

# Egészségfejlesztés – egészségterv Budapest X. és XVII. kerületében\*

Dr. Haintz Andrea<sup>1</sup>, Dr. Gritz Arnoldné<sup>2</sup>, Juhász Attila<sup>3</sup>,  
Nagy Csilla<sup>3</sup>, Dr. Szűcs Erzsébet<sup>3</sup>

1 ÁNTSZ Budapest X.–XVII. Kerületi Intézete

2 Budapest Főváros XVII. Kerületi Önkormányzat Egészségügyi Szolgálat Egészségnevelése

3 ÁNTSZ Közép-magyarországi Regionális Intézete

## Előzmények

Az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálatnál bekövetkezett strukturális változások miatt az ÁNTSZ Budapest Fővárosi X. és XVII. kerületi intézeteit összevonták és 2007. január 1-jétől Budapest X.–XVII. Kerületi Intézetként működnek. A szervezeti átalakítással Budapest legnagyobb illetékességi területű kerületi intézete jött létre.

A két kerület földrajzi és gazdasági-szociális adottságai-  
ban is jelentősen különbözik egymástól.

*Rákosmente* (XVII. kerület) Budapest legnagyobb kiterjedésű kerülete (54,83 km<sup>2</sup>), amelynek 80%-a lakóterület, 20%-a külterület. Hatalmas, gondozott parkfelülettel rendelkezik, s ha egyéb zöldterületeit, szántóit, rétjeit is hozzávésszük, akkor Pest tüdejének is nevezhetjük.

Rákosmente, mint önálló közigazgatási egység, 1950 óta létezik. Ekkor egyesült a korábbi öt aprótelepülés: *Rákoscsaba*, *Rákoskeresztúr*, *Rákosliget*, *Rákoshegy*, *Rákoskert*, amelyek a mai napig megőrizték nevüket és sajátos arculatukat. Eredetileg kertés, családi házas övezetek voltak, és ma is kertvárosi jellegűek, jelentős zöldterületekkel. Később, az iparosodás beindulásával, kisebb-nagyobb lakótelepek is épültek a kerületben.

Napjainkra a Ferihegyi út és a Pesti út kereszteződésénél nagyvárosi léptékű kerület-központ alakult ki, amelynek infrastrukturális és a városképet illető megújulása és fejlesztése a közeljövőben várható. A kerületben egyre kisebb a csatornázatlan területek aránya. Az önkormányzat uniós pályázati támogatások bevonásával az úthálózatot is fejleszteni kívánja.

A lakosság száma folyamatosan nő, 2007-ben 82112 fő volt. A kerület újonnan épített lakóparkokkal vonzza az ideköltözőket, főleg kisgyermekes családokat. Valószínűleg ebből adódik az emelkedő születésszám is, amely a Központi Statisztikai Hivatal adatai szerint az előző évihez képest 5%-kal nőtt.

A rendszerváltás után több nagyobb ipari létesítmény megszűnt vagy átalakult (például a Rákosmezeje Mgtsz is széttagozódott), így a kerületben sok a munkanélküli és a haj-

léktalan. Sokan ingáznak Budapest belső kerületeibe, vagy a környező falvakba, városokba. Sorsukat nehezíti a kerület rossz belső és külső közlekedése, ami miatt a kerületet elérni vagy a kerületből ingázni nehéz és időigényes.

*Kőbánya* (X. kerület) régen nagy ipari központ volt, óriási ipari létesítményekkel, gyártelepekkel, üzemekkel, hatalmas lakótelepekkel. A gépgyártás, az élelmiszeripar, a textilipar, a gyógyszergyártás fontos szerepet játszott nemcsak Kőbánya, hanem a főváros fejlődése szempontjából is. A munkáskerületben a rendszerváltás után, a gyárak bezárásával emelkedett a munkanélküliség és megnőtt a létminimumon és rendszeres szociális segítyen élők aránya.

Kőbánya lakossága az elmúlt másfél évtizedben 100.000-ról 77.000-re csökkent.

Tizenöt év alatt közel 20%-os csökkenés volt tapasztalható, amely az utóbbi két évben mérséklődött, majd megállt. Elsősorban a jól kereső, magasan képzett emberek költöztek el. Az értelmiségi réteg elvándorlásának megállítása nagyon fontos cél, amelynek érdekében az önkormányzat a fővárosi városrehabilitáció keretein belül, tökeerős magánbefektetők közreműködésével minél több lakást épít, illetve felújítja a régiókat. Ezzel próbálnak több fiatalt is a kerületbe csábítani, olyan feltételeket kínálva számukra, hogy szívesen szerezzék meg első önálló lakásukat e városrészben. Az építkezések fellendülésének hatására várható a kerületen belüli és a kerületen kívüli, Kőbányára áramló mobilitás.

Kőbánya a köztudatban még mindig munkáskerületként él, annak ellenére, hogy az egykori üzemek többsége már megszűnt. A lakások számának növekedésével egyre több ipari terület válik parkos, fás zöldövezetté.

A munkahelyek száma nőtt, de az előző évihez képest a létminimumon és rendszeres segítyből élők aránya nem változott. A kerület lakosságának mintegy 10%-a roma származású. Az apró, komfort nélküli lakásokban többgenerációs, nagy létszámú roma lakosság él együtt. Alacsony képzettségi szintjük miatt munkaerőpiaci esélyeik csekélyek. A tartós munkanélküliek pénzügyi támogatása mellett az önkormányzat közhasznú munka szervezésével segít az állástalanok foglalkoztatásában.

\*A NETT XVI. Nagygyűlésén (Pécs, 2008. április 17–19.) elhangzott előadás szerkesztett változata.

## Az egészség fogalma

A WHO megfogalmazása szerint „Az egészség a teljes testi, szellemi és szociális jóllét állapota, nem pusztán a betegség vagy fogyatékosság hiánya”. Más megfogalmazásban az egészség nem statikus állapot, hanem állandóan mozgásban lévő, kiegyenlítődesre törekvő folyamat, amely az egyén és természeti, társadalmi környezete közötti dinamikus egyensúlyban nyilvánul meg. E folyamat az egyén aktív, cselekvő tevékenységének eredménye.

Az egészségre számos tényező hat. Ezek közül az öröklés hozzávetőlegesen 20%-ban, az életmód 35%-ban, a természeti és társadalmi környezet 30%-ban, az egészségügyi ellátás 15%-ban játszik szerepet.

Tehát a népesség életminőségét és egészségi állapotát elsősorban az életmód, a társadalmi, gazdasági jellegzetességek és a környezeti feltételek határozzák meg, ezért azt nemcsak az egészségügy, hanem minden ágazat egyaránt köteles javítani. Az életminőséget kedvezőtlenül befolyásoló tényezők pedig egyaránt sújtják az egyént és a közösséget. Magyarországon a születéskor várható élettartam messze elmarad az uniós átlagtól (férfiaknál kb. 8 évvel, nőknél kb. 5,6 évvel). A okok hátterében éppúgy meghatározóan jelen van az egészségtelen életmód, a hiányos egészségkultúra, a tudatlanság és a környezetszennyezés, mint az ország gazdasági fejlettségének hiányosságai, a társadalmon belül tapasztalható egyenlőtlenségek, valamint az egészségügyi ellátás kifogásolható színvonala.

A társadalmi, gazdasági lehetőségek fejlesztése során el kell érni, hogy minél több ember érezze azt, hogy az egészség valóban választható érték és más javak elérhetőségének feltétele. Ennek megvalósításához a korszerű információátadás direkt és indirekt eszközeit egyaránt felhasználó, megfelelő oktatás, képzés, felvilágosítás szükséges.

## Az egészségfejlesztés törvényi háttere

### Az Alkotmány

Az 1949. évi XX. törvény, a Magyar Köztársaság Alkotmánya az egészséghez való jogot az alábbiak szerint rögzíti:

„70/D §. (1) A Magyar Köztársaság területén élőknek joguk van a lehető legmagasabb szintű testi és lelki egészséghez.

(2) Ezt a jogot a Magyar Köztársaság a munkavédelem, az egészségügyi és orvosi ellátás megszervezésével, a rendszeres testedzés biztosításával, valamint az épített és természetes környezet védelmével valósítja meg.”

### Az Egészségügyi törvény

Az 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről III. fejezete 1-es cím 37. § (1) szerint „Az egészségfejlesztés célja az egészségi állapot és az életminőség javítása, valamint az egészség védelme.

(2) Az egészség védelmének elsődleges eszközei a betegségek és sérülések megelőzése, valamint az egészségnevelés.”

A VII. fejezet 1. cím szerint „Az állam az e törvényben meghatározott keretek között felelős a lakosság egészségi állapotáért, különösen azért, hogy az ehhez szükséges feltételrendszer kialakításával lehetővé váljon a közösségek és az egyének számára egészségi állapotuk megőrzése, védelme és fejlesztése, valamint szükség esetén lehetséges mértékű helyreállítása.

(3) az állam felelőssége körében az állam kötelezettségét képezi különösen az egészségmegőrzés és egészségfejlesztés alapvető feltételeinek biztosítása.”

## Az önkormányzati törvény

Az 1990. évi LXV. törvény a helyi önkormányzatokról II. fejezete 8. § (1) szerint „A települési önkormányzat feladata a helyi közszolgáltatások körében különösen ..... az egészséges életmód közösségi feltételeinek elősegítése.”

## Az egészségügyi hatósági és igazgatási tevékenységről szóló törvény

Az 1991. évi XI. törvény az egészségügyi hatósági és igazgatási tevékenységről és a 362/2006. (XII.28.) kormányrendelet az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálatról és a gyógyszerészeti államigazgatási szerv kijelöléséről kimondja, hogy:

„Az egészségügyi államigazgatási szerv (ÁNTSZ) népegészségügyi tevékenysége keretében vizsgálja, vizsgálattja, ellenőrzi, elemzi, és nyilvánosságra hozza a lakosság egészségi állapotának alakulását, és az azt veszélyeztető, befolyásoló települési, lakó-munkahelyi és társadalmi környezet fizikai, kémiai, biológiai, és pszichoszociális tényezőinek állapotát.”

## A Nemzeti Népegészségügyi Program

A 46/2003.(IV.16.) OGY-határozat alappillére a közösségek felelőssége és az egészség fejlesztésében való részvétele. Hangsúlyozza a színtérprogramok kiemelkedő fontosságát is.

„Megkérdőjelezhetetlen az állami intézmények felelőssége ezekben a situációkban, de a főszereplő az egyes ember körül gazdag, befolyásoló, meghatározó csoportok köre. Meghatározó feladata van itt a települési önkormányzatoknak, a szakmai és civil szervezeteknek, az oktatásügy és egészségügy sokszínű világának, az egyházaknak, a médiának és az üzleti életnek is.”

## Az egészségterv fogalma (a települési egészségfejlesztési terv)

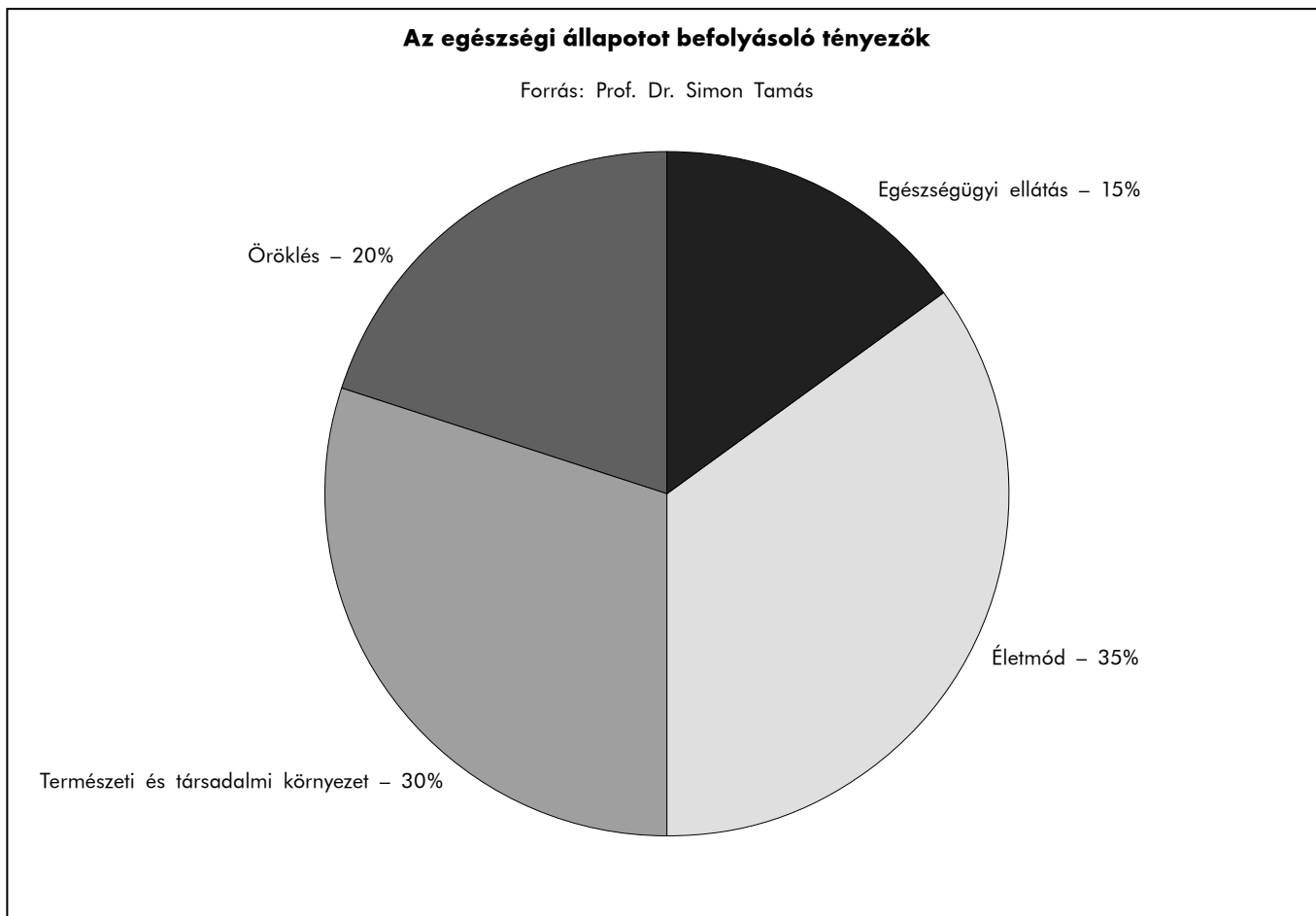
Az egészségterv készítésének ötlete az ENSZ Egészségügyi Világszervezetétől származik.

A magyar városok közül elsőként 1995-ben Pécsen, a FACT Alapítvány által kidolgozott módszerre támaszkodva kezdődött meg az első egészségterv készítése.

Az egészségterv összetett, a település lakossága életminőségének, életfeltételeinek javítását szolgáló terv. Elkészítésé-

### Az egészségi állapotot befolyásoló tényezők

Forrás: Prof. Dr. Simon Tamás



ben, illetve megvalósításában minden érintett (a lakosság, a nem állami és civil szervezetek, a helyi önkormányzat, illetve más hatóságok, az egészségügy, az oktatási intézmények, stb.) egyenrangú félként vesz részt. Az egészségterv tehát nem a hatóság vagy néhány ember elképzelését tükröző feladatterv, hanem a településen élők közös akaratát összegző cselekvési program, amelynek közvetlen és közvetett célja a lakosság életminőségének, ezen keresztül egészségi állapotának javítása.

A tevékenység tartalmát a cselekvők határozzák meg, a közösségi támogatottság, a szakmai kompetencia, az anyagi és emberi erőforrások figyelembevételével.

Nyeresége az ismeret, a tudás, az önbecsülés, a helyi demokrácia működtetésének ismerete, így az alkotmányos jogok megvalósulását szolgálja.

Az egészségterv technikai értelemben nem statikus programtervezet. Az egészségterv folyamat.

### Az egészségterv alapjai az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálatnál

Az ÁNTSZ kerületi és kistérségi intézeteinek 2007-ben és 2008-ban is kiemelt munkatervi feladata volt a kistérségi prioritások meghatározása, az intervenció programok elkészítése, a beavatkozás megtervezése, a partneri együttműködés kialakítása.

A fenti munkatervi feladat jó alapot szolgáltatott Intézetünknek ahhoz, hogy az önkormányzatoknál az egészség-

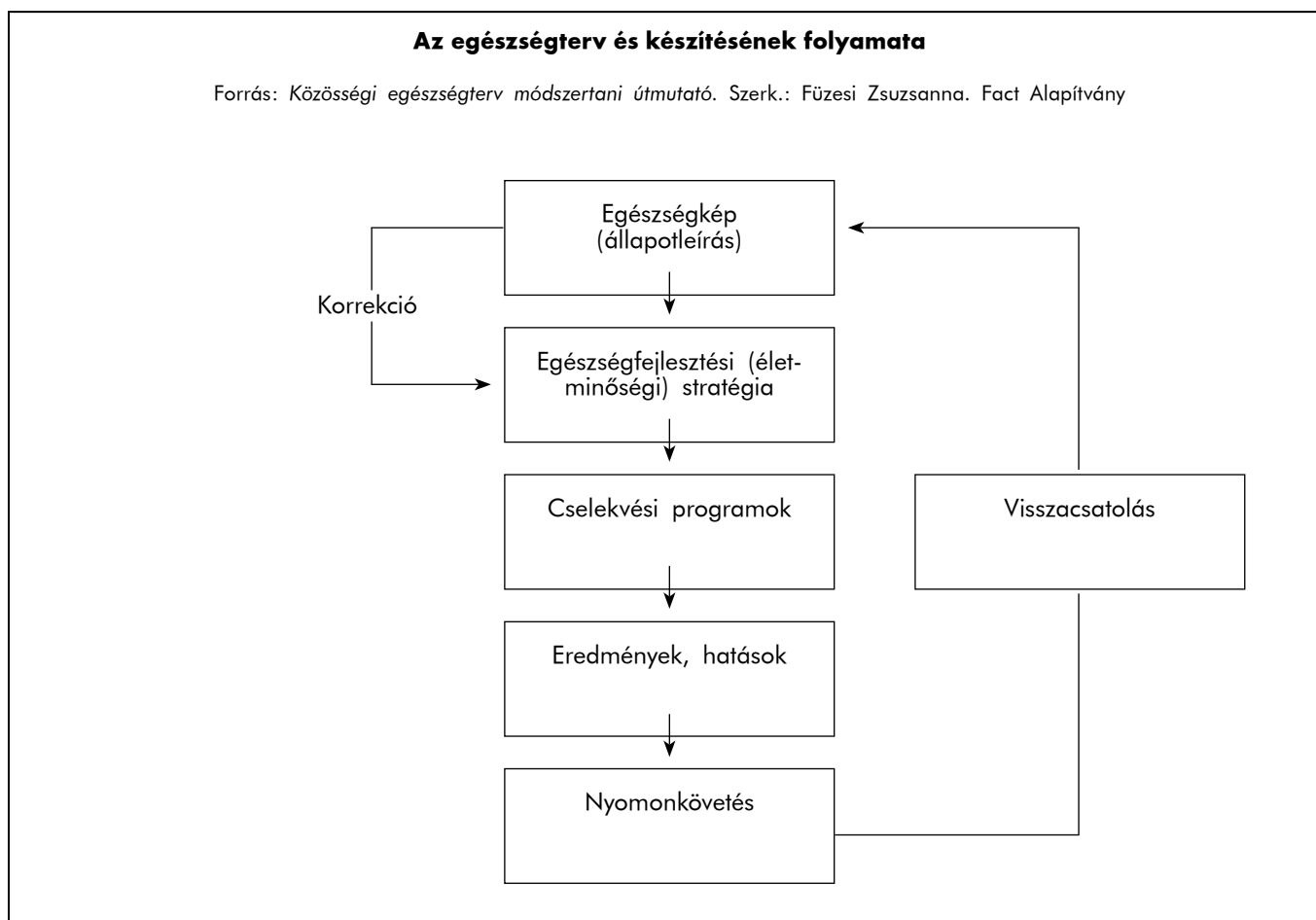
tervek elkészítését kezdeményezzük. Segítette az indulást a személyi feltételekben bekövetkezett pozitív változás is. A helyettes tisztifőorvos személyében 2007. június 1-jétől egészségfejlesztési szakember került az intézethez, aki 2008. május 1-jétől elnyerte a tisztifőorvosi kinevezést.

Az egészségkép elkészítésének első lépéseként felkértük az ÁNTSZ Közép-magyarországi Regionális Intézetének Nemfertőző Epidemiológiai Csoportját a „*Deskriptív Epidemiológiai helyzetelemzés a X. és XVII. kerületi lakosság egészségi állapotáról 2000–2005.*” című tanulmány elkészítésére. [8] 2007 a helyi közreműködők feltérképezésével és a velük való kapcsolatok szorosabbá tételével, a feladatra való felkérésükkel telt. Kiváló kapcsolatot alakítottunk ki Budapest Főváros XVII. kerületi Önkormányzat Egészségügyi Szolgálatának Egészségnevelésével.

### Az egészségterv alapjai Budapest XVII. és X. kerületében

Budapest Főváros XVII. kerület Rákosmente Önkormányzata – Budapesten egyedülálló módon – 2000-től főállású egészségnevelőt alkalmaz. A nagy tudású szakember ezt megelőzően 30 éven keresztül is folyamatos egészségnevelési tevékenységet folytatott a kerületben, a szerkezeti átalakulásoknak megfelelően más és más intézményi keretek között.

Az Egészségügyi Szolgálaton belül működő Egészségnevelés még 2000-ben kidolgozta „*A Főváros XVII. kerü-*



letének *prevenációs modellje*” című tervezetet, amelyet az önkormányzat „*Koncepció a XVII. kerületi prevenációs tevékenység kiterjesztése, szervezettebbé és rendszeresebbé tételére érdekében*” címmel prevenációs stratégiaként elfogadott. Ugyanebben az évben készült el a „*Budapest XVII. kerületi Önkormányzatának egészségügyi koncepciója*” című tanulmány – amelyet az önkormányzat képviselőtestületi ülése szintén megszavazott – valamint 2008-ban a „*Szociális szolgáltatástervezési koncepció*” című tanulmány.

Fentiek jó alapot szolgáltatnak az egészségterv eredményes megvalósításához. Az egészségterv alapjai a kőbányai önkormányzatnál is megvannak. 2005-ben indult a Bihari utcai városrehabilitációs modellkísérlet a Családsegítő Szolgálat irányításával a hátrányos helyzetű lakosság megsegítésére. A program azóta is sikeres.

2007-ben a X. kerületi Kábítószerügyi Egyeztető Fórum elkészítette „*A szerhasználattal összefüggő rizikótények állapotfelmérése kőbányai iskolások körében*” című kutatást. Szintén ebben az évben rendelte meg az önkormányzat a „*Társadalmi-demográfiai elemzés és előrebecslés – Kőbánya lakónépességének egyeztetett előreszámítása*” című tanulmányt.

2008-ban elfogadták Budapest Főváros X. kerület Kőbányai Önkormányzat Esélyegyenlőségi Programját.

Az önkormányzat ebben a kerületben is nyitott, és hajlandóságot mutat az egészségterv kidolgozására és megvalósí-

tására. Az egészségterv kezdő lépése tehát az egészségkép elkészítése, amelynek alább felsorolt elemeiből csak néhány fontosabbat emelünk ki.

### Demográfiai adatok

A különbségek a demográfiai viszonyokban és a lakosság egészségi állapotában is jelentősek. Míg a X. kerületben az elmúlt évtizedekben a lakosság szám csökkenő tendenciát mutatott, majd 2 éve stagnál és az előregedés jellemző, a XVII. kerületben a népességszám emelkedik, és növekszik a fiatalok aránya. A születésszám nagyjából azonos a két kerületben, a csecsemőhalálozás azonban a X. kerületben közel kétszerese a XVII. kerületinek (7‰, illetve 3,6‰).

### Egészségi állapot (mortalitási és morbiditási adatok)

A halandóság területi egyenlőtlenségeit tekintve megállapíthatjuk, hogy a X. kerület férfi és női lakossága esetében három vezető halál oka fősorozat (a keringési rendszer betegségei, a rosszindulatú daganatos megbetegedések, az emésztőrendszer betegségei) miatt a halandóság az országos átlaghoz viszonyítva szignifikánsan magasabb. Elkésztető tény az is, hogy a XVII. kerületi nők esetében az előbb említett fősorozatok miatt szintén halálozási többletet találunk.

### Az egészségkép részei

- Demográfiai adatok
- Gazdasági környezet
- Természetes és épített környezet
- Szociális helyzet
- Biztonság, közbiztonság
- A lakosság életmódja
- Mentálhigiénés helyzet
- Egészségi állapot (mortalitás, morbiditás)
- Egészségügyi ellátó rendszer
- Helyi szereplők

A keringési rendszer betegségei miatt bekövetkezett halálozás elemzésekor megállapíthatjuk, hogy a X. kerületi férfilakosság körében – az országos szinthez képest – mintegy 7%-os, a nők körében mintegy 9%-os szignifikáns halálozási többletet találunk. A XVII. kerületben a nők esetében hasonló a helyzet. (6. ábra)

A daganatos halálozás tekintetében sajnálatosan a X. kerületi férfiak és nők halálozása magasabb, mind a budapesti, mind a magyar, mind a XVII. kerületi halálozási adatoknál. Férfiak esetében a halálozás az országos szintnél 12%-kal, nők esetében pedig közel 30%-kal magasabb. A nőknél a tüdőrák, az emlőrák és a méhnyakrák miatt elhunytak aránya 50%-kal magasabb az országos átlagnál. A férfiaknál a prosztatatarák miatti elhalálozások száma másfélszerese az országos szintnek. A XVII. kerületben a daganatos halálozás férfiak esetében az országos szintnél alacsonyabb volt, nők esetében pedig 6%-os halálozási többletet találtunk.

Az emésztőszervi betegségek miatti halálozás alakulását tekintve a X. kerületi férfiak és a XVII. kerületi nők körében az országos átlagtól mintegy 20%-os halálozási többletet figyelhetünk meg. (8. ábra)

### Szociális helyzet

A fizikai munkát végzők aránya mindkét kerületben magasabb, mint a szellemieké.

A X. kerületben kevés a munkalehetőség, sok a munkanélküli. Az idősödő munkavállalók kevésbé kapnak munkát. Ezzel magyarázható az is, hogy a X. kerületben alacsonyabban a nyugdíjak mint a fővárosi átlag.

A XVII. kerületben – a peremkerületi jellegből adódóan – sok az ingázó. A munkanélküliség kevésbé érinti a lakosságot, a 100 háztartásra jutó foglalkoztatottak száma jelentősen meghaladja a fővárosi átlagot.

A munkanélküliek jövedelempótló támogatása címén kifizetett összeg szintén alacsonyabb a fővárosi átlagnál. Mindkét önkormányzat közhasznú vagy közcélú munka szervezésével próbál segíteni a helyzeten.

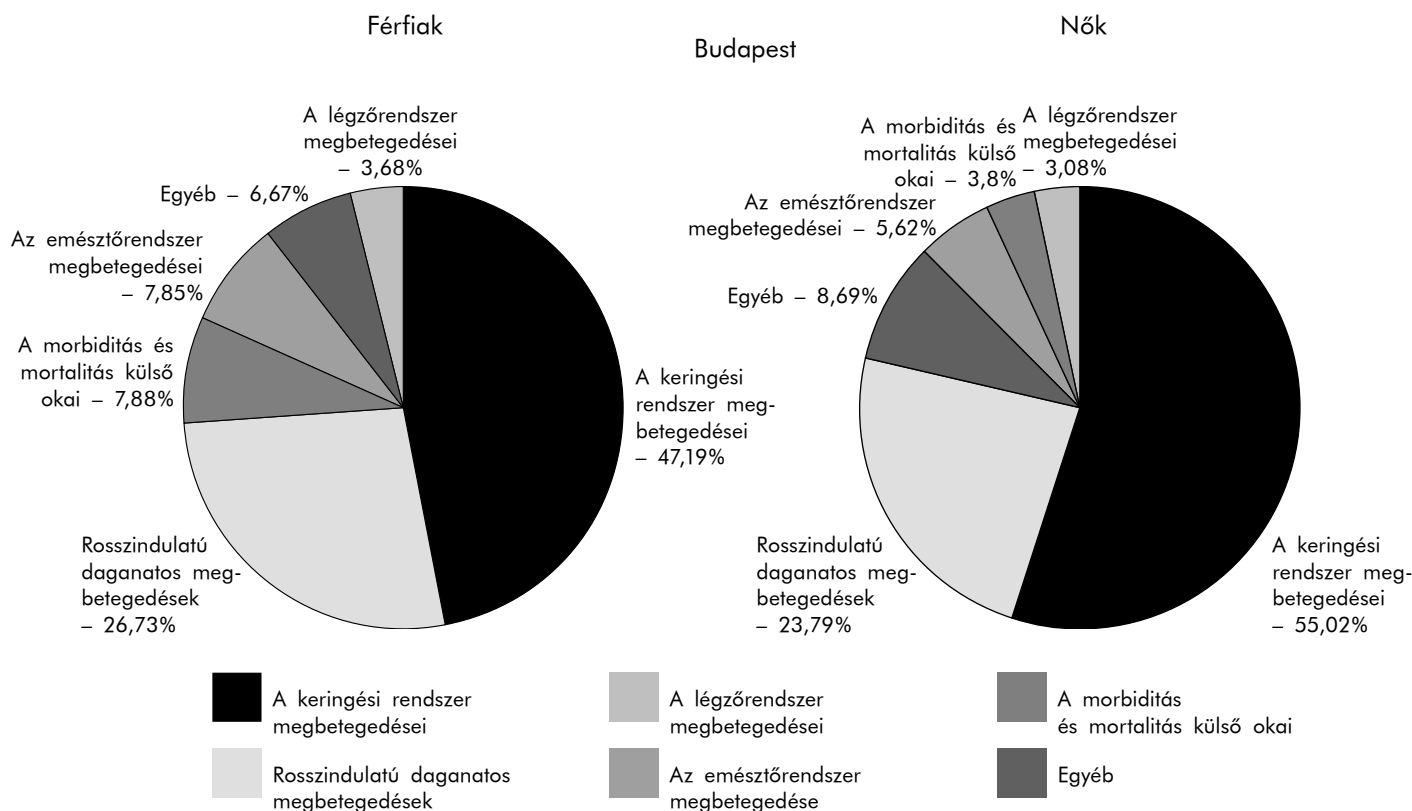
### Társadalmi egyenlőtlenségek

Kőbányán a lakosság mintegy 10%-a roma származású. A kicsi, komfort nélküli lakásokban többgenerációs, nagy létszámú roma lakosság él együtt. A családok közül sokan díjhátrálékkal rendelkeznek. A roma lakosságnak képzettségi szintje miatt munkaerő piaci esélyei alacsonyak, közülük többen a Kőbányai Szociális Foglalkoztató alkalmazásában állnak. Pozitívum, hogy javultak az arányok az általános iskola elvégzését tekintve az ösztöndíj programoknak köszönhetően. A korábbi tradicionális szokások kihalófélben vannak.

A Kisebbségi Önkormányzat mellett a civil szervezetek is foglalkoznak a roma fiatalok esélyeinek javításával.

**A vezető halálokok súlya  
2005**

Forrás: ÁNTSZ KMRI Nemfertőző Betegségek Epidemiológiai Csoportja



Rákosmentén sok a hajléktalan, a hajléktalanellátásra fordított összeg 2001 óta megduplázódott. Mivel a kerületben nincs hajléktalanszálló, a Magyar Vöröskereszt X. kerületi, Bihari úton található központjával kötött szerződést az önkormányzat. A kerületi „bennszülöttek” közül többen dolgoznak nappal közhasznú munkásként, éjszaka viszont nem lehet őket bevonni a hajléktalan-ellátásba, alkalmi szálláshelyeken húzzák meg magukat. Meglehetősen sokan vannak az úgynevezett „megélhetési hajléktalanok”, akik munkát és megélhetést remélve a környező településekről érkeznek a kerületbe.

Szintén hátrányos helyzetben vannak a fogyatékkal élők és az idősek. Minkét kerületben megfigyelhető, hogy a lakosság elszegényedése fokozódik és a családok megélhetése egyre nehezebb.

**A lakosság életmódja**

A X. kerület Kőbányai Önkormányzat Esélyegyenlőségi programjához készített kutatás alapján elmondható, hogy a lakosság jelentős részének életmódja nem alkalmas az egészség megőrzésére és a hosszú élettartam biztosítására. A felmérések kimutatták, hogy az emberek jelentős részénél túlzott a hús-, a cukor- és főleg az állati zsiradék fogyasztása. Az energiabevitel is magas, s annak 40%-a származik zsírból. Elégtelen a zöldség-, a gyümölcs-, a főzelék- és a vita-

minfogasztás, a kalcium- és vasbevitel, a sóbevitel azonban az ajánlott mennyiség két-háromszorosa.

A felmérésekből az is kitűnik, hogy a rosszabb anyagi körülmények között élők táplálkozása egyoldalú, s ugyanúgy jelen van a magas energiabevitel. Ez a táplálkozás szorosan összefügg a szívinfarktus, a magas vérnyomás, az agyi erek megbetegedése, a cukorbetegség és a vastagbél-daganatok előfordulásának gyakoriságával.

A kőbányai lakosokról is elmondható, hogy magas a dohányzók és a rendszeresen alkoholt fogyasztók száma.

A kerületben az emésztőrendszeri elhalálozások vizsgálata során megállapítható, hogy a halálokok kb. 40%-a alkoholos májzsugorodás eredetű volt.

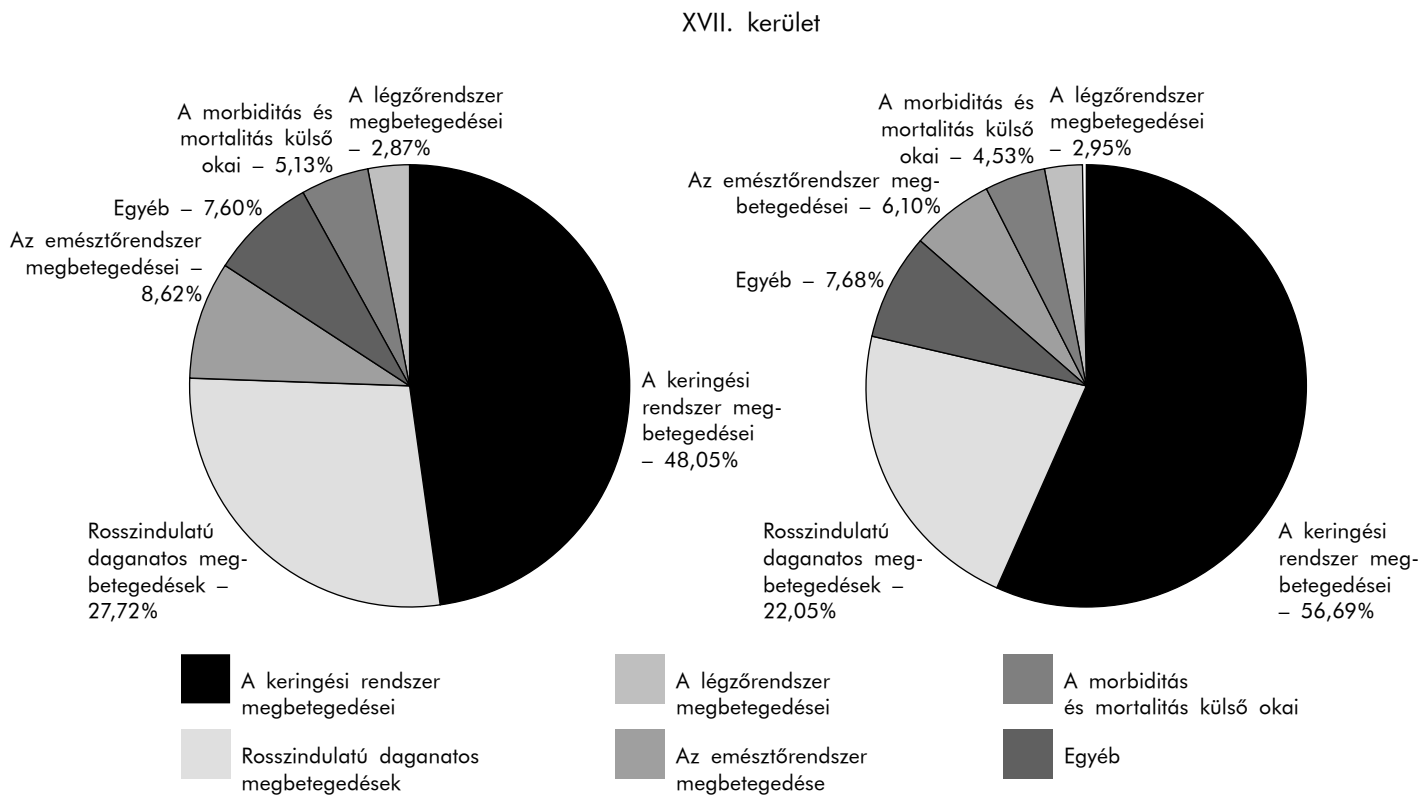
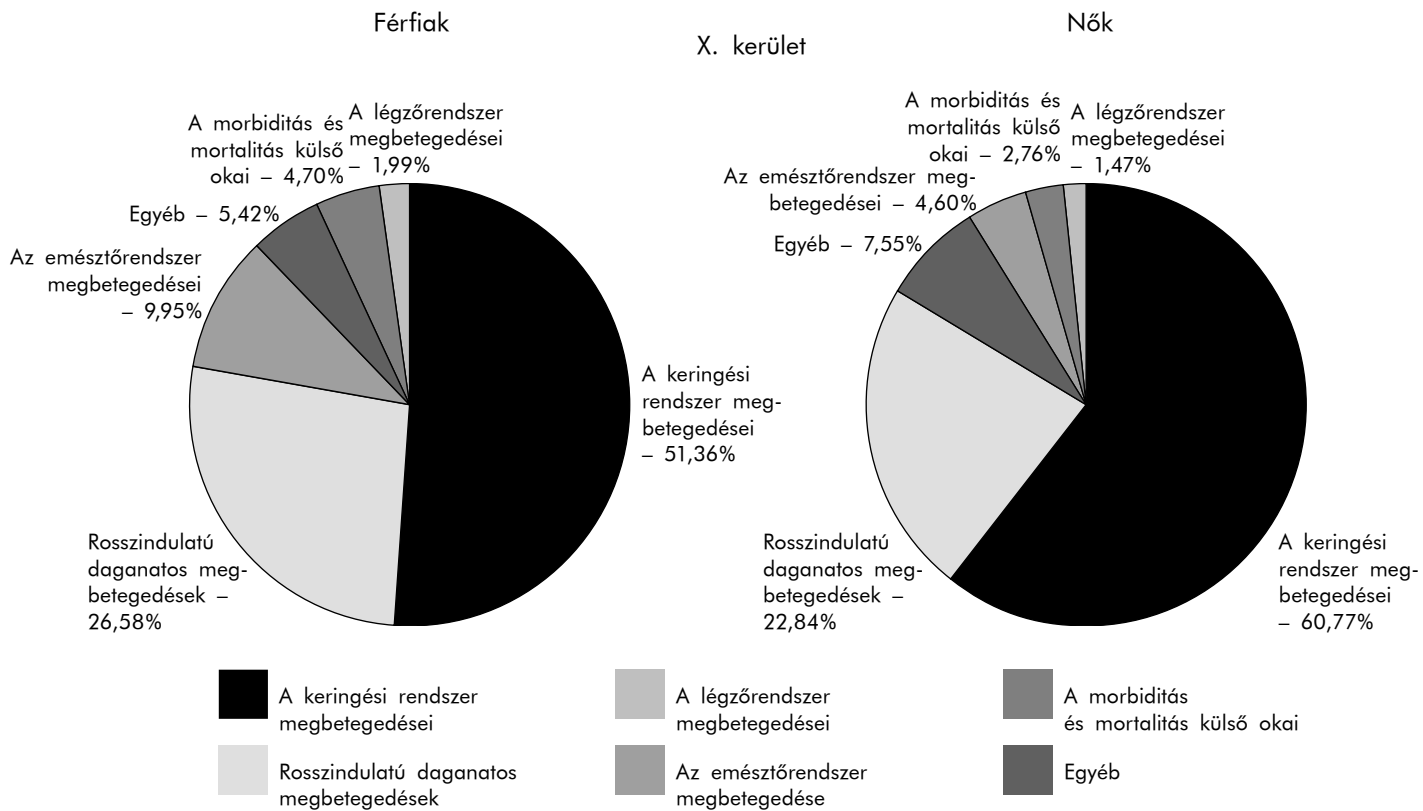
A XVII. kerületi lakosság helyzete is hasonló volt. Rákosmentén 2000 óta permanens egészségfejlesztési tevékenység folyik, amelynek eredményei már érzékelhetőek.

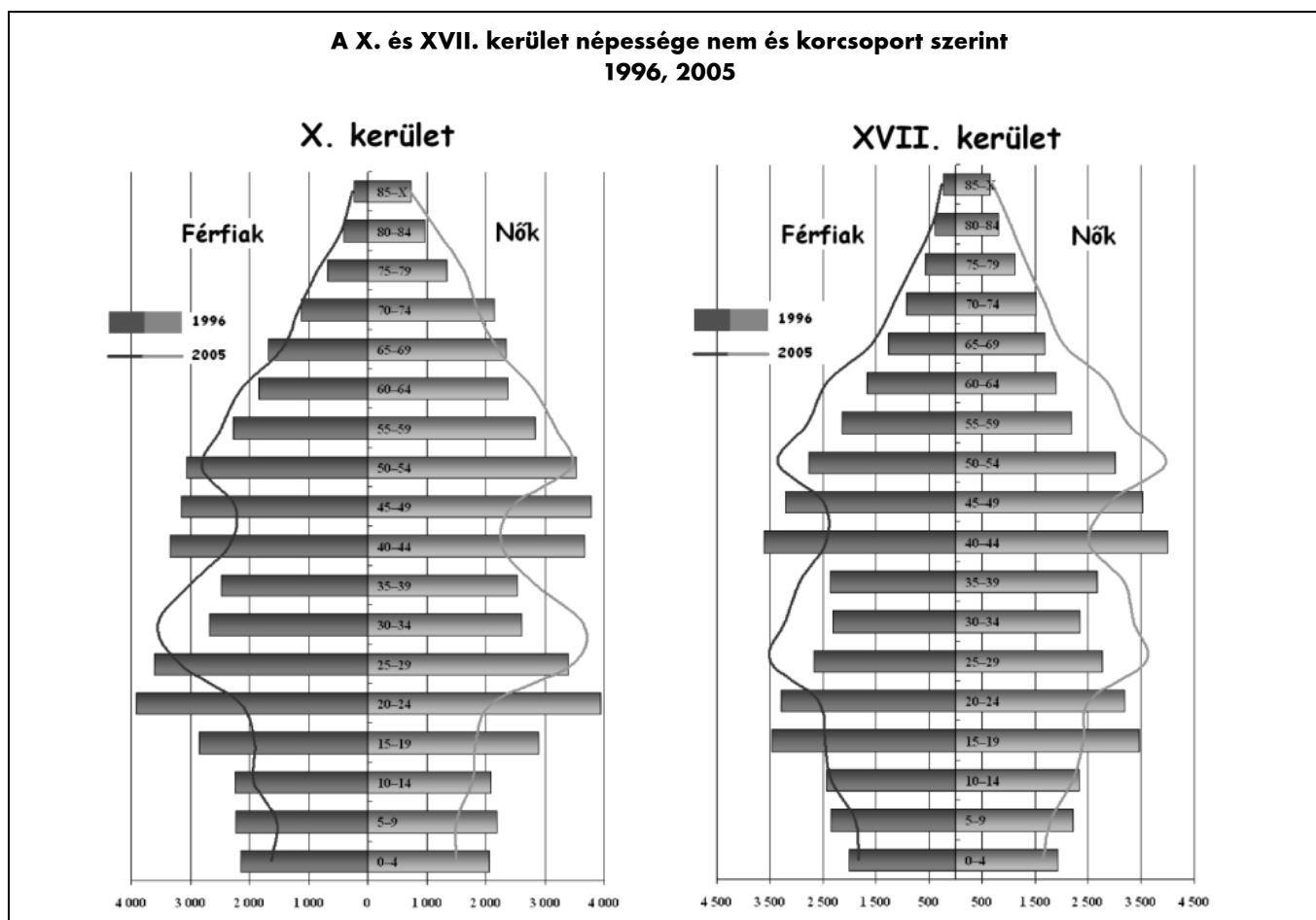
Jelentős változást tapasztalunk a lakosság érdeklődési szintjének emelkedésében. Karakteresebb hozzáállást tanúsítanak az egészséges életmód kérdései iránt és ezt magatartásukkal is igazolják.

A fiatalok körében végzett felmérés azt mutatja, hogy tudásszintjük nőtt, nyitottabbak az egészséges életmód elsajátítására. Az egészségnevelő és munkatársai nem kampányszerű, hanem szervezett prevenció tevékenységet folytatnak mind az iskolások, mind a felnőtt lakosság körében. Az általuk megkezdett és jelenleg is folyó magas szintű munka

**A vezető halálokok súlya  
2005**

Forrás: ÁNTSZ KMRI Nemfertőző Betegségek Epidemiológiai Csoportja





előrejelzi a megvalósítandó egészségterv sikerét is. Bízunk benne, hogy az elkövetkezendő években a lakosság általános egészségi állapota is mérhetően javulni fog.

### Az egészségügyi ellátórendszer

A fekvőbeteg és járóbeteg szakellátást mindkét kerületben a *Fővárosi Önkormányzat Bajcsy-Zsilinszky Kórház Rendelőintézete* biztosítja. A XVII. kerületben az ellátásban részt vesz a *HT Medical Center Kft.* is.

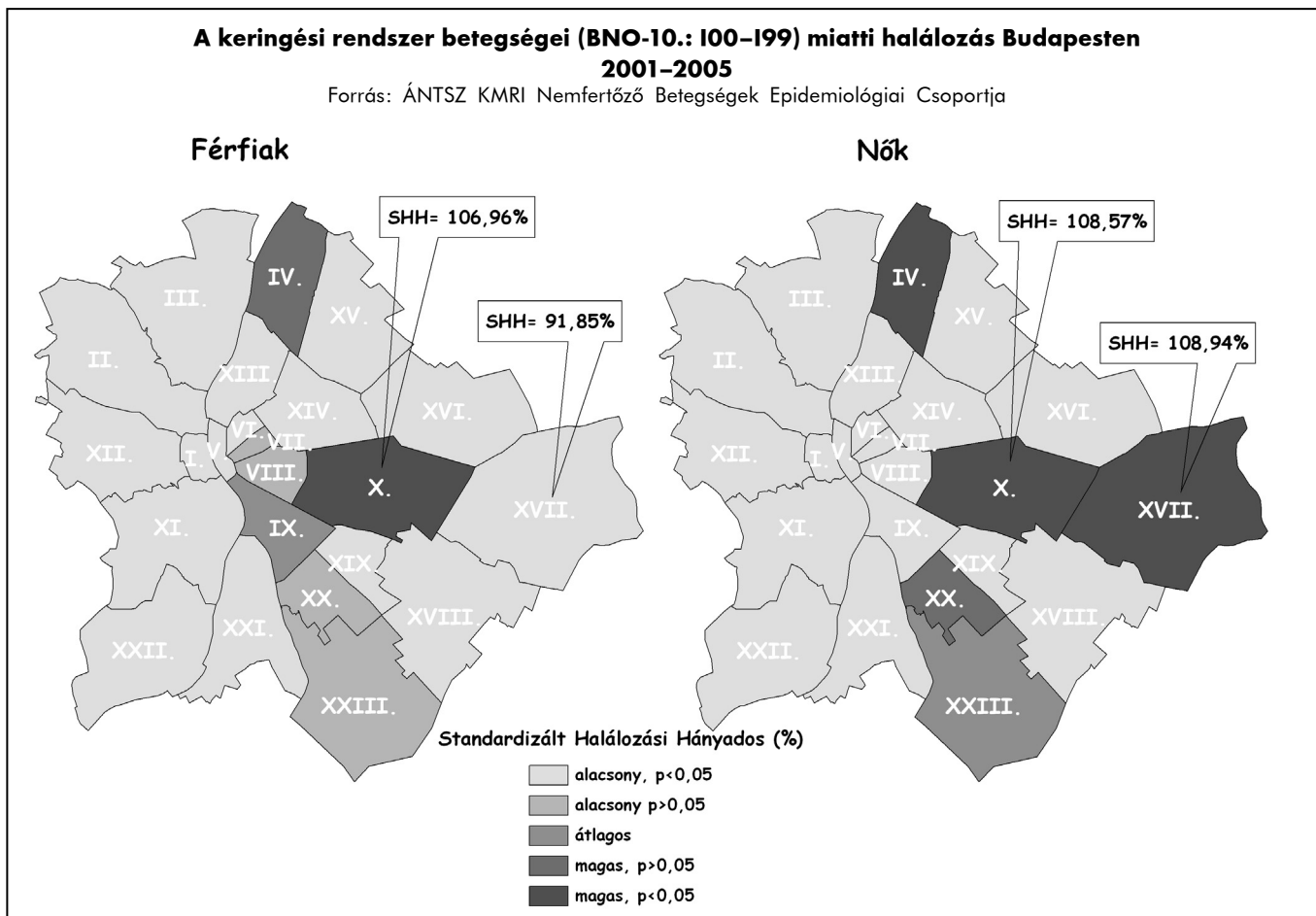
Az alapellátás mindkét kerületben megfelelően működik. A X. kerületben folyik a háziiorvosi praxisok vállalkozói formába történő átadása.

### Az egészségterv készítésének és megvalósítási folyamatának tevékenységei

- Adatbázis felállítása (morbiditási, mortalitási adatok, demográfiai mutatók)
- Komplex megelőző programok tervezése, szervezése minden szinten
- Az ifjúság különböző korcsoportjainak egészségnevelése az életkori sajátosságok figyelembevételével
- A társadalom valamennyi szintjének (egyén, család, csoport, közösség) egészségfejlesztése egészségnapokon (tanácsadás, vizuális és interaktív programok beiktatásával)

- Az idősek számára klubfoglalkozások, bemutatók szervezése
- Tájékoztató, ismeretterjesztő kiadványok plakátok szerkesztése, terjesztése különböző témákban
- A háziiorvosi hálózat prevenció tevékenységének segítése
- Az országos szakintézményekkel való folyamatos kapcsolattartás
- Szakemberek továbbképzése, kreditpontos szakmai konferenciák szervezése
- Az oktatási, nevelési intézményekben az egészségtanoktatásban való segítségnyújtás
- A kommunikáció fejlesztése a primer és szekunder prevencióban
- A média, a tömegkommunikáció és egyéb információs csatornák fokozott igénybevétele
- A lakosság egészséggel kapcsolatos ismereteinek és készségeinek fejlesztése
- Lakossági egészségnapok szervezése
- A civil szervezetekkel való kapcsolat erősítése
- A társszervekkel való kapcsolattartás
- A programok rendszeres hatásvizsgálata
- Az ifjúság és felnőtt lakosság egészségmonitorozása
- Módszerfejlesztés
- Alternatív programok kidolgozása, lebonyolítása
- Kutatás, az információrendszer bővítése





## Következtetések

A XVII., de főleg a X. kerület lakosságának egészségi állapota aggodalomra ad okot. A halálozási viszonyok országos és fővárosi viszonylatban is rendkívül kedvezőtlenek és tragikusan alakulnak a nem-fertőző megbetegedések, a balesetek, az egészséget károsító kockázati tényezők mutatói is. Ezek mind olyan, a nemzet jövőjét, munkaképességét, életminőségét fenyegető folyamatok, amelyeket nem nézhetünk tétlenül. A *Nemzeti Népegészségügyi Program* alappillére a közösségek felelőssége és részvétele az egészség fejlesztésében. A népegészségügyi tennivalók tervezésében és az egészségre figyelemmel hozott döntések kialakításában együttműködő társak az önkormányzatok, az ÁNTSZ kistérségi (kerületi) intézetei (tisztifőorvosa és valamennyi munkatársa) és az Egészségügyi Szolgálat Egészségnevelése. Az önkormányzatok helyesen teszik, ha elkészítik helyi egészségtervüket és az egészséget, mint kiemelt szempontot jelenítik meg településfejlesztési tervükben. Csak egy hosszú távú, jól megtervezett egészségfejlesztési stratégia hozhat javulást a lakosság egészségi állapotában. Egy attitűd vagy magatartás csak folyamatos megerősítés hatására, az idő függvényében válhat stabilná. Javítani kell az egészségesebb életmód választásának gazdasági és kulturális esélyeit, fokozni szükséges az állampolgárok érdekltségét egészségük megőrzésére. A XVII. kerületben permanensen működő egészségfejleszté-

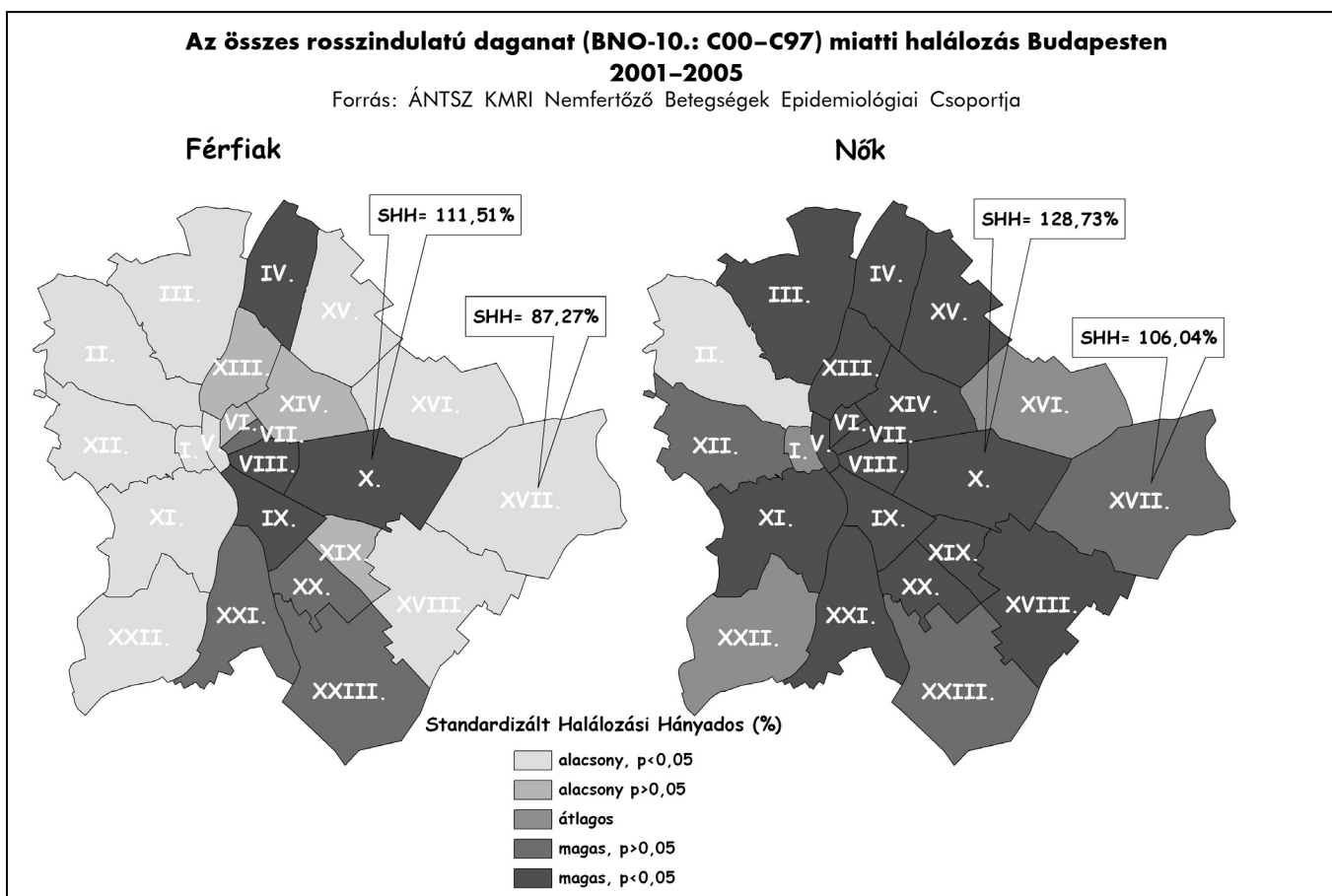
si tevékenység hatékonyság-mutatói inspirálóak lehetnek a X. kerület számára is. Bizonyítja, hogy az egészségfejlesztés csak akkor lehet eredményes, ha nem kampányszerűen végzik, hanem folyamatos, célzott és körülhatárolt, felelősökkel ellátott tevékenység áll mögötte. A kerületek nagyságához, a munka sokrétűségéhez, a feladatok növekedéséhez mértén szükség lenne az egészségnevelői státuszok bővítésére. Az önkormányzatok és a közreműködő szervezetek pozitív hozzáállása alapján esélyt látunk arra, hogy sikeresen megvalósuljanak az egészségtervek, amelyek a lakosság jólétét eredményezik.

## Összefoglalás

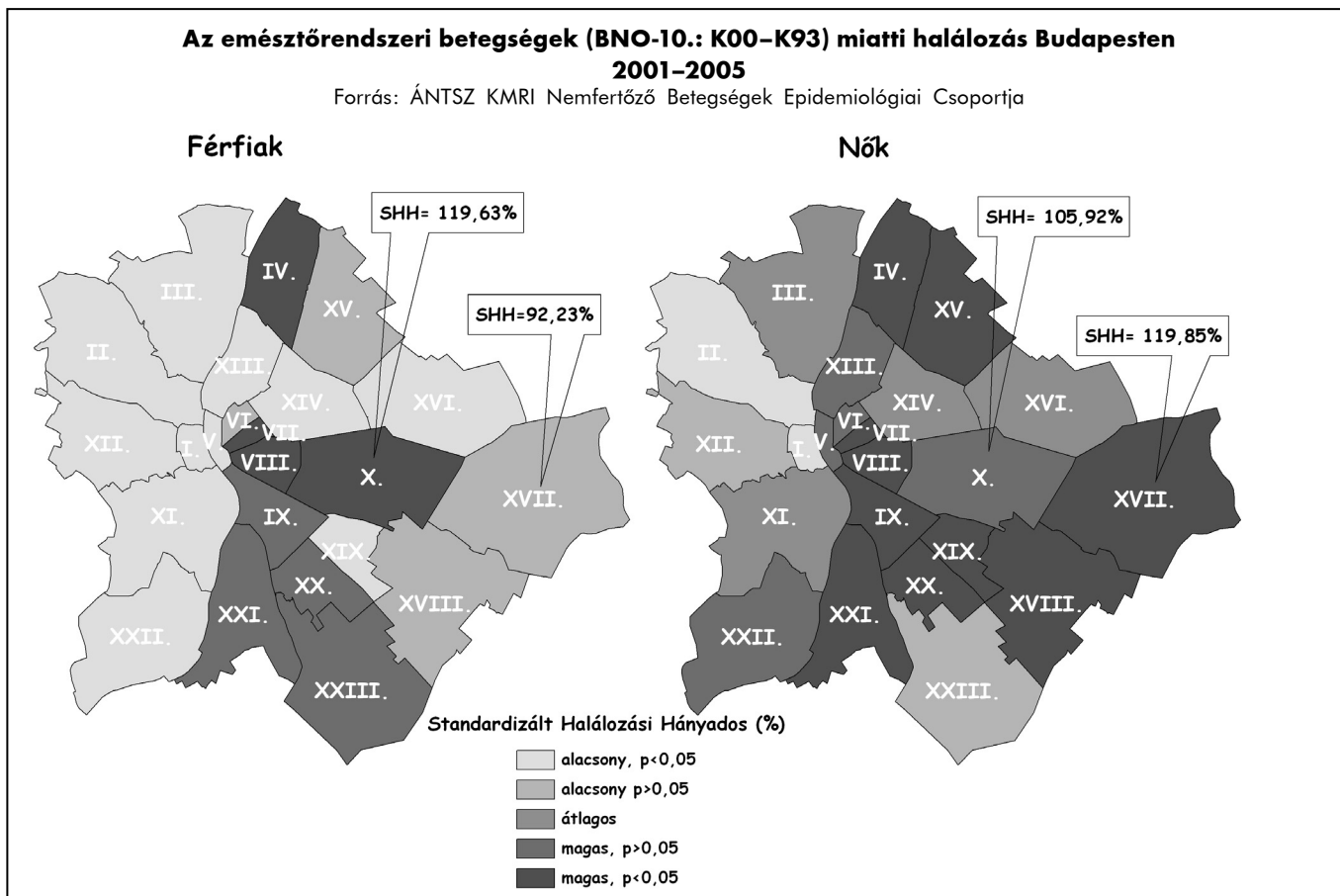
Az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálatnál bekövetkezett strukturális változások miatt az ÁNTSZ Budapest Fővárosi X. és XVII. kerületi intézeteit összevonták. A két kerület földrajzi és gazdasági-szociális adottságaiban is jelentősen különbözik egymástól.

A X. kerület (*Kőbánya*) régen ipari központ volt, nagy üzemekkel, lakótelepekkel. A rendszerváltás után az üzemek bezárásával emelkedett a munkanélküliség és nőtt a létminimumon és rendszeres szociális segélyen élők aránya.

A XVII. kerület (*Rákosmente*) 5 aprótelepülés összevonásával keletkezett. Ezek eredetileg kertés, családiházias övezetek voltak, amelyek megőrizték kertvárosi jellegüket, jel-



- Az egészségterv helyi közreműködői**
- Önkormányzatok
  - ÁNTSZ
  - Állami szervek, hatóságok
  - Egészségügyi szolgálatok
  - Egészségügyi alapellátás
  - Iskolaegészségügy
  - Védőnői szolgálat
  - Egészségügyi, szociális és gyermekjóléti intézmények:
    - Egyesített bölcsődék
    - Óvodák, általános iskolák
    - Gimnáziumok, szakközépiskolák, szakmunkásképzők
    - Családsegítő központok
    - Gyermekjóléti hálózatok
    - Idősek otthonai, szociális központok
  - Civil szervezetek
  - Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok
  - Média



entős zöldterületekkel. Később az iparosodás beindulásával kisebb-nagyobb lakótelepek ebben a kerületben is épültek és itt is találkozhatunk hátrányos helyzetű lakosságcsoporttal.

A különbségek a demográfiai viszonyokban és a lakosság egészségi állapotában is jelentősek.

Vizsgálataink egyértelműen jelzik, hogy a X. kerület férfi és női lakossága esetében a vizsgált időszakban három vezető haláloki főcsoport (a keringési rendszer betegségei, a rosszindulatú daganatok és az emésztőrendszer betegségei) miatt a halandóság az országos átlaghoz viszonyítva szignifikánsan magasabb.

A fentiek és egyéb elemzett tényezők alapján az ÁNTSZ számára nyilvánvaló, hogy a két kerületben hosszú távú egészségfejlesztési stratégia, egészségterv kidolgozására és folytatására van szükség.

A szerzők a tervezés és megvalósítás folyamatát mutatják be, figyelembe véve a két kerület közötti azonosságokat és különbségeket.

## Summary

Due to the changes in the structure of the National Public Health and Medical Officer Service (NPHMOS), the Budapest 10<sup>th</sup> and 17<sup>th</sup> District Institutes of NPHMOS were merged.

The two areas are highly dissimilar in their geological features and the economical and social status of the population.

The 10<sup>th</sup> district (*Kőbánya*) was an industrial center with huge factories and building estates. After 1989, because of closing the factories, the unemployment rate and the percentage of the population living on basic necessities raised.

The 17<sup>th</sup> district (*Rákospalota*) was established by merging of 5 little villages. Originally, these were garden suburbs which saved their green areas. Later, when the industry started to grow, building estates were built in this district too and nowadays we can find also here disadvantaged parts of population.

The differences both in the demographic conditions and in the population's health status are significant. Our inspections obviously show that, the mortality rate of the male and female population of the 10<sup>th</sup> district caused by the three main causes of death (heart and vascular diseases, cancer, digestive system diseases) is significantly higher than the national average.

Based on these and other facts, it is obvious for the NPHMOS that there is a need for a long-term health promotion strategy and health plan in the two districts.

The authors present the procedure of the planning considering the differences and similarities of the two districts.

## Irodalom

1. Dr. Kishegyi Júlia–Dr. Makara Péter (szerk.): *Az egészségfejlesztés alapelvei – az egészségfejlesztés nemzetközi alapküldetvényei*. Országos Egészségfejlesztési Intézet (2004)

**Az egészségnevelésben alkalmazandó módszereink**

- Intervenciós programok
- Oktatóprogramok
- Szűrővizsgálatok
- Kommunikációs gyakorlatok
- Tanácsadás
- Tréning
- Klubfoglalkozás
- Szerepjátékok
- Önsegítő csoportok
- Kiadványok
- Plakát-, faliújság-készítés
- Kiállítás
- Kerekasztal-beszélgetések
- Kérdőívek
- Vers-, novella-, rajzpályázat
- Kísérlet
- Plakát-, faliújság-készítés
- Marketingcsatornák

2. Dr. Füzesi Zsuzsanna–Dr. Tistyán László: *Egészségfejlesztés és közösségfejlesztés a szintereken*. Országos Egészségfejlesztési Intézet (2004)
3. L. Ewles–I. Simnett: *Egészségfejlesztés. Gyakorlati útmutató*. Medicina Könyvkiadó (1999)
4. Fehér I.–Füzesi Zs.–Iványi V.–Mura-Mészáros L.–Salamon Cs.–Tristyán L.: *Közszégi egészségterv. Módszertani útmutató a Soros Alapítványhoz benyújtandó pályázat elkészítéséhez*. Fact Alapítvány, NEVI Primer Prevenációs Munkacsoport (1998)
5. Füzesi Zs.–Tristyán L.: *Egészségfejlesztés és közösségfejlesztés a szintereken*. Országos Egészségfejlesztési Intézet (2004)
6. Dr. Gritz A-né.: *A főváros XVII. kerületének prevenció modellje*. Budapest Főváros XVII. Kerületi Önkormányzat Egészségügyi Szolgálat Egészségnevelése (2004)
7. Hablicsek L.–Földházi E.–Meleg A.: *Kőbánya lakónépességének egyeztetett előreszámítása különös tekintettel a közoktatásban résztvevő korosztályokra*. Budapest Főváros X. Kerület Kőbányai Önkormányzat (2007)
8. Juhász A.–Nagy Cs.: *Deszkriptív epidemiológiai helyzetelemzés a X. és XVII. kerületi lakosság egészségi állapotáról 2000–2005*. ÁNTSZ KMRI Nemfertőző Betegségek Epidemiológiai Osztálya (2007)
9. Juhász A.–Nagy Cs.–Rajcsányi A.–Frankó E.–Lengyelne Koczka Sz.: *Közép-magyarországi Regionális Népegészségügyi Jelentés 2005*. Johan Béla Országos Epidemiológiai Központ (2005)
10. J. Naidoo–J. Wills: *Egészségmegőrzés. Gyakorlati alapok*. Medicina Könyvkiadó (1999)
11. Simon T.: „Régi és új fenyegető kockázati tényezők: tudatlanság, felelőtlenség, szegénység.” *Egészségfejlesztés*, XLVIII. évfolyam, 2007/1–2. szám
12. Vercseg I.: *Legalább ennyit a közösségfejlesztésről. Módszertani segédlet a közösségi egészségtervek készítéséhez*. Országos Egészségfejlesztési Intézet (2004)