenciával.

A klinikum számára, előszűrési célokra fejlesztették ki a három tételt tartalmazó Chew-kérdéssort, amely önkitöltős formában méri azt, hogy a személynek mennyire okoz problémát az egészségügyi szövegek megértése, illetve felhasználása saját egészségi állapota megítélése érdekében. Inadekvát és marginális egészségműveltségűnek a válaszadók 14,2%-át sorolták be. Szintén önbevalláson alapul az egészségkompetencia kulturális felfogását érvényesítő, legújabb európai teszt, a HLS-EU (The European Health Literacy Survey), amely 47 kérdéson keresztül méri az egészségügyi rendszerből, a betegségmegelőzés területéről és az egészségfejlesztésről származó információk elérésének, megértésének, kritikai megítélésének és alkalmazásának képességét. A HLS-EU-t és az NVS-t tartalmazó, nyolc európai országra kiterjedő felmérésben a válaszadók 12%-a rendelkezett inadekvát és további 35%-a problémás egészségműveltséggel. Megjegyzendő, hogy az egészségműveltség komplexebb, kulturális felfogását érvényesítő mérőeszköz inkább az egészségtudatosság mértékét jelzi, így az eredményeket befolyásolhatja a személy önértékelése, egészséggel kapcsolatos problémamegoldási készségeinek megítélése, sőt az adott ország egészségügyi rendszerére jellemző patriarchális felépítés is. Fejlesztői hangsúlyozottan kutatási és nem szűrési vagy klinikai célokra hozták létre ezt a mérőeszközt.

Az egészség-magatartást azoknak a viselkedéselemeknek és attitűdöknek az összességüként jellemezhetjük, amelyek szerepet játszhatnak az egyén egészségének megőrzésében, megromlásában vagy helyreállításában, függetlenül attól, hogy ezek a viselkedéselemek tudatosan az egészségre irányulnak vagy sem. Ez nem csupán protektív, azaz egészséget megőrző, valamint preventív, vagyis megelőző viselkedéselemeket, hanem egészségveszélyeztető magatartási tényezőket is magukba foglalnak, mint a helytelen táplálkozási szokások, a mozgásszegény életmód és a rizikómagatartás-formák (például dohányzás, alkoholfogyasztás, szerhasználat, korai szexuális élet). További fontos szempont, hogy az egészséget befolyásoló egyes magatartásmódok nem izoláltan, hanem

mindig egy komplex egész részeként működnek, vagyis a különböző viselkedéses, szociális és egyéni tényezők egymással bonyolult kölcsönhatásban állnak.

Az egészség-magatartás komponenseit számos kutatás elemezte. Több befolyásoló tényezőt találtak, többek között a személy nemét. A nőkre az egészségtudatosság magasabb foka jellemző. Saját, egyetemisták körében végzett kutatásunk is megerősítette ezt. Ez a táplálkozással, fizikai aktivitással, prevencióval, szerfogyasztással, szexualitással és promiszkuitással, valamint telefon- és internetfüggőséggel kapcsolatban szignifikánsan pozitívabb attitűdök megjelenésében volt tapasztalható, habár a férfiak szubjektív egészségi állapotukat szignifikánsan jobbnak vélték. Emellett elmondható, hogy az életkorral csökken az egészségtudatosság egy bizonyos ideig: serdülőkorban és még fiatal felnőttkorban is a kockázati magatartásformák prevalenciája magasabb, s az érett felnőttkortól kezdődően tapasztalható ebben csökkenés. Ez abban a tekintetben is megfigyelhető, hogy prepubertás korban még alacsonyabb a rendszeres dohányzás, alkoholfogyasztás és szerhasználat prevalenciája, s ez folyamatos növekedést mutat serdülőkorig, illetve még fiatal felnőttkorban is, s csak a középső felnőttkorban vezet csökkenéshez. Emellett a sportolás gyakorisága is csökkenő tendenciát mutat serdülőkorban és fiatal felnőttkorban.

Az egészség-magatartásra a család szocioökonómiai státusza (SES) is jelentős hatással van, ám az ezzel kapcsolatos kutatási eredmények ambivalensek. A szülők iskolai végzettsége negatív hatású gyermekeik alkoholfogyasztási szokásaira. A magasabb iskolai végzettségű szülők gyermekeire nagyobb mértékű alkoholfogyasztás és „binge drinking” (nagyivászat) jellemző, mint az alacsonyabb iskolai végzettségű szülők gyermekeire. Ez az összefüggés a szerfogyasztás tekintetében is kimutatható: a magasabb szocioökonómiai háttérrel jellemezhető családok gyermekei között nagyobb a szerfogyasztás prevalenciája. Más kutatások eredményei szerint azonban a magas SES védőfaktor a szerfogyasztás ellen.

A lakóhely típusa – amely szintén kapcsolatba hozható a szocioökonómiai státusszal – is jelentős hatást gyakorolhat, ám az ezzel kapcsolatos kutatási eredmények némiképpen ellentmondanak az előzőekben ismertetett eredményeknek. A kutatások többsége ugyanis azt találta, hogy a hátrányos szociális helyzettel, valamint alacsony társadalmi státusszal jellemezhető városrészekben élő, szegregált fiatalok körében magasabb a rizikó-magatartások megjelenési aránya, vagyis az alacsony SES az egészségkockázati magatartások egyik rizikófaktora. Emellett a lakástípus hatása jelentős, hiszen az egészség szempontjából kockázatos magatartásformák aránya a bérlakásban és a lakótelepi lakásban élőkénél magasabb a családi, kertes házban élőkkel összehasonlítva, ami természetesen ugyancsak kapcsolatban áll a szocioökonómiai státusszal. A szubjektív vallásosság is protektív faktorként tekinthető az egészség-magatartás szempontjából. A vallásosság olyan tényezőkkal korrelál, mint a hosszabb élettartam, jobb életminőség, alacsonyabb szorongás, depresszió és öngyilkosság, vagy hatékonyabb megküzdési stratégiák. Pikó a Szegedi Ifjúságkutatás során megállapította, hogy az alkoholfogyasztás prevalenciája és mértéke alacsonyabb azon fiatalok körében, akiknek az életében a vallás fontos szerepet játszik, vagyis akik magasabb spirituális jólléttel jellemezhetőek.

Az egészségtudatosság szempontjából kiemelkedő jelentőségű az egészségpercepció és az önértékelt egészségszint. Orvostanhallgatókat vizsgálva megállapították, hogy a hallgatók közel háromnegyede jónak, illetve nagyon jónak ítéli egészségi állapotát; csaknem mindannyian úgy vélekednek, hogy sokat, illetve nagyon sokat tehetnek az egészségükért. Ebben pedig igen nagy jelentőségű a család, illetve a kortársak és a tőlük kapott minta. A hallgatók jellemzően tudatában vannak a társas támasz szerepének, és ezzel elégedettek is.

4.2. Az alapellátási, koordinációs és az igazgatási szintek adatfelvétele

A nem-szűrési szinten végzett adatgyűjtések eszköze a munkánk során alapvetően három típusba tartozott:

1. fókusz csoport (koordinációs szint)
2. strukturált egyéni interjú (alapellátási szint)
3. félig strukturált interjú (igazgatási szint)

4.2.1. A fókuszcsoportok forgatókönyve

- A csoport nyitása: bemutatkozás, a fókuszcsoport célja, keretei, módszertana (5')
- A résztvevők bemutatkozása az alábbiak szerint (résztvevőnként 3')
 - név
 - milyen minőségben vett részt a munkában? (alkalmazott, önkéntes, egészségügyi szakdolgozó, stb.)
 - melyik helyszínen vett részt a szervezésben?
 - milyen szerepe, feladata volt a szervezés során?
- Moderált beszélgetés az alábbi fókuszpontokkal (30')
 - hogyan jellemezhető a célcsoport? (kikből áll, kiket céloztak meg elsősorban?)
 - milyen helyi partnereket vontak be a toborzásba? kik voltak a legsikeresebb helyi partnerek?
 - milyen kommunikációs csatornákat használtak a célcsoport elérésére?
 - milyen nehézségekkel találkoztak a szervezés során?
- Javaslatok, ötletek (15')
 - milyen javaslatai lennének a következő helyszínekre szervezett szűrések szervezéséhez?
 - mit csinálna másként a saját munkájában?
- A csoport zárása: moderátori összegzés, köszönet (5')

4.2.2. A strukturált interjúk fókuszai

1. Mennyire ismeri annak a projektnek a céljait, tartalmát, amely esemény jelenleg zajlik?
2. Polgárként és politikusként hogyan látja a romániai egészségügyi rendszert, mik a legfontosabb tendenciák? Milyen szerepe van a prevenciónak, szűrővizsgálatoknak?
3. Miben tudta segíteni a jelenlegi szűrés eredményességét?
4. A szűrésben résztvevők kapcsán milyen célcsoportokat lát?
5. Kik voltak a partnerek a szűrés szervezésében? Melyik partneri csoport volt a legeredményesebb a páciensek megnyerésében? Miért voltak ők a legsikeresebbek?
6. Milyen kommunikációs csatornákat használtak a páciensek megnyerésében?
7. Milyen problémákkal, nehézségekkel találkozott a szervezés során?
8. Ha most kellene elkezdni a szűrés szervezését, mit csinálna másképp?

4.2.3. A tartalomelemzés, mint módszer

Az interjúkat kvalitatív jellegűnek megfelelően tartalomelemzéssel dolgoztuk fel. A tudományos igényű tartalomelemzés viszonylag új a társadalomtudományok módszer-arszenáljában. Alkalmazása az utóbbi két évtizedben a tartalomelemzés alkalmazása a társadalomtudományokban, mindenekelőtt a szociológiában, a pszichológiában, a politológiában, a médiakutatásban, de a pszichiátriában, a néprajzban, a nyelvészetben, illetve az irodalom- és történelemtudományban vált ismertté hazánkban is. Szélesebb körű érdeklődésre a közgazdaságtudomány vagy speciálisan a piackutatás részéről csak az utóbbi időben tart számot.

Természetesen egy-egy regény, politikai beszéd tartalmának elemzéséről már régebb óta beszéltek anélkül, hogy ez körülírt vizsgálati módszerré vált volna. A

tartalomelemzés több tudományterületből származó, pontosabban számos társadalomtudományban használt, interdiszciplináris módszer.

Tudományos vizsgálati módszerként való megjelenése Holsti nevéhez fűződik. Ő volt az, aki a korábban meglehetősen rendezetlen és összerosódó tartalomelemzési vizsgálatok szétválasztásának elméleti alapjául a kommunikációs lánc elemeit tette meg (forrás, üzenet, befogadó stb.), és jól körülhatárolt útmutatóval szolgált a mintavételi és mérési eljárások tekintetében is.

A tartalomelemzés – klasszikus formájában – a kutató emberi produktumok (lásd A megfigyelés c. fejezetben a megfigyelési/elemzési egységeket is) sajátos osztályait a közleményeket vizsgálja. Közleményeknek nevezünk minden szó- vagy írásbeli kommunikációt. Tágabb értelemben ide sorolható minden olyan emberi megnyilatkozás, amelynek mondanivalója „dekódolható”, mint pl. egy festmény, a tánc, a mozgások és gesztusok, az álmok.

A klasszikus tartalomelemzés sajátos megközelítésmódot választ az adatok elemzésére azzal, hogy a közlések (szakkifejezéssel: közlemények) tárgyának a tartalmat tekinti.

A tartalomelemzés kialakulásának és fejlődésének két szakasza különböztető meg, amely szakaszok két, különböző alapszemléletű módszert teremtettek meg: a kvantitatív és a kvalitatív tartalomelemzést. A két módszer eljárásaiban, adatelemzési algoritmusában helyenként sok hasonlóságot mutat, ezért e közös fogalmakat és módszertani műveleteket nem külön fejezetekben tárgyaljuk. Jelenleg a nemzetközi tudományos életben a kvantitatív és a kvalitatív megközelítés integrálásának korszakát éljük. A kvantitatív tartalomelemzés e módszernek a klasszikus formája, amelyet Holsti mellett Berelson és Krippendorff képvisel. A kvalitatív tartalomelemzés a Glaser és Strauss-féle (1967) „elméletképzés”-ben (más szóval „megalapozott elmélet”-ben) gyökerezik, de nagy hatással volt kialakulására az ún. „természetszerű vizsgálódás” felfogásmódja is. A tartalomelemzés segítségével a kutató azonosítja

és/vagy feltárja a fókuszcsoportok, az interjúk szövegében (átirataiban), a reklámokban vagy akármilyen más szövegben a szavak jelentéseit, a fogalmak értelmét, illetve a használt fogalmak (szókészlet, fogalomkészlet) összetett kapcsolatait. A szavak, szófordulatok gyakoriságából és a fogalmak egymáshoz viszonyított kapcsolataiból következtetéseket von le – más szóval hipotéziseket vet fel – a közlés (közlemény) forrásáról.

Az azonosított, illetve feltárt tartalmak lehetnek nyilvánvalóak (manifeszt tartalmak) vagy mélyen rejlő, lappangó, nem a szöveg elsődleges jelentésében szereplő tartalmak (látens tartalmak). Ezek olyan információk, amelyek a közleményben nincsenek nyíltan kimondva. A kezdeti tartalomelemzés olyan kvantitatív módszer volt, ami kizárólag a megjelenő, tehát manifesztálódott szövegtulajdonságokra volt tekintettel, a lappangó, látens jelentésre nem. Más szóval: a régi felfogás szerint csak olyan tartalmakat elemezhetünk, amelyek egy dokumentumban nyíltan ki vannak fejezve. Ezt a merev álláspontot a modernebb kutatók meghaladták, hiszen a tartalmi elemzés létértelme éppen az a többletinformáció, amelyet a ki nem fejezett nyelvi szint tartalmaz. A közleményeknek nem egyetlen jelentésük van, amelyet „ki kell bányászni”. A szövegszövegek mindig többféle nézőpontból vizsgálhatók, a jelentésük egyénekenként is különbözhet, különösen akkor, ha a vizsgálat témája az emberi kapcsolatok vagy a termékekhez való viszonyulások értékelése.

Tartalomelemzésnek nevezzük azt a kutatási eljárást, amely segítségével a szövegszövegekből, olyan következtetések vonhatók le, amelyek a közleményekben nyíltan nincsenek kimondva, de a szöveg szerkezetéből, az elemek együttes előfordulásából és azok törvényszerűen visszatérő sajátosságaiból kiolvashatók. Ahhoz, hogy a tartalomelemzés értelemmel telítődjön, és valamilyen rendszer szerint működjön, a fogalmak kapcsolódási mintázatainak – pl. bizonyos fogalmak tendenciaszerű „együtt járásainak” – vizsgálata előtt néhány előkészítő műveletet kell elvégeznünk. Ezek mind a kvantitatív, mind a kvalitatív tartalomelemzés esetében a mintavétel, az elemzési egységek meghatározása és a tartalmak kódolása.

Ha nagy terjedelmű közléseket vizsgálunk (éppúgy, mint egyének esetében) lehetetlen minden egyes elemet figyelembe vennünk. Ilyen helyzetben a tartalomelemzésnél a nagy terjedelmű „szövegtörzsből” úgy veszünk mintákat, hogy azok tükrözzék az egész közlemény sajátosságait. A mintavétel módjának megválasztásánál messzemenően figyelembe kell venni azt, hogy melyik a vizsgálat céljához legjobban illeszkedő elemzési egység. A mintavétellel gondoskodunk arról, hogy a mintába való felvételekor ne legyen részrehajlás egyik vagy másik elemzési egység javára. Ha nagy adatmennyiségből kell választanunk, a mintavételi típusai a következők lehetnek. A szisztematikus mintavétel azt jelenti, hogy egy lista minden n -edik egységét beválasztjuk a mintába, miután véletlenszerűen meghatároztuk a sorozat kiindulópontját.

A tartalomelemzésben a szisztematikus mintavételt akkor részesítik előnyben, ha az adatok rendszeresen megjelenő publikációkból, tévé-műsorokból, emberek közötti interakciók sorozatából, írásművek, rádióreklámok vagy reklámfilmek sorozatából származnak. A szisztematikus mintavétel fő problémája az, hogy az n szakasz intervalluma állandó, és ezért félrevezető mintákat hozhat létre, ha egybeesik bizonyos természetes ritmusokkal, pl. a szezonális változásokkal vagy más, ciklikus szabályszerűségekkel. Ezért aztán nem tanácsos egy napilap minden hetedik példányát kiválasztani (önmagunkat vezettük így félre, mert így pl. az n -edik elem a hétfői szám lenne, s így, csak a hétkezdő napilap jellegzetességeivel találkozánk, nem a mindennapok változatosságával). Ezért okosabb, ha mondjuk minden ötödiket emeljük ki. Változó valószínűségű mintavétel. Ebben az esetben a mintába való bekerülés valószínűségét minden egység számára előzetesen megállapított kritérium szabja meg.

Leggyakrabban az ún. „arányosított alminták alapján történő mintavétellel” találkozunk, amelyeknél az almintába kerülés valószínűségét az almintá / minta százalékos arányához igazítják. Ez azt jelenti, hogy amilyen mértékben része az almintá annak a populációnak, amelyből a mintát képezzük, olyan mértékben kerül bele a vizsgálatba. A változó valószínűségű mintavétel azért fontos a tartalomelemzés számára, mert épp az a feladata, hogy olyan jelenségekkel kapcsolatban fogalmazzon meg

következtetéseket, amelyek sokszor torzítva jelennek meg a hivatalos közleményekben.

Ha képet akarunk kapni arról, hogy milyen összkép (imázs) alakult ki a fogyasztók körében egy adott termékről, érdemes belevenni – különböző arányszámmal (valószínűséggel) – az egyik almintába a reklámközlemények különböző elemeit és a másik almintába a termék fogyasztóinak közléseit. Az ilyen vizsgálat megtervezésénél a piackutatónak szem előtt kell tartania, hogy a reklámok nem mások, mint szisztematikusan eltorzított mintái a fogyasztók körében élő véleményeknek. Előfordulhat, hogy a tartalomelemzés eredményei az egyik almintában lényegesen különböznek a másik almintában kapott eredményektől. Fontos támpontot jelenthet a gyártó vagy a forgalmazó számára hogy a fogyasztók másként vélekednek a termékről, mint ahogyan azt a termék reklámjai üzenik.

A változó valószínűségek azt a gyakorlati ismeretet reprezentálják, amellyel a kutató az adatok kontextusáról rendelkezik, minthogy azonban ez az ismeret gyakran bizonytalan vagy hipotetikus, a változó valószínűségű mintákat nehéz igazolni, és csak rendkívüli óvatossággal szabad velük dolgozni. Minden tartalomelemzés (az előkészítő szakaszokat követően) három alapvető munkafázisra bontható:

Az első fázis a **kódolás** szakasza. Ebben a fázisban a szöveg egyes részeit (pl. a fókuszcsoport vagy az egyéni mélyinterjú szöveges átiratának „kódolási egységeit”) előre megállapított kategóriákhoz soroljuk. A kvalitatív tartalomelemzés esetében a kódolás nem előre meghatározott kategóriák szerint történik, hanem ezek a kategóriák az elemzés folyamatában alakulnak ki. Csak olyan szavak, mondatok jelentése kódolható, amelyek a szövegben ténylegesen megjelennek. A jelen nem levőt nem lehet sem megszámolni, sem kódolni.

A második fázis az **elemzés** szakasza. Az első munkaszakaszban kódolt tartalmakat itt dolgozzuk fel, itt vizsgáljuk meg az egyes előfordulási gyakoriságok számát egy-egy adott kód kategória esetében, vagy két, sőt több kód együttes előfordulását. Itt, a

második szakaszban a nem jelenlévő fogalmak is felszínre kerülnek (látens tartalom). Egyrészt, mivel minden kód valamilyen jelentést szimbolizál, két-három kódnak az együttes előfordulása „jelentéstöbbletet” hoz létre, amely nem volt benne az eredeti szövegben, másrészt itt már fontos tartalmi mutatóvá válhat valaminek a hiánya is.

A harmadik szakasz az **értelmezés** szakasza. A tendenciaszerű együttes előfordulások a szövegben törvényszerűségekre engednek következtetni, amelyek értelmezhetővé válnak. Ha viszont egy dokumentumban nem szerepel egy olyan kód (által jelzett fogalom), amelyet ott elvárnánk – mert pl. korábbi hasonló dokumentumokban mindig szerepelt –, akkor egy nem jelenlévő tartalomra, rejtett, látens mozzanatra bukkantunk, amely esetleg éppen „sokatmondó hiánya” miatt lehet meghatározó.

A tartalomelemzés során vizualizáltuk az elhangzottakat mindmapping eszközzel, MindMup alkalmazás segítségével.

5. A kutatási folyamat bemutatása, kifejtése

A kutatási folyamat alapvetően kétféle természetű volt. A szűrési szinten felvett kérdőíveket, melyek két nyelven kerültek felvételre összesítettük, majd alapstatisztikákat, leíró jellegű számításokat végeztünk rajtuk. Az alkalmazott kérdőív több egészségpszichológiai, egészségpszociológiai kérdőívből került összeállításra, a skálarendszerük, az egyes válaszmezők változatosak voltak. A megbízásnak nem volt része mélyebb, sokváltozós és téri változókkal történő adatelemzés, de itt hívjuk fel a figyelmet arra, hogy a felvett adatbázis rendkívül sokrétű és izgalmas elemzésre, kutatásra ad lehetőséget, amely az adott projekt számára is sok tanulsággal szolgálhat.

A másik kutatási folyamat a tartalomelemzésé, amely sokkal kevésbé egzakt eredményeket ad, bár az utóbbi évtizedekben a tudomány igyekezett standard eljárásokkal módszertani támogatást adni az ilyen információhalmazokhoz. Jelen tanulmány keretében az egyes szinteken egy-egy mindmap formájában dolgoztuk fel az interjúkat és jelenítettük meg vizuálisan. Az interjúkban található információtartalom meglehetősen fragmentált képet mutat, így nagyon nehéz volt a kis számú elem alapján egzakt következtetéseket levonni.

6. A kutatási eredmények bemutatása

6.1. A szűrési szinten végzett vizsgálatok eredményei

Demográfiai kérdések

A nemek megoszlása (N=338)



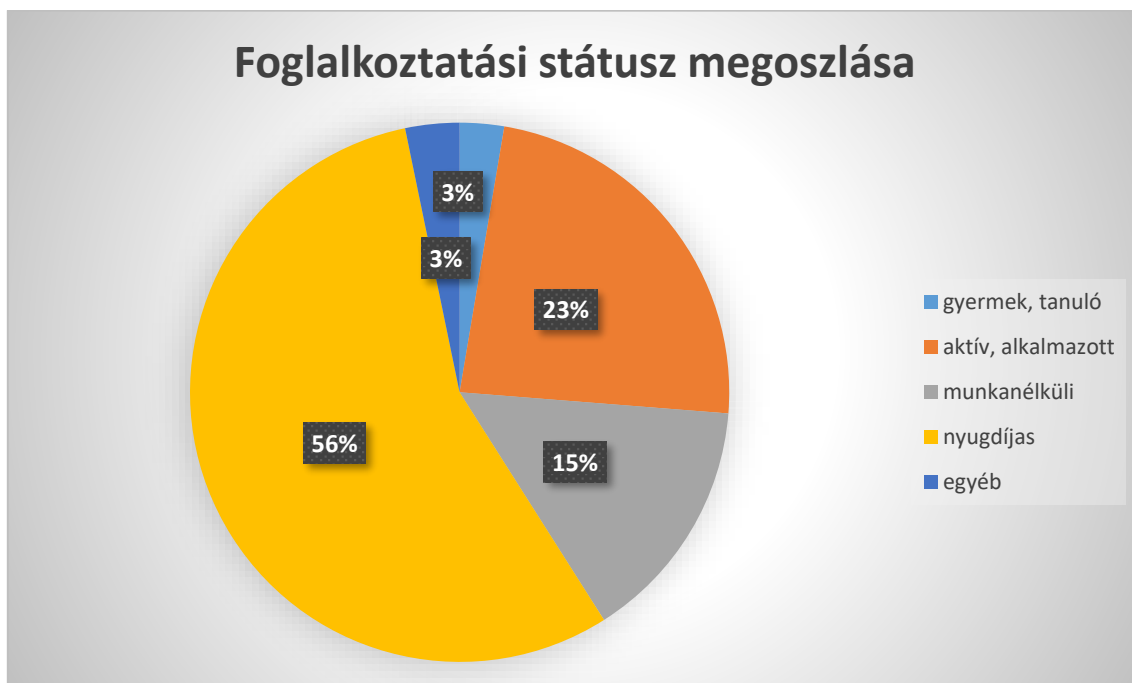
A szűrésben résztvevők nemenkénti megoszlását tekintve kiegyenlítettség figyelhető meg, a résztvevők mintegy kétharmada nő.

Koreloszlás (N=340)



A szűréseken megjelentek között dominál az idős korosztály, több mint a kétharmada a megjelenteknek 50 év feletti. Ez alapvetően két kézenfekvő tényezővel magyarázható: egyrészt az idősebb korban fokozottan jelentkeznek az egészséggel kapcsolatos problémák, másrészt ez az a korosztály, amely a napi rutinja, munkavégzése mellett képes időt szakítani arra, hogy egy munkanapon részt vegyen egy ilyen több órás elfoglaltságot jelentő szűrésen.

A szűrésben résztvevők foglalkoztatási státusza (N=339)

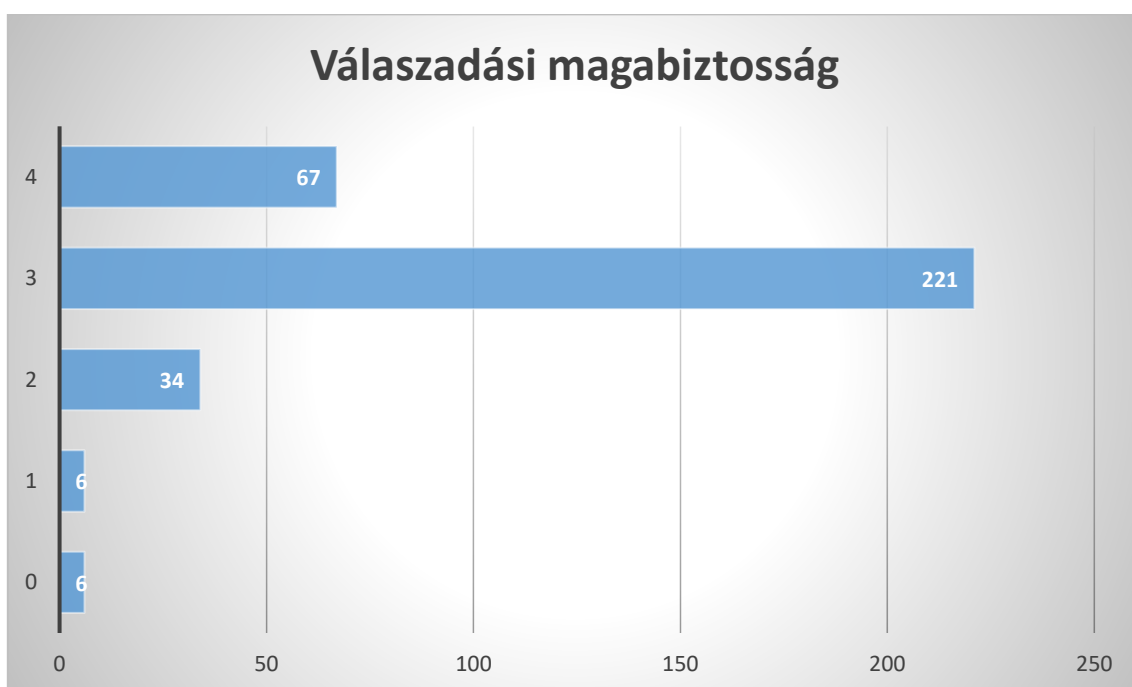


A foglalkoztatási státusz alapvetően az életkorral kapcsolatos adatokat követi le. Természetesen a legnagyobb arányban a nyugdíjas korosztály jelent meg a szűréseken, de figyelemre méltó az, hogy az aktív korosztály is nagy számban van jelen. Ez alapvetően az egészségtudatosságra enged következtetni.

(A) Chew kérdések

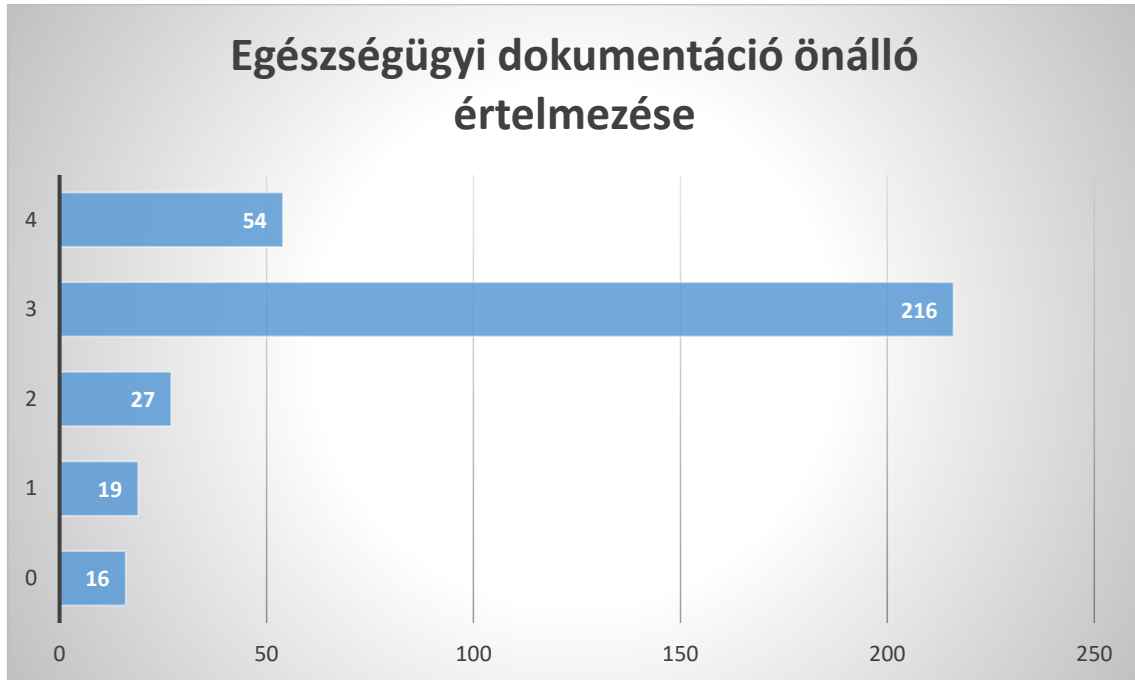
Skála: 0=soha, 1=kevészer, 2=néha, 3=legtöbbször, 4=mindig

A1. Mennyire érzi magabiztosnak magát, amikor önállóan tölt ki űrlapokat? (N=334)



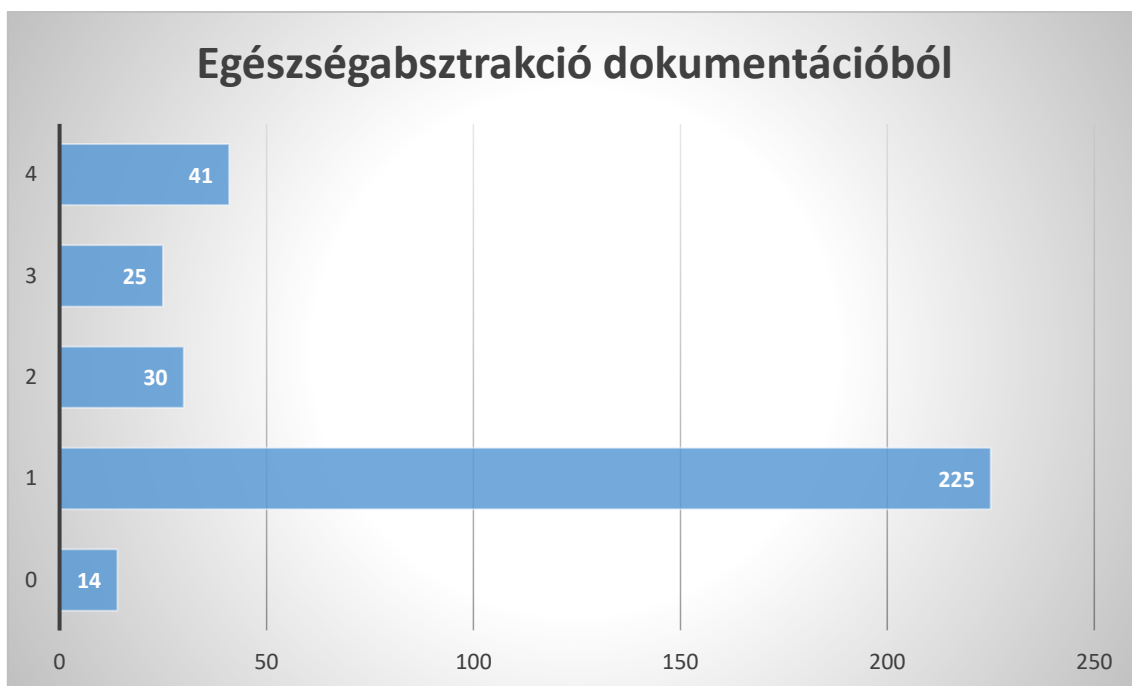
A kérdésre adott válaszok leképezik az európai középosztály válaszadási mintázatát, amelyben a legtöbbben erre a kérdésre a „legtöbbször” választ adják meg. El kell mondani ugyanakkor, hogy az általános gyakorlattal ellentétben a mintavételünk során nem önkitöltéssel kerültek felvételre az adatok, ezért az erre a kérdésre adott válaszok egy kissé torzítanak valószínűleg.

A2. Milyen gyakran segít Önnek valaki (például családtagja, barátja, kórházi dolgozó vagy gondozó) a kórházi írásos anyagok értelmezésében? (N=332)



Az egészségügyi dokumentációk önálló kezelésének képessége kulcsfontosságú az egészségműveltség és az egészségtudatosság szempontjából, akár ebben a projektben is, ahol a résztvevők a későbbiekben kézhez kapják a vizsgálati eredményeiket. Ennél a kérdésénél látható az, hogy az előbbi kérdéshez képest már nyílik az az olló, amely a „többnyire” válasz maximumával kapcsolatos. Ez azt jelzi, hogy a szűréséken résztvevőknek egy jelentős része képtelen önállóan kezelni és tájékozódni a saját egészségügyi dokumentációjában, amely természetesen a tartalom megértésére is kihat.

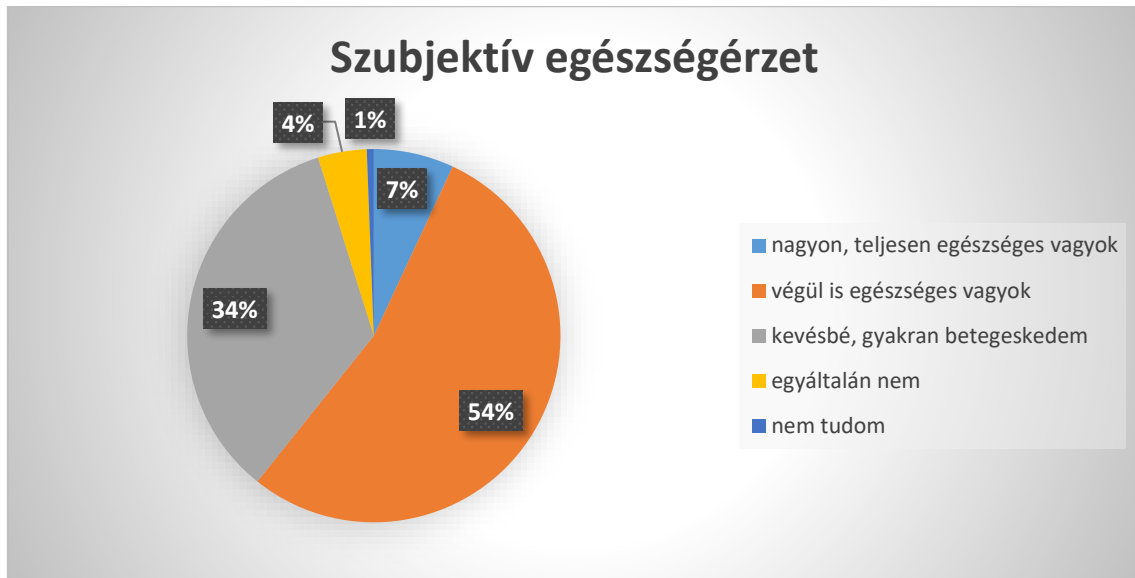
A3. Szokott-e problémát okozni a kórházi írásos anyagok megértésének nehézsége abban, hogy megfelelő képet kapjon egészségi állapotáról? (N=335)



Arra a kérdésre, hogy képesek megítélni az egészségügyi dokumentációból a saját egészségi állapotukat a leggyakoribb két válasz a „mindig” és a „kevésszer” volt. Ez azt jelenti hogy van problémája a szűrésben résztvevő embereknek azzal, hogy értelmezni tudja az egészségügyi dokumentációt. A projekt szempontjából ez azért lényeges kérdés, mert ha fontos az, hogy a páciens maga is megértse önállóan, hogy mit jelentenek az eredményei az egészségügyi dokumentációban, akkor fokozottan kell figyelni arra, hogy az eredmények mellé milyen magyarázatokat fűzünk, milyen nyelvi kontextusban hangzanak el a legfontosabb információk.

(B) Szubjektív egészségérzet

B1. Mennyire érzi egészségesnek magát? (N=331)

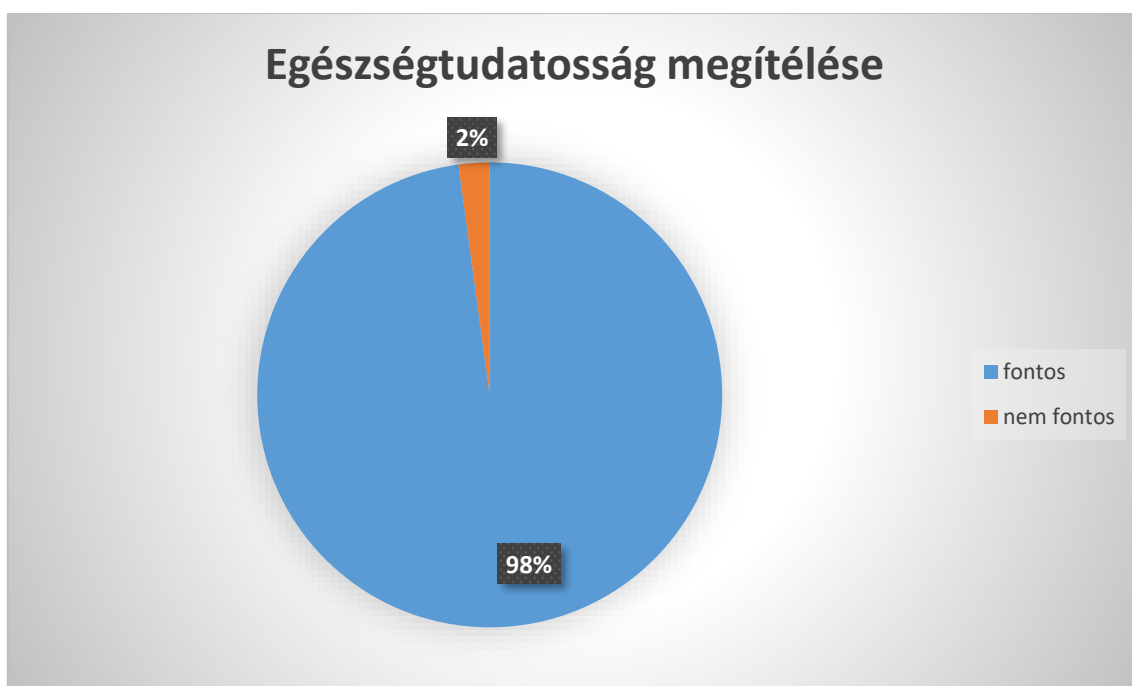


A szubjektív egészségérzetre vonatkozó kérdés, egy nagyon egyszerű, robusztus adat, amely segítségével jó képet lehet arról kapni, hogy milyen az egészséggel kapcsolatos attitűdje a résztvevőknek. Abban az esetben ugyanis, ha nagyrészt egészséges emberek (magukat annak érző) jelennek meg egy szűrésen, akkor az mindenképpen nagy egészségtudatosságra utal, mivel nem akkor lépnek kapcsolatba az egészségügyi rendszerrel, amikor már konkrét egészségi problémájuk adódik, hanem alapvetően preventív jelleggel szeretnének képet kapni az aktuális egészségi állapotukról.

Az általunk vizsgált embereknek nagyon kis része érezte magát teljesen egészségesnek (7%), a kérdésre „nem tudom” választ adók száma pedig elhanyagolható. A döntő többség valamilyen egészségi problémáról számolt be a szűrővizsgálat előtt, amely mindenképpen arra hívja fel a figyelmet, hogy a vizsgált populáció egészségtudatossága alacsony.

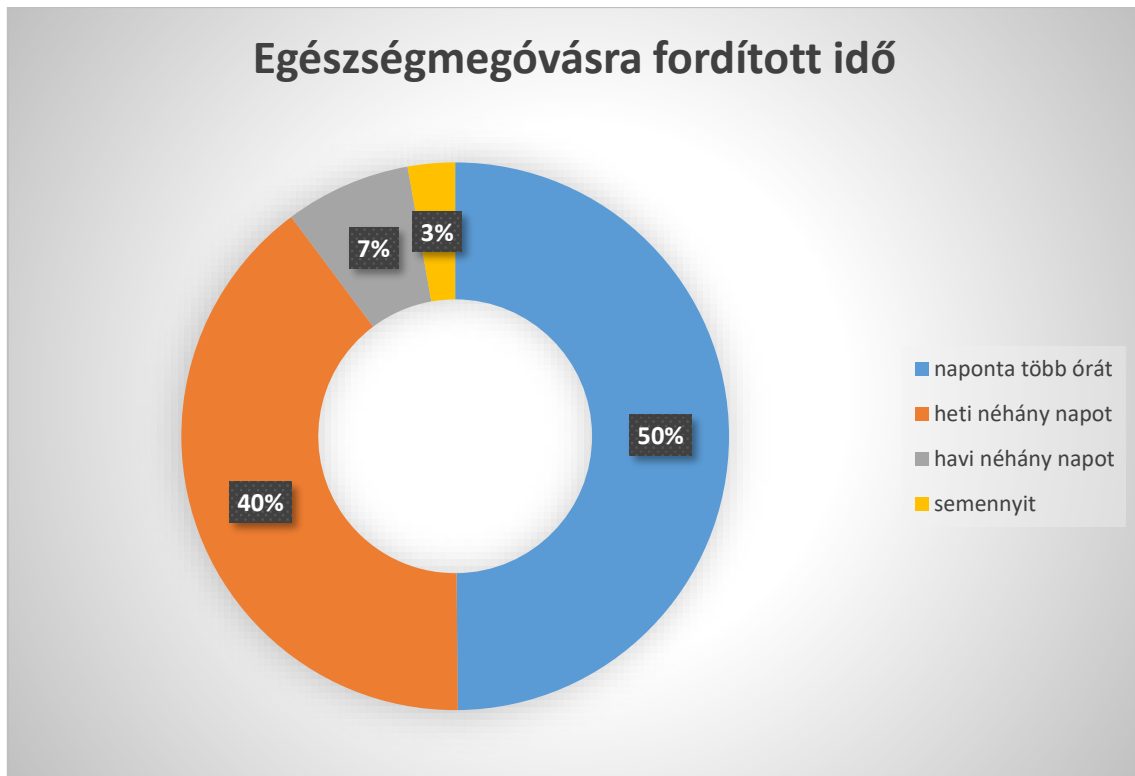
(C) Egészségtudatosság

C1. Fontosnak tartja e az egészségtudatos magatartást? (táplálkozás, mozgás, egészséges életmód) (N=326)



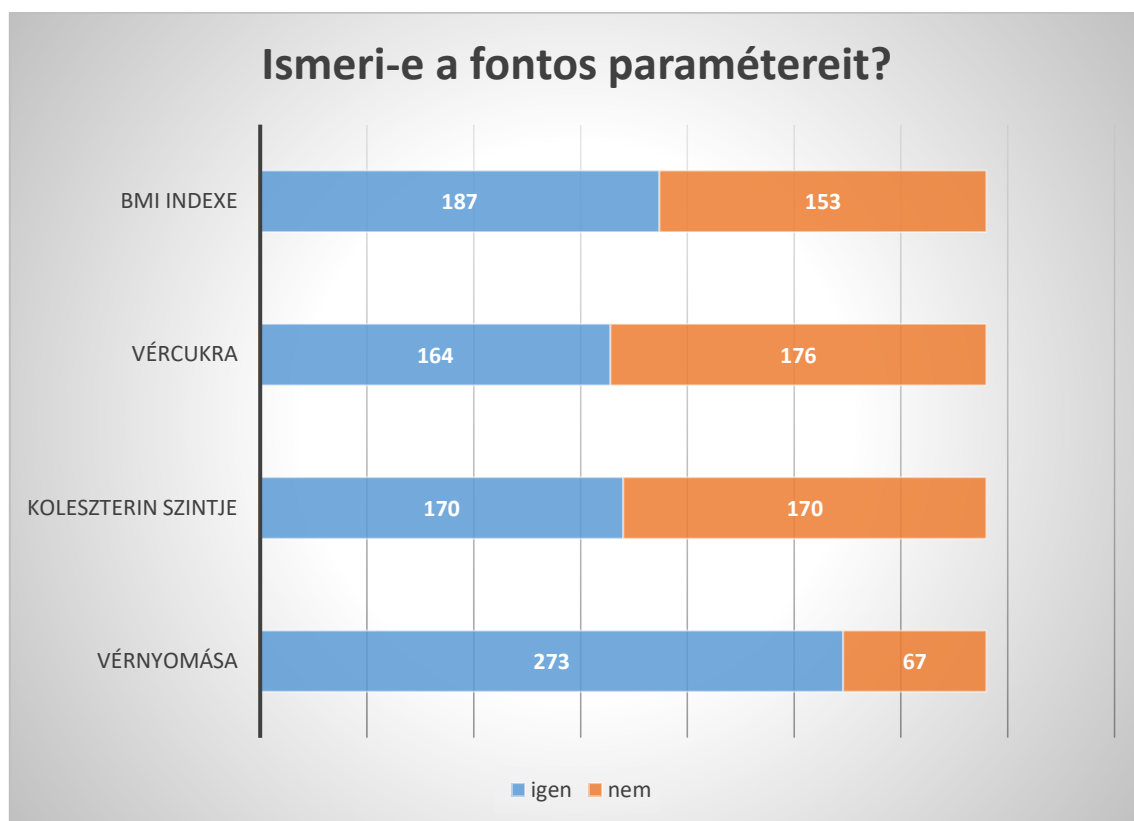
Az, hogy mennyire fontos az egészségtudatos magatartás a válaszadók döntő többsége pontosan tudja, alig volt olyan válaszadó, aki az egészségmagatartás és az egészségi állapot közötti szoros összefüggést nem ismeri fel vagy esetleg tagadja.

C2. Mennyi időt fordít átlagosan egy héten egészségének megóvására? (N=323)



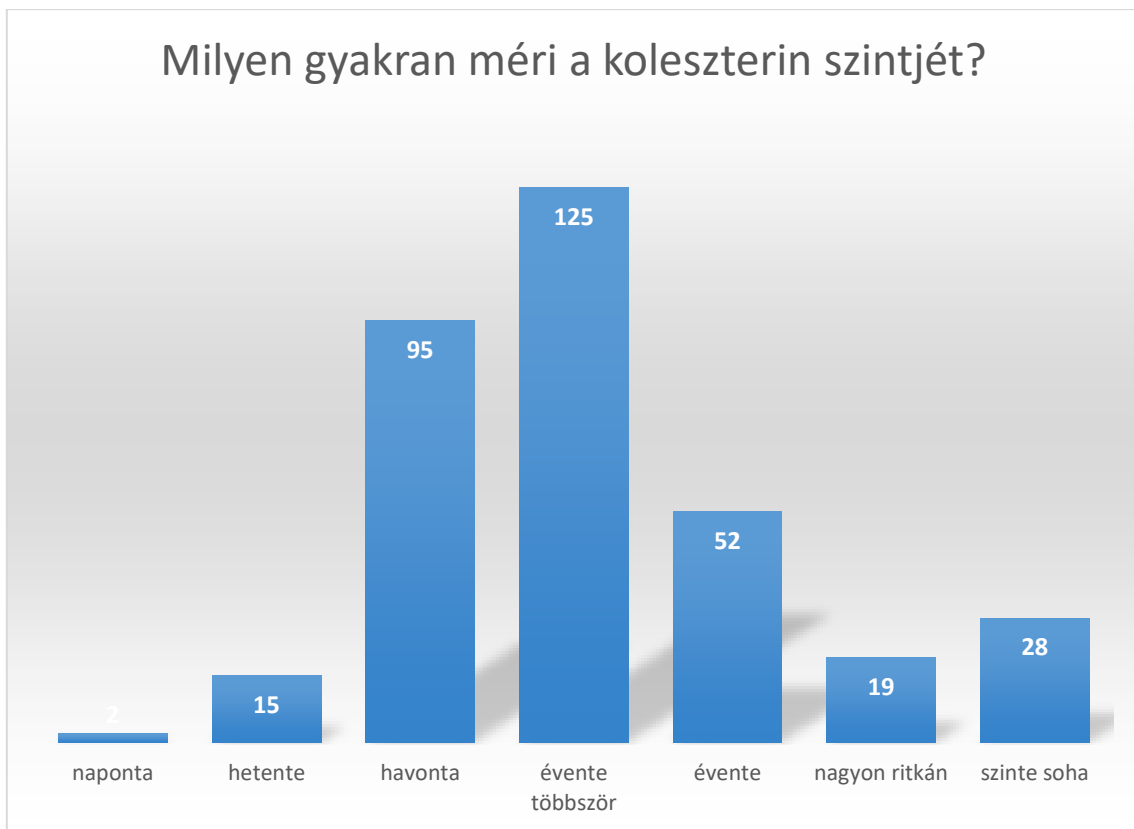
Az egészségmegóvásra fordított időt általában az egészségmegóvási módok elemzésével együtt szoktuk végezni, ebben a vizsgálatban a korlátozott idő miatt egy kérdésbe sűrítettük ennek a kérdésnek a megválaszolását. Leginkább abban ragadható meg a kérdésre adott válaszok tanulsága, hogy alacsony azoknak a száma, akik extrém kevés időt jeleznek az egészség megóvására szánt időt tekintve.

C3. Tudja e mennyi a BMI indexe, vércukra, koleszterin szintje, vérnyomása? (N=340)



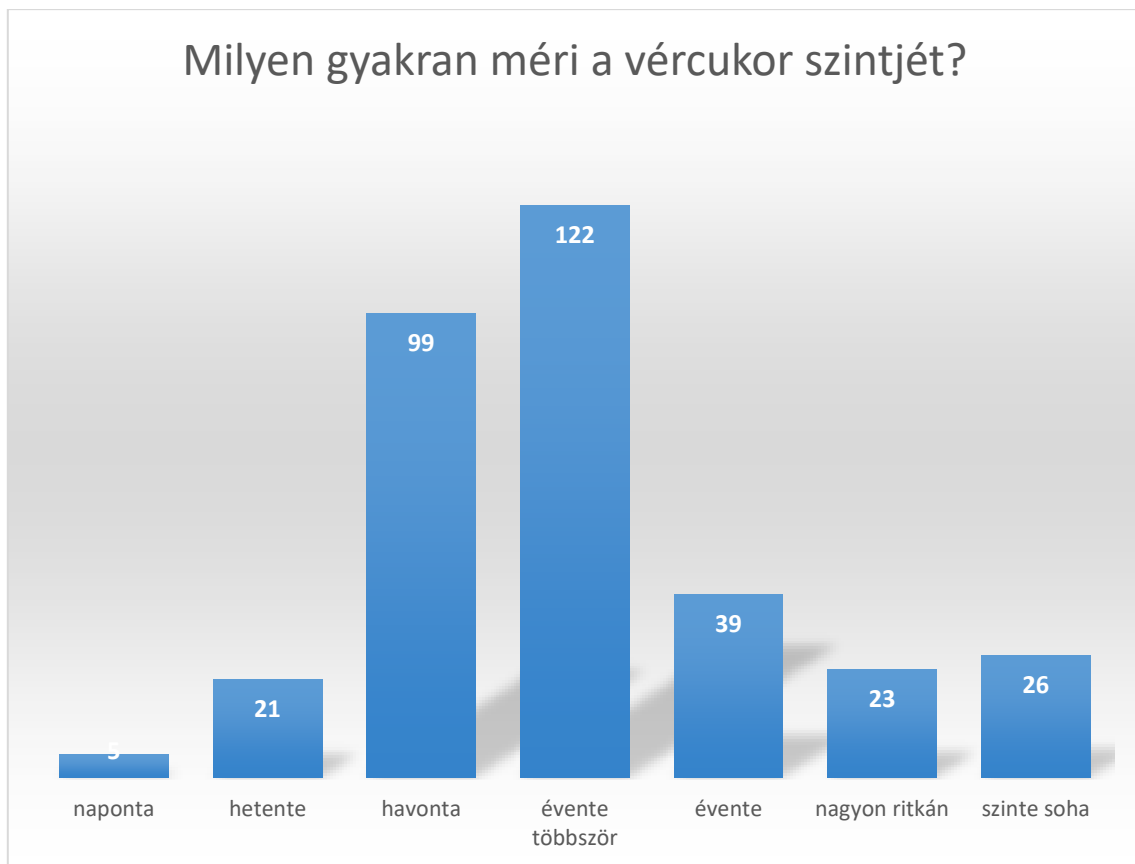
A legfontosabb egészségparaméterek tekintetében a válaszadók alapvetően tájékozottak, a leginkább ismert érték a vérnyomásé. Kissé meglepő, hogy a második helyen a BMI indexet jelölték meg, amely valószínűleg abból adódik, hogy a kérdőívet felvevők megmagyarázták a vizsgálati személyeknek a jelentését, és így már az „igen” választ adták meg anélkül, hogy a konkrét értékkel tisztában lettek volna. További érdekesség, hogy a vércukor értékét kevésbé ismerik, mint a koleszterinszintjüket, pedig az utóbbi mérése a rutinvizsgálatok keretében sokkal kevésbé általános.

C4. Milyen rendszerességgel ellenőrzi az alábbi paramétereket? (N=332)



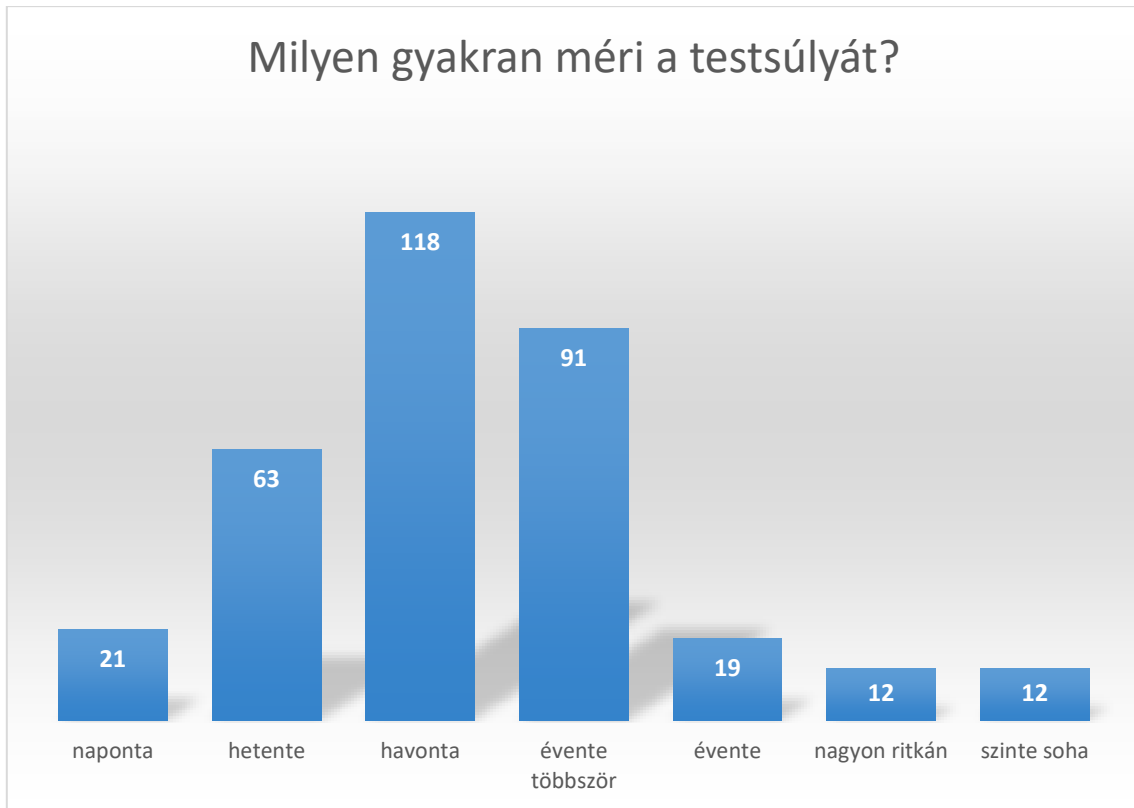
A koleszterinszint mérési gyakoriágával kapcsolatban a gyakorisági normáleloszlás jellemző, a használt időskálán a válaszadók zöme a havonta / évente többször / évente gyakoriságot jelölték meg.

C4. Milyen rendszerességgel ellenőrzi az alábbi paramétereket? (N=330)



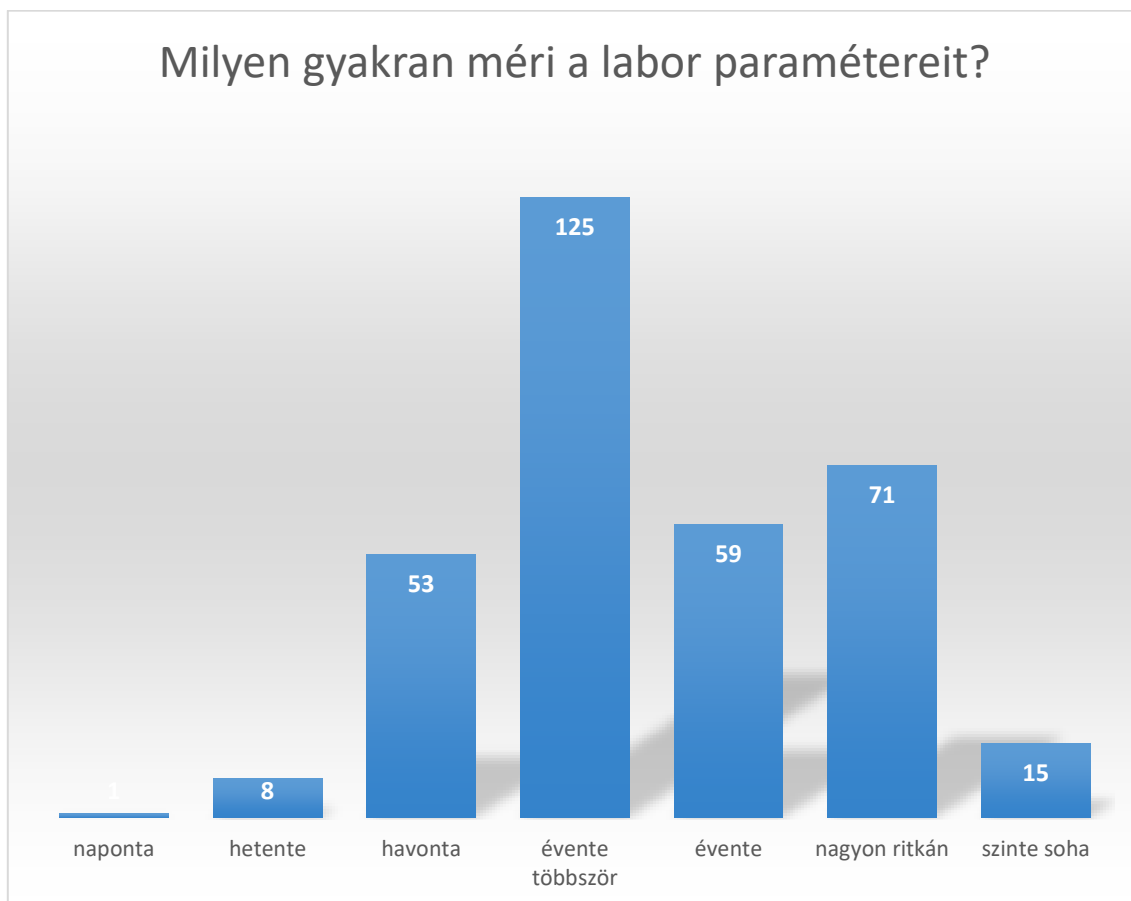
A vércukorszinttel kapcsolatos mérési gyakoriság is normáeloszlást mutat, de itt a gyakoribb tartomány felé mozdul el a mérési sűrűség.

C4. Milyen rendszerességgel ellenőrzi az alábbi paramétereket? (N=333)



A testsúlymérés megtartja a normáeloszlást a gyakoriság terén, tovább mozog a gyakoribb tartományok felé, jelentős azoknak a száma akik hetente / havonta kontrollálják a súlyukat.

C4. Milyen rendszerességgel ellenőrzi az alábbi paramétereit? (N=332)



Az egyes laborparamétereknek a saját mérése, annak a gyakorisága szintén az egészségtudatossággal összefüggésben lévő paraméter. Az eredmények nem mutatják ebben az esetben a normáleloszlást a gyakorisági skálán mérve. Bár a csúcserték az „évente többször” érték körül rajzolódik ki, igen magas azoknak a válaszadóknak a száma, akik a „nagyon ritkán” opciót választották válaszként. Az egész adathalmazt szemlélve elmondható, hogy a válaszadók a saját maguk által végzett mérések esetén inkább az egészségügyi szempontból indokolt gyakoriságnál ritkábban mérik a paramétereiket.

C5. Jár-e rendszeresen szűrővizsgálatokra? (N=331)



Megdöbbenően alacsony azok száma, akik úgy nyilatkoztak, hogy szinte soha nem vettek részt szűrővizsgálatokon, valószínűsíthető, hogy sokak számára az a szűrés volt az első az életükben, ahol az adatfelvétel történt. A „szinte soha” és a „nagyon ritkán” válasz összességében több mint a válaszok felét adták ki.

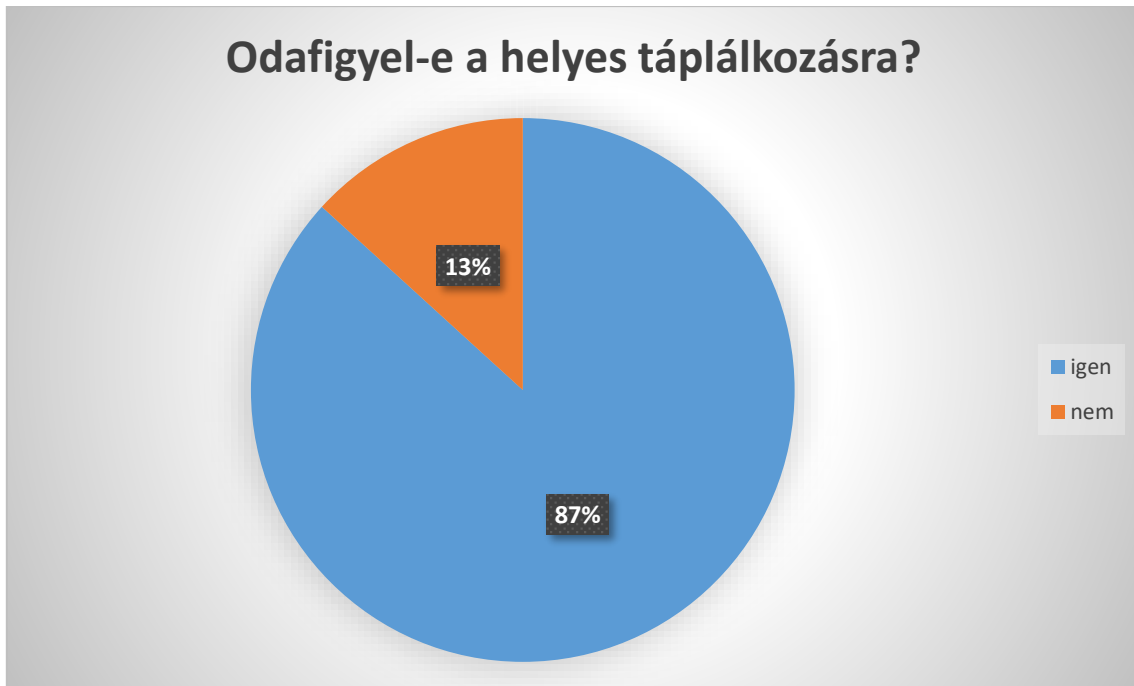
(D) Táplálkozás

D1. Mennyire tartja fontosnak a táplálkozás szerepét egészsége megőrzésében?
(N=332)



Az egészségmegőrzés és a táplálkozás összefüggésére kérdez rá a kérdőívnek ez a kérdése. Jól látható, hogy a megkérdezettek teljesen tisztában vannak az összefüggés meglétére, vagyis a válaszadók egyértelmű kapcsolatot feltételeznek a táplálkozás módja, minősége és az egészség megőrzése között.

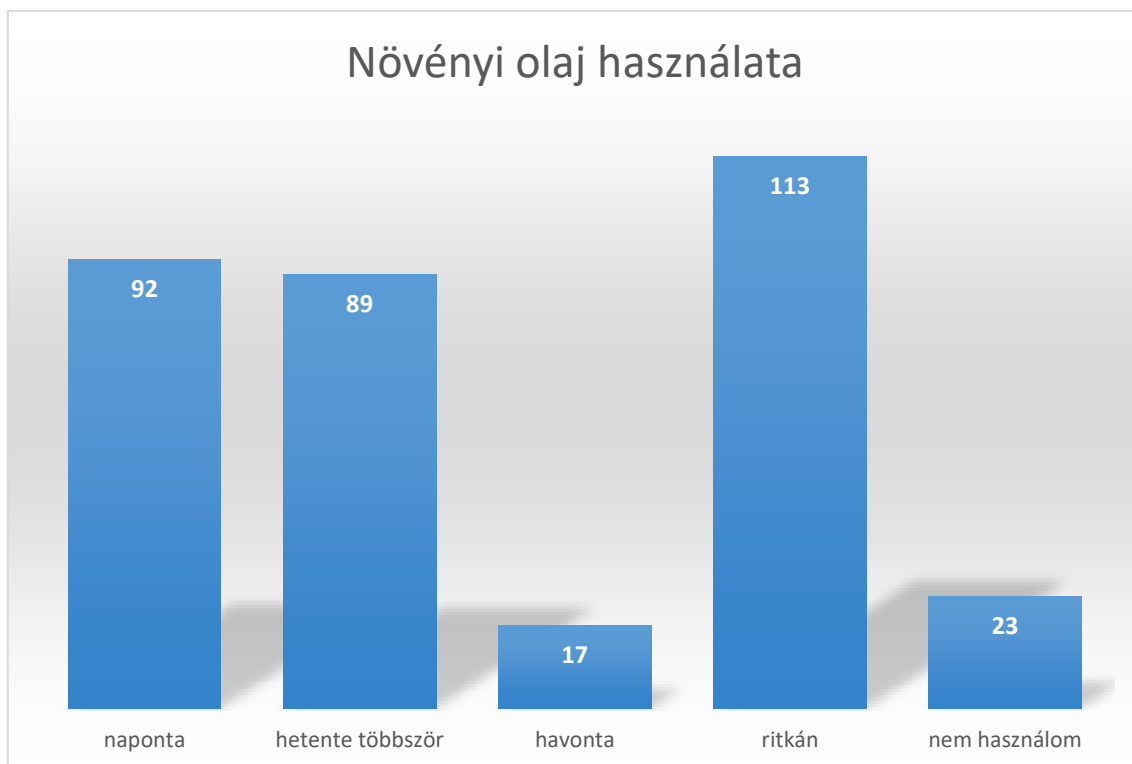
D2. Odafigyel-e a helyes táplálkozásra? (N=340)



A táplálkozással kapcsolatos kérdések között a második arra vonatkozott, hogy a válaszadónak milyen az attitűdje a saját táplálkozásával kapcsolatban. A válaszadóknak mintegy 87%-a nyilatkozott úgy, hogy odafigyel a táplálkozására, amely figyelembe véve azt, hogy erre igazán csak a magas SES státuszú válaszadóknak van lehetősége, meglehetősen pozitív adat.

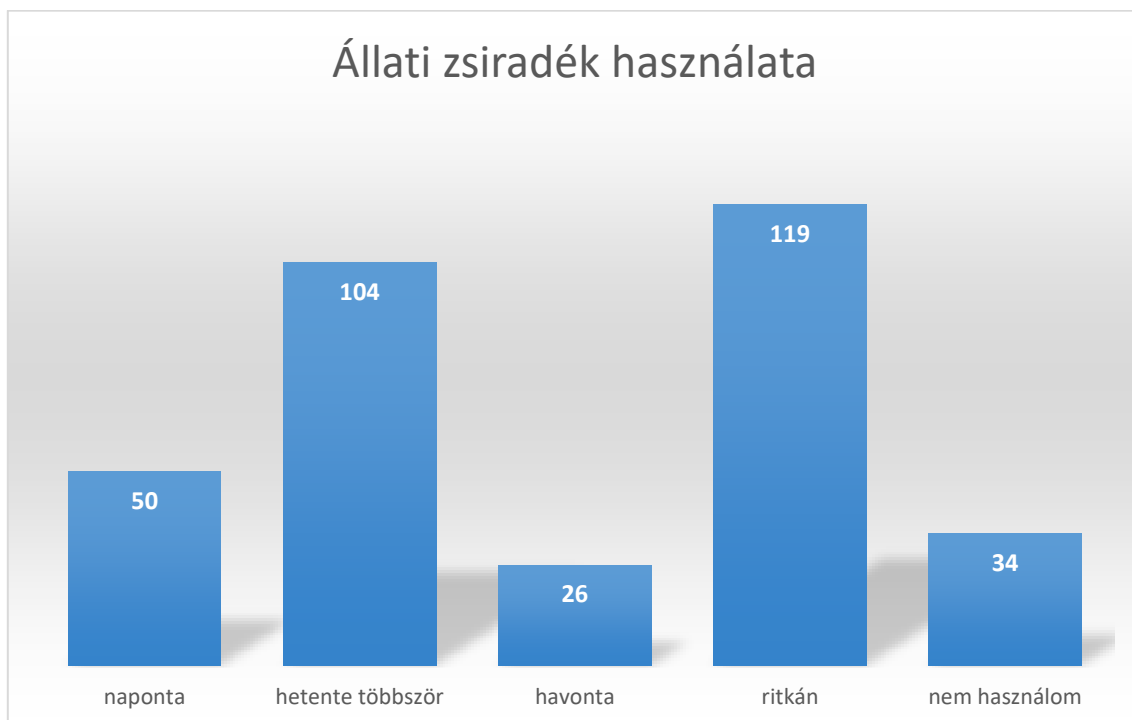
D3. Milyen gyakran használja a következő alapanyagokat?

növényi olaj (N=334)



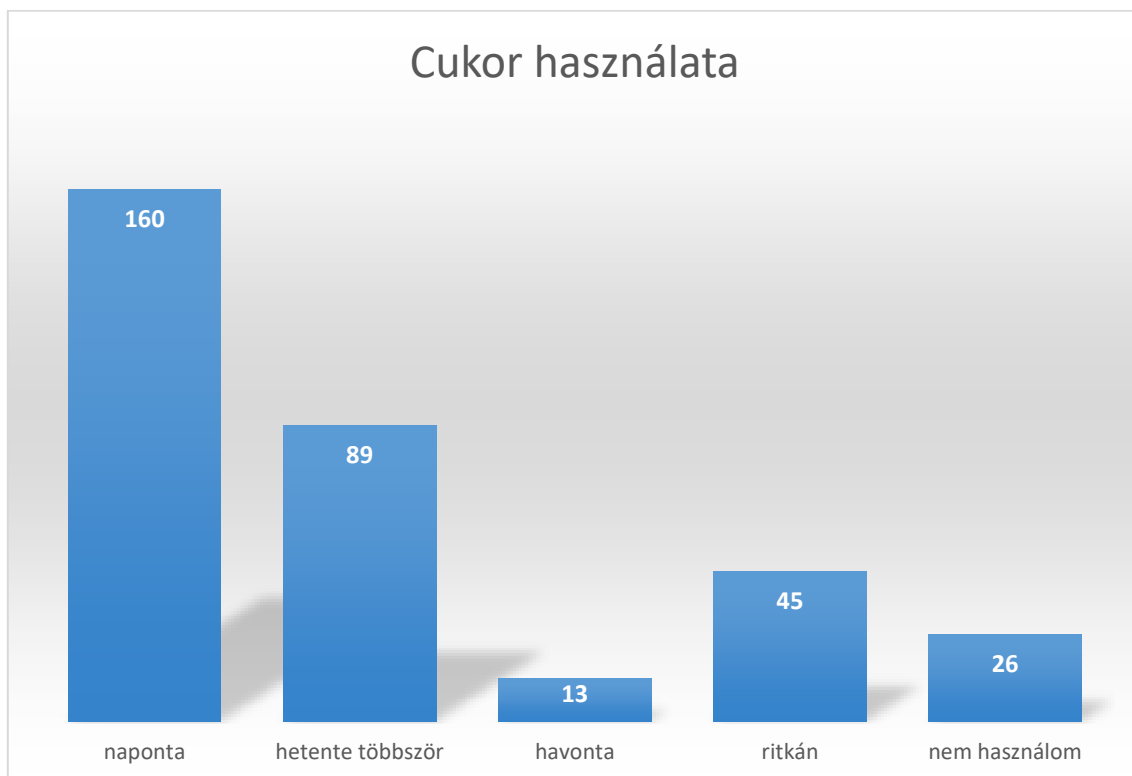
A növényi olaj használata alapvetően az igen/nem jellegű eloszlást mutatja a felhasználás gyakorisági skáláján, amely azt jelenti, hogy azok akik használnak növényi olajat a háztartásban azok leginkább a „naponta” és a „hetente többször” választ jelölték meg, azok akik pedig nem használnak növényi olajat inkább a „ritkán” és a „nem használom” választ jelölték meg. A mérleg alapvetően afelé billen akik használnak növényi alapú zsiradékot, de igen jelentős azokszáma, akik nem használnak. Ez mindenképpen eltér például az európai átlagtól.

állati zsiradék (N=333)



Az állati zsiradék használata hasonlóan a növényiéhez az igen/nem megoszlást mutatja, hasonló (bár nem teljesen azonos) eloszlással. Vélhetően ez a válaszadók körében az előzőnek az inverze lehet, vagyis aki ott gyakori növényi zsiradék használatot jelzett, az ennél a kérdésénél alacsony állati zsiradék felhasználást jelölt meg, és viszont. Táplálkozás-egészségügyi szempontból itt is a magas arányú állati zsiradék felhasználásra kell felhívni a figyelmet („naponta”, „hetente többször” válaszok).

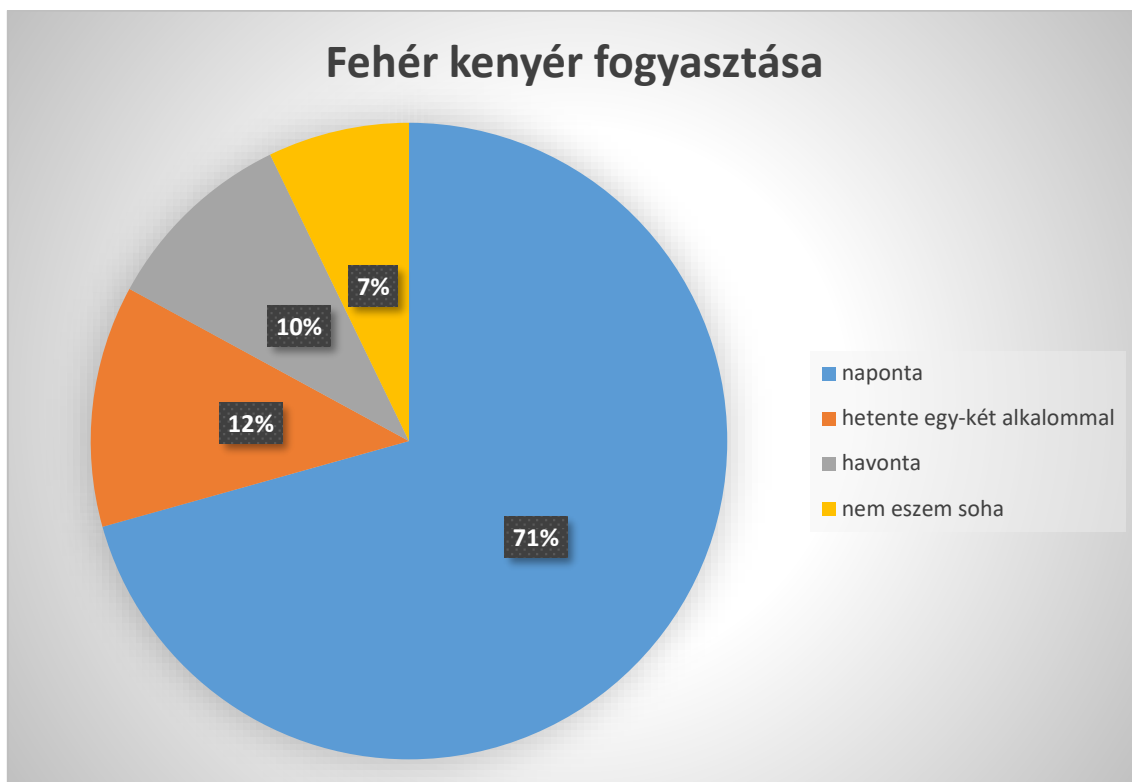
cukor (N=333)



A cukor használata teljesen megfelel a fejlett, európai országok népességének, vagyis nagy felhasználói gyakoriságú dominanciájú.

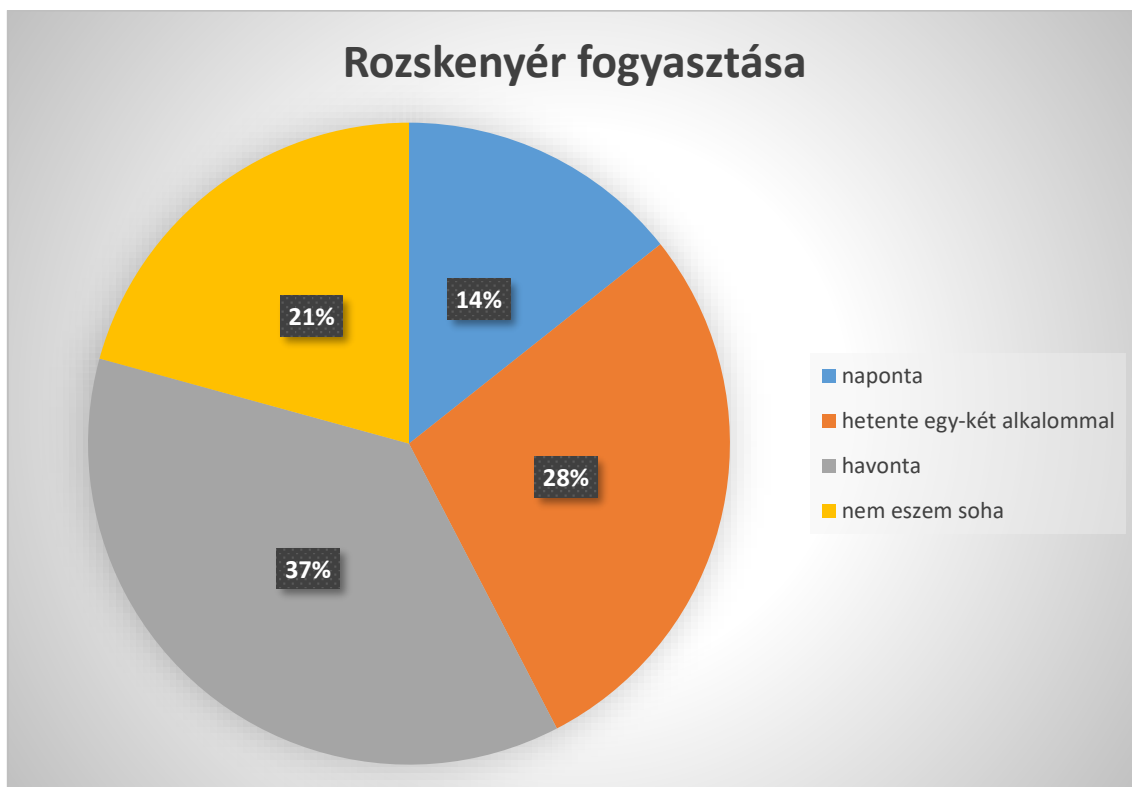
D4. Melyik kenyérfajtát fogyasztja gyakrabban?

fehér kenyér (N=334)



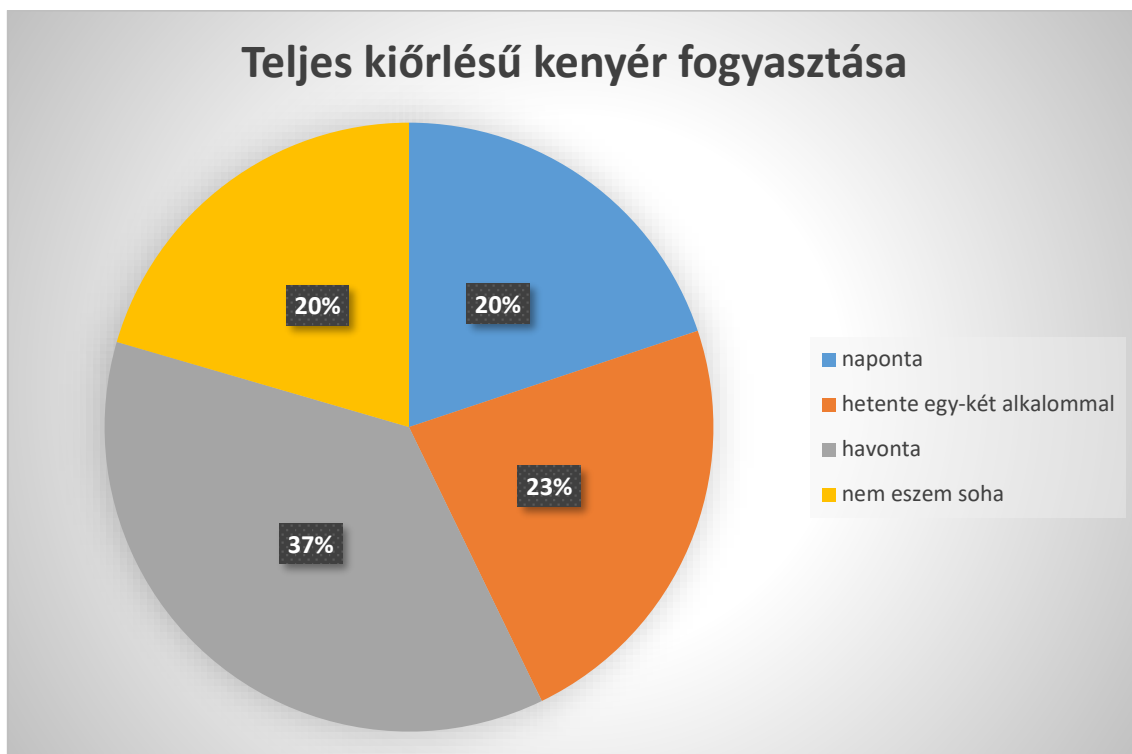
A kenyértípus választása nem minden esetben az egészségtudatosság függvénye, mert függ a hozzáférhetőségtől, a helyi gasztronómiai szokásoktól is függ. Igazából a városi középosztály szintjétől ad értelmezhető adatokat az egészségtudatosságra vonatkozóan. Ennek a feltárására ebben a felmérésben nem volt lehetőség, de világosan látszik az hogy a vizsgált populáció dominánsan fehér kenyér fogyasztó.

rozskenyér (N=328)



A rozskenyér esetében már teljesen egyenletes az eloszlása a fogyasztás gyakoriságának, szinte minden fogyasztási mintázat azonos arányban képviselteti magát a mintában.

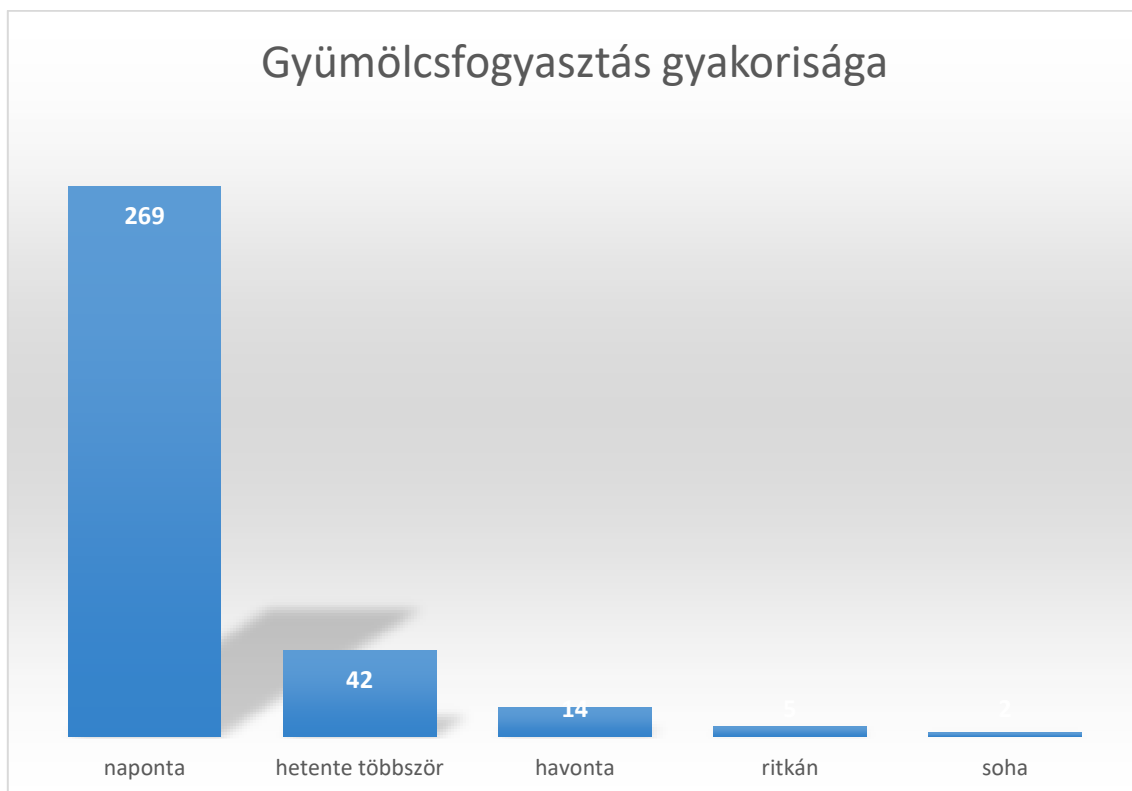
teljes kiőrlésű kenyér (N=327)



A teljes kiőrlésű kenyér fogyasztását szokta a szakirodalom az egészségtudatos táplálkozás egyik mérőszámaként kezelni. A mintából az látszik, hogy szinte kiegyenlítették a fogyasztás gyakorisága mentén a válaszok, de azok száma, akiknek a táplálkozásában nem meghatározó a teljes kiőrlésű kenyér fogyasztása döntő hányadú. A „nem eszem soha” és a „havonta” válaszok több mint a felét adják a teljességnek.

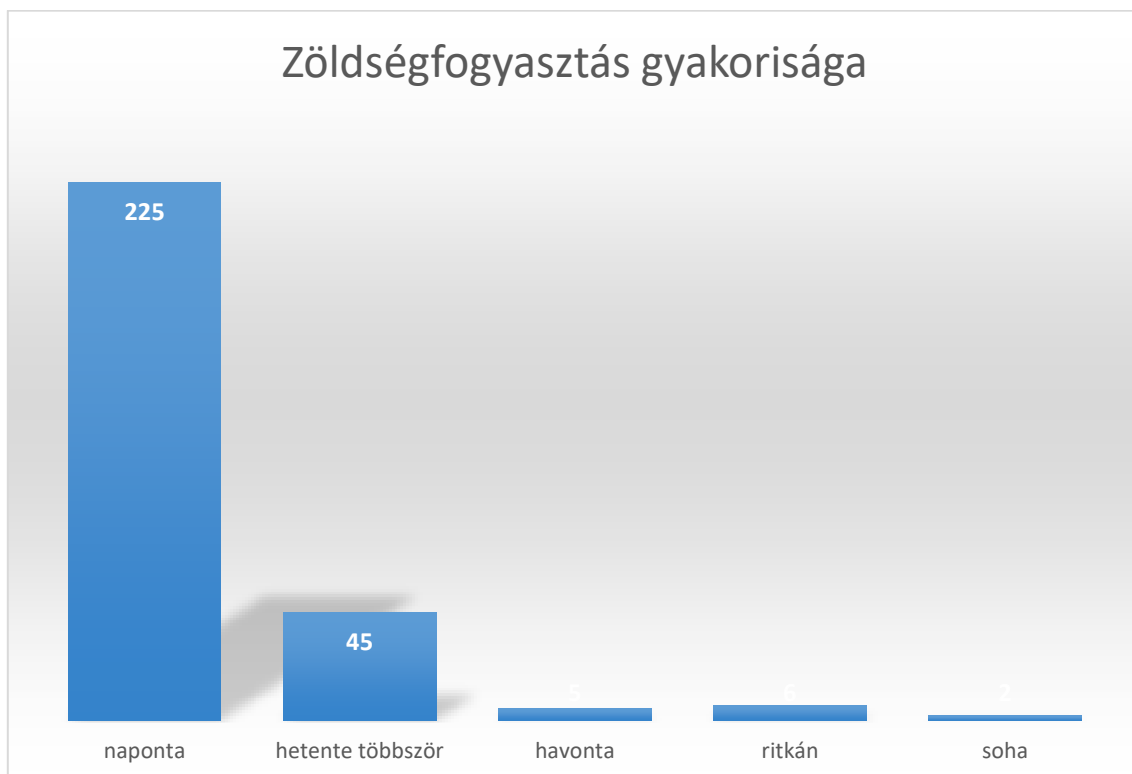
D5. Milyen gyakran fogyasztja:

gyümölcs (N=332)



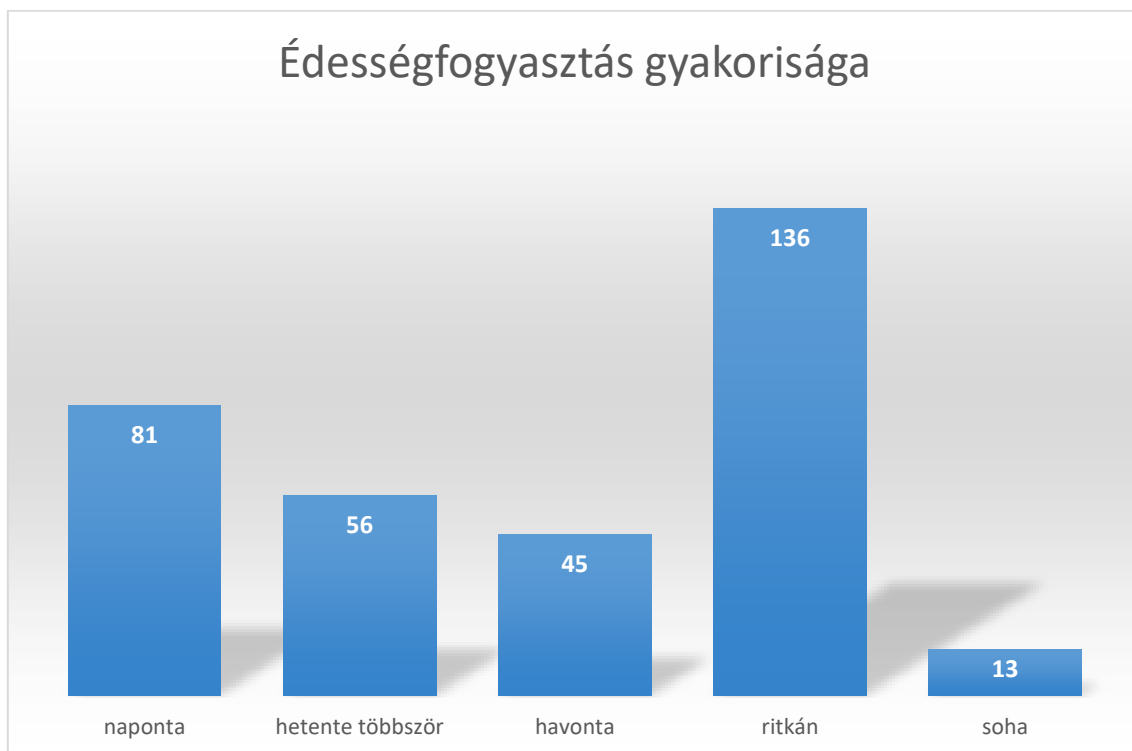
Érdekes módon a gyümölcsfogyasztás gyakoriságának megoszlása nagyon kiegyenlített, és egy nagyon egészségtudatos viselkedést sejtet. A válaszadók abszolút többsége a úgy nyilatkozik, hogy naponta fogyaszt friss gyümölcsöt.

zöldség (N=283)



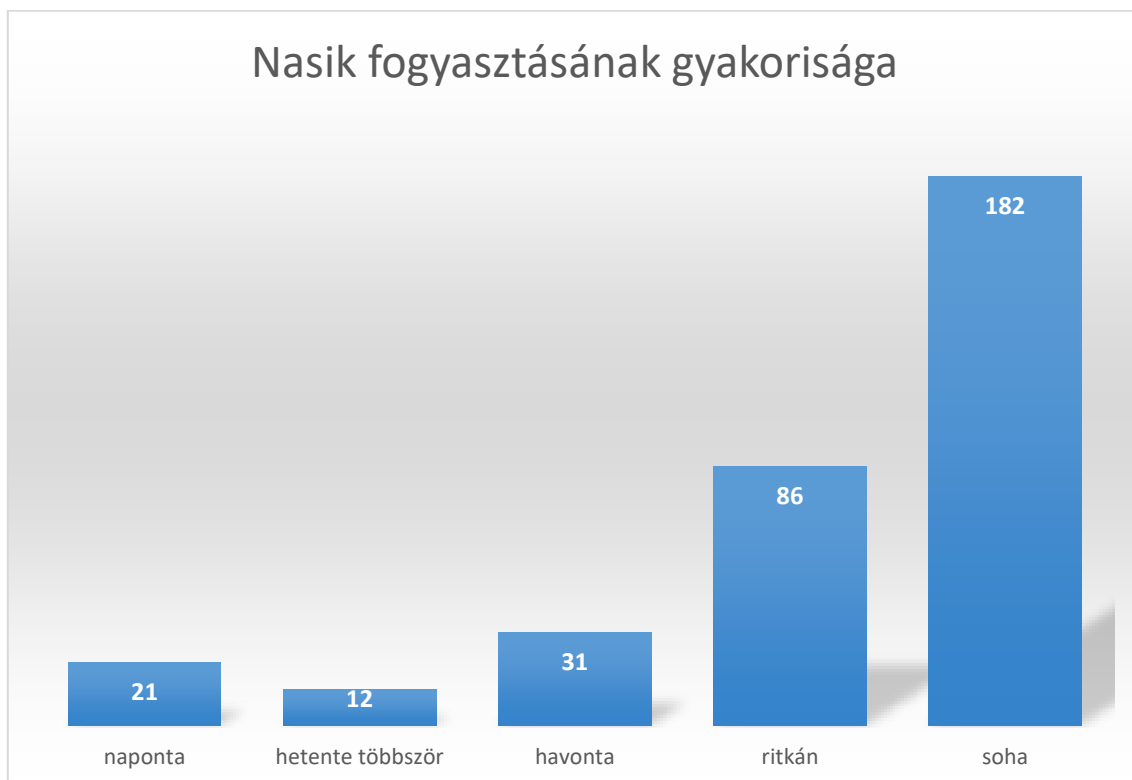
A zöldségfogyasztás hasonlóan alakul, mint a gyümölcsfogyasztás, vagyis nagy fogyasztási gyakoriság dominanciájú, amely mindenképpen jó jel a táplálkozási egészségtudatosság szempontjából.

édesség (N=331)



Az édességfogyasztással kapcsolatos eredmények a felmérések során a legellentmondásosabbak szoktak lenni, ennél a felmérésénél is ilyen helyzet állt elő. A válaszokat alapvetően a „ritkán” válaszok dominálják, de megfigyelhető egyfajta csökkenő dinamika a gyakori édességfogyasztástól elindulva a ritkább fogyasztás felé.

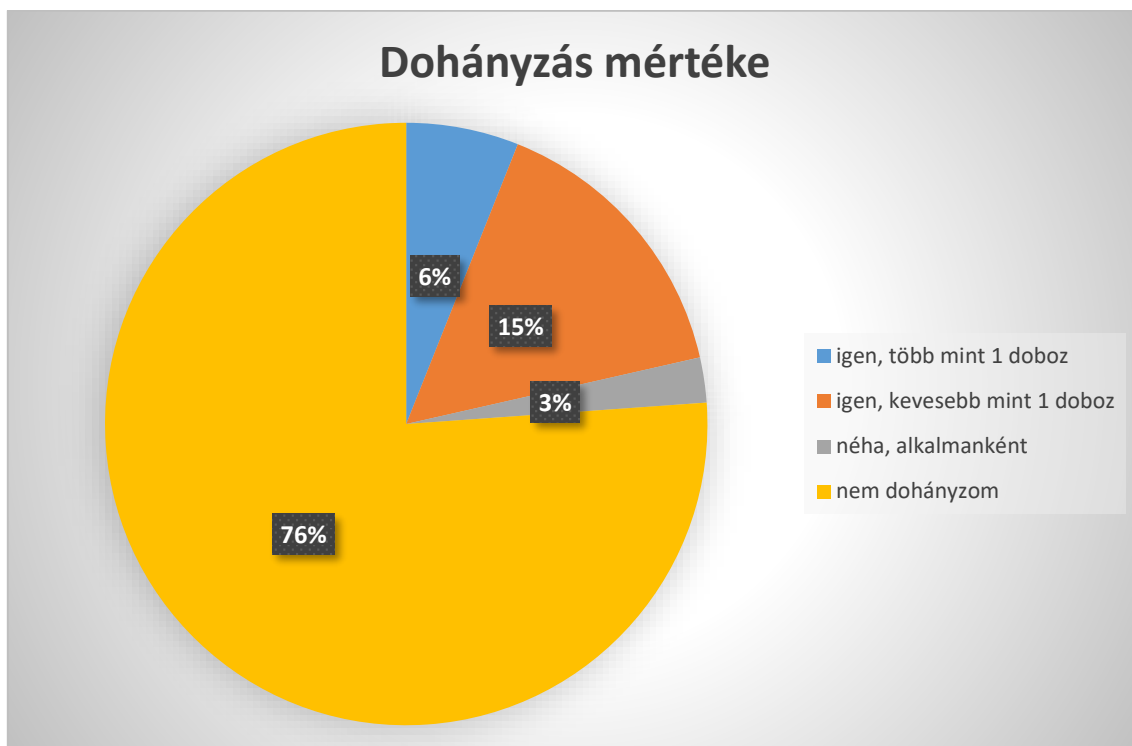
egyéb nasi (chips, ropi...) (N=332)



A táplálkozás-egészségügyi szempontból egyértelműen negatív tápláléktípusok („chips-ek”) fogyasztása a vizsgált mintában az alacsony fogyasztási gyakoriság felé domináns, amely mindenképpen örvendetes. Vélhetően azonban ennek inkább életstílus és kulturális okai vannak, mintsem egészségtudatosági.

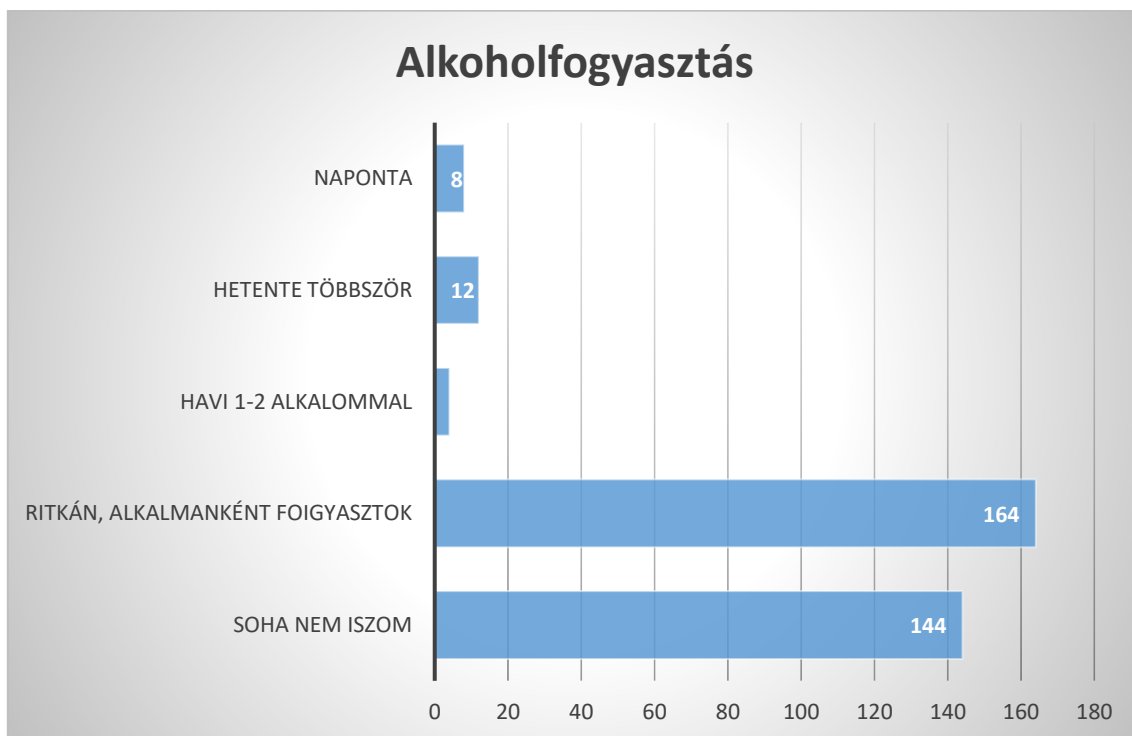
(E) Káros szenvedélyek

E1. Dohányzik? Ha igen, naponta hány dobozzal? (N=331)



A dohányzással kapcsolatos viselkedésmintázat a demográfiai sajátosságoknak megfelelő (nők és idősek dominanciájú minta). A válaszóknak csupán negyede dohányzik valamilyen gyakorisággal, de ez a minta demográfiai jellemzőiből kiindulva még mindig igen magas értéknek tekinthető.

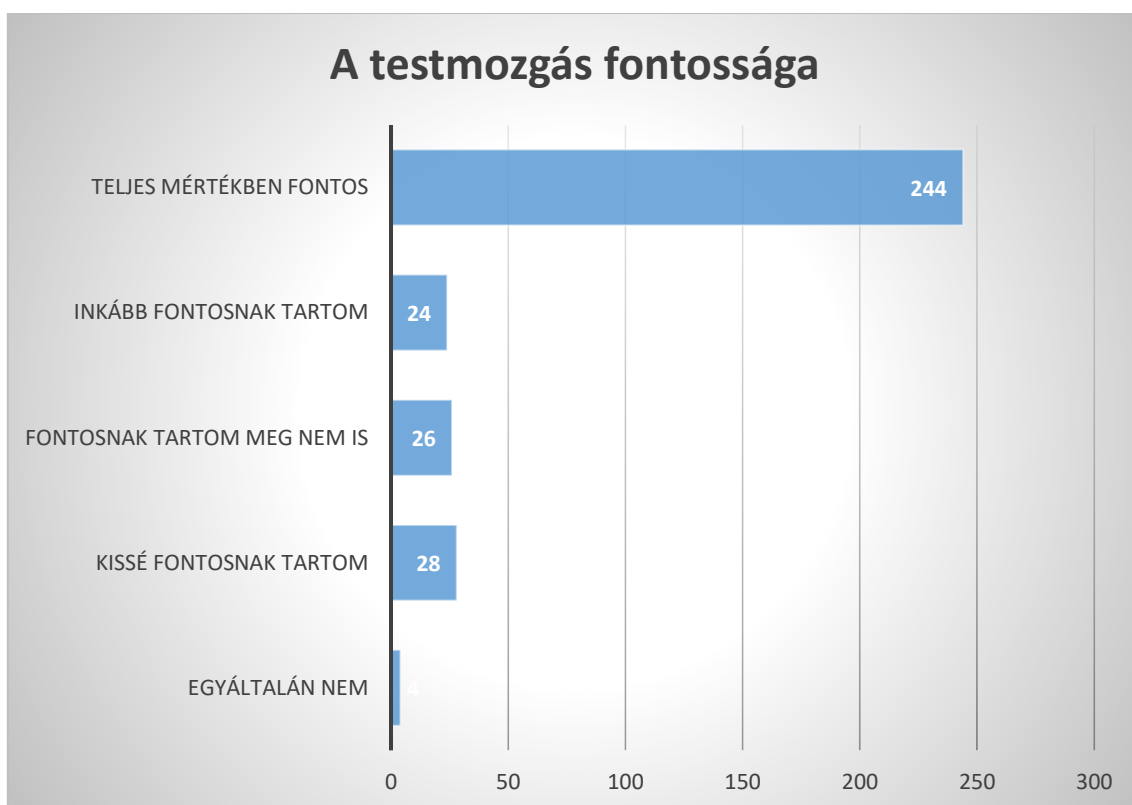
E2. Fogyaszt e alkoholt, ha igen milyen rendszerességgel? (N=332)



Az alkoholfogyasztással kapcsolatos eredményeket, a dohányzáséhoz hasonlóan alapvetően a minta demográfiai sajátosságain keresztül lehet és kell értékelni. Ebben a mintában teljesen természetes az, hogy ilyen alacsony alkoholfogyasztási gyakoriság adódik.

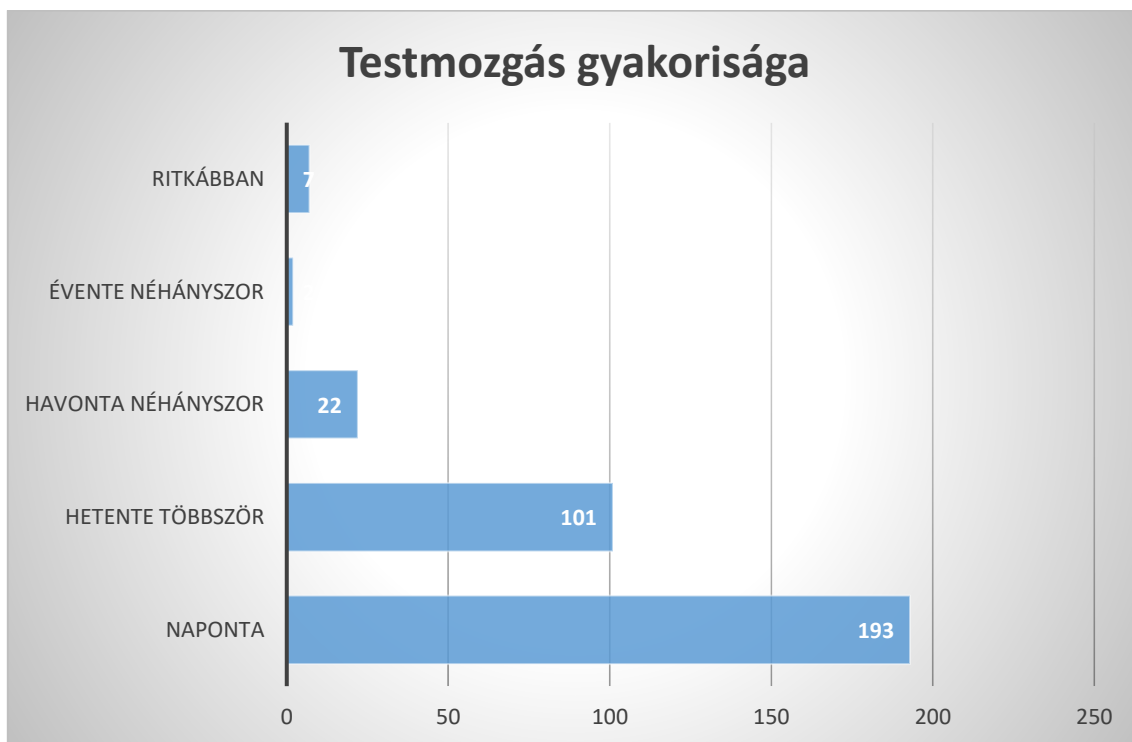
(F) Testmozgás

F1. Mennyire tartja fontosnak a mozgás szerepét az egészsége megőrzésében?
(N=326)



A válaszadók felismerik és a testmozgás és az egészségmegőrzés közötti összefüggést, a válaszadók teljes többsége a „teljes mértékben fontos” minősítést adja az összefüggésre.

F2. Mennyit mozog átlagosan egészségének megóvása érdekében? (N=325)

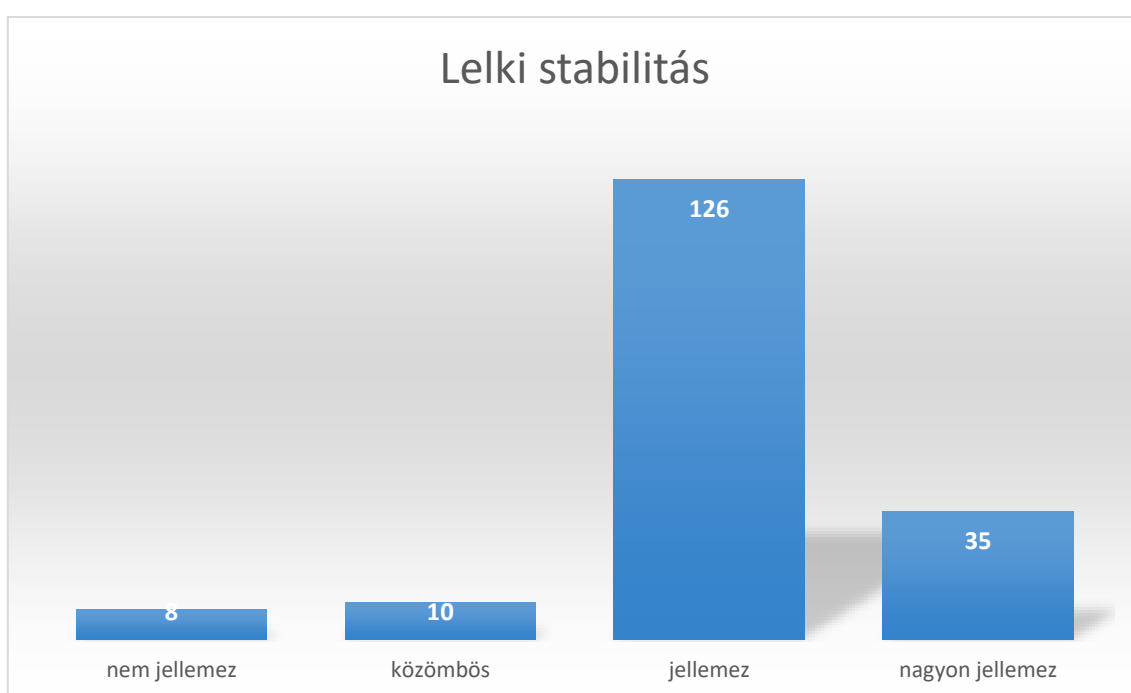


Az előző kérdésre adott válaszokból következik, hogy a válaszadók szintjén megvalósult testmozgással kapcsolatos aktivitás aránya igen magas. Arra nem volt lehetőségünk azonban, hogy ez a testmozgás mögött az egészségtudatosság áll-e, vagy pedig az életkörülményekből levezethető kényszer, vagy az életstílus által meghatározott-e.

(G) Lelki egészség

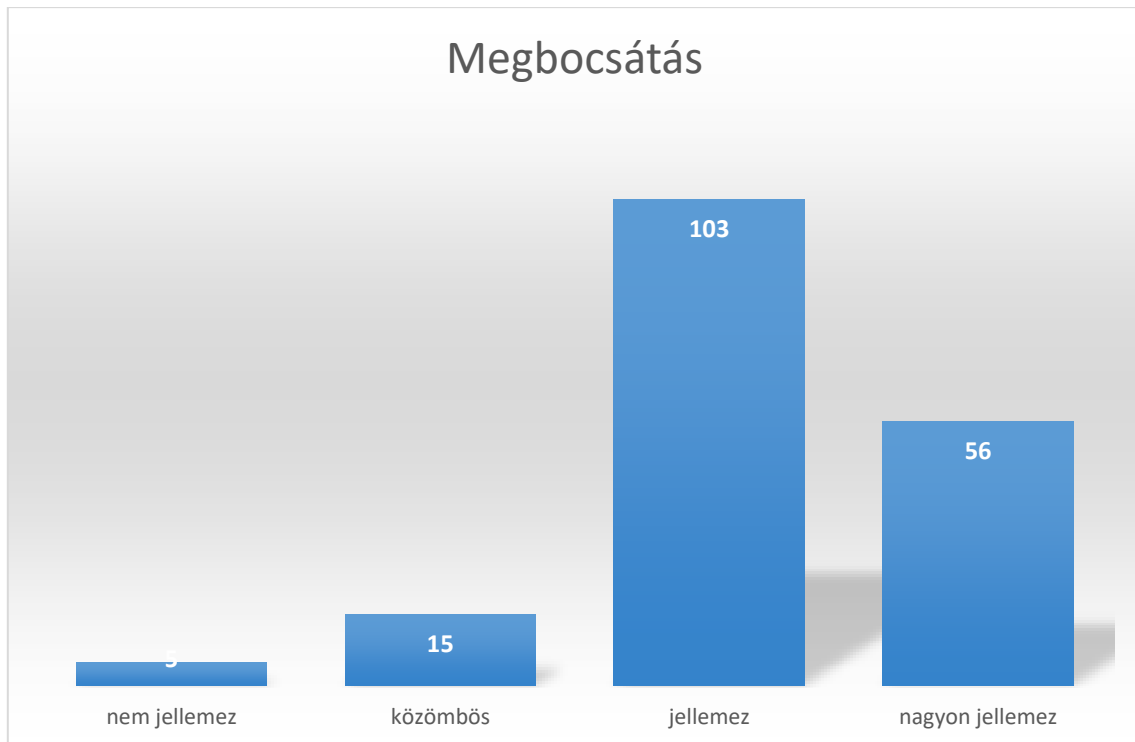
G1. Mennyire jellemzik Önt az alábbi állítások?

Lelkileg teljesen stabilnak érzem magam. (N=179)



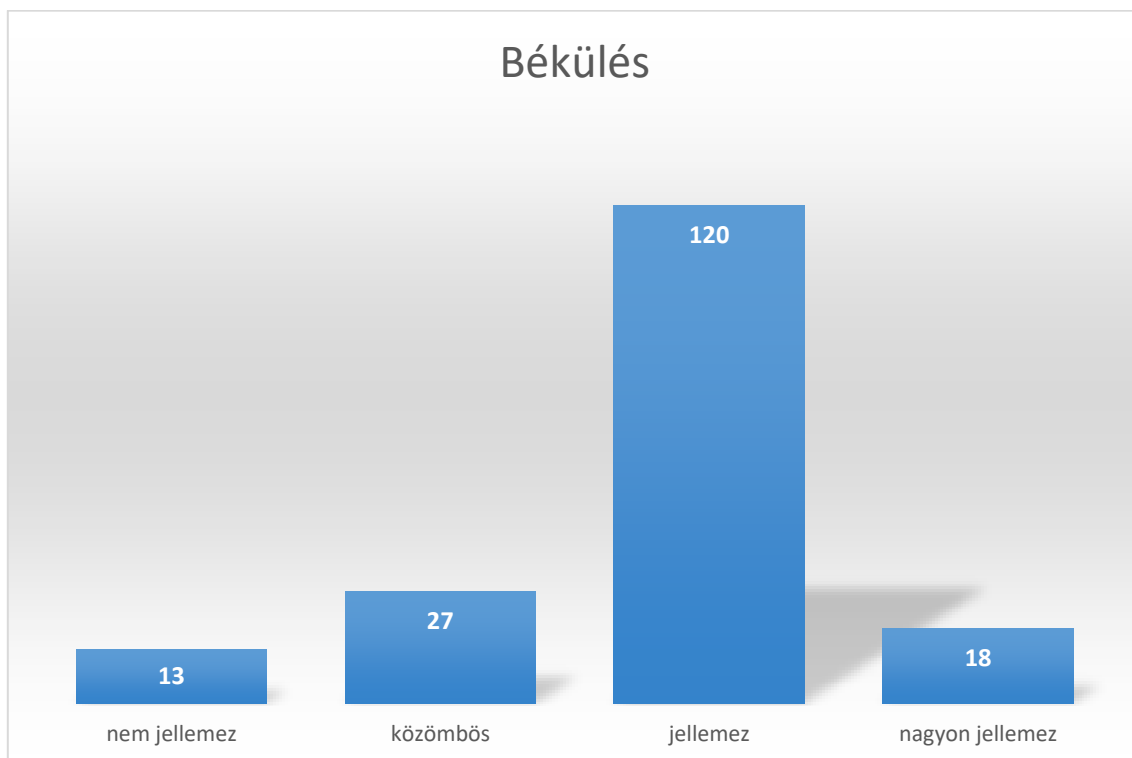
A lelki stabilitással kapcsolatos kérdések, amennyiben azok nyilatkozatos formában történnek inkább csak jelzés értékűek, ebben az esetben is a válaszadók erős lelki stabilitást jeleznek magukra vonatkoztatva. Ez némileg ellentmond a vizsgálószemélyzettől érkezett szóbeli jelzésekkel, amelyek sokszor mentális zavarok jelenlétére utalnak.

Könnyen megbocsátók. (N=179)



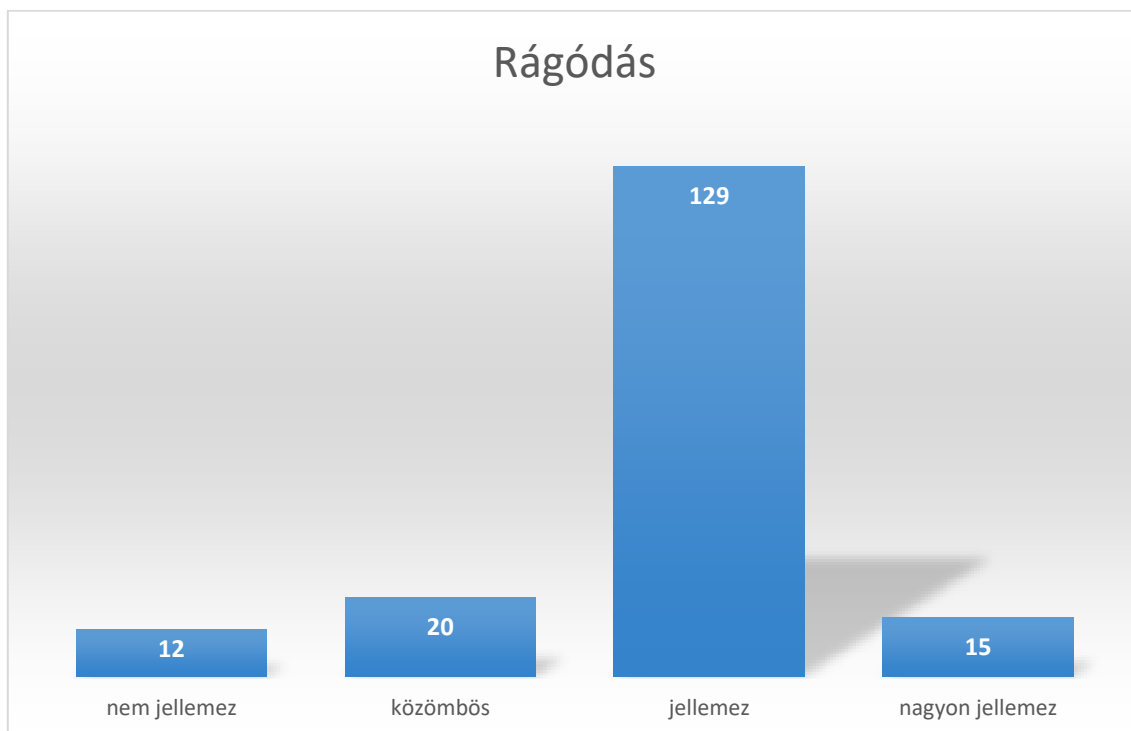
A megbocsátás, mint alapvetően pozitívan kannonizált emberi tulajdonság, a válaszokban is tükröződik. Nagyon kevesen voltak azok, amelyek egyértelműen úgy pozícionálták magukat, hogy ők kevésbé megbocsátóak.

A békülést mindig én kezdeményezem. (N=178)



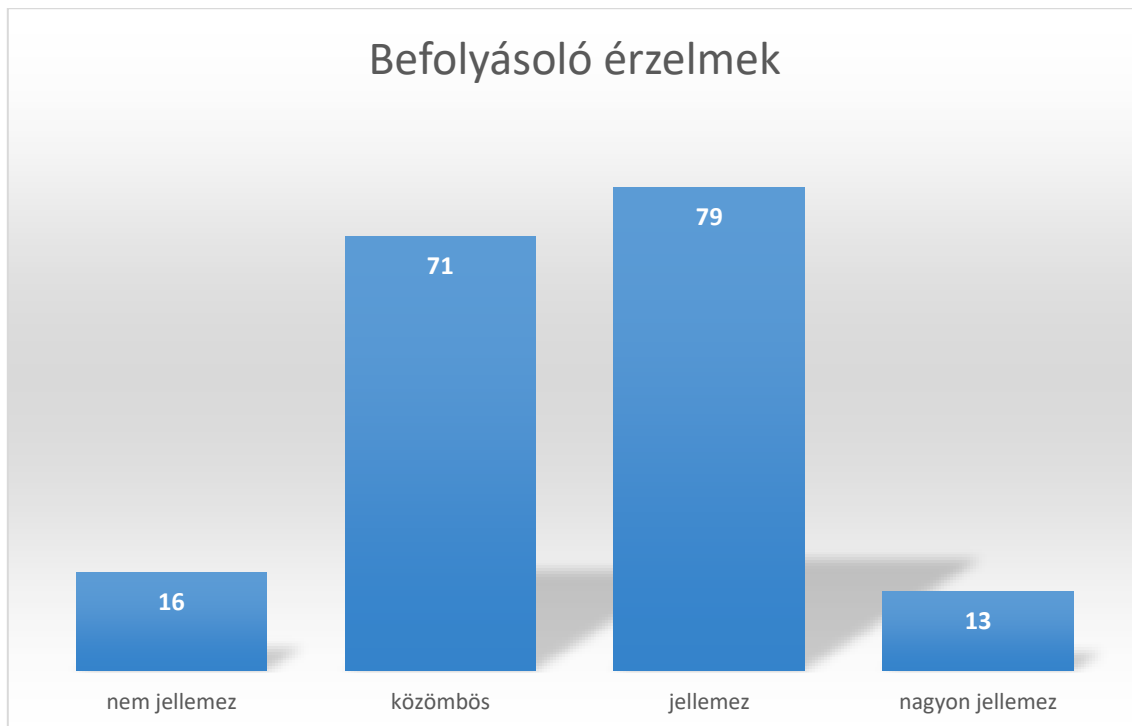
A megbocsátáshoz hasonlóan a békülés is erősen pozitív emberi tulajdonság, de itt már magasabb azoknak a száma akik úgy nyilatkoztak, hogy kevésbé élnek ezzel a viselkedésformával. Fontos megjegyezni, hogy a békülés egy aktív, kezdeményező forma, a kérdés pedig egyértelműen így került feltevésre. A válaszokból látszik hogy itt magasabb a „közömbös” és a „nem jellemez” válaszok aránya, amely arra utal, hogy az előző, a megbocsátásra vonatkozó kérdésre adott válaszokat fenntartásokkal kell kezelni.

Mindig sokat rágódom magamban bizonyos dolgokon. (N=176)



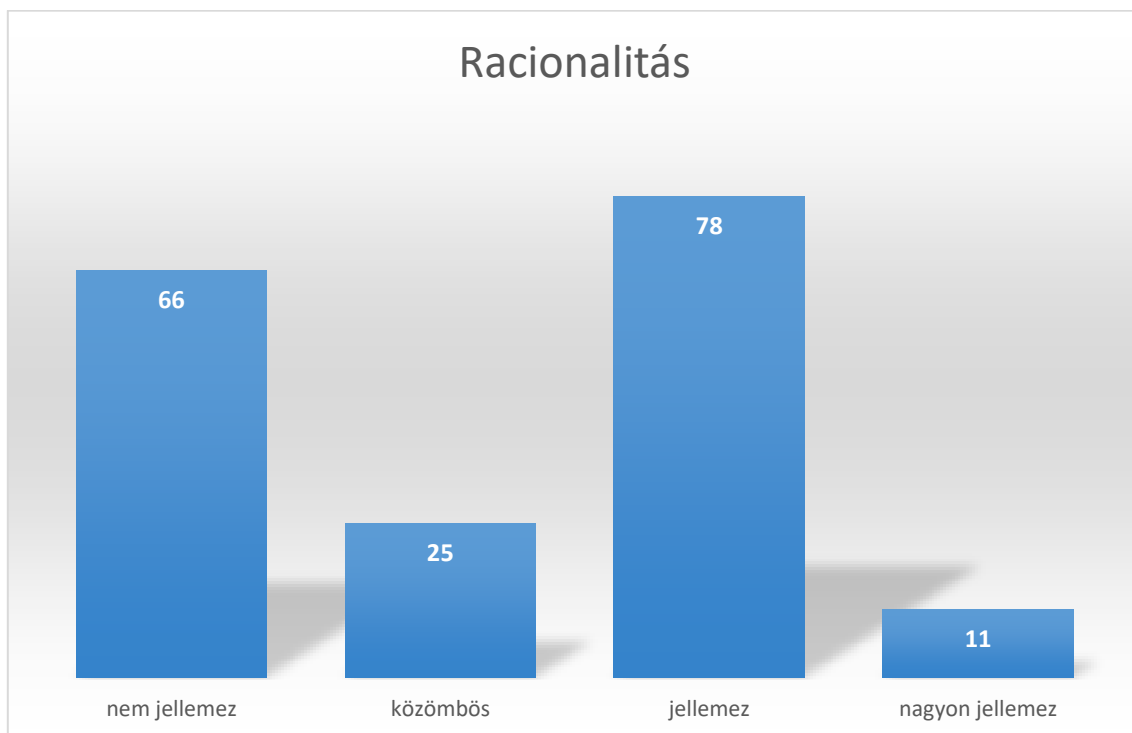
A rágódás az előző két tulajdonsággal szemben egy erősen interalizált tulajdonság, ez mutatja meg leginkább azt, hogy a válaszadóknak milyen a stresszszintje, a konfliktusmegoldó képessége és rezilienciája. Ebből az alapvetésből kiindulva a mintapopuláció mindenképpen veszélyeztetettnek minősül, hiszen a válaszok döntő többsége a „jellemez” és a „nagyon jellemez” csoportba tartozik. Ez egy olyan jelenségre hívja fel a figyelmet, hogy a szűrésben résztvevők nehezen dolgozzák fel azokat a nehézségeket, amelyekkel a mindennapjaik során találkoztak, és nincsenek birtokában azoknak a skill-eknek, életkészségeknek, amelyekkel ezeket a nehéz élethelyzeteket képesek kikönnnyíteni. Egy egészségprevenciós program keretében ezért mindenképpen helye lenne azoknak a csoportfoglalkozásoknak, amelyekben ezezeknek a nehéz élethelyzeteknek a kezeléséhez kapnak segítséget a résztvevők, akár rétegcsoporthoz bontva is.

Döntéseimet általában befolyásolják az érzelmeim. (N=179)



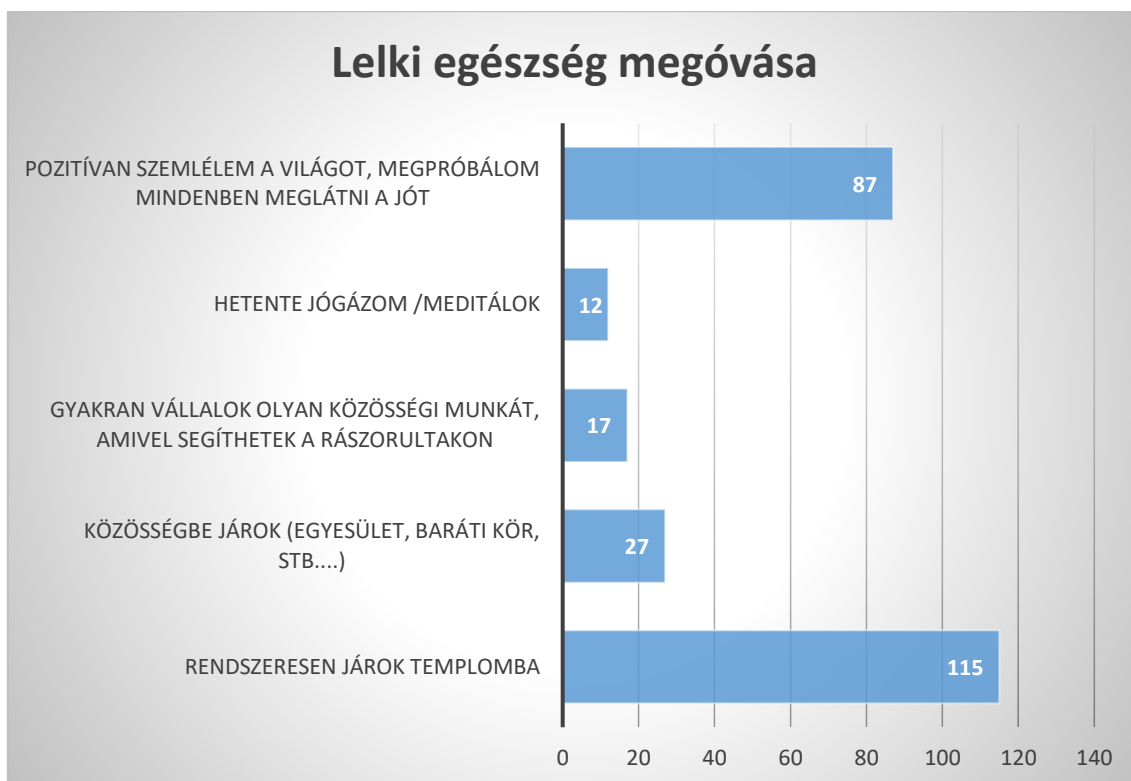
Az érzelemvezérelt működés nem azonos az érzelmi intelligencia (EQ) magas szintjével, ezért csak egy önmeghatározásos válaszként tudjuk értelmezni ezeket a válaszokat. A válaszok megoszlásából kirajzolódik az, hogy a válaszadók nagyobb része úgy gondolja, hogy a döntéseit és a viselkedését nagyban meghatározzák a személyes érzelmei.

Eszem helyett inkább az szívemre hallgatok. (N=180)



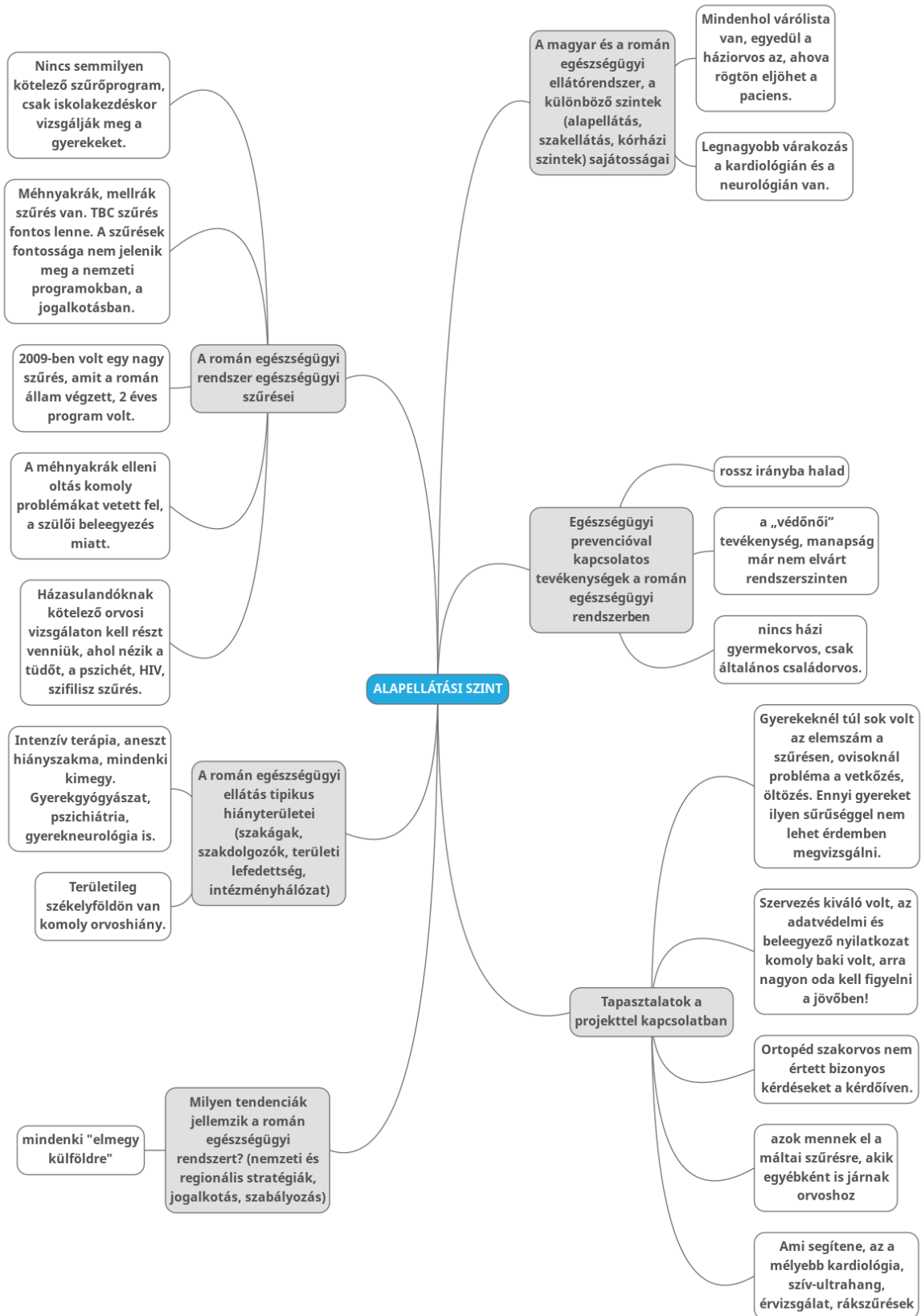
A racionalitás megítélésében hagyományosan kevés átmenet, árnyalat fedezhető fel, többnyire igen/nem választásként fogják fel az interjúalanyok a kérdést még akkor is, ha többféle opciót ajánlunk fel válaszként. Ebben a felmérésben is ez a tendencia, jelenség érhető tetten, mégpedig közel kiegyenlített formában.

G2. Mit tesz Ön lelki egészségének megóvása érdekében? (N=180)

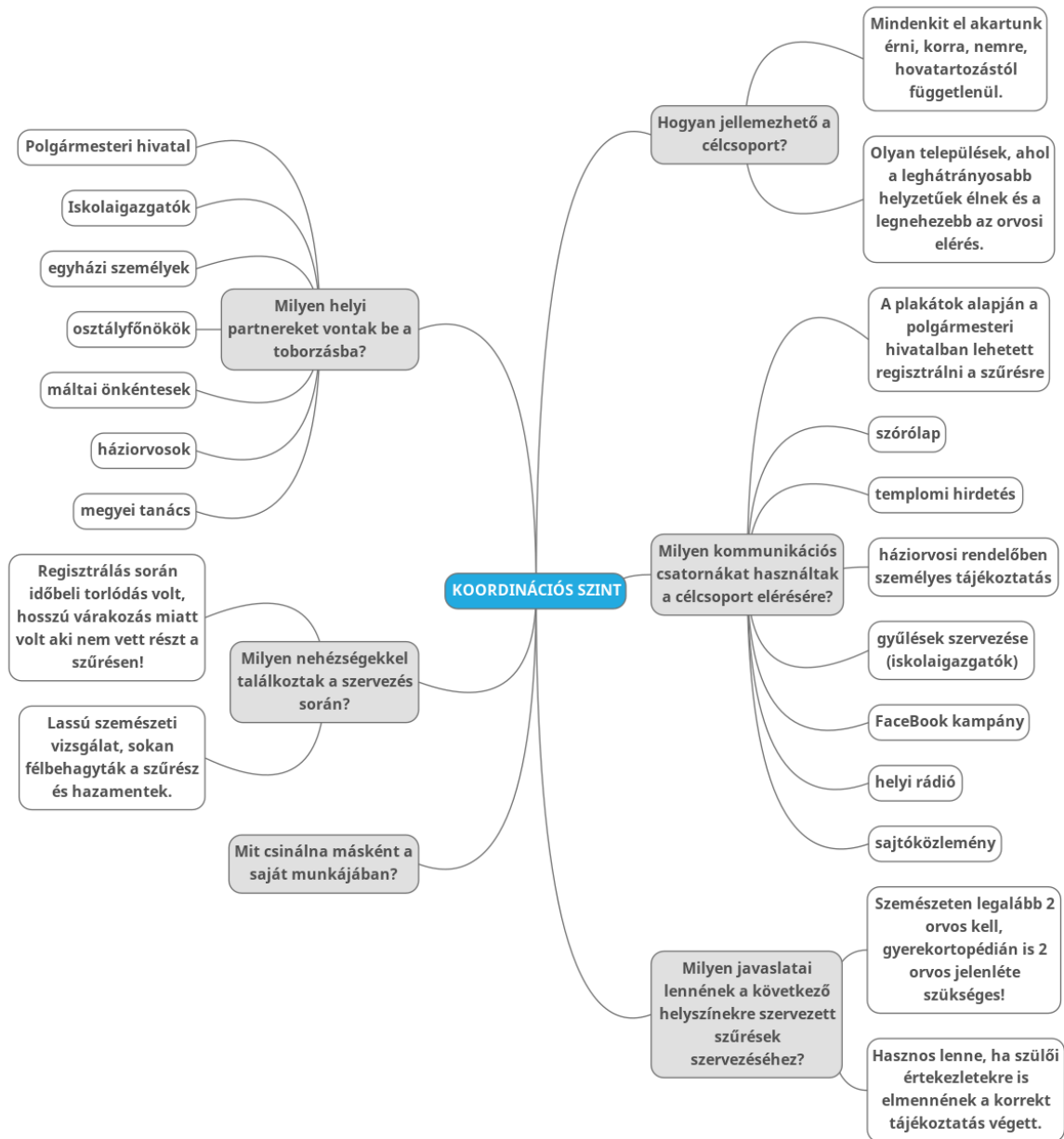


Nagyon érdekes az, ahogy a mentális egészség megőrzésére vonatkozó kérdésre válaszoltak a felmérésben részt vevők, mely kissé eltér a városi középosztályra jellemző mintázattól. Az általános kérdést („pozitív színben látni a világot”) nagyon sokan választották opcióként, de meg kell jegyezni, hogy ez a válasz nem szól a technikáról, és nem is biztos, hogy van mögötte valamilyen kognitív vagy affektív struktúra. A konkrét mentális teher-feldolgozási lehetőségek választásakor ugyanakkor nagyon egy irányba mozdulnak el a válaszok, a tradicionális vallási élet gyakorlása abszolút előnyben van a többi technikához, mentális egészség-prevenció szempontjából releváns viselkedéshez képest.

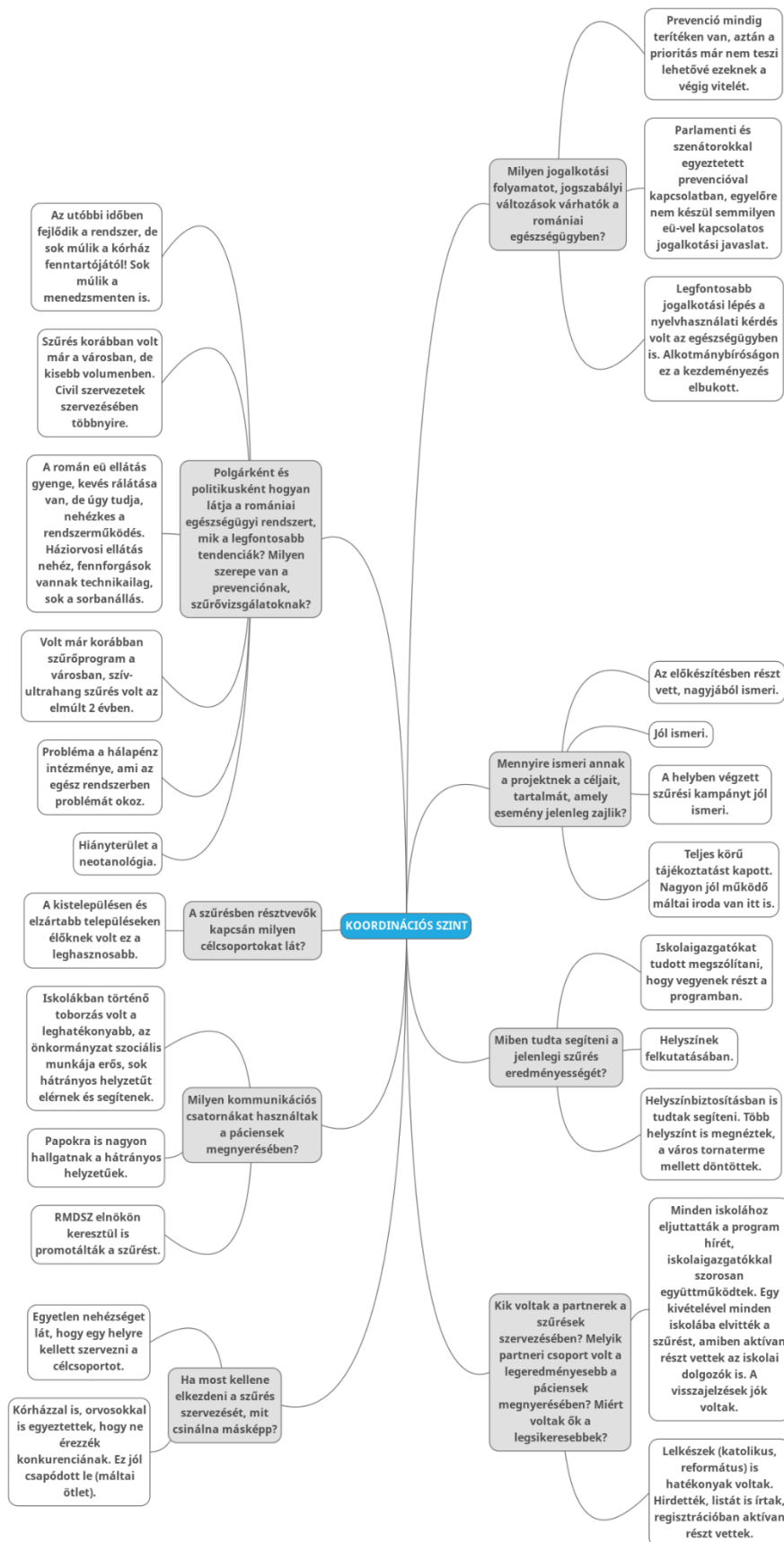
6.2. Az alapellátási szint interjúinak tartalma



6.3. A koordinációs szint interjúinak tartalma



6.4. Az igazgatási szint interjúinak tartalma



6.5. Az interjúk főbb megállapításai

6.5.1. Az alapellátási szint interjúi

- Az alapellátás helyi képviselőit tájékoztatták, bevonták, sok esetben orvosként részt vettek a programban.
- Mint házi orvosukhoz jöttek vissza a betegek a kiértékelő lappal.
- Románia a prevenció tekintetében rossz irányba halad. Régen az orvosok kötelezettsége volt a „védőnői” tevékenység, manapság már nem elvárt rendszerszinten.
- 2009-ben volt egy nagy szűrés, amit a román állam végzett, 2 éves program volt.
- Méhnyakrákszűrés van, más nem nagyon.
- Házasulandóknak kötelező orvosi vizsgálaton kell részt venniük, ahol nézik a tüdőt, a pszichét, HIV, szifilisz szűrés, amivel el lehet menni a tanácsra házasodni.
- Oltás valóban nem kötelező, szülő dönthet. Régen egy rendőr állt az orvos mögött, és nem volt kérdés, kell-e oltás. Most már ez felpuhult, nem tudni miért...
- A védőoltások közül a csecsemőkoriban kötelező, a későbbiek már nem. A méhnyakrák elleni oltás komoly problémákat vetett fel, a szülői beleegyezés miatt. 12-14 éves lányok voltak a célcsoport. A szülők a mellékhatásoktól félnek.
- A többi oltás felől a szülő saját hatáskörben dönt. Van ahol közel 100%-os az oltottság.
- Nem meghatározható, hogy melyik csoport az, amelyiknél a legnagyobb az oltatlanság, talán a roma közösség említhető meg.
- Praxisok betöltöttek, nincs házi gyermekorvos, csak általános családorvos. A gyerekorvos itt olyan, mint egy szakorvos.
- Nincs semmilyen kötelező szűrőprogram, csak iskolakezdéskor vizsgálják meg a gyerekeket.
- Méhnyakrák, mellrák szűrés van. TBC szűrés fontos lenne. A szűrések fontossága nem jelenik meg a nemzeti programokban, a jogalkotásban.

- Nagy a szakadék a lakosság és az orvos között. Ebben nagy szerepe van a médiának.
- Nagy a bizalmatlanság az orvosok irányába. Az orvosok között is széthúzás van.
- Orvosi kamara most kezd el aktív lenni az orvosok érdekében.
- Intenzív terápia, aneszteziológia hiányszakma, mindenki kimegy. Gyerekgyógyászat, pszichiátria, gyerekneurológia is.
- Mindenhol várólista van, egyedül a házi orvos az, ahova rögtön eljőhet a paciens.
- Legnagyobb várakozás a kardiológián és a neurológián van.
- Területileg Székelyföldön van komoly orvoshiány.
- Jogalkotásra kevésbé látnak rá a praktizáló orvosok.
- Sokan házi orvos helyett inkább a sürgősségi osztályt használják. Azonnali és átfogó anamnézis, ellátás, stb. miatt.
- A jelenlegi szűrésen a gyerekeknél túl sok volt az elemszám, ovisoknál probléma a vetkőzés, öltözés. Ennyi gyereket ilyen sűrűséggel nem lehet érdemben megvizsgálni.
- Szervezés kiváló volt, az adatvédelmi és beleegyező nyilatkozat komoly baki volt, arra nagyon oda kell figyelni a jövőben!
- Ortopéd szakorvos nem értett bizonyos kérdéseket a kérdőívben.
- A szűrésről visszaérkezett betegek kapcsán a máltai kiértékelőlappal kapcsolatban azt gondolja, amúgy is azok mennek el a máltai szűrésre, akik egyébként is járnak orvoshoz.
- Minden gyereknek diagnosztizáltak némi eltérést szemészeti szempontból, ami miatt a szülők kétségbeestek. Kérdés, mennyire volt ez hatékony, vagy releváns info?
- Ami segítene, az a mélyebb kardiológia, szív-ultrahang, érvizsgálat, rákszűrések.

6.5.2. A koordinációs szint interjúi

Előkészítés

- Első mérések előtt cca 2-3000 embert(?) embert kerestek meg hogy van-e kedve jönni majd + kérdőíves felmérések voltak. Az volt a tapasztalat, hogy ebből cca 1000 kérdőívet töltött ki, abból 200-an jöttek el. 3 település volt a helyszín, kérdés, hogy mennyi volt a merítés? Hány településről szerveztek?
- Kérdés, hogy mennyi volt az össz merítés, amiből 1000 kérdőívet töltött ki? Ezt csak a máltás kollegák végezték.
- **Jellemző elutasító válaszok, ki miért nem akart eljönni?**
- Az első tapasztalata alapján a későbbiekben már nem folytatták ezt a terepmunkát. 200 fő/nap volt a terv, amit belőttek, ebből 20%-os lemorzsolódással számoltak. 1.alkalommal 80% volt a lemorzsolódás.
- 3 próbanap volt, Zugliget+2 vidéki helyszínen (30-40 fővel). Egységidőket mértek itt, milyen orvosszakmailag indokolt szempontok vannak és mi fér bele a költségvetésbe?
- Voltak próbálkozások, karszalag, chip, stb, végül csak a futószalag módszer vált be. Itt csak akkor kell beavatkozni, ha valahol elakad a rendszer.
- Fontos volt, hogy a máltai kollegák kellő gyakorlati tapasztalatot szerezzenek, hogy a kinti máltásokat kellően tudják tréningezni.
- A samaritaniusok végezték kint hivatalosan a szűrést, a magyar máltások vitték a know-how-t.
- Asszisztenseket és orvosokat kellett tréningezni. Fontos volt bennük tudatosítani, hogy nem diagnosztizálniuk kell, hanem csak szűrést végeznek, ami sokkal kevesebb idő, mint amihez szokva vannak.
- Az orvosok és asszisztensek között nem volt feszültség (bár lehetett volna), de ez nem okozott problémát.
- Az orvosok fluktuálnak, nincs olyan, aki minden mérésen ott lett volna.
- Fél napos próbaszűrést kint is csináltak a helyi orvosokkal a rokonokkal, ismerősökkel! Ez jól működött, nem kellett már korrigálni a rendszert. Másnap a kérdőívek kitöltése miatt dőlt be a rendszer.

- Túl lassú volt a recepción a kérdőívezés azok körében, akik „beestek” és nem volt előzetesen kérdőívezve. 1 kérdőív 10 perc volt, a rövidített már csak 1-2 perc amit azóta használnak.
- A kérdőívet is tesztelték, érthető-e, stb...a helyi szinteken felmerülő problémakezeléssel már nem foglalkoztak, azt a helyiekre bízták.
- Második szűrésre egy fontos kihívás volt, hogy legyen elég résztvevő! Most már az a probléma, hogy túl sokan jönnek!
- A személyzet hiánycikk volt Nagybányán, ezért nagyon sokan jöttek. Erre felkészítették.
- Pályázat kiírása előtt kezdődött, a máltának sok szűrése van amúgy is. Ami hiányzott, az a rendszerszemlélet. Az a tapasztalat, hogy a leginkább HH-s régiókban a szűrés fontossága sokszorozódik az elérhetetlenség miatt.
- Magyarországon jól működik a gyerekszűrés, romániában a szűrések kötelező hiánya miatt ennek jelentősége ott szintén többszöröződik.
- A fókusz a gyerekszűrésen volt, de persze ezt kiterjesztették a felnőttekre is.
- Tüdőszűrő kamion most fog munkába állni, az engedélyezés miatt nem tudják még használni.
- 90-10% a szűrés és az egészségtudatosság növelés (ez utóbbi egyébként magyarországon zajlik csak) tevékenység aránya.
- 3 képzési szint (alkalmazottak, önkéntesek, szolgáltatók).
- Vezetői szinten képeztek először, akik továbbadták a saját kollegáiknak. 3 alkalommal volt teljes csapatnak képzés (-szolgáltatók), ami egyben csapatépítő is volt. Pályázati technikai infok átadása, szellemiség átadása, mentalitás kialakítása.
- A csapat kiválasztásánál szempont volt, hogy legyen máltás múltja. De voltak újak is, kb 1/3-2/3-ad arányban vannak régiek/újak. Ez a 3-3 fős alkalmazotti csapatra vonatkozik, az önkéntesek mind máltások.
- A második alkalmon azok vettek részt inkább, akik szakmaibbak (eü) és tapasztaltabbak (seniorok), a cél az volt, hogy átbeszéljék mit is akarnak elérni. 10-15 fővel végigmentek a részletekig menően és kérték, hogy beszéljék át a saját csapataikkal.
- Harmadik alkalom megint a teljes csapattal, a szűrés előtti napon. Itt már mindenki tudta a dolgát, ez már inkább a motiválásról szólt.

- Decemberben volt egy vezetői szintű kiértékelés.
- Első szűrés után 3 napos alkalom Kecskemét mellett, tapasztalatok leszűrése, átbeszélés.

HR

- 21 alkalmazott felvétele.
- 3 kollega/kutatási pont (7 db, 7 város), kutatási asszisztens, adminisztrátor, irodavezető.
- A gyakorlatban szociális munkás/eü asszisztens és mindenben részt vesznek, a kompetenciahatáron belül (pl orvosi tevékenységet nem!).
- Többen korábbi önkéntesek.
- A csapatösszetétele: 6-7 kollega eü, 6-7 kollega szociális, 6-7 kollega egyéb
- A szervezés idő függvényében párhuzamosan is történik, kezdetben ez volt a jellemző.
- A helyszínválasztás az egyik legfontosabb (infrastruktúra). Szükséges az elegendő tér és helyiség. A túl nagy helyszín is probléma, mert ott meg elvesznek az emberek. Az orvosok és alkalmazottak közötti nézeteltérés mindenhol érezhető volt.

Milyen kérdései vannak a szűrésen megjelenteknek?

- Kell-e fizetni?
- Mennyi idő?
- Honnan jöttek (földrajzilag/szervezetileg)?
- Milyen vizsgálatok lesznek?

Lehet-e definiálni, hogy ki a pontos célcsoport?

- Olyan települések, ahol a leghátrányosabb helyzetűek élnek és a legnehezebb az orvosi elérés. Inkább az idősebbek és a gyerekek vesznek részt a programokon.

- Kovászna megyében az iskolát akarták a szűrésre hozni, aztán változtattak, hogy a szűrést vigyék az iskolába. Itt nem kampányoltak, azt hitték nagy lesz az érdeklődés (cca 1000 fő)
- A célcsoport nem korlátozott, mindenkit szerettek volna bevonni!
- A későbbi helyszíneken már bátrabban kampányoltak.

Kik voltak a helyi partnerek a kampányban?

- Helyszínenként változott, Kovászna megyében a megyei tanáccsal kezdték, majd fordultak a polgármesterek felé. A polgármestereknek ez egy jó kampánylehetőséggé vált, így motiváltak lettek.
- Első alkalmat kivéve volt már „to do” lista, ami szerint dolgoztak, helyszínválasztás, toborzás, stb. Heti 1 megjelenést vártak el a bevontaktól bármilyen csatornán.
- Szűrés előtt 4 hónappal kezdték a kampányokat.

Helyszínválasztás mi alapján történt?

- Első 2 helyszín nem volt optimális választás. Dálnokon már jó volt a helyszín, ahogy Nagyenyeden is.
- Ott a szemészet volt egy kicsit átgondolatlan, kicsi volt az előtér.
- Fontos az „egyirányúsíthatóság”, hogy ne legyen kétirányú mozgás. A legjobb a nagy tér, ami átlátható (pl sportcsarnok).

Kik voltak még akik segítettek?

- Házi orvosok sokat hoztátettek (pl veszélyes hulladék szállítás), polgármesterek, iskolaigazgatók is sokat segítettek a regisztrációban és a tájékoztatásban.
- Komoly probléma volt abból, hogy a „gyereket nem fotózzák meztelenül”.....a beleegyező nyilatkozatnál ez gondot okozott, félreértésre adott okot.
- Iskolai dolgozók is sokat segítettek a logisztikában, csoportok mozgatásában.

- Hasznos lenne, ha szülői értekezletekre is elmennének a korrekt tájékoztatás végett.
- Szintenkénti kommunikációt terveznek a jövőben, olyan szintre mennek le, ahol még nem torzul a kommunikáció és hatékony az együttműködés.

Milyen partnerek voltak még?

- Egyházaknak küldtek levelet, tájékoztatást. Az volt a kérés, hogy hirdessék ahol csak tudják. A regisztrációt csak a máltaiak végezték, azt nem engedik ki a kezükből.
- Minden felekezetet bevontak a történelmi egyházak közül.
- Nagyon erősen és irányítottan végzik a „románosítást”. Pl lakásépítés, rendőrörs, újépítésű román ortodox templom...stb
- Helyi vállalkozások is hozzájárultak minimálisan pl ingyen nyomtatás, víz biztosítás, stb.
- Egyéb civil szervezetek bevonása eddig nem volt indokolt.

Milyen csatornákat alkalmaztak még?

- Plakátolás, helyi rádió, tv, helyi kiadványok, fb., szórólap.
- Interjúk formájában is hirdették az eseményt. Volt sajtóközlemény is.
- A leghatékonyabb csatorna: volt ahol a polgármesterek, volt ahol a szórólapok.
- Szórólapokat biztosan használják majd ezután mindenhol. Terv, hogy a családorvosokon, az iskolákon és egyházakon keresztül juttassák el.

Szervezés hogy alakul?

- Székely Robert mint főszervező koordinálja a helyi kollegákat.
- Az egyes helyszínek és kollegák mögött van egy-egy máltai iroda.
- Összesen 18 iroda van Romániában.

Értékelés hogy alakul?

- Folyamatos, a helyi kollegák a mérésben aktívan részt vesznek, így SzR látja át a terepet és ő a fő kapcsolattartó.
- A legtöbbet ő látja át élesben. SzR egyszemélyben ellátja a józсарu és rosszсарu szerepét is, hogy a helyi kollegákat ne hozzák kellemetlen helyzetbe.
- Minden folyamat végén értékelést tartottak, sőt a szűrések közben is folyamatos a kiértékelés, a korigálás.

Szűrésben résztvevők utánkövetése?

- Kovászna megyében úgy történik, hogy nem adták át az értékelőlapot. Mindenki személy szerint utólagosan megkapta, akinél komoly baj volt, ott személyes utánkövetés, ha kell segítség volt.
- Nagyenyeden már helyben megkapták a kiértékelőlapokat, amik be is vannak scannelve. Ahol baj van, ott sms küldés van, személyes megkeresés.

Változtatnál-e?

- Nem. Orvosok megkeresése nem mindegy! Hogy munka és pénzt kap, hanem tud-e csatlakozni a máltai szellemiséghez?
- Több mérésben résztvevő szakember kellene (de ez forráshiány miatt nem működik).
- A sok várakozás miatt kb 5-10% lemorzsolódás van.
- Minden orvosi állomáson előfordul torlódás.
- Egyébként a 3. szűrése kialakult a jó rendszer, minden jól működik. Mindenki jól végzi a dolgát.
- Kicsit fájdalmas, hogy nem a leghátrányosabb településeket érik el, holott ez volt az alapvető cél.

Helyi szervezés

Hogyan jellemezhető a célcsoport? (kikből áll, kiket céloztak meg elsősorban?)

- Mindenkit el akartunk érni, korra, nemre, hovatartozástól függetlenül.
- 70% városi 30% falusi célcsoport, 7 helyszínen toboroztunk, cca 25 km sugarú körben.

Milyen helyi partnereket vontak be a toborzásba? Kik voltak a legsikeresebb helyi partnerek?

- Polgármesteri hivatal,
- iskolaigazgatók,
- egyházi személyek,
- osztályfőnökök,
- máltai önkéntesek,
- házi orvosok révén végezték a toborzást.
- Polg.hivatal: Személyes találkozás, tájékoztatás a szűrés céljáról, menetéről, majd kaptak 3-3 kapcsolattartó személyt.
- A kérésük az volt, hogy minél több célcsoporttaghoz eljusson a szűrés ténye, az információ.
- A plakátok alapján a polgármesteri hivatalban lehetett regisztrálni a szűrésre.
- Ezen kívül a Máltai központnál is történtek a regisztrációk. 1500-1600 regisztrált személy volt, ebből 1850 fő vett részt a szűrésen.
- Egyház: Plakátkihelyezés, szórólap, szóbeli tájékoztatás, majd a papok hirdették a templomba + szórólapokat is osztottak.
- Papok is végeztek regisztrációt. Katolikusok (római+görög), reformátusok, ortodox mind támogatók voltak.
- Házi orvosok: 14 házi orvos volt, szóbeli tájékoztatás után plakát+szórólap a rendelőkben.
- Támogatók voltak és pozitívak. Érdekelte őket a szakmai tartalom, mi történik a szűrésen, de személyesen nem vettek részt.
- Iskola: iskolaigazgatók részére gyűlést szerveztek a polg.hivatalban, ahol tájékoztatták őket a szűrésről.
- Meghívtak cca fele jelent meg, azok nagyjából mindannyian bekapcsolódtak. 1000 gyermek lett regisztrálva.

- Leghatékonyabb az iskolai toborzás volt. Olyan is volt, hogy a gyereket kísérő szülő is bevonásra került a szűrésbe.

Milyen kommunikációs csatornákat használtak a célcsoport elérésére?

- Plakátok
- Szórólapok
- FaceBook kampány,
- polgármesteri FaceBook kampány,
- helyi rádió (díjmentes).

Milyen nehézségekkel találkoztak a szervezés során?

- Regisztrálás során időbeli torlódás volt, hosszú várakozás miatt volt aki nem vett részt a szűrésen!
- Volt, aki a szűrés csak egy részét csinálta meg, majd idő előtt távozott a lassú haladás miatt.
- A szemészet a legidőigényesebb része a szűrésnek. Sok egyéb kérdés merül fel a szemészetben a résztvevőktől ahol 1 szakorvos van.

Javaslatok, ötletek

- Szemészetben legalább 2 orvos kell, gyerekortopédián is 2 orvos jelenléte szükséges!
- 40 fő/óra volt a terv, de többet is terveztek a lemorzsolódás miatt. De többen jöttek, így torlódás alakult ki.
- A regisztráltak elsőbbséget élveznek, ez jó gyakorlat, ezt javasolják!

Mit csinálna másként a saját munkájában?

- A háziorvoshoz közvetítés után „elvesztik” az ügyfelet, ezt szeretnék lekövetni, mi lesz a résztvevőkkel.

- Alapvetően elégedetten fejezik be, nehéz volt, de a céljaikat elérték.
- A mérés megkezdéséig stresszes, hogy jönnek-e de a mérés már sikeresen zárult.
- Sok a termékbemutató piaci megjelenés, ettől tartottak az emberek. Miután megvoltak a tájékoztatók, bizalmat szavaztak az emberek, fontos volt a közvetítő csatornába vetett bizalom.
- A személyes meggyőzésnek nagy szerepe volt.
- A résztvevők örültek a lehetőségnek, érdeklődéssel kérdezték a következő alkalom időpontját!
- Volt egy célszám, amit elérték, de nem ez volt a legfontosabb! Fontos volt nekik az alapos és odafigyeléssel végzett szűrés, az emberi odafordulás.
- Sokan órákat álltak sorba, de nagyon pozitívan és hálásan vették az odafigyelést.
- Nem okozott gondot az, hogy magyar kezdeményezés. Hálásan vették azt, hogy több városból, országból jöttek a mérésben résztvevők.

6.5.3. Az igazgatási szint interjúi

- Az előkészítésben részt vett, a projekt céljait nagyjából ismeri.
- Konkrét szervezési feladatokban tudott segíteni.
- Az utóbbi időben fejlődik az egészségügyi rendszer, de sok múlik a kórház fenntartójától! Sok múlik a menedzsmenten is.
- Romániában is ez a 3 szint működik. Alap, szak és kórházi ellátás. Megyei szervezetek vannak, biztosító nem országos. Minden biztosítónak vannak családorvosai, mentőszolgálat, sürgősségi betegfelvételi osztálya és gyógyszerháza.
- Kórházak külön működnek. Sürgősségi ellátást finanszírozza az egészségügyi minisztérium
- Városi kórházakat a megyei tanácsok finanszírozzák. Minden megyében van 1 sürgősségi a többi városi kórházak.
- Nincsenek orvosegyetemi kórházak.
- Állami monopól a mentés, ami magánszolgálatból indult. Arab orvos kezdeményezéséből emelt szintű mentési ellátás indult a 90-es években. Légimentés is ide tartozik.
- Nagybányán minden típusú ellátást meg tudnak oldani, nincs szükség utazásra.
- Ami a hiány az elfekvők (krónikus osztályok), szociális központok, idősek otthona. Diagnosztikai eszközök mind elérhetőek a városban. Minden elérhető a magánellátásban, csak sokba kerül.
- Kevésbé informáltak az emberek, nem kellően tájékozottak a lehetőségeikről. A finanszírozási besorolások és a kampányok miatt csak a sürgősségi betegellátást veszik igénybe a betegek, az ügyeleti ellátásról kevés információjuk van.
- Megemelték az orvosi fizetéseket, havi 5-7 ezer euro nettó fizetések vannak.
- Kivándorlást ezzel többé-kevésbé megállították.
- Szűrés korábban volt már a városban, de kisebb volumenben. Civil szervezetek szervezésében többnyire.
- Minden munkavállalónak munkábaállást megelőzően kötelező munkaügyi vizsgálatok kell, hogy részt vegyen (vér, belgy., tüdő).

- Nemzeti programok vannak, onkológia, vércukor, hiv szűrések. Nem klasszikus szűrés, hanem a gyógyszerellátás megoldott legyen. Magánegészségügyben szűrésekre nincs megoldva a finanszírozás.
- Felmérést végeztek, hogy ki milyen helyszínt tudna biztosítani a szűréseknek?
- Iskolaigazgatókat tudott megszólítani, hogy vegyenek részt a programban.
- A kistelepülésen és elzártabb településeken élőknek volt ez a leghasznosabb.
- Iskolákban történő toborzás volt a leghatékonyabb, az önkormányzat szociális munkája erős, sok hátrányos helyzetűt elérnek és segítenek. Roma lakosság létszáma cca 4-5 ezer fő.
- Papokra is nagyon hallgatnak a hátrányos helyzetűek.
- Egyetlen nehézséget lát, hogy egy helyre kellett szervezni a célcsoportot.
- Prevenció mindig terítéken van, aztán a prioritás már nem teszi lehetővé ezeknek a végig vitelét a jogalkotásban.
- Médiakampányokkal hirdetik a programokat, pl méhnyakrák szűrés + oltási tevékenységek. Oltás nem kötelező, mint nálunk. Legtöbb gyermekhalálozás az oltáshiány miatt következik be.
- Van egy fiatal civil csoport, a Rotary fiatal csoport, akik hatékonyan segítik a civil támogatói oldalt a speciális betegségekkel küzdők részére.
- Kifejezetten egészségnapok nincsenek, azonban egyes rendezvényekhez kapcsolódóan vannak egészségtudatos kezdeményezések (női futás, sportnap, stb).
- A 2006-os eü törvény, 21000 modifikáláson ment keresztül.
- Minden beteget a sürgősségi osztályra kötelezően kell vinni. Onnan döntenek el, hova kerül tovább a beteg.
- Nincs a mentőorvosnak döntési jogköre.
- Nincsenek privát egészségbiztosítók a monopol helyzet miatt.
- Kórházakban kritikus az infekciók miatt bekövetkező halálozás. Nincsenek epidemiológusok a kórházakban.
- Pszichiátriával javasolná kiegészíteni a szűrést, a 70%-a a megjelenteknek pszichotikus.
- A résztvevők többségében nem tudatosul, hogy ez egy szűrőprogram, ami nem egyenlő egy orvosi vizsgálattal. A résztvevők többsége azonnal átsétált a családorvoshoz és leadták a kimeneti lapokat.

- A helyi szintű orvosok elláthatnák a betegek nagy részét, feleslegesen terhelik a sürgősségi ellátórendszert!

7. Összegzés és konklúzió

Demográfia

A szűréseken megjelentek közel kétharmada nő, amely összhangban van azzal, hogy a nők többnyire egészség tudatosabbak mint a férfiak. A koreloszlást tekintve elmondható, hogy az 50 évnél idősebbek dominálják a szűréseket. Ez egyrészt a korral romló egészségi állapotnak köszönhető, másrészt pedig annak, hogy ez az a korosztály az, amely képes időt szakítani egy egynapos, több órán át tartó szűrésre. Azokon a helyeken, ahol helyi, iskolai szűrések is történnek, vagy az iskolák körében szervezett szűrés is zajlik, természetesen módosulnak ezek az arányok. A méréseken megjelent populáció foglalkoztatási jellemzői nagyrészt követik a koreloszlását: a megjelentek több mint a fele nyugdíjas, az aktív, alkalmazotti státuszú népesség a teljes szűrési populáció negyedét sem éri el.

Egészségügyi információk értelmezése (Chew-kérdések)

Az önálló űrlapkitöltésről a megkérdezettek döntő többsége úgy nyilatkozik, hogy önállóan képes rá, nagyon kicsi számban nyilatkoznak úgy hogy nem érzik magabiztosnak magukat ilyen helyzetekben. Az egészségügyi dokumentáció önálló értelmezésének képességében már nyílik ez az olló, egyre többen nyilatkoznak úgy, hogy csak segítséggel képesek az egészségügyi dokumentációkban tájékozódni. Nagyon látványos a válaszadások átfordulása akkor, amikor a kérdés arra vonatkozik, hogy a rendelkezésre álló egészségügyi dokumentációból mennyire képes a megkérdezett következtetéseket levonni a saját egészségi állapotára vonatkozóan, mert a döntő többségnek ez egyértelmű nehézséget okoz.

Szubjektív egészségérzet

A válaszadók több mint a fele egészségesnek érzi magát, amely tekintettel arra, hogy egy szűrésen mégis megjelent mindenképpen az egészség tudatosságra utal. A válaszadóknak viszont több mint a harmada úgy nyilatkozik, hogy valamilyen egészségi problémával küzd.

Egészségtudatosság

Szinte a teljes vizsgált populáció számára az egészség alapvető érték, fontosnak tartják az egészségtudatos magatartást (98%). A tipizálás nélküli egészségmegőrzésre fordított idő mértéke a vizsgált populációban 50%-ban magas értéket mutat: „naponta több órát”, amely inkább valamilyen értelmezési anomáliára hívja fel a figyelmet. A második helyen a „heti néhány napot” szerepel, amely már jobban közelít a közép-európai populációkban mért értékhez. A legfontosabb vitális paraméterek ismeretében egyértelműen a vérnyomás értékének ismerete a meghatározó, de igen érdekes, hogy a vércukor érték van az utolsó helyen, és olyan paraméterek ismerete is magasabb ennél, mint a BMI index és a koleszterin szint. Az egyes vitális paraméterek mérésének gyakorisága kapcsán a testsúlymérésének frekvenciája a legjellemzőbb, míg a legritkábban a különböző laborparaméterekről van információjuk a megkérdezetteknek. Elgondolkodtató, hogy a megkérdezettek 41%-a úgy nyilatkozik, hogy szinte soha nem jár szűrővizsgálatokra, könnyen lehet, hogy a szűrésbe bevontak esetében az életük első szűrésén vesznek részt, amely a magas életkori átlagot tekintve különösen rossz helyzet.

Táplálkozás

A táplálkozás jelentőségét az egészségre nézve a megkérdezettek szinte egyöntetűen ismerik, de amikor azt kérdeztük tőlük, hogy ennek ellenére ő személyesen odafigyel-e a táplálkozására, akkor már sokkal rosszabb kép rajzolódik ki, a megkérdezettek mintegy 13%-a nyilatkozik úgy, hogy nem figyel oda az egészséges táplálkozásra. A

növényi olaj/állati zsiradék felhasználása dilemma helyzete nem egyértelmű a megkérdezett populációban, talán az állati zsiradék irányába mozdul el abban a tekintetben, hogy hány ember fogyaszt többé-kevésbé állati zsiradékot. A cukor használatának nagy dominanciája fontos népegészségügyi kérdés, a megkérdezettek napi szinten használnak finomított cukrokat. A fehér kenyér fogyasztásának abszolút dominanciája (71%) a vártak megfelelő, a rozskenyér és a teljes kiőrlésű kenyerek fogyasztása inkább alkalmi, színesítő jellegű. A gyümölcs és a zöldség fogyasztás magas aránya (a megkérdezettek többsége napi szinten fogyasztja) érdekes kérdéseket vet fel, érdemes lenne ennek összetételét, felhasználási formáját is megvizsgálni. Az édességfogyasztás már sokkal jobban eloszlik a gyakoriságot tekintve, szinte minden válaszadó fogyaszt édességeket, ha viszonylag ritkán is. A népegészségügyi szempontból abszolút negatívan megítélt „nasi” termékcsoport fogyasztása nem túl jellemző a vizsgált populációban.

Káros szenvedélyek

A válaszadók közel háromnegyede nem dohányzik, ami igen jó egészségmutató, ugyanúgy ahogy az alkoholfogyasztás alacsony értéke is. Ezeket az adatokat némi fenntartással kell kezelni abban a tekintetben, hogy a szűrésen résztvevők mindenképpen egészségtudatosabbak, mint a szűréseken meg nem jelent populáció, ráadásul a korösszetétel és a nemek aránya sem kiegyenlített a teljes népességhez viszonyítva.

Testmozgás

A testmozgást fontosnak ítélik meg, ez tükröződik abban is, hogy milyen intenzitással végeznek testmozgást a megkérdezettek. A kérdés nem terjedt ki arra vonatkozóan, hogy ezek milyen mozgásformákra aktivitásra vonatkoznak, de vélhető, hogy beleértik a nem célirányos, kizárólag egészségprevenciós mozgásformákat is.

Lelki egészség

A lelki egészséggel kapcsolatos felmérés egy meglehetősen speciális terület, viszonylag ritkán része az egészségprevenciós kérdőíveknek, a megfelelő kulturális adaptáció nélkül a kérdésekre adott válaszok legfeljebb orientáló jellegűek lehetnek. A kérdőívben olyan validált kérdéseket tettünk fel, amely a közép-európai kultúrkörben jól értelmezhetők és adnak némi képet arról, hogy a válaszadónak milyen az aktuális mentális státusza. A lelki stabilitás magas szintű a válaszok alapján hasonlóan a megbocsátáshoz és a béküléshöz. Ennek némileg ellentmond az, hogy a rágódás magas szintje mellett a befolyásoló érzelmek jelenléte is sokkal kiegyenlítettebb eloszlást mutat. A lelki egészség megóvása szempontjából kiemelkedő jelentősége van a hitnek mint közösséget megtartó erőnek, amely személyes kapcsolódást is lehetővé tesz.

8. Forrásjegyzék

Sorensen et. al. Health Literacy and public Health: A systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health 2012, 12:80

Nutbeam, D. Health promotion glossary. Health Promotion International, 13, 349-364. 1998.

Taller Á et al. Az egészségműveltség értelmezése és fő kihívásai a mai magyar társadalomban. Egészségfejlesztés. 2015.1-2. szám és 2015. 3 szám.

Nutbeam D: Health literacy as a public goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promot Int 2000, 15(3):259-267

Kickbusch I., Wait S., Maag D.: Navigating Health. The role of Health Literacy. London: Alliance for Health and the Future, 2006

Sorensen et. al. Health Literacy and public Health: A systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health 2012, 12:80

Baker, D. W., Wolf, M. S., Feinglass, J., et al.: Health literacy and mortality among elderly persons. Arch. Intern. Med., 2007, 167(14), 1503–1509.

Rudd, R. E., Anderson, J. E., Oppenheimer, S., et al.: Health literacy: An update of medical and public health literature. In: Comings, J., Garner, B., Smith, C. (eds.): Review of adult learning and literacy. Lawrence Erlbaum, Mahwah, New Jersey, 2005.

Wolf, M. S., Davis, T. C., Osborn, C. Y., et al.: Literacy, self-efficacy, and HIV medication adherence. *Patient Educ. Couns.*, 2007, 65(2), 253–260.

[Nagy, L., Barabás, K.: Possibilities in diagnostic assessment of health literacy and health-behaviour. In: Csapó, B., Zsolnai, A. (eds.): Possibilities of diagnostic assessment of cognitive and affective developmental processes in early school years. [Az egészségműveltség és egészségmagatartás diagnosztikus mérésének lehetőségei. In: Csapó, B., Zsolnai, A. (szerk.): Kognitív és affektív fejlődési folyamatok diagnosztikus értékelésének lehetőségei az iskola kezdő szakaszában.] Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest, 2011. [Hungarian]

Szinapszis Kft.: Do we handle health-related information properly? [Vajon a helyükön kezeljük az egészséggel kapcsolatos információkat?] 2015. december 3. <http://www.webbeteg.hu/cikkek/egeszseges/18638/egeszsegtudatosag-health-literacysurvey> [Hungarian]

Wick Pharma's assessment about flu and influenza. [Wick Pharma 2014-es nátha és influenza felmérése.] http://hvg.hu/plazs/20150313_Tobben_hisznek_az_orvosnak_mint_sajat_mag. [Hungarian]

Baker, D. W., Wolf, M. S., Feinglass, J., et al.: Health literacy and mortality among elderly persons. *Arch. Intern. Med.*, 2007, 167(14), 1503–1509.

Wolf, M. S., Davis, T. C., Osborn, C. Y., et al.: Literacy, self-efficacy, and HIV medication adherence. *Patient Educ. Couns.*, 2007, 65(2), 253–260.

Connor, M., Mantwill, S., Schulz, P. J.: Functional health literacy in Switzerland – validation of a German, Italian, and French health literacy test. *Patient Educ. Couns.*, 2013, 90(1), 12–17.

Von Wagner, C., Knight, K., Steptoe, A., et al.: Functional health literacy and health-promoting behaviour in a national sample of British adults. *J. Epidemiol. Community Health*, 2007, 61(12), 1086–1090.

Baker, D. W., Gazmararian, J. A., Sudano, J., et al.: The association between age and health literacy among elderly persons. *J. Gerontol. B Psychol. Sci. Soc. Sci.*, 2000, 55(6), S368–S374.

HLS-EU Consortium: Comparative report of health literacy in eight EU member states. The European Health Literacy Survey HLS-EU, 2012. <http://www.health-literacy.eu>

Jablonka E. Epigenetic variations in heredity and evolution. *Clin Pharmacol Ther.* 2012 Dec;92(6):683-8.

Alberts B, Bray D, Lewis J, Raff M, Roberts K, Watson JD (ed). *The Molecular Biology of the Cell*. Fourth Edition, Garland, 2002.

Mamrut S , Harony H, Sood R, ShaharGold H, Gainer H, Shi YJ, Barki-Harrington L, Wagner S. DNA methylation of specific CpG sites in the promoter region regulates the transcription of the mouse oxytocin receptor. *PLoS One.* 2013;8(2):e56869. doi: 10.1371/journal.pone.0056869. Epub 2013 Feb 18.

Hunt CR, Ramnarain D, Horikoshi N, Iyenger P, Pandita RK, Shay JW, Pandita TK. Histone Modifications and DNA Double-Strand Break Repair after Exposure to Ionizing Radiations. *Radiat Res.* 2013 Jan 31

Koutsounas I, Giaginis C, Patsouris E, Theocharis S. Current evidence for histone deacetylase inhibitors in pancreatic cancer. *World J Gastroenterol.* 2013 Feb 14;19(6):813-28.

Falus A, Molnár V. Closer to the completed unity: messenger and microRNA profiling. An introduction. *Semin Cancer Biol.* 2008 Apr;18(2):77-8.

Zhu J, Adli M, Zou JY, Verstappen G, Coyne M, Zhang X, Durham T, Miri M, Deshpande V, De Jager PL, Bennett DA, Houmard JA, Muoio DM, Onder TT, Camahort R, Cowan CA, Meissner A, Epstein CB, Shores N, Bernstein BE. Genome-wide Chromatin State Transitions Associated with Developmental and Environmental Cues *Cell* 152, 642–654, 2013

Beery AK, Lin J, Biddle JS, Francis DD, Blackburn EH, Epel ES. Chronic stress elevates telomerase activity in rats. *Biol Lett.* 2012 Dec 23;8(6):1063-6.

Fedoroff NV. Presidential address. Transposable elements, epigenetics, and genome evolution. *Science.* 2012 Nov 9;338(6108):758-67.

Soubry A, Schildkraut JM, Murtha A, Wang F, Huang Z, Bernal A, Kurtzberg J, Jirtle RL, Murphy SK, Hoyo C. Paternal obesity is associated with IGF2 hypomethylation in newborns: results from a Newborn Epigenetics Study (NEST) cohort. *BMC Med.* 2013 Feb 6;11(1):29

Ivanova E, Chen JH, Segonds-Pichon A, Ozanne SE, Kelsey G. Epigenetics. 2012 Oct;7(10):1200-10. DNA methylation at differentially methylated regions of imprinted genes resistant to developmental programming by maternal nutrition

Ehlert T, Simon P, Moser DA. Epigenetics in sports. Sports Med. 2013 Feb;43(2):93-110.

Liberman SA, Mashoodh R, Thompson RC, Dolinoy DC, Champagne FA. Concordance in hippocampal and fecal Nr3c1 methylation is moderated by maternal behavior in the mouse. Ecol Evol. 2012 Dec;2(12):3123-31.

Combs-Orme T. Epigenetics and the social work imperative. Soc Work. 2013 Jan;58(1):23-30.

Najafzadeh M, Davis JC, Joshi P, Marra C. Barriers for integrating personalized medicine into clinical practice: A qualitative analysis. Am J Med Genet A. 2013 Feb 26. doi: 10.1002/ajmg.a.35811

ENCODE Project Consortium: An integrated encyclopedia of DNA elements in the human genome. Nature. 2012 Sep 6;489(7414):57-74.

Simonds SK. Health education as social policy. Health Education Monograph 1974;2:1-25

World Health Organization. Health Promotion Glossary. WHO, Genf, 1998. <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>

Kickbusch I. Think health: what makes the difference. *Health Promotion International* 1997;12:265–272

Ratzan SC. Health literacy: communication for the public good. *Health Promotion International* 2001;16(2):207– 214. <http://heapro.oxfordjournals.org/content/16/2/207.full#ref-9>

Nielsen-Bohman L, Panzer AM, Kindig DA, eds. *Health Literacy: A Prescription to End Confusion*. Institute of Medicine. National Academies Press, 2004

Hæsum E, Ehlers L, Hejlesen OK. Telehomecare Technologies Enhance Self-management and Empowerment among Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) –Where does Health Literacy Fit into this Equation? *Stud Health Technol Inform* 2013;192:1182

Batterham RW, Buchbinder R, Beauchamp A, Dodson S, Elsworth GR, Osborne RH. The OPTimising HEalth LIterAcy (Ophelia) process: study protocol for using health literacy profiling and community engagement to create and implement health reform. *BMC Public Health* 2014;14:694. DOI: 10.1186/1471-2458-14-694

Weiss BD. *Health literacy and patient safety: Help patients understand*. AMA, 2007

Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Viera A, Crotty K, Holland A, Brasure M, Lohr KN, Harden E, Tant E, Wallace I, Viswanathan M. Health literacy interventions and outcomes: an updated systematic review. *Evid Rep Technol Assess* 2011;199:1–941. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK82434>

Wang KY, Chu NF, Lin SH, Chiang IC, Perng WC, Lai HR. Examining the causal model linking health literacy to health outcomes of asthma patients. *J Clin Nursing* 2014;23: 2031–2042

Fraser SDS, Roderick PJ, Casey M, Taal MW, Yuen HM, Nutbeam D. Prevalence and associations of limited health literacy in chronic kidney disease: a systematic review. *Nephrol Dial Transplant* 2013;28:129–137

Al Sayah F, Majumdar SR, Williams B, Robertson S, John-son JA. Health Literacy and Health Outcomes in Diabetes: A Systematic Review. *J Gen Intern Med* 2012;28(3):444–452

OECD. Literacy, Numeracy and Problem Solving in Technology-Rich Environments: Framework for the OECD Survey of Adult Skills. OECD Publishing, 2012 http://www.oecd.org/site/piaac/PIAAC%20Framework%202012--%20Revised%2028oct2013_ebook.pdf

Adult Literacy and Lifeskills Survey. OECD 1994–1998, <http://nces.ed.gov/surveys/all/>

Literacy in the Information Age. Final report of the International Adult Literacy Survey. OECD, Statistics Canada, 2000. <http://www.oecd.org/edu/skills-beyond-school/41529765.pdf>

Literacy for Life: Further Results from the Adult Literacy and Life Skills Survey. Second International ALL Report. OECD, Statistics Canada, 2011. <http://www.statcan.gc.ca/pub/89-604-x/89-604-x2011001-eng.pdf>

Programme for the International Assessment of Adult Competencies, PIAAC. OECD, <http://www.oecd.org/site/piaac/surveyofadultskills.htm>

Sørensen K, et al. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health* 2012;12:80. <http://link.springer.com/article/10.1186/1471-2458-12-80/fulltext.html>

Jeppesen KM, Coyle JD, and Miser WF. Screening Questions to Predict Limited Health Literacy: A Cross-Sectional Study of Patients with Diabetes Mellitus. *Annals Fam Med* 2009;7(1):24–31, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2625834/>

Baker DW, Williams MV, Parker RM, Gazmararian JA, Nurss J. Development of a brief test to measure functional health literacy. *Patient Education and Counseling* 1999;38:33–42

Weiss BD, Mays MZ, Martz W, Castro KM, DeWalt DA, Pignone MP, Mockbee J, Hale FA. Quick Assessment of Literacy in Primary Care: The Newest Vital Sign. *Annals Fam Med* 2005;3:514–522

Davis TC, Long SW, Jackson RH, Mayeaux EJ, George RB, Murphy PW, Crouch MA. Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine: A Shortened Screening Instrument. *Clinical Research and Methods* 1993;25(6):391–395

Bass PF, Wilson JF, Griffith CH. A Shortened Instrument for Literacy Screening. *J Gen Intern Med* 2003;18: 1036–1038

Comparative report on health literacy in eight EU Member States. The European Health Literacy Project, 2009–2012. <http://www.maastrichtuniversity.nl/web/>

Institutes/FHML/CAPHRI/DepartmentsCAPHRI/InternationalHealth/ResearchIN THE ALTH/Projects/HealthLiteracyHLSEU/MeasuringHealthLiteracyInEurope.htm

Chew LD, Griffin JM, Partin MR, Noorbaloochi S, Grill JP, Snyder A, Bradley KA, Nugent SM, Baines AD, VanRyn M. Validation of Screening Questions for Limited Health Literacy in a large VA Outpatient Population. *J Gen Intern Med* 2007;23(5):561–566

Morris NS, MacLean CD, Chew LD, Littenberg B. The Single Item Literacy Screener: Evaluation of a brief instrument to identify limited reading ability. *BMC Family Practice* 2006;7:21. DOI: 10.1186/1471-2296-7-21 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1435902/>

Kutner M, Greenberg E, Jin Y, Paulsen C. The Health Literacy of America's Adults: Results From the 2003 National Assessment of Adult Literacy. US Department of Education, Washington DC, National Center for Education Statistics, 2006. <https://nces.ed.gov/pubs2006/2006483.pdf>

Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G, Fullam J, Kondilis B, Agrafiotis D, Uiters E, Falcon M, Mensing M, Tchamov K, van den Broucke S, Brand H. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *Eur J Public Health* 2015;25(6):1053–1058. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4668324/>

Nagy L, Korom E, Hódi Á, B. Németh M. Az egészség-műveltség online mérése. In: Csapó B, Zsolnay A, szerk. Online diagnosztikus mérések az iskola kezdő szakaszában. Oktatókutatató és Fejlesztő Intézet, Bp., 2015, 147–177. http://www.edu.u-szeged.hu/kkcs/sites/default/files/legfrissebb/2015/NagyL_Korom_Hodi_B.Nemeth_2015_Egeszsegmueveltseg_online.pdf

Gács Zs, Berend K, Csanádi G, Csizmady A. Új kérdőív a szülői egészségműveltség mérésére. *Orv Hetil* 2015;156(42):1715–1718. <http://www.akademiai.com/doi/pdf/10.1556/650.2015.30237>

Catford, J. (1983): Positive health indicators – towards a new information base for promotion. *Community Medicine*, 5.2. sz. 125–132. CDC's School Health Education Resources (2007).

National Health Education Standards (NHES). National Center for Chronic Disease Prevention and School Health. Atlanta. <http://www.cdc.gov/HealthyYouth/SHER/standards/index.htm>.

CDC's School Health Education Resources (2008). Characteristics of an Effective Health Education Curriculum. National Center for Chronic Disease Prevention and School Health. Atlanta.

Cohall, A. T., Cohall, R., Dye, B., Dini, S., Vaughan, R. D. és Coots, S. (2007): Overheard in the halls: What adolescents are saying, and what teachers are hearing, about health issues. *Journal of School Health*, 77.7. sz. 344–350. Constitution of the World Health Organization (1948). WHO. New York.

Csíkszentmihályi Mihály (2010): *Flow – Az áramlat – A tökéletes élmény pszichológiája*. Akadémiai Kiadó, Budapest.

DiCenso, A., Borthwick, V. W., Busca, C. A., Creatura, C., Holmes, J. A., Kalagian, W. F. és mtsai. (2001): Completing the picture: Adolescents talk about what's missing in sexual health services. *Canadian Journal of Public Health*, 92.1. sz. 35–38.

Dzsakartai Nyilatkozat, 1997 (Egészségmegőrzés a XXI. században). In: Kishegyi Júlia és Makara Péter (szerk., 2004): Egészségfejlesztési módszertani füzetek kiadványsorozat.

Alaska Content Standards. Skills for a healthy life. (2008). Alaska

Elekes Zsuzsanna (2001): A magyarországi középiskolások alkohol- és drogfogyasztása: [ESPAD: Európai Iskolai Felmérés az Alkohol- és Drogfogyasztásáról: 1995]. Népjóléti Minisztérium, Budapest.

Elekes Zsuzsanna (2007): A budapesti 8–10. évfolyamon tanuló diákok alkohol- és egyéb drogfogyasztási szokásairól. Kutatási beszámoló. Budapesti Corvinus Egyetem Szocio-lógia és Társadalompolitika Intézet, Budapest.

Ewles, L. és Simnet, I. (1999): Egészségfejlesztés. Gyakorlati útmutató. Medicina Könyv-kiadó Rt., Budapest.

Felvinczi Katalin (1998): Iskola-egészségügyi program. Tantárgyfejlesztési kísérlet. Egészségnevelés, 39.5–6. sz. 250–253.

Fishbein, M. (1995): Developing effective behavior change interventions: Some lessons learned from behavioral research. In: Backer, T. E., David, S. L. és Soucy, G. (szerk.): Reviewing the behavioral sciences knowledge base on technology transfer. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse, Rockville. 246–261.

Fishbein, M. (2000): The role of theory in HIV prevention. AIDS Care, 12.3. sz. 273–278.

Fishbein, M. és Ajzen, I. (1975): Belief, attitude, intention, and behavior: An introduction to theory and research.

Addison-Wesley, Reading. Fishbein, M., Cappella, J. N., Hornik, R., Sayeed, S., Yzer, M. C. és Ahern, R. K. (2002): The role of theory in developing effective anti-drug public service announcements. In: Crano, W. D. és Burgoon, M. (szerk.): Mass media and drug preventions: Classic and contemporary theories and research. Erlbaum, Mahwah. 89–117.

Fishbein, M. és Yzer, M. (2003): Using Theory to Design Effective Health Behavior Interventions. *Communication Theory*, 13.2. sz. 164–183. Fisher-Wilson, J. (2003): The crucial link between literacy and health. *Annals of Internal Medicine*, 139.10. sz. 875–878.

Gazmararian, J., Curran, J., Parker, R., Bernhardt, J. és DeBuono, B. (2005): Public health literacy in America, an ethical imperative. *American Journal of Preventive Medicine*, 28.3. sz. 317–322.

Graves, V. A. (2005): The unique health needs of young women: Application for occupational health professionals. *AAOHN Journal*, 53.7. sz. 320–327.

9. Mellékletek

9.1. Az egészségtudatosság és a táplálkozás összefüggései

A táplálkozás a tápanyagok bevitelét és a szervezetben történő hasznosulását jelenti, amely az ember egyetemes, alapvető életszükséglete, aminek kielégítése sokféle módon lehetséges. Fontos meghatározója a rendelkezésre álló élelmiszer, amelynek élelmiszerként való elfogadása, feldolgozása, tartósítása, sütése – főzése kulturálisan meghatározott. A kultúra pedig nem más, mint a társadalom által elfogadott értékek és vélemények összessége, amelyek közé tartoznak a viselkedési, életmódbeli és gondolkodási minták is, melyek generációról generációra szállnak.

Ennek eredménye, hogy nemcsak a kultúra stabil, hanem annak elemei is, mint pl. a táplálkozás. Az emberi táplálkozás célja, hogy maximálisan segítse az egészség megőrzését, illetve visszanyerését, a hosszú élettartamot, a szellemi és a testi képességek harmonikus kifejtését és hozzá kell járulnia az emberi élet mindennapi örömeihez. A táplálkozás azoknak a folyamatoknak az összessége, amelyek során a szervezet felhasználja a táplálékot az élet fenntartásához, növekedéséhez, a szervek és szövetek működéséhez, a kopások pótlásához és a szaporodáshoz.

Az optimális táplálkozás elsődleges célja az egészség biztosítása, amely „a teljes fizikai, szellemi és társadalmi jólét állapota és nem egyszerűen a betegség és a fogyatékoság hiánya”.

Táplálkozás és élelmezés

Az emberi táplálkozás szoros kapcsolatban áll az élelmezéssel. Az élelmezés jelenti a táplálkozás gazdasági – társadalmi hátterét, ez biztosítja a megfelelő élelmiszer-, illetve ételválasztékot. Az alacsony jövedelmi színvonalon álló országokba, ahol a táplálék főleg egyetlen fajta szénhidrátból áll, a jövedelem növekedése esetén a táplálkozás az állati termékek fogyasztására fordítódik. Ázsia, Afrika és Latin-Amerika

egyres területein az ott élő embereknek ha nem is milliói, de százezrei kevesebb táplálékot fogyasztanak, mint amennyire szükségük volna, aminek következtében nagyobb a csecsemőés gyermekhalandóság, gyakoriak a hiánybetegségek és egyéb, különböző 12 súlyosságú egészségi ártalmak. Ugyanakkor a gazdaságilag és társadalmilag fejlett területeken, mint pl. Észak-Amerika, Európa és Óceánia, a túltápláltság, illetve az egyoldalú táplálkozás kezd egyre nagyobb problémákat okozni, mely elhízáshoz, érrendszeri megbetegedésekhez és egyéb ártalmakhoz vezet. Ennek a két „világnak” az eltérő helyzetét

Amíg a fejlődő országok keresik azt az alsó határt, melynek biztosítása a mennyiségi és/vagy minőségi éhezéstől megszabadítja a lakosságot, addig a fejlett államok táplálkozástudománnyal foglalkozó szakembereit azok a vizsgálatok, kísérletek eredményei érdeklik, amelyek az egész táplálkozás vagy egy – egy tápanyag fogyaszthatóságának felső határát jelölik meg. A táplálkozástudományi szakemberek a szervezet tápanyagszükségletét két szintben határozzák meg, mégpedig minimális tápanyagszükségletet és adekvát (megfelelő) normát definiálnak. Az előbbi azt a tápanyagmennyiséget jelenti, amely optimális környezetben az egészséges szervezet számára a szükségleteket biztosítja. A környezet bármilyen irányú változása, a szervezet egészségi állapotában bekövetkezett változások egy vagy több tápanyagból módosítják a szükségletet. Minimális tápanyagszükséglet fedezése esetén, mivel a kellő tartalékok hiányoznak, egy hirtelen bekövetkező szükségletemelkedést a szervezet kielégíteni nem tud, így ilyenkor hiányállapot keletkezik. Az adekvát étrend a jó táplálkozás és a jó egészség alapja és mint norma, az egyes tápanyagokból a minimális szükségletnél valamivel többet tartalmaz, így lehetővé teszi a szervezet számára a tartalékok felhalmozását

Az adekvát norma kialakításához és fenntartásához segítséget nyújthat, ha az egyén ismeri a különböző nyersanyagok, illetve élelmiszerek tápanyag-összetételét. A tápanyagszükséglet nem megfelelő szintű és minőségű kielégítését alapvetően a helytelen táplálkozás, azaz a malnutrícia határozza meg, amelyet a személyes tényezőkön túl egyéb más társadalmi, politikai, gazdasági és környezeti hatás is

befolyásolhat, illetve kialakíthat, mint pl. a szegénység, természeti katasztrófák, háborúk, mezőgazdasági katasztrófák, gazdasági ciklusok stb.

Étkezés szerepe a táplálkozáskultúrában

A táplálkozáskultúra térben és időben, társadalmi rétegek közt összevethető egysége az étkezés, amelyben az ételek megjelennek, amelynek van időpontja, vannak résztvevői, közöttük az étkezés módjának szabályai elfogadottak. Az étkezések napi sorozatba rendeződnek, heti és évszakos ritmust, köznapi és ünnepi jelleget mutathatnak. Így az étkezés s azon keresztül a táplálkozáskultúra szoros kapcsolatban áll egyrészt a természeti környezettel, a gazdasággal, az állami és egyházi irányítással, másrészt az életmóddal, a munkával, a társadalmi kapcsolatokkal, az ünneplés módjával és a hitvilággal.

Az étkezés önkéntes és tudatos folyamat, éppen ezért nevelhető. Szabad, személyes elhatározástól függ, ezért az étkezési szokások megváltoztatása erős meggyőződést igényel az egyén részéről. Ezzel ellentétben a táplálkozás akaratlan és önkéntelen, magába foglalja azokat a folyamatokat és átalakulásokat, amelyekben az élelmiszer keresztül megy a szervezetben, amíg eléri a teljes feldolgozottságot.

Az étel társadalmi és kulturális szerepe

Az étel többet jelent, mint táplálékforrás, ugyanis minden emberi társadalomban megvan a maga szerepe, erősen hatnak rá a mindennapi élet társadalmi, vallási és gazdasági tényezői. Keesing a társadalmat úgy határozza meg, hogy az egy „olyan népesség, amelyet a környező népességtől való viszonylagos elkülönülés és egy sajátos kultúra jellemzi”. Azok a szabályok, melyek egy társadalom szerveződését megalapozzák, továbbá azok a módozatok, ahogyan ez szimbólumokban kifejeződik és átadódik, mind részei az adott társadalom kultúrájának. Ezek alapján Keesing a kultúrát úgy definiálja, hogy az tartalmazza a közösen elfogadott eszmék rendszereit, illetve olyan fogalmak, szabályok és jelentések rendszereit, amelyek az emberek életmódjának alapjául szolgálnak és egyúttal ki is fejeződnek abban. Valójában minden társadalom keretein belül több kultúra található, így például a legtöbb

társadalmat jellemzi az osztályok, nemzeti, etnikai, vallási értékek szerinti társadalmi rétegződés valamilyen formája és mindegyik réteget sajátos, megkülönböztető kulturális jellegzetességek jelölnek. Ezt nevezzük szubkultúrának, amelynek az a jellemzője, hogy egy olyan vallási, etnikai, faji vagy földrajzi csoport, amely értékrendszere egészen közelről alakítja az egyén szocializálódási folyamatát, személyiségfejlődését, életmódját.

Az emberi társadalmakban nemcsak az érték és normarendszerek alakulnak ki és válnak meghatározóvá az egyén magatartására nézve, hanem a társadalmi rétegek, osztályok is. Az egyén társadalmi osztályhoz való tartozását olyan változók jellemzik, mint pl. a foglalkozás, képzettség, jövedelem, származás, pozíció, vagyon stb., amelyek együttesen fejtik ki hatásukat a fogyasztásra. Az étel szimbolikus jelentéseket is hordozhat, melyek kifejezik, illetve megalkotják pl. az ember – ember közötti, az ember és természetes környezete közötti kapcsolatokat. Az antropológusok szerint nincs olyan emberi közösség, amelynek ne volna beszélt nyelve és ugyanígy nincs olyan emberi csoportosulás, mely ne dolgozná fel az étel egy részét főzéssel. Valójában az emberi közösségek egyik meghatározó jellegzetessége, a kultúrát a természettől leválasztó fontos alapelem a nyers étel folyamatos feldolgozása főtt étellé.

Ezek alapján az élelmiszereket az étkezési kultúrában elfoglalt helyük szerint a következőképpen lehet csoportosítani:

- Kiemelt szerepű, úgynevezett szuper élelmiszerek, amelyek meghatározott, domináns szereplői az étrendnek.
- Presztízs élelmiszerek, amelyek viszonylag ritkán fogyasztott élelmiszerek a magas ár és korlátozott elérhetőség miatt.
- Test – imázs élelmiszerek, amelyek az ember egészségére és jólétére speciális hatást fejtenek ki.
- Szimpátiát keltő élelmiszerek, amelyek formái és színük miatt speciális hatással bírnak.
- Fiziológiai élelmiszerek, amelyek ajánlottak vagy tiltottak bizonyos fiziológiai helyzetekben.

Az ételek csoportosítása a társadalomban és a kultúrában betöltött szerepük szerint

Az ételek klasszifikációs rendszerének öt féle típusát lehet elkülöníteni, de ezek a gyakorlatban átfedhetik egymást. Ezek alapján:

1. Étél – nem étél
2. Szent étél – profán étél
3. Ellenpólus rendszerzések
4. Étél mint orvosság, orvosság mint étél
5. Szociális ételek (melyek a kapcsolatokat, a státuszt, a foglalkozást, a nemet vagy a csoportidentitást jelzik)

Étél – nem étél Minden kultúra meghatározza, hogy milyen anyagok ehetők és milyenek nem, bár ezek a meghatározások gyakran nem foglalkoznak az anyagok tényleges tápértékével. Az ehetetlen és ehető ételek meghatározása rugalmas, ugyanis a kettő közötti határ esetenként megszűnhet, illetve jelentésük megfordulhat. Ilyen eset lehet pl. az éhínség, rossz gazdasági körülmény vagy akár egy külföldi (egy másik kultúrába történő) utazás is. Az élelmiszereket aszerint, hogy adott élelmiszerkultúrában ehetőnek, vagy nem ehetőnek tekintenek, a következőképpen lehet csoportosítani:

- Tilos élelmiszerek, amelyek mérgezőek vagy erős negatív hiedelmekkel társulnak, illetve kulturális tabuk.
- Állati takarmányozásra alkalmas, de humán célra alkalmatlan élelmiszerek.
- Emberi táplálkozásra alkalmas, de az adott élelmiszer-kultúrában nem elfogadottnak tekintett élelmiszer.
- Adott élelmiszer-kultúrában vagy szubkultúrában ehetőnek tekintett, de az adott egyén számára nem ehető élelmiszerek.
- Az egyén számára ehető élelmiszerek, amelyek az egyén étrendjének állandó részét képezik.

Szent étel – profán étel A „szent” ételek elnevezés azokra az alapanyagokra utal, melyek fogyasztását a vallásos hiedelem szentesíti, míg a hit által erősen tiltott ételek neve a „profán” étel. A legtöbb esetben úgy néznek ezekre az ételekre, mint „tisztátalan” és egészségre veszélyes anyagokra. Bizonyos alkalmak vagy böjtök esetén minden étel vagy az ételek egy része a „profán” csoportba kerül, így a fogyasztásuk tiltott lesz.

Ellenpólus rendszerzések Az ételalapanyagok két fő, általában a „forró” és „hideg” csoportban való felosztása számos kultúrára jellemző (pl. iszlám, Indiai félsziget, Latinamerika, Kína). A felosztás alapja egy fiziológiai ellentét, amely szerint az egészség a két kategória között beálló egyensúly. A „forró” és a „hideg” elnevezés nem az ételek hőmérsékletére utal, hanem sokkal inkább egyfajta szimbolikus jelentésük van. Mivel az egészséget a két fogalom egyensúlya határozza meg, a betegséget a hiányzó „forró” vagy „hideg” ételekkel kezelik, hogy helyre állítsák az egyensúlyt. Ez az egyensúly lehetővé teszi a hosszú életet, amely utáni vágyódás már az ősi Kínában is erős hajtóerőt jelentett, s ezért kezdték el már akkor kutatni az egészséges táplálkozás.

Étel mint orvosság, orvosság mint étel Számos társadalomban előfordul, hogy a tápláléknak gyógyító hatást tulajdonítanak és bizonyos betegségekben, illetve fiziológiai állapotokban fogyasztanak. Ezzel szemben a megfelelő hatással rendelkező gyógyszerek, akár az orvos rendelte, akár az öngyógyítás része, úgy beépülhetnek a mindennapi életbe (fogyasztásba), hogy így egyfajta étel, illetve tápanyagformát öltenek. Ha a gyógyszert rendre az étkezéskor veszik be, akkor az egy idő után az étkezés szerves részévé válik. De más anyagok is játszhatnak ilyen szerepet, ha rendszeresen él velük a fogyasztó, mint pl. a vitaminok, táplálék-kiegészítők, az alkohol vagy akár a dohány. Szociális ételek A társas (szociális) étel általában mások jelenlétében kerül elfogyasztásra és tápértékén kívül szimbolikus jelentősége is van, így az összes jelenlévőnek valamilyen üzenetet hordoz. Az étel minden társadalomban a kapcsolatteremtés és a kapcsolatok kifejezésének egy módja. Ezek a kapcsolatok lehetnek az egyének, a társadalom tagjai, illetve a vallási vagy etnikai csoport tagjai között. Elsősorban az előírással környezetben, közös étkezések során fogyasztott étel

hordoz magában számos olyan magán túlmutató jelentést, amely segítségével a résztvevő többet megtudhat a jelenlevő embereknek az egymás közötti, illetve a külvilággal való kapcsolatáról. A legtöbb ételnek, azonkívül hogy sok ember számára táplálékul szolgál, rituális jelentése is van. A rituális eseményekhez hasonlóan ezeket az ételeket is a kultúra vagy csoport sajátos, esetenként szigorú normái szabályozzák. Ezek a normák, illetve szabályok előírják, hogy ki készítse el és tálalja az ételt, kik esznek együtt és ki takarítsa el az étkezés után. Meghatározzák az étkezések idejét és körülményeit, az ételek sorrendjét, az evőeszközök és edények használatát. Az előírások pontosan meghatározzák, hogy milyen módon kell az ételt elfogyasztani, milyen az étkezéssel kapcsolatos „jómodor”.

Az étkezés társadalmi státuszszimbólum is lehet, ritka és drága ételek formájában, amelyet összefoglalóan presztízs ételeknek is neveznek. Presztízsételek pl. Európában az őz és a szárnyasvad, Amerikában a Tbone steak, a nyugati országokban a kaviár, de ilyenek számít a beduin araboknál a tevepúp vagy Új-Guineában a sertéshús. Egyes keleti társadalmi rendszerekben, mint pl. az indiai kasztrendszer, a társadalmi rangot a kasztok által elkészített és fogyasztott ételek típusa jelzi. Az ételek különböző típusai különböző üzeneteket is hordozhatnak azok számára, akik éppen fogyasztják. Az Egyesült Államokban pl. az étkezések különböző jelentéseket hordoznak attól függően, hogy erre hol, milyen formában, milyen társaságban kerül sor. Megállapították, hogy az USA-ban az étkezés nélküli koktélt megismerkedés esetén és az alacsonyabb társadalmi státusban levő emberek fogyasztják, alkoholos italt követő fogásokat esznek a közeli barátok és megbecsült vendégek, a hideg löncs a „magánéleti küszöb”, de nem igazán az intim szféra étkezése. A társadalmi intimitást egy komplett étkezésre való meghívás jelenti. A szabadban való közös főzés, flekkensütés jobb viszonyra utal, mint egy reggeli kávéra való meghívás, de a jelenlevők között nem olyan közeli az ismertség, mint ami pl. egy komplett asztal melletti étkezés résztvevői között van. Összességében megállapítható, hogy az étel igen sokféle szerepet játszik az emberi társadalomban: társadalmi kapcsolatokat teremt és lehetőség szerint fenntartja azokat, jelzi a társadalmi státust, a társadalmi szerepeket, jelen van az élet fontos eseményein, megerősíti a vallásos, etnikai és területi identitást. Mivel az étkezés és ezen keresztül a táplálkozás

társadalmi szerepe összetett, így az ez irányú elgondolásokat és szokásokat néha igen nehéz megváltoztatni, még akkor is, ha az káros az egészségre.

Egészséges életmód és táplálkozás

Az egészség nem csupán a betegség hiánya, hanem testi, lelki egyensúly a külső és belső környezettel, ami az ember testi – szellemi és társadalmi jólétét jelenti (WHO). Ennek az állapotnak a fenntartása csak aktív egészségtudatos magatartással lehetséges, amiért a romló környezeti feltételek miatt egyre többet kell tenni. A magyar lakosság egészségi állapota aggasztóan romlik. A gyorsuló életritmus, a civilizáció megköveteli az egészséges életmódra nevelést. A megfelelő egészségi állapot fenntartása nagymértékben tudatos törekvés és erőfeszítés eredménye, hiszen a személy nem pusztán passzív elszennvedője azoknak a körülményeknek, amelyek közt jól vagy rosszul érzi magát, hanem megteremtője is.

Az egyén felelősségét és egyben lehetőségeit mi sem bizonyítja jobban, mint hogy a leggyakoribb halálhoz vezető betegségek kockázatát tudatosabb egészségmagatartással, azaz a dohányzás, az alkoholfogyasztás visszafogásával, megfelelő étrend követésével és rendszeres testmozgással jelentősen csökkenteni lehetne. (A dohányzás évente kb. 30.000 ember halálát okozza, az alkohol pedig 17-18 ezerét. Naponta átlagosan kb. 100 fő hal meg az alkohol- és nikotinszenvedély áldozataként hazánkban). Az italozás és a dohányzás miatt megromlott egészségű emberek gyógyítása rendkívül sokba kerül, így felvetődik, hogy emelkedjenek az egészségrombolás költségei, ugyanis megelőzni a bajt még mindig olcsóbb, mint utólag helyrehozni.

Az egészségre és ezáltal az egészséges életmódra összesen nyolc természetes tényező hat:

1. Táplálkozás: Az egészséges táplálkozás az egészségünket az egyik leginkább befolyásoló szokás, amellyel ezért részletesebben a következő fejezet foglalkozik.

2. Levegő: A levegőben lévő oxigén nélkülözhetetlen ahhoz, hogy a táplálék elégjen a sejtekben és így létrehozza az élethez szükséges energiát.

3. Víz: Vízre van szüksége a vesének ahhoz, hogy meg tudja szűrni a vért és kiválassza a bomlástermékeket a vizelettel. Az emésztőszervrendszernek is vízre van szüksége, hogy a megemésztetlen anyagok ne okozzanak székrekedést. A bőr simaságának és épségének megőrzésében is fontos szerepe van a víznek, sőt a csontoknak is megfelelő mennyiségű vízre van szükségük rugalmasságuk és keménységük megtartásához. Sajnálatos tény, hogy ma már nemcsak a fejlődő világ emberei számára, de a fejlett országokban élőknek is tanítani kell, hogy saját érdekében naponta legalább 1,5-2 liter folyadékot, elsősorban vizet fogyasszon.

4. Napfény: A napsugárzásnak köszönhetően a bőrben D-vitamin termelődik. A napfény ultraibolya sugárzása fertőtlenítő hatású, képes elpusztítani számos kórokozó baktériumot, továbbá serkenti az életfolyamatokat és erősíti a szervezetet.

5. Testmozgás: A mozgás csökkenti a magas vérnyomás és az elhízás gyakoriságát és jó kondícióban tartja az egész szervezetet. A legegészségesebb testmozgás a friss levegőn tett hosszú séta, ugyanis már Gandhi is azt tartotta, hogy „a gyaloglás a test minden részét megmozgatja és friss keringésre serkenti a vért”, de ehhez még azt is hozzáteszi, hogy mindennek csak úgy van értelme, ha ezeket a sétákat nem sikátorokban, szennyezett városi utcákon teszi az ember. A gyaloglás szerepére és fontosságára utal egy régi aforizma is: „Mindenkinek két orvosa van: a jobb lába és a bal lába.”

6. Pihenés: Alvás közben az idegsejtek megtisztulnak a nap folyamán felhalmozódott fölösleges anyagcseretermékektől, de a test többi sejtjének is szüksége van megfelelő időtartamú pihenésre. Ennek felnőttek esetében minimum 7 órának kell(ene) lennie, amit azért (lenne) fontos betartani, mert a 6 órát vagy attól kevesebbet alvó emberek halálozási aránya 70%-kal magasabb, mint az átlag.

7. Tartózkodás a káros dolgoktól: Az ember az egyetlen élőlény, amely szándékosan is képes rombolni egészségét mérgező anyagokkal. A mesterséges élelénkítő szerek erőltetett feltételek közötti működésre kényszerítik a szervezetet, ami hajlamossá teszi a korai megrongálódásra és a betegségekre. Az Egészségügyi Világszervezet megállapítása szerint a világon az első számú elkerülhető betegségek a dohány- és szeszesital fogyasztás (WHO), amelyet napjainkban sajnos már a drogfogyasztással is ki kell egészíteni.

8. Jó mentális állapot – jó közérzet: A lelki- és szellemi egyensúly az egészségre nézve lényeges tényező, mert a jó szellemi állapot és a lelki béke döntően befolyásolják a szervezet működését. Az ember a test és 22 lélek egysége, ami nem választható szét, szorosan összefügg egymással. Az egészség fogalmát nem lehet leszűkíteni a szervek, szervrendszerek betegség nélküli állapotára, ugyanis ahogy már utaltam rá, az ember csak akkor egészséges, ha testi, lelki és szociális egyensúlyban van. Ennek a harmóniának a feltétele az egészséges életmód és a jó közérzet. A jó közérzet olyan állapot, amely a fizikai és szellemi egyensúlyon alapul. Nemcsak a betegség nélküli fizikai állapot szabja meg, hanem az érzelmi, lelki egyensúly is, ezenkívül a társadalmi környezet, szociális tényezők is befolyásolják.

Sajnálatos tény, hogy nagyon sokan a vegetarianizmust tekintik az egészséges táplálkozás alapjának és egyszerűen a „hús nélküli étrenddel” azonosítják. Az egészséges táplálkozás nem csupán hús nélküli étrendet jelent, hanem sokkal átfogóbb és mélyrehatóbb táplálkozási és szemléleti reformot, ahol a hangsúly az új ízek, lehetőségek megismerésén, kipróbálásán, alkalmazásán van, illetve ahol a cél a természetes ízlés és étvágy helyreállítása, az egészség megőrzése, visszanyerése. Az egészséges táplálkozás tehát egy komplex folyamat, amelynek eredménye az egészséges életmód kialakítása az egyéni preferenciák és értékek megváltoztatásával amerikai táplálkozás szakértők szerint az a legfontosabb feladata az egészségnevelésnek, hogy az emberiség táplálkozástudatossá váljék. Véleménye szerint az ember az egészségével szemben pont a táplálkozás területén követi el a legnagyobb és legtöbb „merényletet”. A baktériumok és a vírusok Airola szerint nem jelentenek akkora veszélyt, mint az, hogy az ember nem azt eszi, amire élettanilag

szüksége van és amit természetes ízlése megkívánna, hanem mindent, amit az élelmiszeripar az édességiparon keresztül a húsiparig fogyasztásra kínál.

Az érték keresése az egyik fő tendencia, amely korunk fogyasztójának vásárlási szokásait alakítja s az így kialakított értékrend meghatározza az általános magatartást, ezen belül alapvetően hat az élelmiszerfogyasztói magatartásra is. Az egészséges táplálkozás egyfajta élelmiszerfogyasztói magatartást jelent, így értéket közvetít. Az egyén számára fontos értékrend kialakulásakor abból kell kiindulni, hogy az ember tudatos lény, ezért az egyre újratermelődő szükségletei kielégítésekor nem utolsó sorban arra figyel, hogy a kiválasztott termék: fontos legyen számára, azaz az értékrendjébe be tudja építeni, illetve megszerzése ne járjon nagy kockázattal. A vásárlás során egyre inkább előtérbe kerülnek az érzelmi és emocionális tényezők, melynek eredményeként az egyén sokkal közelebb érzi magához a terméket és így kellemesebb érzések veszik körül, ugyanis a termék többet jelent, mint a pusztán fizikai valósága, mert általában érzelmi többlet járul a tényleges szükséglet kielégítéséhez. Ez pedig végső soron azt fogja eredményezni, hogy az egyén a döntése iránt nem lesz közömbös, hanem, mert a termék számára értéket jelent, érintett, azaz involvált lesz abban, hogy a vásárlás során az aktivizáltság fokát, a motiváció erősségét egyéni hasznossága érdekében optimalizálja. Az érintettség az „valójában az a készlet, amivel a vásárló egy – egy cselekedete során érzelmileg vagy értelmileg a cselekvés tárgyához kötődik”.

Egy termék akkor válik fontossá, ha: a fogyasztó számára jelentős egyéni hasznossága van, a fogyasztói kosár kialakításához fontos. Az egészséges táplálkozás alapját képező élelmiszerek a fogyasztó számára fontosak, egyrészt azért, mert az étkezési szokások miatt az egyén számára jelentős haszonnal bírnak, másrészt azért, mert meghatározó elemei annak a fogyasztói kosárnak, melyet tudatossága révén az egyén kialakít. Ez pedig azt jelenti, hogy a fogyasztó érintettsége az ilyen termékek iránt igen erős és elsősorban értelmi oldalról játszik meghatározó szerepet, tehát szükségletei kielégítésekor ragaszkodni fog a számára fontos értékrendhez. Ez viszont csak akkor lehetséges, ha az egészséges táplálkozás a számára, mint érték jelenik meg a fogyasztásban.

Ahhoz, hogy az egészséges étrendet a lehető legmegfelelőbb módon lehessen kialakítani, először is az egyénnek kell jól megismernie saját alkatát, szervezetét és annak működését. Figyelni és ellenőrizni kell, hogy hogyan hatnak a különböző ételféleségek és táplálkozásmódok, ezek hatására milyen az emésztés, a közérzet, a munkaképesség, a testi és lelki állapot, illetve egyensúly. Miután az ember megismerte saját magát, ki tudja alakítani azt a táplálkozásmódot, ami a számára a legmegfelelőbb és képes így elérni az előbb felsorolt tényezők legoptimálisabb és legkiegyensúlyozottabb állapotát. A megfelelő táplálkozásmód kialakításakor több kérdéskört kell figyelembe venni.

Az egészségtelen táplálkozással szorosan összefüggő elhízás gyakorisága emelkedő tendenciát mutat. Európában az utóbbi években már a lakosság 10-20%-át érintette, a kelet-európai államokban pedig ennél még magasabb az arány. Az OLEF2000 adatai alapján hazánkban a lakosság fele túlsúlyos vagy elhízott: a nők 27,9%-a túlsúlyos és 20,4%-a elhízott, míg a férfiak esetében ez 38,3%, illetve 18,4%. A probléma jelentőségét hangsúlyozva a WHO az elhízást 1998-ban önálló betegséggé nyilvánította. Az egészség-gazdaságtani elemzések eredményei azt mutatják, hogy a fejlett országok teljes egészségügyi költségvetésének 5%-át az elhízásnak az egészségi állapotra direkt és indirekt módon kifejtett hatásaival kapcsolatos költségek teszik ki.

Az egészséges testsúly meghatározásához használatos képletek: Broca-féle képlet: A testmagasság centiméterben mínusz 100. Férfiak esetében az így kapott szám kg-ban kifejezve felel meg a normál testsúlynak, míg a nőknél az így kapott értékből még annak 10%-át is ki kell vonni. Ezen képlet alapján akkor túlsúlyos az egyén, ha a testsúly 10%-kal meghaladja a normál testsúlyt. Mivel a képlet alapvetően átlagos testmagasságokra vonatkozik, így az alacsonyabb emberek esetében túl kis testsúly jön ki, míg magas emberek esetében túl nagy. Éppen ez a pontatlanság volt az oka, hogy kidolgoztak egy másfajta számítási eljárást is, ami a BMI (magyar megfelelője a TTI). Body-Mass-Index (BMI – Testtömeg index): a kg-ban kifejezett testsúlyt kell osztani a testmagasság méterben kifejezett négyzetével. Az így kapott BMI értéket a

BMI táblázat pontértékeivel összehasonlítva lehet megállapítani azt, hogy valaki túlsúlyos-e vagy a testsúlya normális vagy alacsony.

Az egészséges étrend, és hogy az miből áll, igen vitatott kérdés, de egyöntetű a vélemény a szakemberek között arról, hogy: Csökkenteni kell a zsírfogyasztást, különös tekintettel a telített zsírokra. A gyümölcsök és a zöldségek fogyasztása igen fontos az egészség szempontjából. A fogyasztásban csökkenteni kellene a cukor, a só és az alkohol mennyiségét. A WHO étkezési összetevőkről tett ajánlata is a fentieknek megfelelően készült el. Az egészséges étrend, illetve ebből következően az egészséges táplálkozás az ételek megfelelő kombinációjából áll és nem bizonyos egészségesnek vélt élelmiszer fogyasztásától függ. Ehhez a kérdéskörhöz rendkívül szorosan kapcsolódnak a funkcionális élelmiszerek, így ezért néhány gondolat erejéig mindenképpen foglalkozni kell velük, illetve a táplálkozásban betöltött szerepükkel. Az egészségvédelem növekvő költségei, valamint a táplálkozás-élettani és egészségügyi kutatások eredményei alapvetően megváltoztatták a fogyasztók élelmiszerekkel szemben támasztott igényeit. Ma az egészséges táplálkozás hívei azon élelmiszerek fogyasztását részesítik előnyben, amelyek olyan természetes eredetű élelmiszer-összetevőket tartalmaznak, amelyek kedvezően hatnak a szervezet fizikai és szellemi tevékenységére és csökkentik a betegségek kialakulásának általános kockázatát. Az ilyen speciális élettani hatásokkal rendelkező élelmiszerek a „funkcionális élelmiszer” elnevezést kapták. A funkcionális élelmiszerek fogalma az 1980-as években, Japánból indult világhódító útnak. Különböző tápanyagtudományi kutatások során fény derült arra, hogy a táplálékoknak olyan élettani hatásaik is megfigyelhetők, amelyek túlmutatnak a tápanyagok közvetlen biológiai következményein, bizonyos funkciókat erősítenek, hatékonyabbá teszik a szervezet védekező rendszerének működését. Ebből jött létre a funkcionális élelmiszer fogalma és alakították ki ezek minősítési, eljárási szabályait, elsőként Japánban. Ezek olyan feldolgozott élelmiszerek, amelyek tápláló jellegük mellett elősegítenek egyes testi funkciókat: erősítik a szervezet védekező mechanizmusait, hozzájárulnak betegségek megelőzéséhez, mint pl. magas vérnyomás, cukorbetegségek, gyorsítják a betegségek utáni felépülést, javítják a fizikai állapotot és lassítják az öregedést.

Az élelmiszer akkor tekinthető funkcionálisnak, ha a megfelelő táplálkozásélettani hatásokon túlmenően, a szervezetben egy vagy több cél-funkcióra kimutatható pozitív hatása van úgy, hogy jobb egészségi állapot vagy kedvezőbb közérzet és/vagy a betegségek kockázatának csökkenése érhető el. Funkcionális élelmiszer kizárólag élelmiszer formájában jelenhet meg, nem lehet tablettá vagy kapszula, a hagyományos táplálkozási rendszer részét kell, hogy képezze és hatását már a szokásos fogyasztási mennyiségnél ki kell fejtenie. A funkcionális élelmiszerek csak az egészséges étrenddel és életvitellel összefüggésben értelmezhetők, nem egészségmegőrző vagy betegségmegelőző csodaszerek. Összegezve tehát funkcionális élelmiszer az az élelmiszer, mely olyan alkotóelemeket tartalmaz megfelelő mennyiségben, amelyek pozitívan hatnak egy vagy több életfunkcióra, hozzájárulnak a fizikális és/vagy mentális jólét állapotához, rendszeres fogyasztással a táplálkozással összefüggő betegségek kialakulása csökkenthető és egészségvédő hatást fejtenek ki a hagyományos élelmiszerek energia- és tápértéke mellett. Funkcionális élelmiszerek a probiotikus, a prebiotikus és a szinbiotikus élelmiszerek. A probiotikumok olyan élelmiszer alkotórészek, amelyek hatással vannak az ember egészségére. Az élő mikroorganizmusok leggyakrabban a Lactobacillus és Bifidobacterium csoportba tartozó baktériumok. Tejtermékek, húсарuk, italok, általában a fermentált élelmiszerek tartalmazzák. A prebiotikumok olyan nem emészthető élelmiszer-összetevők, amelyekre a gyomor-bélrendszer felső szakaszában található emésztőenzimek nem hatnak és változatlan formában jutnak el a vastagbélig, ahol serkentik a bél mikroflórájában található kedvező hatású mikroorganizmusok szaporodását. Az élelmiszerekben leggyakrabban előforduló prebiotikumok az oligoszacharidok, amelyek számos élelmiszerben, mint pl. tejtartalmú élelmiszerekben, tésztafélékben, húсарukban megtalálhatók. A szinbiotikumok olyan alkotórészek, melyek kombinálják a probiotikumokat és a prebiotikumokat és főként tejtermékekben található.

Mennyit együnk? A kérdésre a legfontosabb válasz a mérséklet. A mértékletesség nem csökkenti az evés örömet, csupán eleinte jelent szokatlansága folytán bizonyos „hiányérzetszerű” érzést, mert később inkább fokozza az evés adta élvezetet, ugyanis a túlságosan bő étkezés utáni teltségérzés, bágyadtság, álmoság helyett ezután frissnek, munkaképesnek érzi magát az ember. Az összes mennyiségen belül az sem

közömbös, hogy miből mennyit eszik az egyén, mert a túlságosan nagy mennyiségű legtisztább, legértékesebb táplálék, illetve tápanyag káros is lehet. Mikor együnk? Az étkezés napi ritmusát az alapján kell megvizsgálni, hogy hányszor és hány órákor eszik az egyén. Ezt a kérdéskört azért is kell külön elemezni, mert sokszor pl. a munkakörülmények is meghatározzák, így háttérbe szorul(hat) az egyéni érdek és szándék. A napi étkezések számát tekintve igencsak megoszlanak a táplálkozástudománnyal foglalkozó szakemberek véleményei. A 20. század elején a táplálkozástudomány kutatók a napi háromszori étkezést tartották helyesnek és egészségesnek, de már akkor is voltak olyan vélemények, amelyek arra helyezték a hangsúlyt, hogy inkább többször kevesebbet, mint ritkán többet. Azért együnk gyakrabban, de kevesebbet, hogy így ne kényszerítsük a szervezetünket a ritka és bőséges étkezéssel tartalék, azaz zsír képzésére. A magyar lakosság étkezési szokásait vizsgálta a GfK-Hungária piackutató cég és a vizsgálatokban külön kitértek a napi gyakoriságra is. Ebből a felmérésből az az eredmény vonható le, hogy a magyar lakosság döntő többsége a napi háromszori vagy többszöri étkezés híve.

Napjainkban a táplálkozási ritmusra kevés gondot fordítunk, de mégis célszerű lenne az ideális arányokat figyelembe venni, mert ezzel az egészséges étkezés egyik alapját, a kiegyensúlyozottságot, illetve a rendszerességet lehetne megszokni. A napi táplálék mennyiségét négy, de inkább öt étkezés során célszerű elfogyasztani.

Az élelmiszerfogyasztás változásának mind rövid, mind hosszú távú előrejelzése megköveteli az élelmiszerfogyasztás alakulását befolyásoló legfontosabb tényezők elemzését, illetve vizsgálatát. A különböző fogyasztói, illetve élelmiszerfogyasztói modelleket (Engel-Blackwell-féle modell, Pilgrim-féle modell, Shepherd-féle modell, élelmiszer-orientált életstílus modell) vizsgálva megállapítható, hogy az élelmiszerfogyasztásra ható tényezők a társadalmi – gazdasági környezet főbb csoportjaiból tevődnek össze.

A demográfiai tényezők alakulása az élelmiszerfogyasztást általában abszolút értelemben befolyásolja. A lakosság számának alakulása az élelmiszerfogyasztás

mértékét, szintjét határozza meg, a korösszetétel, az átlagéletkor, a nemek aránya stb. pedig az élelmiszerfogyasztás mennyisége mellett annak összetételére is hat. A népesség számának alakulása A világ fejlett országaihoz hasonlóan hazánkban sem várható a lakosság létszámának növekedése, aminek elsődleges oka a meglehetősen alacsony születési arányszám.

Magyarországon – akárcsak a világ többi országában – rendszeresen készülnek népesség-előreszámítások, amelyeknek az eredményei sajnos nem sok jót vetítenek előre a jövőre nézve. A legújabb előreszámítások szerint 2020-ban már 9,5 millióra csökken a népességszám, ami után viszont a lakosság számának a csökkenése még fel is gyorsul, mivel ekkora már kilépnek a szülőképes korból az 1975 körül született nők. A lakosság rétegződésének és korösszetételének változása A magyar népesség korösszetétele már hosszú ideje öregedő tendenciát mutat. Az 1949 utáni, de különösen az 1960-as évektől elsősorban a fiatal gazdaságilag aktív korúak rovására nagymértékben megnőtt a 60 éves és 35 annál idősebb népesség aránya.

Napjainkban ezek a számok még inkább elgondolkodtatóbbak: a lakosság 30,4% nyugdíjas vagy nyugdíjszerű ellátásban részesül, míg a 15-39 éves korosztály csak 19,6%. Ha a fiatal korosztályhoz hozzávesszük a még dolgozó, de már idősebb korcsoportokat (40-59 évesek), akkor valamelyest javul a helyzet, ugyanis így a gazdaságilag aktívak aránya 37,2%-os lesz. Nem szabad viszont figyelmen kívül hagyni, hogy a legnépesebb korcsoport (40-54 évesek, az összlakosság 15,4%-a) nyugdíjba menetelekor (22-6 év múlva) az a korosztály, amelyik akkor lesz 40-54 éves, ma az ország népességének bár 19%-át teszi ki, de közéjük tartoznak az 1973-1978 közötti viszonylag magas születési aránnyal rendelkező generációk.

Ha tovább vizsgáljuk a generációkat, akkor a kép még inkább elszomorítóbb, ugyanis az a korosztály, amely majd a hetvenes években születetteket kell, hogy „eltartsa”, nagy feladat és kihívásokkal teli jövő elé néz. Nemek arányának és az átlagos családnagyságnak az alakulása A II. világháború következményeként a férfi lakosság aránya jelentős mértékben csökkent és bár az 1950-es évektől az 1960-as évek

közepéig megfigyelhető volt a „nőtöbblet” lassú kiegyenlítődése, azóta viszont a nők aránya a népességben belül lassan, de fokozatosan újra növekedést mutat.

Az élelmiszerfogyasztás változásait vizsgálva különös hangsúly jut a család szerepére, úgy is mint fogyasztó közösségre, mint fogyasztási szokásokat kialakító közegre és modellre, valamint életmódformáló háttérre, mert egy család táplálkozási szokásairól a legtöbbet a vásárlói magatartása árulja el. Az átlagos családnagyság alakulásának tendenciájára a családok összetételének változásából következtethetünk. Bár 1970 és 2001 között a gyermek nélküli, valamint az egy- és kétgyermekes családok száma és részaránya csökkent, a három-, négy- illetve többgyermekes családok számbelileg és arányukat tekintve is egyaránt háttérbe szorultak. Ez a tendencia egyértelműen az átlagos családnagyság csökkenésére utal.

9.2. A mentális egészség és az egészségmagatartás összefüggései

Az elmúlt évtizedekben számos kutatás kihangsúlyozta, hogy a beteg ember leghatékonyabb kezelését integrált bio-pszicho-szociális szemlélet teszi lehetővé. Ennek értelmében az adott betegség kialakulására és lefolyására az egyén biológiai, pszichoszociális és kulturális meghatározottsága együttesen gyakorol hatást. Ehhez a fogalomkörhöz tartozik a mentális egészség fogalma.

Ezzel összefüggésben vizsgálta az egészségmegőrző szokásokat is. A mentális egészség, mint meghatározás, magába foglalja a jólét általános pozitív érzetét, a saját és mások értékességébe vetett hitet, az érzésekkel és gondolatokkal történő megbirkózás, a megfelelő személyes kapcsolatok kialakításának és a lélek stressz utáni öngyógyító képességét. Az érintett területek széles köre miatt elmondható, hogy számos tényező befolyásolja a mentális egészség minőségét. Jelentős hatást gyakorolnak a környezetben és a személyiségben rejlő jellemzők szintúgy, mint a társas kapcsolatok minősége, a szociális támasz megléte vagy hiánya. A különböző interperszonális kapcsolatok meghatározzák, hogy az egyén milyen mentális egészséggel bír. A konfliktusok hozzájárulnak a distressz átéléséhez, míg az egészséges szociális környezet a károsító hatások feletti kontroll gyakorlását teszi lehetővé. Akik stresszes társas kapcsolatok között élnek, rosszabb coping stratégiákkal rendelkeznek, gyakrabban élnek át negatív érzelmeket, szorongást, és mindez a mentális egészség romlásához vezethet. Vizsgálati kérdés lehet, hogy ezek a tényezők milyen mértékben befolyásolják a betegségek kialakulásának a kockázatát.

További kiemelt jelentőségű kérdés, hogy mi gyakorolja a legerősebb befolyást a mentális egészségre. Egyes vizsgálatok már bemutatták, hogy az erőszakos cselekmény átélése, a traumán és a sajnálaton keresztül még az immunrendszer működésére, vagyis az egészségi állapotra is hatással van. A megküzdési készség és erőforrások tekintetében megállapítható, hogy azok az egyének, akik valamilyen támogató szociális hálózattal, de legalább egy támogató kapcsolattal rendelkeznek, könnyebben tudnak a személyüknek megfelelő megküzdési eljárást kialakítani. Az ilyen személynek lehetősége van, hogy a problémáját megossza valakivel, és ezzel

bizonyos szintű védelmet is kap a megbetegedésekkel szemben. Elmondható tehát, hogy a megfelelő számú és minőségű szociális kapcsolatnak egészségmegóvó hatása van. Az egészségmegőrző viselkedéseket erősen befolyásolja, hogy az egyén milyen szociális közegben él. A szegényebb körülmények között élő személyek kevesebb forrást tudnak igénybe venni egészségük fenntartása érdekében, anyagi megfontolásból nincs lehetőségük egészséges táplálkozásra, vagy sporttevékenységre, tehát eleve nagyobb az esélyük a megbetegedésre. Amennyiben stresszel vagy élethelyzetből adódó problémával szembesülnek, nagyobb valószínűséggel használnak maladaptív szert azok leküzdésére. Ezek a szokások a szociális kapcsolatokon keresztül is alakulnak. A támogató, erős kapcsolatrendszer, a széleskörű információbázison keresztül, az adaptív, egészséget támogató szokások kialakulását segíti elő. Akik ilyen szociális környezetben élnek, könnyebben kerülnek el az egészségüket károsító életmódot.

A családi környezet szociális jellemzői, és a személyek depresszív, illetve mentális megbetegedése között egyértelmű kapcsolatot lehet nyomon követni. A mentális egészség tekintetében elsősorban a depresszió tölt be fontos szerepet. A depressziót átélő személy gyakrabban él az egészségre káros hatással bíró viselkedésformákkal, ezzel a megbetegedések kockázata is nagyobb. Kutatási eredmények rámutattak, hogy a depressziós egyének között gyakrabban találkozhatunk nem megfelelő családi környezettel, családon belüli konfliktusokkal és támogatottság hiányával.

A stresszes családi környezet, az érzelmi biztonság hiánya, a nem megfelelő szülői bánásmód az elsajátított megküzdési módok kialakulását befolyásolja. A családon belül szerzett tapasztalatok a serdülő- és felnőttkorra is kihatnak, a maladaptív szokások, a diszfunkcionális coping-stratégiák a későbbi élet negatív egészségjellemzőivel is kapcsolatba hozhatók.

Az egészségmegőrző szokások, az egészségtelen életstílus egyes tényezői többek között a családi minta alapján alakulnak ki. A családi szociális környezet erősen meghatározza, hogy milyen étkezési, alvási szokások alakulnak ki, szerhasználóvá

válí-e a személy. A szülők és a családtagok viselkedési jellemzői erősen befolyásolják az egyén egészséggel összefüggő magatartásának kialakulását. A felnőttek szociális környezete is befolyással bír a mentális egészségre. A különböző formális és informális szociális csoportokat elsősorban úgy tekintjük, mint a támogató megnyilvánulások lehetőségének forrását. Az egészségvédő faktor mellett azonban esetenként egészségkárosító kockázati tényezőt jelentenek, amennyiben stresszorként jelentkezik a csoportban történő működés, illetve káros viselkedési minta jelenik meg. A jó szociális kapcsolatoknak egészségvédő szerepe van, de a nem megfelelő kapcsolati működés további stresszforrássá válhat. Akkor is pszichológiai disztressz alakul ki, ha az elvárt támogatás elmarad, a megerősítő kapcsolat nem működik. A barátok, társak jelenléte érzelmi támaszként funkcionálhat, megadja a szükséges eszközbeli vagy információs támogatást. Ezáltal hatást gyakorol a megfelelő megküzdési készségek kialakulására. Bizonyos esetekben azonban nem járulnak hozzá az egészséges életműködéshez, nem csökkentik, esetleg még növelik is a distresszt, és így csökkentik a megfelelő coping stratégia alkalmazásának a lehetőségét.

A szociális környezet jó esetben lehetővé teszi az egészségmegőrző magatartásminták elsajátítását és megőrzését. A vizsgálati eredmények szerint a jó szociális kapcsolatokkal rendelkező egyén kevesebbet dohányzik, kevesebb alkoholt iszik, mivel sikeresebben küzd meg a különböző stresszorokkal. Azonban a támogató szociális környezet a rossz viselkedésmintákat is erősítheti, hatására növekedhet a problémamegoldásként alkalmazott alkoholfogyasztás. A társak hatása akkor tekinthető pozitívnak, ha támogatják az egyén hajlandóságát az egészséges viselkedésekre. A munkakörnyezetben dolgozó személyek fizikai állóképessége és egészségi állapota jobb, mint azoké, akik nem állnak alkalmazásban. Ugyanakkor a nem megfelelő munkahelyi körülmények, feltételek nagyban hozzájárulnak a stressz átéléséhez, és ezzel együtt az egészségkárosodáshoz. Ebben a tekintetben ez az egyik leghosszabb ideig fennálló károsító tényező. A mentális egészség vonatkozásában bizonyos, hogy azok a tényezők, amik negatívan hatnak a fizikai állapotra, a mentális egészséget is károsan befolyásolják. Ezzel összefüggésben a szorongásnak és a munkahelyi stressznek van a legnagyobb hatása.

A munkával kapcsolatba hozható stressz akkor győzhető le hatékonyabban, akkor alkalmazható aktív megküzdési stratégia, ha az egyénnek módjában áll dönteni. Amennyiben a munkaköre miatt ez nem lehetséges, nagyobb mértékben éli át a szorongást, distresszt, ami egészségi állapotára is kihat. A társas támogatásnak kiemelkedett jelentősége van a munkahelyi stressz leküzdésében, és ezáltal a mentális egészség fenntartásában. A szociális támaszt találók a nagyobb munkaterhelést is jobban bírják, kevesebb egészségkárosító hatással szembesülnek. A munkahelyi elégedetlenség nagyban növeli az egészségmegőrző viselkedés kerülését, a munkával kapcsolatos megterhelés hatására növekedhet az alkoholfogyasztás és a dohányzás mértéke. Azok az egyének, akik nagyobb kontrollt élnek át munkájukkal kapcsolatban, kevesebb valószínűséggel alkalmaznak egészségre káros eszközöket. Az elégedettség, a kontroll és az emocionális állapot együttesen járulhatnak hozzá az egészségmagatartáshoz. A vizsgálati eredmények az eddigi megállapításokkal összhangban állnak. A mentális egészség tekintetében megállapítható, hogy sok összetevő gyakorol hatást: a személyiség jellemzői, a szellemi és fizikai jóllétet befolyásoló tényezők. A magasabb iskolai végzettségű személyek nagyobb stresszt élnek át, nehezebben tudják életüket koordináltan élni. A társas támasz jelenléte és minősége erős befolyással bír az egyén mentális egészségi állapotára. Ennek hiányában nagyobb valószínűséggel alakul ki stressz hatására rossz mentális állapot, és ezzel összefüggésben valamilyen betegség. A munkahelyi társas kapcsolatok rendszere más jellegű, mint a családi, de fontos szerepet játszik az egyén személyes céljai és eredményessége tekintetében. Ez indokolja, hogy a munkahelyi támogatottság, elismerés jelentősen befolyásolja az egyén mentális állapotát, a megbetegedések gyakoriságát. Az egészségmegőrző magatartásra jellemző, hogy mindenki számára fontos lenne az egészséges életmód követése, de az elősegítő magatartásmódokat kevésbé követik. Az egyén számára fontos és közelálló személyek jelentős hatást gyakorolnak abban a tekintetben, hogy milyen jelentőséget tulajdonít az egészséges életmóddal kapcsolatban. Általánosságban a nőkre jellemzőbb a tudatosabb életmód, egyedül a testmozgás tekintetében vannak a férfiak előnyben. A magasabb iskolai végzettségű személyek később fordulnak orvoshoz, mint a kevésbé iskolázottak.

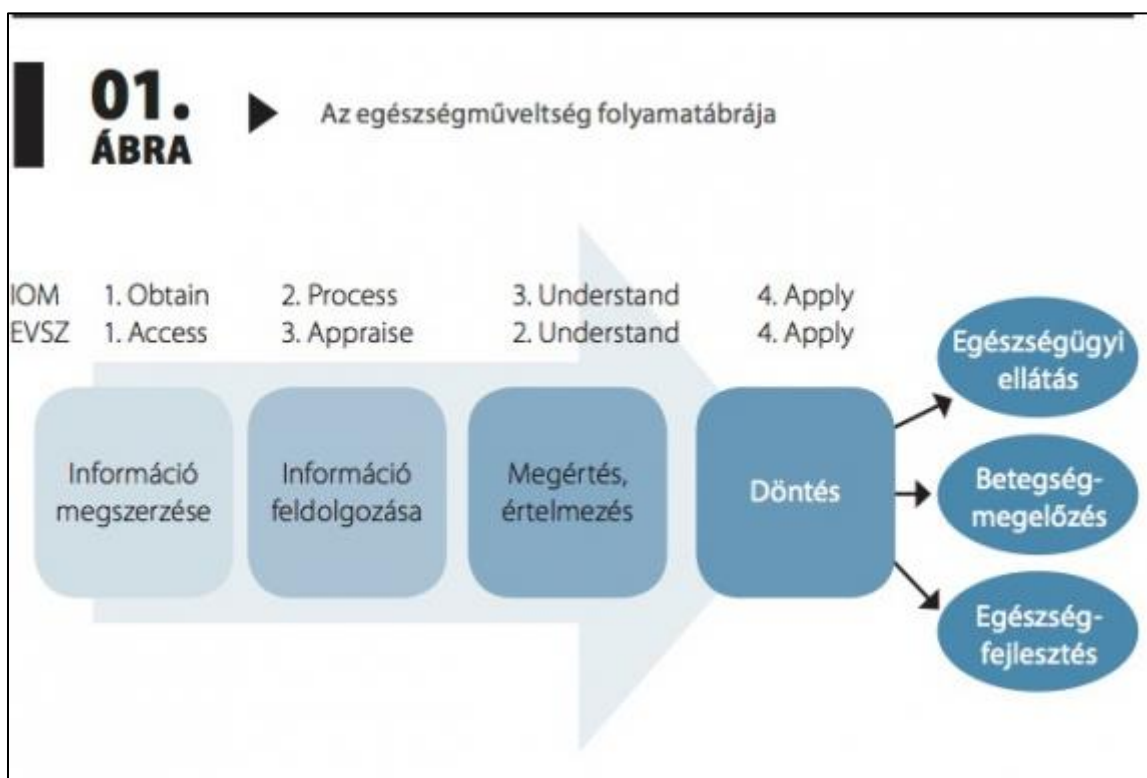
Összességében megállapítható, hogy a szociális környezet, a társas támogatottság mind a családi, mind a munkahelyi környezetben jelentős befolyással bír az egyén mentális egészségére és egészségmegőrző magatartására. Az odafigyelés, támogatottság, elismerés végső soron az egyén mentális és általános egészségi állapotát képes pozitív irányba megváltoztatni, csökkenti a diszessz kockázatát, a megbetegedések valószínűségét. A meglévő kapcsolatok tehát kiemelt szerepet töltenek be a mentális egészség szempontjából.

9.3. Az egészségműveltség az egészségügyi ellátásban

Az egészségműveltség kiemelkedő fontosságú, a betegségek megelőzésében és gyógyításában is megkerülhetetlen kompetencia, amelyet azonban csak az elmúlt évtizedekben határoztak meg. A fogalom 1974-ben bukkant fel először mint a megfelelő egészségügyi döntések meghozatalához szükséges információszerzési, információfeldolgozási és megértési kapacitás. Az ezt követő időszakban egyesek az egészségüggyel kapcsolatos ismeretek összességéként definiálták, mások pedig pusztán egészségügyi szövegértésként határozták meg. A fogalom definíciós eltérései szükségszerűek voltak, hiszen szorosan kapcsolódtak az egészségnevelés és egészségfejlesztés koncepcionális vitáihoz. Ezek lezárulása után történhetett meg az egészségműveltség mérésére szolgáló eszközök kidolgozása és kezdődhetett az egészségműveltség vizsgálata, a szakmai figyelem radarképernyőjére helyezve az egészségműveltség kérdéskörét.

Az Egészségügyi Világszervezet 1998-ban megjelent, Kickbusch és Nutbeam által szerkesztett egészségfejlesztési szógyűjteménye adta meg az egészségműveltség első átfogó meghatározását: olyan kognitív és szociális készségek összessége, melyek meghatározzák az egészség fejlesztéséhez és megőrzéséhez kapcsolódó információk eléréséhez, megértéséhez és alkalmazásához szükséges motivációt és képességeket. Kickbusch tovább értelmezte a fogalmat, amikor azt írta, hogy az egészségműveltség magába foglalja olyan tudás- és készségszint elérését, valamint megfelelő önbizalom megszerzését ahhoz, hogy az emberek személyes és közösségi szinten is cselekvőképessé váljanak egyéni életmódjuk és életkörülményeik megváltoztatásában. Ratzan erre a definícióra építve hívta fel a figyelmet arra, hogy bár az egészségműveltségnek központi eleme a kommunikáció, az információ pusztán átadása nem elégséges az egészségműveltség növeléséhez, hanem ahhoz integrált marketingstratégia, jó minőségű közoktatás, tárgyalási készségek elsajátítása és nem utolsósorban társadalmi tőke is szükséges.

Az EVSZ definíciójához hasonlóan határozta meg az egészségműveltséget az USA Orvosi Intézete (Institute of Medicine) 2004-es kiadványában, amely címében is jelezte, hogy véget kíván vetni a terminussal kapcsolatos zűrzavarnak. A kiadvány szerint az egészségműveltség azon képességek mértéke, amelyek birtokában az egészséggel és egészségügyi ellátással kapcsolatos alapvető információk megszerezhetők, feldolgozhatók és megérthetők, és amelyek birtokában az egészséggel kapcsolatosan megfelelő döntések hozhatók. Az egészségműveltség kialakulása tehát komplex és dinamikus, több elemre bontható folyamat, amely nagymértékben befolyásolja az egyéneknek a megelőző és gyógyító eljárásokban tanúsított együttműködését is, ami hosszú távon döntő hatással van az egészségi állapotra mint kimenetelre. Ez adja a fogalom valódi jelentőségét. A WHO és az IOM által adott definíciók csaknem megegyeznek, mindössze a folyamat elemeinek elnevezésében különböznek (1. ábra, a két szervezet által alkalmazott angol elnevezéseket lásd a felső sorokban).



Az elmúlt évek kutatásai alapján fény derült arra, hogy az egészségműveltség alacsonyabb mértéke összefüggést mutat többek között a kórházi felvételek emelkedett számával, a sürgősségi ellátás gyakoribb igénybevételével, a betegek

gyengébb otthoni önellátási képességeivel, valamint a szűrővizsgálatokon való alacsonyabb részvétellel. Ezen túlmenően a kisebb mértékű egészségműveltség összefügg a gyógyszereszedési utasítások nem megfelelő betartásával, illetve a betegségekre jellemző, vészhelyzetet jelző tünetek rosszabb felismerésével, valamint idős betegek rosszabb általános egészségi állapotával és ennek megfelelően magasabb mortalitásukkal is. Korrelációt találtak továbbá a betegek megfelelő betegségmagatartása, a kórképekkel kapcsolatos tájékozottságuk, az általuk használt gyógyszerek rendeltetészerű alkalmazása és az egészségműveltségük szintje között különböző idült megbetegedések esetén: asztmában, krónikus vesebetegségben, illetve cukorbetegségben is. Nem elhanyagolható tény, hogy a csökkent egészségműveltséggel rendelkező betegek mindezek mellett jelentős többletköltséget is jelentenek az egészségügy számára.

A szövegértés jelentősége a modern társadalmakban

Amint arra Ratzan is rámutatott fentebb már említett cikkében, napjainkban a modern társadalmak teljes értékű tagjaként történő funkcionáláshoz, a különböző társadalmi szerepek megfelelő betöltéséhez elengedhetetlen a legalább alapszintű szövegértés megléte, mely messze túlmutat az írás-olvasás alapvető képességén. Ennek megfelelően a szövegértés dimenziói közé tartozik a különböző nyomtatott és digitális, táblázatokkal és grafikákkal ellátott szövegek megértése, értelmezése, elemzése, az információ megfelelő kommunikációja, valamint mindezek alkalmazása problémamegoldás formájában.

Az információs és kommunikációs technológia elterjedésével, valamint a gazdasági fejlődéssel párhuzamosan folyamatosan nő a komplex kognitív készségek iránti szükség a munkavégzésben és a mindennapi boldogulásban is. Ezáltal a foglalkoztatásban egyre csökken a rutinszerű kognitív feladatok aránya. A dolgozók

egyre gyakrabban találják szemben magukat összetett, szakértői gondolkodást, emelt szintű kommunikációs készségeket és problémamegoldást igénylő teendőkkel, melyekhez a korábbinál jóval magasabb szintű szövegértési képesség szükséges.

Az alacsony szintű szövegértés számos negatív következménnyel jár, ideértve az alkalmazásba vétel kisebb valószínűségét, adott esetben a meg nem felelésből adódó egyéni frusztrációt és vállalati teljesítményromlást, illetve az alacsonyabb munkabéreket. A nem megfelelő szintű szövegértés, számos egyéb hátrány mellett, a munkanélküliség és a munkaszférából való kiszorulás nagyobb kockázatát is jelenti.

Kijelenthetjük tehát, hogy a gyengébb szövegértésű személyek nehezebben boldogulnak a mindennapi életben, nemcsak a foglalkoztatás kisebb esélye miatt, hanem azért is, mert az ügyintézés és minden egyéb, tájékozottságot, információfeldolgozást igénylő tevékenység nehezített számukra.

Az OECD szövegértés-vizsgálatai

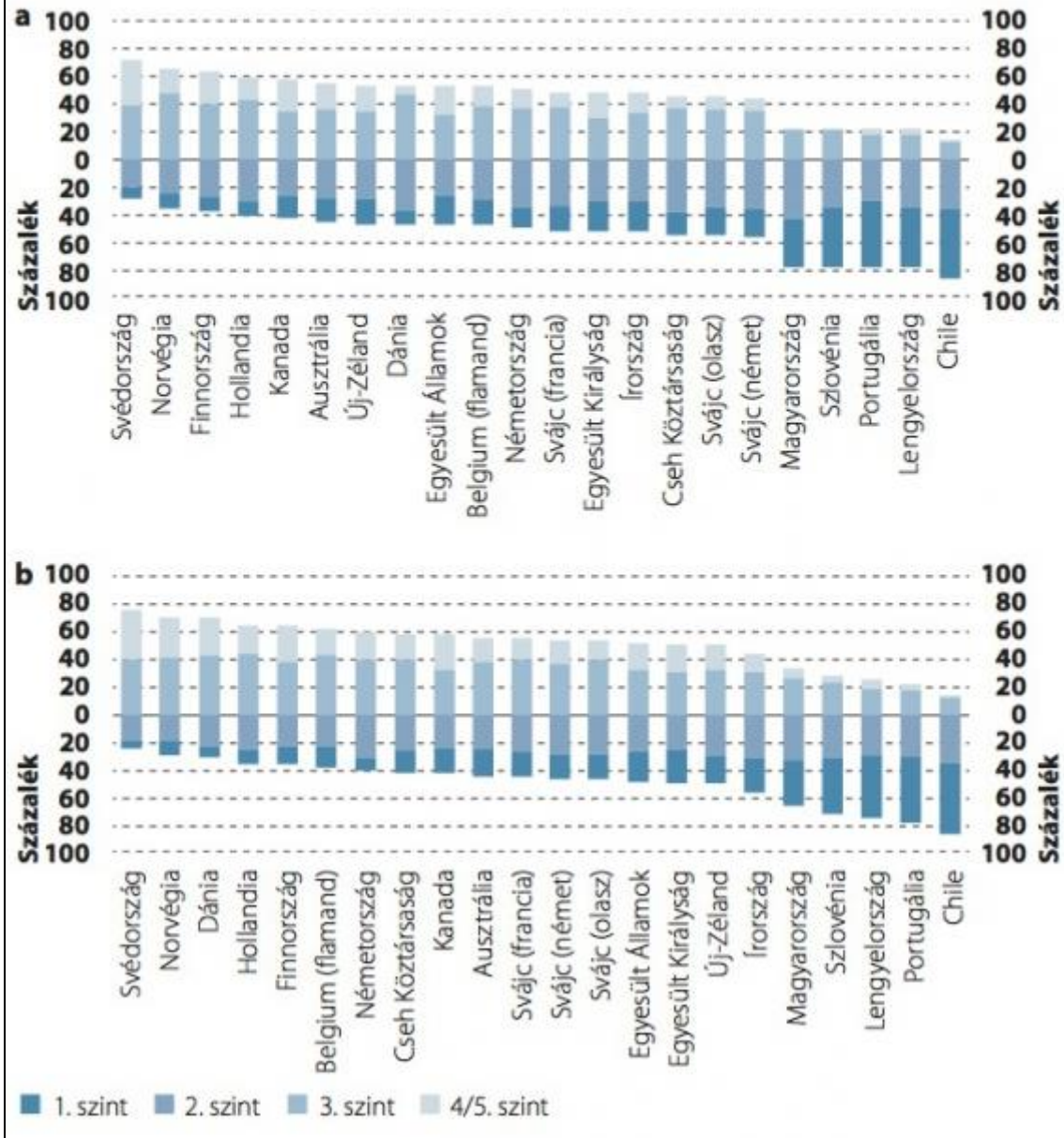
Éppen a szövegértésnek a modern társadalmakban betöltött fontossága miatt az Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) 1994 óta 4-5 évente végez szövegértés-vizsgálatokat a felméréseihez csatlakozó államok felnőtt lakosságának körében, mivel az eredmények ismeretében fontos gazdaságfejlesztési, ipartelepítési döntések hozhatók. (Az OECD-t alkotó fejlett országokban a teljes körű beiskolázás következtében az analfabétizmus vizsgálata feleslegessé vált.) A szövegértés felmérését eleinte annak három dimenzióját meghatározva (dokumentum-, prózai, valamint kvantitatív szövegértés), az újabb felmérések során ezeket egy negyedik dimenzióval, a problémamegoldással kiegészítve végzik. Minden dimenzióon belül a szövegértés öt szintjét különítik el, és következetesen a 3-as szint

elérése jelenti azt, hogy az illető birtokában van a modern társadalomban a mindennapi életben történő önálló boldoguláshoz elengedhetetlen képességeknek.

Az első vizsgálat (Adult Literacy and Lifeskills Survey, ALL14) eredményei alapján a magyar lakosság közel 80%-ának (!) prózai szövegértése 1-es vagy 2-es szintűnek, tehát az elégségesnél gyengébbnek bizonyult (2. ábra, A panel), míg a dokumentum-szövegértés vonatkozásában nagyjából a lakosság kétharmada teljesített az elégséges alatti szinten (2. ábra, B panel).

02. ÁBRA

Európai és Európán kívüli országok 16–65 éves népességének prózai szövegértése (a) és dokumentum-szövegértése (b) szintek szerint, 1994–1998-ban, az OECD nyomán



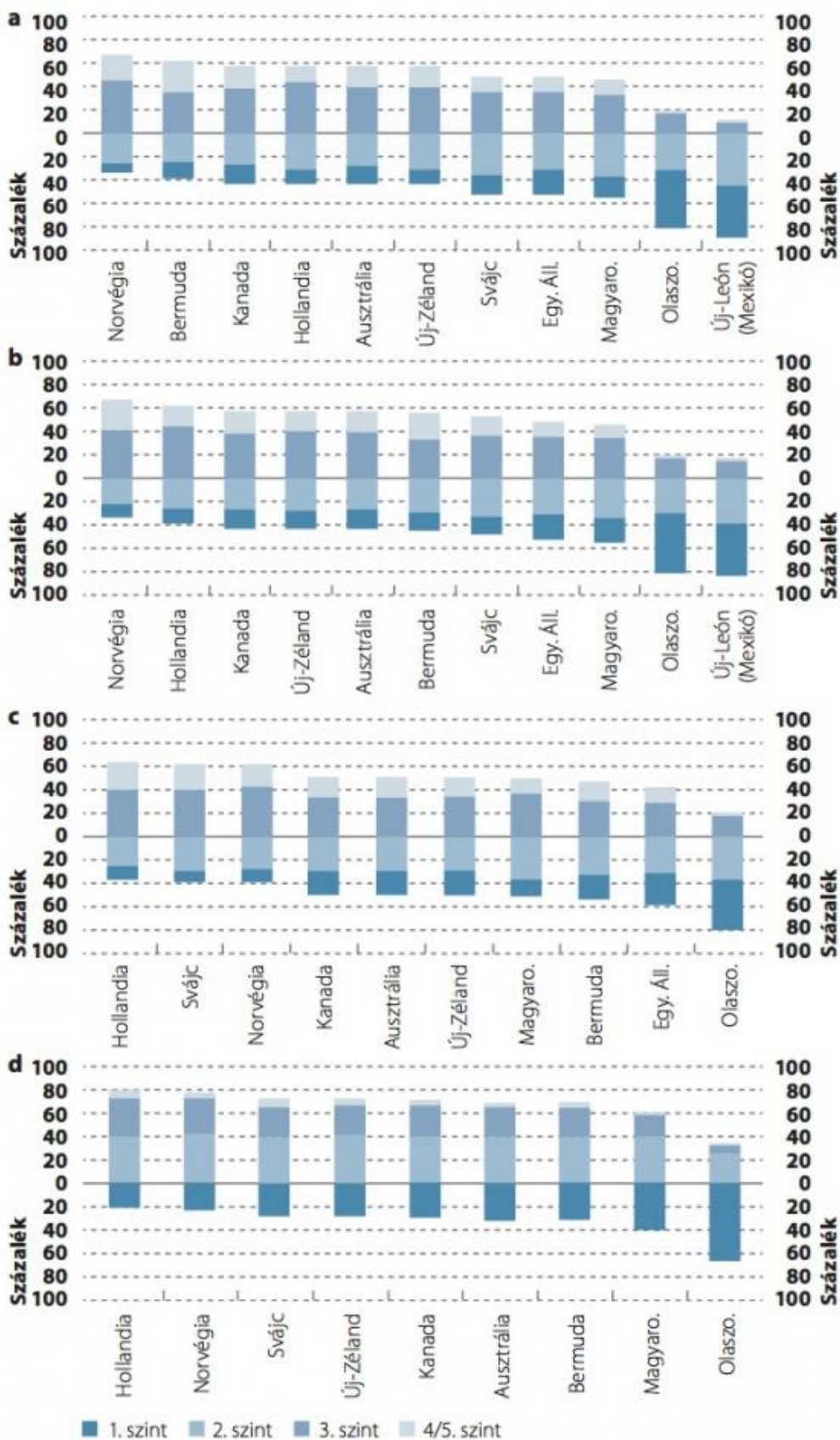
A problémamegoldás dimenziójával kibővült, 2006 és 2008 között megismételt szövegértési vizsgálat eredményei alapján a magyar felnőtt lakosság kevesebb mint fele teljesített legalább 3-as szinten a prózai szövegértés tekintetében, de ugyanez volt a helyzet a dokumentum- és a kvantitatív szövegértés vonatkozásában is (3. ábra). A

problémamegoldás dimenziójában némileg jobb volt a helyzet, „csupán” a vizsgálatban részt vevők 40%-a teljesített az elvárható szint alatt.

A fenti eredmények ismeretében érthetetlen, hogy Magyarország miért nem volt sem a 2008 és 2013 között zajló, sem a 2012-től jelenleg is folyó felnőttkori készségfelmérés (Programme for the International Assessment of Adult Competencies, PIAAC17) vizsgálatok résztvevői között. Emiatt nincs információ arról, hogy az elmúlt 8 évben hogyan változott a magyar lakosság szövegértése.

03. ÁBRA

A prózai szövegértés (a), a dokumentum-szövegértés (b), a kvantitatív szövegértés (c) és a problémamegoldás (d) megoszlása szintek szerint a vizsgált országokban 2006–2008-ban, az OECD nyomán



Az egészségműveltség és a szövegértés kapcsolata

Amint azt már korábban taglaltuk, az egészségműveltség (*health literacy*) magába foglalja mindazokat a képességeket, amelyek az egészséggel és egészségügyi ellátással kapcsolatos alapvető információk megszerzésére, feldolgozására és megértésére irányulnak, ezáltal befolyásolják az egyént az egészségi állapotát érintő alapvető döntések meghozatalában. Ebből következően az olvasás és a szövegértés az egészségműveltség alapvető komponense, bázisa, az egészségműveltség első lépéséhez, az információ megszerzéséhez elengedhetetlen fontosságú.



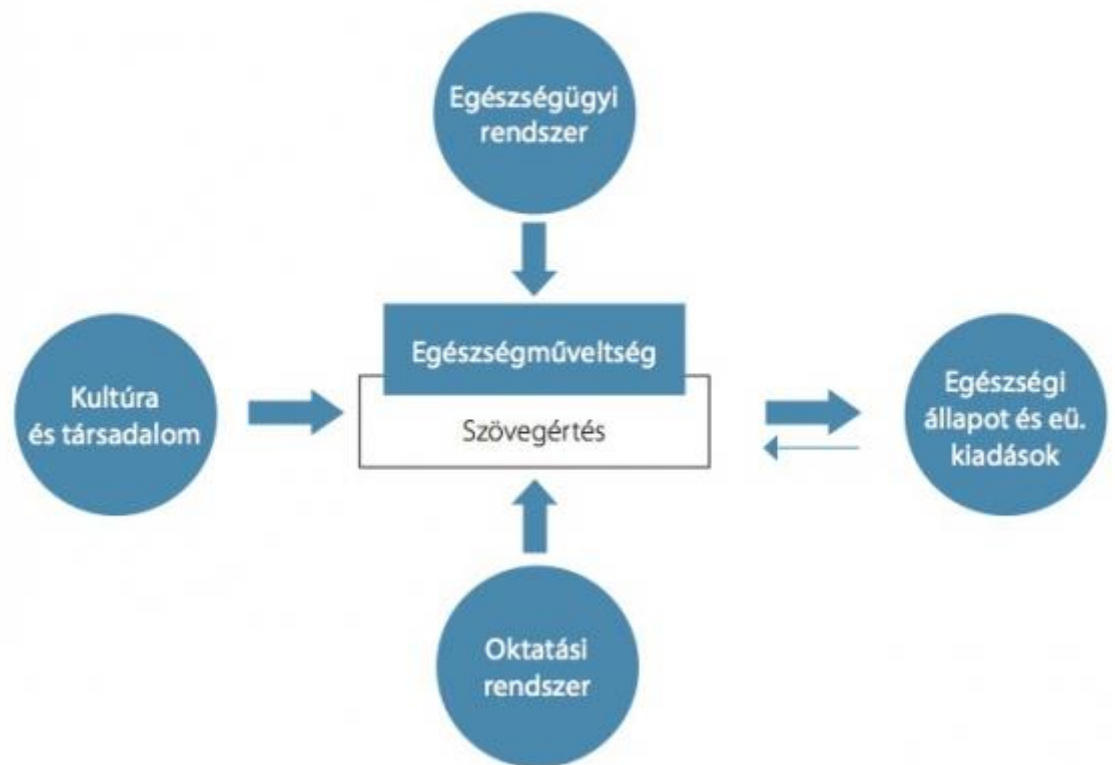
Az egészségműveltséget vizsgáló első nagyszabású európai, az EU által finanszírozott vizsgálat (European Health Literacy Project) keretein belül az egészségműveltséget mint dinamikus tulajdonságot azonosították, mely az egyén tudásán, kompetenciáján és motivációin alapszik. A folyamat komponenseiként ez a projekt is az információhoz való hozzáférést, illetve annak megértését, értékelését és alkalmazását határozta meg. Ezáltal a képesség birtokában az egyén képes mind az egészségügyi ellátórendszerben betegként, mind a betegségmegelőzésben

egészséges polgárként boldogulni, emellett az egészség fejlesztésében is részt tud venni a közösség felelős tagjaként (4. ábra).

Az Európai Egészségműveltség Projekt adalékokat szolgáltatott ahhoz, hogy az egészségműveltség esetében ugyanazok a befolyásoló faktorok azonosíthatók, mint amelyek az általános szövegértést is meghatározzák: társadalmi és környezeti tényezők, személyes és szituációs tényezők; illetve hogy az egészségműveltség kapcsolatban áll az általános műveltséggel. Amerikai szerzők azonosították is azokat a jellemzőket, amelyek alapján egy adott egyén egészségműveltségének szintje megjósolható (önmegítélés szerinti olvasási képesség, egy-egy kérdést tartalmazó szűrőteszt, legmagasabb iskolai végzettség, nem és rassz [etnikai hovatartozás]). Ennek nyomán az American Medical Association 2007-ben klinikusoknak kiadott kézikönyvében az alacsony egészségműveltségre utaló figyelmeztető jelek között említi a befejezetlen tanulmányokat, az idős kort, illetve az általános nyelvhasználati hiányosságokat, és javasolja ezeknek az információknak a rögzítését. A kiadvány az olvasási nehézségekre történő rákérdezést is javasolja a szövegértés és az egészségműveltség kapcsoltsága miatt (5. ábra).

05. ÁBRA

Az egészségműveltség determinánsai és összefüggése az egészségi állapottal



Az Institute of Medicine⁵ nyomán

Az egészségműveltség vizsgálatának módszerei

Az elmúlt évek során az egészségműveltség felmérésére különféle módszereket fejlesztettek ki. Tekintettel a fogalom többértelműségére, illetve az egyes országoknak az egészséggel kapcsolatos eltérő nyelvezetére, fogalomhasználatára, különböző egészségügyi rendszereire, e módszerek valamilyen tekintetben mind eltérnek egymástól. Egyes felmérések konkrét szövegértés-vizsgálatra irányulnak, mások a különböző egészségügyi kifejezések tartalmának és/vagy kiejtésének ismeretét mérik, megint mások az egészségügyi kérdésekben való jártasságot, az egészségügyi rendszerben való tájékozódást, az egészséggel kapcsolatos attitűdöket vizsgálják. A szerteágazó módszertanú vizsgálatok közül jelen értekezésben csupán néhány validált felmérés bemutatására szorítkozunk a teljesség igénye nélkül.

TOFHLA

A konkrét egészség tárgyú szövegértést, tehát az információ feldolgozását és megértését mérő hitelesített mérőeszközök közül a TOFHLA (Test of Functional Health Literacy in Adults) és az NVS (Newest Vital Sign) tekinthetők a legjelentősebbeknek. Ezek a tesztek tartalmazznak mind a számolás, mind pedig a szövegértés felmérését célzó feladatokat, azonban az egészségműveltség többi részterületét, tehát a feldolgozást és a döntéshozatalt figyelmen kívül hagyják. További hátrányuk, hogy vizsgaszituációt teremtenek, illetve korlátozott számú nyelven érhetőek el. Az előbbi vizsgálat rövidített változata (Short Test of Functional Health Literacy in Adults, S-TOFHLA) az egészségműveltség gyors közelítő felmérését teszi lehetővé. A másodikként említett Newest Vital Sign mindössze hat elemből áll, így felvétele rövid időt vesz igénybe; ez tápanyagcímkek értelmezése alapján funkcionális egészségműveltséget becsül.

REALM

Ugyancsak gyors felmérést tesz lehetővé a REALM vizsgálat, amely az egészséggel kapcsolatos szavak, kifejezések felismerését, azok kiejtését méri egyre nehezedő sorba rendezett 66 elemével. Ez pusztán olvasási képességekre hagyatkozik, melyeket pontrendszer alapján iskolai osztályok szintjének megfelelően sorol be. Rövidített változata csupán nyolc elemet tartalmaz, ezáltal megkönnyíti a klinikai használatát, bár az eredmények megbízhatóságának csökkenése árán.

HLS, BRIEF, SILS

A harmadik csoportba sorolható vizsgálatok az egészségügyi kérdésekben való általános, mindennapi boldogulás mértékét mérik fel, tehát azt, hogy mennyire okoz nehézséget egy-egy konkrét probléma az adott egyénnek. Ilyen attitűdöket mér az alábbiakban említendő HLS-EU, a három elemből álló 3-ITEM-HLS és a BRIEF felmérés, továbbá a Single Item Literacy Screen is.

Ahogy arra már korábban utalást tettünk, e vizsgálatokon túlmenően különböző cikkek és kézikönyvek néhány egyszerű módszert is ajánlanak a praktizáló orvosok számára, melyek használatával akár néhány demográfiai adatra vagy az egészségi szövegek értelmezésének szubjektív nehézségére vonatkozó kérdéssel, esetleg árulkodó jelekből levont következtetésekkel közelítőleg becsülhető az adott kliens/beteg egészségműveltsége, mely a további kommunikáció szempontjából rendkívül fontos.

Az egészségműveltség az EU-ban és Magyarországon

Az előbbieken bemutatott vizsgálati eljárásokat többnyire az Egyesült Államokban fejlesztették ki, ahol már korábban felismerték az egészségműveltség fontosságát. Az első nagyszabású vizsgálatot 2003-ban végezték egy általános szövegértési vizsgálatba ágyazottan az amerikai lakosság egészségműveltségének felmérésére, és értékes eredményekhez jutottak mind az egészségműveltség mértékére, mind pedig annak demográfiai és egészségi tényezőkkel való korrelációjára vonatkozóan. Az egészségműveltség négy szintjét különböztették meg, eszerint a lakosság 53%-a közepes szinten volt, 22% alapszintű, 14% pedig alapszint alatti egészségműveltséggel rendelkezett.

Európában 2009 és 2012 között zajlott a fentebb már említett, az EU által finanszírozott Európai Egészségműveltség Projekt, amelynek keretében az egészségműveltség felmérésére is sor került (Health Literacy Survey, HLS-EU). Az Európai Unió nyolc tagállamában (Ausztria, Bulgária, Görögország, Hollandia, Írország, Németország, Lengyelország, Spanyolország) 2011-ben összesen közel 8000 személyt mértek fel egy egységes, 86 kérdésből álló – a nemzeti nyelvekre lefordított – kérdőívvel. A kérdőív három dimenzióba (egészségügyi ellátás, betegségmegelőzés, egészségfejlesztés) csoportosította az egészségműveltség folyamatának lépéseit (információszerzés, feldolgozás, értelmezés, döntés, lásd 1. ábra), ezáltal 12 cellából álló mátrixba sorolva az egészségműveltség elemeit. A kérdések az egészség

különböző részterületein való boldogulás nehézségeire vonatkoztak, melyeket a válaszadónak kellett megítélnie, és öt lehetséges válaszból (nagyon könnyű, könnyű, nehéz, nagyon nehéz, nem tudom) megadni a számára érvényeset.

A felmérés az egészségműveltség négy szintjét különböztette meg: kiváló, megfelelő, problémás és elégtelen általános egészségműveltség. Az EHLS eredményei 2015 decemberében láttak napvilágot. Eszerint a vizsgáltak 12%-ának egészségműveltsége bizonyult elégtelennek, és 47%-nál problémás egészségműveltség volt megállapítható. Az egyes országok között jelentős eltérést tapasztaltak: az egészségműveltséget jelző átlagpontszám Hollandiában volt a legmagasabb, Bulgáriában a legalacsonyabb. További fontos megállapítása volt a vizsgálatnak, hogy a szegény, alacsony státuszú, alacsony iskolázottságú és idős népességcsoportokban az átlagnál nagyobb volt a problémás vagy elégtelen egészségműveltségűek aránya, vagyis az egészségműveltség Európában is társadalmi lejtőn helyezkedik el.

Az említett vizsgálatok eredményei alapján nem lehet következtetéseket levonni a magyar lakosság más nemzetekkel összehasonlított egészségműveltségéről. Amint már említettük, Magyarország valamilyen oknál fogva sem a felnőttkori szövegértést, sem az egészségműveltséget vizsgáló nemzetközi felmérésekben nem vett részt az elmúlt években. A hazai lakosság egészségi állapotának egyéb mutatói alapján azt lehet becsülni, hogy a magyar lakosság általános szövegértése vélhetően nem javult látványosan a 2008-ban mérthez képest, és ennek megfelelően az egészségműveltség tekintetében sem valószínű, hogy az élmezőnyhöz tartoznánk.

Az elmúlt években Magyarországon is volt néhány próbálkozás az egészségműveltség mérésére, azonban ezek többnyire körülírt, nem reprezentatív populáción elvégzett, illetve kis elemszámú elővizsgálatok voltak, melyek eredményeiből nem vonható le következtetés a felnőtt lakosság egészségműveltségére vonatkozóan. További nehézséget jelent az egészségműveltség-vizsgálatokban, hogy az egyedi módszerrel

végzett felmérések adatai csupán az adott vizsgálatban részt vettek teljesítményének összehasonlítását engedik meg, hiszen a felméréshez használt feladatok egyedisége, a nemzetközi skálákkal való illeszkedés hiánya miatt az eredmények nemzeti vagy nemzetközi kontextusba helyezése igencsak problémás.

A részletezett hiányosságok és nehézségek alapján nagy szükség lenne a hazai felnőtt lakosság szövegértésének és egészségműveltségének mérésére is, amire legcélszerűbben a közeljövőben induló nemzetközi vizsgálatokhoz való csatlakozás adna lehetőséget. A hazai lakosságcsoporthoz egészségműveltségének pontos ismerete az egészségneveléshez és betegtájékoztatáshoz használatos dokumentumok célzott átdolgozása, a beteg-együttműködés (adherencia) növelése és az egészségügyben dolgozók továbbképzése szempontjából is nélkülözhetetlen.

9.4. Egészségmagatartás és az egészségviselkedés összefüggései

Az egészségmagatartás, egészségviselkedés (health behavior) fogalmak értelmezésének rendkívül sok szempontú megközelítése létezik. Ezek helyenként egymást átfedő módon, azonban mégis különböző fókuszokat kijelölve segítik az elméletalkotást és a gyakorlati konzekvenciák megfogalmazását. Az egészségmagatartás egy lehetséges munkadefiníciója:

„Olyan személyes attribúciók, mint amilyenek a hitek/meggyőződések, várakozások/sejtések, motívumok, értékek, percepciók és máskognitív elemek; személyiségjegyek, magukban foglalva az érzelmi és emocionális állapotokat és egyéni sajátosságokat; és bizonyos viselkedési minták, tevékenységek és szokások, amelyek az egészségfenntartására, helyreállítására és fejlesztésére vonatkoznak.”

Az egészségmagatartás bizonyos definíciója tartalmazza továbbá azt a felismerést, hogy ezeket a személyes attribúciókat befolyásolják a családiszerkezetek és folyamatok, a pár/társ, csoport- és szociális faktorok, valamint a társadalmi, tanulmányi és kulturális meghatározó tényezők. Egy átfogó munkadefiníció felölel számos más is, magában foglalva a magatartás/viselkedés specifikus kategóriáit:

- (1) preventív/megelőző és protektív/védő viselkedés,
- (2) betegségviselkedés,
- (3) betegszerep-viselkedés

Preventív és protektív viselkedés azokat a tevékenységeket jelenti, amelyekbe azok a személyek kezdenek bele, akik azt hiszik, hogy jól vannak, és azok, akik nem éreznek semmilyen betegségjelet vagy tünetet, és céljuk a jóllét fenntartása. Ez a nyelvhasználat a preventív tevékenységekre korlátozza az egészségmagatartást. Ezek között vannak olyan viselkedések, amelyeknek elsődlegesen preventív

jelentőségük van, de nem korlátozódik ezekre, magában foglal számos nem egészségügyi tevékenységet is. Belloc és Breslow kifejlesztettek egy rendszert, amely az egészségállapoton és egészségkockázaton felüli, „mindennapi” nem egészségügyi viselkedések hat kategóriáját tartalmazza:

(1) alvási idő,

(2) étkezési szokások (rendszeresség, gyakoriság, kalóriamennyiség, reggeli fogyasztása),

(3) testtömegellenőrzés,

(4) fizikai rekreációs tevékenység (aktív sportok, úszás vagy séta a kertben, gyakorlatok végzése, hétvégi kirándulások, vadászat vagy halászat),

(5) alkoholos italok fogyasztása (gyakoriság, mennyiség),

(6) nemdohányzás.

Más mindennapi preventív viselkedések: biztonsági öv és motorbicikli sisak viselése, a közlekedési szabályok betartása, az egészség felügyelete és a biztonsági előírások betartása a munkában. Egyéb egészségviselkedések másodlagos preventív értékűek, nem akadályozzák meg döntően egy állapot előfordulását, de elősegítik az állapot korai észlelését, és így minimalizálják annak hatását.

Az egészségműveltség és egészségmagatartás diagnosztikus mérésének lehetőségei magukban foglalják az időszakos szűrővizsgálatokon való részvételt, melyek lehetővé teszik a rákmegelőző állapot felderítését, a szívbetegség vagy a fogak állapotának vizsgálatát, bár nem szorítkoznak csupán ezekre. Azoknak az elsődleges és másodlagos preventív viselkedéseknek a kiegészítéseként, amelyek empirikusan kapcsolódnak az egészségállapothoz.

Harris és Guten bevezette az egészségvédő viselkedések (health protective behaviors) terminust. Ezek olyan tevékenységek, amelyekbe az emberek belekezdenek egészségük megvédése érdekében, akár orvosilag jóváhagyottak, akár

nem, és magában foglalja azokat az egészségviselkedésfogalom alatt, objektív hatásosságuktól függetlenül. Ilyen egészségvédő viselkedések pl. az imádkozás, a dolgok elrendezése a ház körül, a hideg zuhany, a meleg fürdő és a vitaminok túlzott fogyasztása.

Betegségviselkedés Kasl és Cobb szerint a betegségviselkedés magában foglalja azokat a tevékenységeket, amelyekbe azok a személyek kezdenek bele, akik:

- bizonytalanok abban, jók-e
- azok akik aggódnak, vagy tanácstalanok testi érzékeléseikben, érzéseikben;
- azt hiszik, hogy betegségjeleik vagy tüneteik lehetnek;
- akik szükségét látják tisztázni e tapasztalatok jelentését, és ez meghatározza, hogy jól vannak-e;
- akik szükségét látják megtudni, mit tegyenek, ha nincsenek jól.

A magyarázat kontextusában az ilyen személyek segítséget kereső viselkedésértjük alatta. Mechanic és Suchman elvégezte a betegség-viselkedés részletesebb elemzését. A betegségviselkedés Mechanic által kidolgozott modellje magában foglalja az egyén felismerését, hogy szüksége van tanácsra, hogy döntéseihez és tanácsadójának megválasztásához kéri-e azt.

Suchman megfogalmazása különbözik ettől, de az azonosított viselkedések hasonlóak. Mindkét modell megvizsgálja ezeknek a betegségviselkedéseknek a személyes meghatározóit és azt is, hogy ezek a viselkedések milyen szociális és kulturális feltételekhez kötöttek. A betegségviselkedések magukban foglalják az alábbiakat, de nem korlátozódnak csak ezekre: válasz a testi jelekre és tünetekre; vélemény és tanács kérése rokonoktól, barátoktól, szomszédoktól, kollégáktól; semmit sem csinálni, de várni, hogy látható-e a szokatlanjelek vagy tünetek elmúlása.

A betegszerep-viselkedés Kasl és Cobb számára a betegszerep-viselkedés azokat a tevékenységeket jelenti, amelyekbe azok a személyek kezdenek bele, akiket már

mások vagy saját maguk betegnek nyilvánítottak. Olyan viselkedéseket foglal magában – bár nem korlátozódik csupán ezekre –, mint az orvos által előírt étrend/diéta/életmód elfogadása; a tevékenység és a személyes, családi és közösségi felelősség (kötelezettség) korlátozása és a felépüléssel (gyógyulással) és rehabilitációval kapcsolatos cselekvések. A kritikai megkülönböztetések, amit Kasl, Cobb tettek az egészségmagatartás különböző típusai között, jelentősek és nem minimalizálhatók. A jövő kutatására marad azonban az empirikus meghatározása annak, hogy vajon a közösségek vagy az alattuk levő egységek közötti viselkedések magukban foglalják-e az egészségmagatartáson belüli valamennyikategóriát, a kategóriák egyformák-e, és differenciáltan vonatkoznak-e a befolyásoló tényezők különféle szintjeire. Az egészségmagatartás az alábbi három megközelítésből vizsgálható:

1. Az egészségmagatartás mint a kórok, betegségek és az egészségi állapot előzményének vagy okának vizsgálata.
2. Az egészségmagatartást úgy elemzi, mint a rendszeres beavatkozások célját, melyek közvetlenül viselkedésváltozásokat idéznek elő, és végül az egészségállapot megváltozását eredményezik. Olyan megközelítés, melyet az egészségnevelők ragadnak meg egészségtámogató kampányokkal és nyilvános programokkal.
3. Az egészségmagatartás mint saját magunknak érdekes, személyes és szociális/társadalmi jelenség vizsgálata, amely a benne rejtőző miatt komoly tudományos kutatásra méltó.

Bár sok elméletet alkalmaznak az egészséggel kapcsolatos magatartás kutatásokhoz és a magatartási beavatkozások kifejlesztéséhez, néhányan azt állítják, hogy csak meghatározott számú változó tekinthető szükségesnek bármely adott egészségmagatartás előre jelzéséhez és megértéséhez. Fishbein és Yzer szerint ezeket a változókat három elmélet tartalmazza, melyeket széleskörűen használtak az egészségmagatartás kutatásokban és -fejlesztésekben. Ezek a következők:

1. **Egészséghitmodell (Health Belief Model)** Az egészséghitmodell megállapítja, hogy ahhoz, hogy valaki a tanácsolt egészségmagatartást végrehajtsa, a személynek először hinnie kell, hogy egy komoly és szigorúan negatív

egészségeredmény (pl. szívkoszorúér-megbetegedés, HIV/AIDS) megszerzése kockázatos. Ugyanakkor a személynek hinnie kell azt is, hogy a tanácsolt protektív magatartás teljesítésének nagyobbak az előnyei, mint a költségei.

2. **Szociális/társas kognitív elmélet (Social Cognitive Theory)** A szociális/társas kognitív elmélet szerint szintén két elsődleges faktor határozza meg annak a valószínűségét, hogy valaki adaptálni fog-e egy egészségvédő magatartást. Először a személynek hinnie kell, hogy a magatartás végrehajtásának pozitív eredményei (előnyök) nagyobbak a negatív eredményeknél (költségek). Másodszor a személynek rendelkeznie kell a személyesközreműködés érzésével vagy az önhatékonysággal a magatartás teljesítésének elfogadásával kapcsolatosan. Hinnie kell, hogy végre tudja hajtani az elfogadott viselkedést, még a változatos körülményekkel vagy akadályokkal szemben is, amelyek megnehezítik a magatartásvégrehajtását.

3. **Indokolt cselekvés elmélete (Theory of Reasoned Action) és szándékosviselkedés elmélete (Theory of Planned Behavior)** Az indokolt cselekvés elmélete szerint egy adott magatartás teljesítése elsődlegesen egy személy magatartásteljesítési szándékának erősségétől függ. Egy adott magatartás teljesítésének szándéka a változás szempontjából úgy tekinthető, mint két faktor funkciója: nevezetesen a személy attitűdje a viselkedés teljesítésére (általános pozitív vagy negatív érzés a viselkedés személyes teljesítéséről) és/vagy a személyszubjektív normája a viselkedéssel kapcsolatban (a személy percepciója, hogy neki miért fontos, mások azt gondolják, hogy ő végrehajtja vagy nem a magatartást). Az attitűd a magatartási nézetek egyfunkciója (azt hiszi, hogy a magatartás teljesítése elvezet a meghatározott eredményekhez) és azok értékelő aspektusai (azok eredményeinek értékelése).

A szubjektív normákat úgy tekintik, mint a normatív meggyőződések egy funkcióját (meggyőződések, amelyeket egy specifikus egyed vagy csoport birtokol a kérdésben, akár amagatartás teljesítésére vagy nem teljesítésére vonatkozóan) és a teljesítés motivációit (annak mértéke általában, hogy valaki meg akar csinálni valamit, amit valaki kigondolt). A szándékos viselkedés elmélete az indokolt cselekvés elméletének egykiterjesztése, mely magában foglalja az észlelt kontroll fogalmát mint a szándékok egy harmadik meghatározóját. A legtöbb magatartáselmélet szerint három kritikus meghatározójavan egy személy szándékainak és magatartásainak:

- (1) a személy attitűdje a magatartás teljesítése felé, amely a magatartás teljesítésének pozitív és negatív következményeiről (előnyök és költségek) való meggyőződésén alapul;
- (2) a felismert normák, amelyek magukban foglalják az egyéni interakciók észlelését azokkal, akik a legteljesebben támogatják a személyeket a magatartás elfogadásában és másokkal a közösségben, akik végrehajtják a magatartást;
- (3) az önhatékonyság, amely magában foglalja a személyek észlelését arra vonatkozóan, hogyan tudják teljesíteni a magatartást az erőpróbát jelentő körülmények széles választékában. Ezek a változók az utóbbi időben beépültek a magatartás-előrejelzés egy integrált modelljébe.
- (4) Egy integrált elméleti modell (Integrated Theoretical Model) A modell szerint bármely adott magatartás valószínűleg akkor fordul elő, ha valakinek erős szándéka van a magatartás végrehajtására; ha a személy rendelkezik a szükséges készségekkel és képességekkel, amelyeket a magatartás teljesítése megkövetel; és ha nincsenek környezetikényszerek/korlátok (environmental constraints) a magatartás teljesítésének megakadályozására. Egy integrált modell a magatartás előrejelzéséhez.

Egy közvetlen implikációja a modellnek, hogy nagyon különböző típusú intervenciókra (beavatkozásokra) van szüksége azoknak az embereknek, akikben megvan a szándék a javasolt magatartás végrehajtására, de képtelenek végrehajtani azt, mint azoknak, akikben kevés a szándék, vagy akiknek egyáltalán nem áll szándékukban a javasolt magatartás teljesítése. Néhány populációban vagy kultúrában lehet, hogy azért nem

teljesíthető egy maga-tartás, mert az emberekben még nem alakult ki a szükséges szándék a maga-tartás teljesítésére, míg másokban a készségek hiánya vagy a környezetikényszerek/korlátok jelenléte lehet a probléma.

Természetesen ha az emberekben kialakult a kívánt szándék egy magatartás teljesítésére, de nem végzik el azt, egy sikeres beavatkozás közvetlenül ki tudja építeni a készségeket, vagy meg tudja változtatni (vagy segít az embereknek legyőzni) a környezeti kényszereket/korlátokat. Másrészt, ha nem alakult ki erősszándék, elszántság (intention) a magatartás teljesítéséhez, a modell háromelsődleges szándékmeghatározót jelöl meg:

- (1) attitűd (attitude) a viselkedés teljesítésére,
- (2) felismert normák (perceived norms) a magatartás teljesítésére vonatkozóan,
- (3) önhatékonyság (self-efficacy) a magatartás teljesítését illetően.

Fontos a felismeréshez az, hogy ennek a három szociálpszichológiai változónak mint a szándékot – amelytől függ a magatartás és a populáció léte egyaránt – meghatározónak, a jelentősége relatív. Így pl. egymagatartás lehet elsődlegesen meghatározott az attitűd figyelembevételével, míg egy másik lehet elsődlegesen befolyásolt az önhatékonyság érzése által. Hasonlóan: egy magatartás, amely attitűd által vezérelt egy populációban vagy kultúrában, lehet normák által vezérelt egy másikban. Így, mielőtt kifejlesztenénk a kommunikációkat a szándékok megváltoztatására, először is fontos meghatározni a szándékot befolyásoló attitudinális, normatív vagy önhatékonyság-kontroll mértékét a populációban a kérdést illetően. A modell bemutatja, hogy az attitűdök, a felismert normák és az önhatékonyság alapjául szolgálnak a magatartás teljesítésének kimenete-léről kialakult meggyőződések. Az ábrán megfigyelhető a tradicionálisabb demográfiai, személyiségi, attitudinális és más egyéni különbségi változók (pl. felismert veszély) szerepe is. A modell szerint a változók e típusai elsőd-legesen indirekt szerepet játszanak a magatartás befolyásolásában. Ezek a távoli változók mint kulturális és egyéni különbségek is a meggyőződés-struktúra alapjául szolgálnak. Az integrált modell használatának első lépése a magatartás azonosítása, amelynek megváltoztatását vagy megerősítését célul tűzzük ki.

Sajnos ez nem olyan egyszerű, mint gyakran feltételezik. Először fontos megkülönböztetni a magatartásokat, magatartási kategóriákat és célokat. (Mégváltoztatandó specifikus magatartás: pl. 20 perc séta háromszor egy héten; maga-tartási kategória: pl. gyakorlat; cél: pl. a testtömeg csökkentése.).

A magatartás (behavior) definíciója különböző elemeket foglal magában:

- (1) a tevékenységet (pl. megvenni/használni),
- (2) a célt (pl. egy óvszer) és
- (3) a kontextust (pl. hüvelyi szexhez a barátnővel).

A magatartás változása bármelyik elem változását jelentheti. Egy egészségnevelőnek emiatt meg kell terveznie a beavatkozást a meggyőződések megváltoztatásához és a meggyőződés és az attitűd és/vagy szándék közötti kapcsolatok megerősítéséhez. Az egészségmagatartás-kutatások célja nem az, hogy definiálják ezeket a fogalmakat, hanem inkább az, hogy meghatározzák, mit jelentenek a definíciók a populációkban.

A jövőbeli egészségmagatartás-kutatás célja a laikus definíciók feltárása és annak kutatása, hogy azok inkább hasonlítanak vagy különböznek a szakértői formáktól. A Fishbein és Yzer által leírt integrált modell az egészségmagatartás előrejelzéséhez és megértéséhez alapul szolgálhat a tanulók egészség-magatartásának megjósolásához és megértéséhez.