

Közösségi részvételre alapozott egészségtervezés Magyarországon

Community-based health planning in Hungary

Szerzők: Szőke Katalin^a ✉, Tistyán László^b, Füzési Zsuzsanna^c
a: Nemzeti Népegészségügyi Központ, Budapest, b: Fact Intézet, Pécs, c: Pécsi Tudományegyetem, Általános Orvosi Kar, Magatartástudományi Intézet, Pécs

Beküldve: 2019. 06. 06.
doi: 10.24365/ef.v60i3.483

Összefoglaló: Az a kistelepülési tervezési modell, amelyet ezen írás bemutat, a közösségeket helyezi az egészségtervezés teljes folyamatának középpontjába. A modell lényege az adott közösség tagjainak „képesé tétele” arra, hogy életminőségét és ezen keresztül egészségi állapotának alakulását a saját fejlődésének megfelelő ütemben és mértékben javítsa. A 20 éve kidolgozott egészségtervezési módszertan mentén számos pályázati programot hirdettek meg, amelyekhez kapcsolódó képzéseken a magyarországi települések képviselői elméleti kereteket és gyakorlati fogódzókat kaptak az egészségtervek elkészítéséhez. A helyi közösségek tagjai a közösségi tervezés eszközeit alkalmazva, helyi szükségletekre alapozott cselekvési programokat alkottak, illetve valósítottak meg. A közösség adottságaira, kultúrájára, valamint tagjainak motivációira és cselekvő részvételére építő tervezési folyamat záloga az egészségtervek fenntarthatóságának, csak úgy, mint az egészségtervezési folyamat minden fázisának nyilvánossága. A közösség tagjait aktívan bevonó tervezési-megvalósítási folyamat során és eredményeként olyan társadalmi gyakorlat alakult ki, amely a korábbi paternalista megközelítés helyett a közösségi részvétel új formáit ösztönözte.

Kulcsszavak: közösség; életminőség; egészségterv; autonómia; közösségi tervezés

Summary: The small town planning model presented in this paper places communities at the center of the whole process of health planning. The essence of the model is to 'empower' the members of a given community to improve their quality of life and thus their health at a proper pace and extent in accordance with their own development. Along with the health planning methodology developed twenty years ago, a number of applications were announced for which the representatives of Hungarian settlements received theoretical frameworks and practical handles for the preparation of health plans. The members of local communities created and implemented action programs applying community planning tools based on local needs. The design process that builds on the community's capabilities, culture, over and above motivation and active participation of its members is the key to the sustainability of health plans, just as the publicity of all phases of the health planning process. During the planning and implementation process that actively involved members of the community, a social practice has emerged that encouraged new forms of community participation rather than the former paternalist approach.

Keywords: community; quality of life; health plan; autonomy; community planning

A KÖZÖSSÉG FOGALMA AZ EGÉSZSÉGTERVEZÉSBEN

Egészség, életminőség és közösség – nemcsak összekapcsolható, de szorosan összetartozó fogalmak. Ahhoz, hogy mint egyének jó egészségben, életminőségben éljünk, szükségünk van a szűkebb-tágabb társadalmi környezetünk által nyújtott biztonságra, támogatásra vagy éppen kontrolljára. Megítélésünk szerint a közösségekben található meg az a közeg, amelyen keresztül az emberek hétköznapi élete, kultúrája (életminősége és egészsége) a saját léptékük szerint változtatható, fejleszthető.

A közösség kulcsfogalom a szociológiában, a pszichológiában, a szociálpszichológiában, definiálása sok szempontból lehetséges. A közösség úgy is felfogható, mint olyan társadalmi intézmények sokasága, amely jelentős szerepet játszik a közösségi/társadalmi identitás kialakításában, s biztosítja a materiális és nem materiális erőforrásokat a közösség tagjai számára. A „társadalmi intézmények” kifejezés magába foglalja a családot, a szomszédságot, az informális társadalmi hálózatokat, az önkéntes egyesületeket, a civil szervezeteket, az egyházakat stb. Ezek a struktúrák közvetítő (mediatori) szerepet játszanak a közösség és az egyén között, hiszen nemcsak tárházai a közösségi normáknak, értékeknek, hiedelmeknek, beállítódásoknak, de rendkívül jelentős hatása is van azokra, s ezen keresztül az egyéni viselkedésre (köztük az egészségmagatartásra).

Mi a közösség azon funkcióira utalunk most, amelyek az emberek életminősége, egészségi állapota szempontjából lényegesek, s úgy segíthetik az egészség fenntartását, hogy a közösség adottságaira, kultúrájára, valamint tagjainak motivációira építenek. Közösség és egyén szoros kötődésben élnek, ezért az egyéni értékek, beállítódások és aktivitások változtatása a közösség támogatása nélkül nehezen képzelhető el. A közösség ezen túl kapocs az egyén és a szélesebb társadalmi környezet között: erősítheti vagy gyengítheti a társadalom normáinak elfogadottságát, értelmezi azok tartalmát.

A közösségi részvételre alapozott egészségtervezés (a továbbiakban egészségterv) esetében közösségek alatt az emberek olyan összefüggő hálózatait értjük, amelyek a lakóhelyük (település, városrész, szomszédság), a napi tevékenységüket legnagyobb mértékben kitöltő elfoglaltságuk (oktatási intézmények), munkájuk (munkahelyük), valamilyen életkori (pl. idősök), demográfiai jellemzőik (pl. nők), esetleg közös problémáikra közös válaszokat kereső (pl. önszervező csoportok) stb. dimenziók mentén „szerveződnek”. A közösségek léte egyrészt adottság (például azokon a szintereken, ahol az emberek a mindennapi életüket élik), másrészt valamilyen érdekek, célok érdekében önkéntesen, vagy kívülről inspirálva szerveződnek. Általánosabb értelemben „a közösség értéktartalommal bíró fogalom, ez a minőség emberek közös szabadon meghatározott tartalmú cselekvése önmaguk boldogulása, érvényesítése, helyzetük javítása érdekében, mely a közjót is gyarapítja.”ⁱ

A magyar és a nemzetközi szakirodalomban az utóbbi három évtizedben számos írás jelent meg a közösség egészséget támogató szerepéről, és erre gyakorlati példákat is láthatunk.ⁱⁱ

EGÉSZSÉGTERV, MINT KÖZÖSSÉGI PROBLÉMAKEZELÉSI MÓDSZER

Magyarországon az 1990-es évek második felében felértékelődött a közösségi és egyéni autonómia, új lendületet kapott a közösségfejlesztés, ezzel egy időben az egészségfejlesztési szakemberek – a hagyományos egészségnevelési funkciókon túl lépve – az ún. szintérprogramok (pl. város, munkahely, iskola) keretében sokkal komplexebb egészségfejlesztési kezdeményezéseket indítottak el. Ebben a dinamikus változó társadalmi környezetben dolgozta ki a Fact Intézet 1998-ban a közösségi tervezés eszközeit használó egészségtervezés modelljét, amelyet először települési egészségterv program, majd közösségalapú egészségtervezés néven ismert meg a pályázó települések sokasága és a közvélemény. A programalkotók – az Egészségügyi

ⁱ A közösségek fogalmáról, funkcióiról, működéséről lásd részletesebben: Varga, Vercseg 1998, Vercseg 2004.

ⁱⁱ Az amerikai és brit közösség- és egészségfejlesztési szakemberek élen járnak a két szakterület integrációjában. Míg Angliában főként állami finanszírozásból fejlesztik a területet a Public Health England intézményrendszerén keresztül, az Amerikai Egyesült Államokban filantróp szervezetek (legnagyobb támogatóként a Robert Wood Johnson Alapítvány) és magánintézmények (pl. bankok) is nagy részt vállalnak a közösségi egészségfejlesztésben.

Világszervezet (World Health Organization, WHO) „Egészséges Városok” (Healthy Cities) programjának a városi egészségterv (city health plan) készítésére vonatkozó módszerei által inspirálva, e módszereket egyes részleteiben adaptálva, illetve a közösségi tervezés számára értelmezhető kiegészítésekkel módosítva – a közösségeket helyezték az életminőség, ezen keresztül az egészségtervezés teljes folyamatának középpontjába.ⁱⁱⁱ

A Fact Intézet munkatársai által megalkotott modell abból indult ki, hogy a társadalmi (közösségi) tényezők meghatározó szerepet játszanak az életminőség, ezen keresztül az egészség megőrzése esélyeinek alakításában, emellett azonban jelentős szerepet tulajdonított az egyéni választásoknak is. (Az egyéni viselkedés- és magatartásmódok változtatásának szándékát a közösség csoportdinamikai hatásai megerősíthetik, vagy korlátozhatják.) A modell lényege, illetve fontos célja az adott közösség tagjainak „képessé tétele” autonómiájának, kompetenciáinak növelésén keresztül arra, hogy életminőségét és ezen keresztül egészségi állapotának alakulását a saját fejlődésének megfelelő ütemben és mértékben javítsa.^{iv}

A közösségi részvételre alapozott egészségterv koncepciójának kiindulásaként a program megalkotóiként a következő megfontolásokat vettük figyelembe:^v

- a) Ha a népesség különböző csoportjainak kívánunk segíteni abban, hogy egészségesebbek legyenek, az egészséget csak relatív fogalomként értelmezhetjük. Abban lehetünk a közösségek, és e közösségeket alkotó egyének segítségére, hogy jobb egészségi állapotban éljenek, nem pedig abban, hogy az egészség egy specifikus (általában szakértők által meghatározott) szintjét éri el.
- b) Az előzőekből és az egészségfogalom holisztikus megközelítéséből következik, hogy az „egészség ügyét” nem az egészségügy ügyének tekintettük (nem kizárva azonban annak partneri szerepét

a folyamatban), a jobb egészség elérését az életminőség közösségi és egyéni aspektusainak javításán keresztül látjuk megvalósíthatónak. A közösségi részvételre alapozott egészségterv modelljének az egyik legfontosabb célja ezért az, hogy a közösségek és az egyének a jobb életminőségükért és egészségükért saját maguk is aktívan cselekedjenek.

- c) Reálisan számoltunk azzal, hogy a program nem hoz rövid távon mérhető egészségnyereséget, más hasznai azonban a közösségekben szinte azonnal megjelennek. A közösségalapú egészségterv folyamatokat indít el a helyi társadalomban.

A közösségi részvételre alapozott egészségtervek a közösség bevonásával megvalósuló, annak tényleges szükségleteire és kezdeményezőképességére, a rendelkezésre álló helyi (lelki, szellemi, társas és anyagi) erőforrások mozgósításával, elsősorban helyi szintű problémák megoldására alkalmazhatóak. A közösségi részvételre alapozott egészségterv statikusságra utaló nevével ellentétben ciklikusan ismétlődő folyamat, melynek általános (helyszínektől, színterektől független), értékválasztást is tükröző céljai a következők:

- az egészségterv közösségi részvételen alapuló elkészítése során alakuljon ki/erősödjék az adott közösség szervezetsége, autonómiája, fejlődjön a közösség egészének és tagjainak kompetenciája,^{vi}
- e közösségek számára válják lehetővé a közösségalakító, közösséghez kapcsoló participációs technikák kialakítása, megtanulása, begyakorlása, illetve bevésődése,
- a közösség tagjai számára legfontosabb problémák közös erőfeszítéseken alapuló megoldása nyomán javuljon a közösség tagjainak életminősége, ezen keresztül szomatikus és mentális egészségi állapota,^{vii}

ⁱⁱⁱ A közösségi egészségtervezés módszerének alkalmazása szempontjából „köztes módszernek” tekinthető módszertan alkalmazásával készült Magyarországon először Pécs városának egészségterve (1994-95) a Fact Intézet kezdeményezésére és koordinációjával. Pécs város egészségterve számos elkötelezett szakértő közös munkájának eredményeként jött létre, de nem tekinthető klasszikus értelemben véve közösségi egészségtervezésnek.

^{iv} A megközelítés elméleti háttérét Deci és Ryan ún. öndeterminációs elmélete adta.

^v Az egészségterv koncepciójának és elkészítésének részletes leírását lásd: Füzési, Tistván 1997, 2001, 2004

^{vi} A közösséghez tartozás (az integráltság foka) már önmagában kedvezően hat az egészségi állapotra: nem csupán a mentális egészségre, de közvetve (pl. pszichoszomatikus aspektus) és közvetlenül is.

^{vii} Az élethelyzetek uralhatóságához, alakíthatóságához kapcsolódó (akár már nagyon minimális) választási lehetőségek megléte is bizonyított módon növeli az életben, illetve egészségben maradás esélyeit. Ez azt is jelenti, hogy a paternalizmus, az egyéni/közösségi cselekvési tér leszűkítése, vagy felszámolása az egészséget veszélyeztető kockázati tényező.

- a közösségi részvétel a folyamat minden fázisában tárja fel és a lehetséges mértékben használja a közösség erőforrásait, növelve ezáltal a programok megvalósításának esélyeit, csökkentve a függőséget a legkülönbébb elosztási központoktól,
- az egészségterv, mint folyamat e legfontosabb sajátosságai révén biztosítsa saját programjai fenntarthatóságát, de legalábbis növelje ennek valószínűségét,
- az egészségterv „egészségterv-jellegét” ebben a fogalmi környezetben az adja, hogy az elérni kívánt célok komplex értelemben az egészség megőrzését, javítását szolgálják (az egészség, mint cél a rendező elv).

Egy-egy egészségterv konkrét céljait és a célok megvalósításának módszereit időről időre a(z akció) tervet készítő közösség fogalmazza meg. E célok – értelemszerűen folyamatosan módosulnak.

A közösségi részvételre alapozott egészségterv – statikus értelemben véve – tehát egy adott, de közösségek alkotására még alkalmas méretű populáció életminőségét, ezen keresztül egészségi állapotát javító, folyamatosan módosuló komplex stratégiai terv, és e tervben foglalt célok elérését szolgáló cselekvési programok egymással szoros összefüggést mutató „hálózata”.

Az egészségterv fenti, közösségalapú megközelítésének hatásai:

- a) közösség-építés, melynek életminőség-javító, illetve egészség-alkalmozó hatásai különösen a következők:
 - a közösség normaalkotó (pl. a közösségre jellemző szokásokon keresztül) funkcióinak tudatos kiaknázása,
 - a közösség kontrolláló, jutalmazó-büntető funkcióinak tudatos érvényesítése,
 - a közösségi részvétel, a participáció identitás-erősítő, ezen keresztül a célok elérése érdekében tett erőfeszítések irányába motiváló hatásainak érvényesülése,
 - a közösség, mint erőforrás tudatos tervezése, illetve alkalmazása,
 - a közösség támaszt, megerősítést, illetve védelmet biztosító hatásai,
 - a közösség tudás, illetve információ-közvetítő, interpretáló és szűrő hatásai.

- b) az egészségterv az érintettek problémáihoz, igényeihez, illetve lehetőségeihez leginkább illeszkedő „terv”, ezért megvalósulásának esélyei minden más megoldásnál kedvezőbbek,
- c) a közösség – folyamatosan újratermelődő, az életminőség javítását szolgáló célok kitűzéséhez, eléréséhez igénybe vehető erőforrás (a megoldásra váró problémák meghatározásában, a megoldások módozatainak kimunkálásában szellemi erőforrás, a problémák megoldása, vagy újabb problémák kialakulásának megakadályozása során pedig igénybe vehető aktivitás).

A közösségi részvételre alapozott egészségtervezés technológiájának kistérségi, majd később járási szintű alkalmazását az államigazgatás szervezeti érdekeinek érvényesítésén túl az a tartalmi szükséglet hívta életre, hogy bizonyos problémák megoldására egy-egy település/településrész vagy közösség önmagában nem képes, de ezek a problémák – általában a környező településekkel együttműködve – azonban esetleg megoldhatóak. A járási egészségtervek közösségi részvételre alapozott elkészítése, az abban foglaltaknak közösségi összefogással történő megvalósítása azonban már nem, vagy csak igen kevésbé látszik lehetségesnek. A járási egészségtervek elkészítésének és megvalósításának kulcsszereplői már döntő mértékben államigazgatási szervek, illetve intézmények.

A járási egészségterv a járást alkotó településekre és a járást jellemző társadalmi környezetre, illetve intézményrendszerére vonatkozóan fogalmaz meg célkitűzéseket, illetve e célok elérését szolgáló akcióterveket, melyek esetében a tapasztalatok szerint kitüntetett kedvezményezettek a járási székhelyek. Céljaik elérése érdekében a járási egészségtervek is számolhatnak az egyének, közösségeik, illetve a járás intézményrendszerének (a nem állami és civil szervezetek, a települési önkormányzatok, valamint más hatóságok, az egészségügy, az oktatási intézmények, a gazdaság szereplői) aktív közreműködésével. A megvalósulás reális esélyeivel rendelkező, a „valós” problémákra adekvát választ adó járási egészségtervet nem lehet elkészíteni a kistérséget alkotó települések egészségterveinek hiányában. (Települési egészségtervek hiányában is készíthető „járási egészségtervnek” nevezett dokumentum – ez a dokumentum azonban nehezen tekinthető a fentiek értelmében vett egészségtervnek.)

AZ EGÉSZSÉGTERV ELKÉSZÍTÉSÉNEK TECHNOLÓGIÁJA

A közösségalapú egészségtervek elkészítésének „technológiai hátterét” a projektmenedzsmentből ismert alapsémák adták. A koncepció kidolgozása során olyan szerkezetben gondolkodtunk, amelynek tartalommal való kitöltése adott esetben egy informális közösség számára is megoldható feladat. Az egészségterv elkészítésének támogatása érdekében a program során több módszertani útmutató is készült.^{viii} Az írásos módszertani útmutatók mellett számos alkalommal felkészítő tréningekre is sor került. E képzések során a diszruptív tanítási-tanulási technikát helyzetük előtérbe, hogy az érintetteket – kizárva a paternalisztikus gondolkodási sémákból – valódi paradigmaváltásra ösztönözzük a saját közösségeikkel, az egészséggel és az életminőséggel kapcsolatos gondolkodás és cselekvés tekintetében.

- a) Az egészségterv elkészültét eredményező folyamat első fázisa az állapotleírás, a helyzet-elemzés elkészítése – amely az adott közösségben (pl. községben, településrészen stb.) élő emberek életfeltételeit, életminőségét befolyásoló fontos tényezők leírását tartalmazza. Az állapotleírás kitér az állapot kialakításában részes, illetve annak következményeit viselő szereplőkre vonatkozó információkra is. Ezen információk között különösen fontosak azok, amelyek az egészségterv megvalósításában érintett csoportok, közösségek cselekvésre sarkalló motivációira (azaz a programok megvalósításába való bevonásuk esélyeire) vonatkoznak.
- b) Az állapotleírás záró fejezete az ún. „erőforrástérkép”, illetve a „kompetencia-analízis”, melyek eredményeként megtörténik a cselekvési terv alapjául szolgáló kulcsproblémák kiválasztása.
- c) Az állapotleírásra, az abban foglalt megállapításokra alapozva készül el az ún. cselekvési terv. A cselekvési terv foglalja össze a különböző teendőkre vonatkozó konkrét programjavaslatokat (a megvalósítandó program leírását, az ehhez szükséges erőforrások számbavételét, a megvalósítás időbeli ütemezését stb.).

- d) Az egészségterv-készítés egész folyamatának, de különösen a cselekvési terv egyes programjai megvalósításának kulcseleme a nyilvánosság, amely lehetővé teszi a közösség tagjainak bevonását, motiválását, illetve a közösségi kontroll érvényesülését is.
- e) A cselekvési terv programjainak sikeres megvalósulása – mert ez a célja – módosítja az egészségképben jellemzett állapotot. Az életfeltételekben, életminőségben bekövetkező változásokat, és az ebből következő eredményeket, következményeket figyelemmel kell kísérni. Ezt a célt szolgálja az egészségterv monitoring fázisa, a programok megvalósulásának nyomon követése. Az elemzés eredményeire alapozva az állapotleíráson finomítani szükséges, melynek hatásait a cselekvési tervben megfogalmazott célkitűzések módosításával érvényesíteni kell. Az egészségterv készítésének folyamata tehát ismét újraindul.

A KÖZÖSSÉGALAPÚ EGÉSZSÉGTERVEZÉS MODELLJÉNEK MEGVALÓSULÁSA A GYAKORLATBAN

Három magánalapítvány és az Országos Egészségfejlesztési Intézet egymást követő pályázati programjainak keretében 1998 és 2009 között több mint 700 magyarországi település képviselői ismerkedtek meg az egészségterv elveivel, készítésével és megvalósításának legfontosabb lépéseivel.^{ix} Csaknem 600, zömében községi jogállású településen készítették el a településüket jellemző, az ott élők életminőségét befolyásoló tényezők komplex leírását, tervezték meg rövid- és hosszú távú stratégiájukat, melyek megvalósítása érdekében konkrét cselekvési programokat is indítottak. Egy, az egészségterv program megvalósulásának eredményességét, illetve hatásait felmérő, 2001-ben végzett kutatás alapján a közösségalapú egészségterv programban minden, a támogató által adott forinthez a települések (önkéntes munkában, természetbeni juttatásként, konkrét pénzben, nem számítva a kreativitást, a kezdeményezőkézséget) másfélszer annyit tettek hozzá, és gyakran a támogatás

^{viii} Lásd például: Községi egészségterv. Módszertani útmutató.

^{ix} A Magyar Soros Alapítvány, az Egészséges Településekért Alapítvány és a Béres Alapítvány

befejezését követően is tovább szerveződtek a programok.^x Fontos eredmény, hogy a program tapasztalatai (és az elkészített egészségkép, stratégia, cselekvési tervek) alapján további pályázatok, együttműködési tervek születtek, s amelyet a települési egészségterv által elősegített helyi autonómia és önbizalom növekedése tett lehetővé.

A hivatkozott kutatás megállapításai szerint a programban résztvevő települések képviselői az egészségtervek pozitívumaiként (nyitott kérdésre adott válaszaikban) a következőket sorolták fel: közösségformáló erő a településen élők között (33%), önállóság, tervszerű gondolkodás, növekvő autonómia (18%), a program komplexitása (12%), szemléletváltozás a településen élők életmódjában, környezet-tudatosságában (10%), átfogó kép megismerése a településről az egészségkép (a helyzetelemzés) révén (9%), civil szervezetek, intézmények közötti együttműködés javulása (9%), a kulcsemberek megtalálása, a közösségért végzett önkéntes munka felértékelődése, a helyi erőforrások felhasználása (6%), valamint anyagi forrás a településnek (3%).

A KÖZÖSSÉGI RÉSZVÉTELRE ALAPOZOTT EGÉSZSÉGTERVEK KERETEI KÖZÖTT MEGVALÓSÍTOTT PROGRAMOKRÓL

Mivel a közösség alapú egészségtervezés legfontosabb alapelvei között az szerepel, hogy egy konkrét közösség problémáira reagáljon és az egészséget az életminőségen keresztül közelítse meg, így nem volt meglepő, hogy az egészségtervekben kidolgozott és a közösségi részvétellel megvalósított programok többsége nem a betegségek megelőzéséről, illetve azok következményeinek kezeléséről szólt. A szűrések, gondozások, tájékoztató előadások helyett (amelyek alapvetően az állami egészségügyi ellátás feladatai közé tartoznak), a települések azon közösségi színtereket kívánták létrehozni, fejleszteni, rendbe tenni, amelyek a közös cselekvések alapjául/keretétül szolgálhatnak. Így jöttek létre – a településeken élők munkája révén – játszóterek és sportpályák, konditermek és tankonyhák, faluke-

mencék, ifjúsági klubok, szépült a települési környezet (annak megtisztításával, virágosításával, padok, hulladékártatók, kerékpártárolók kihelyezésével), alakultak életmódklubok, hobbikörök és nem utolsósorban olyan civil szervezetek, amelyek tagjai e programokat fenntartják, tovább viszik. Az egészségtervet összeállító közösségek többsége nem kívánt egészségügyi felvilágosító előadásokon részt venni, de akár több napos sportprogramba is bekapcsolódott, falunapot szervezett, vagy éppen helyi ételekből összeállított, korszerű szakácskönyvet szerkesztett. Másként fogalmazva: e közösségek az egészséget – elméleti tudás nélkül is – a WHO definíciója alapján közelítették meg.

A LEGFONTOSABB TAPASZTALATOK

A program kidolgozói az egészségterv legfontosabb jellemzőit – összevetve azt más, elsősorban felülről szervezett és kívülről támogatott programokkal – a következőkben látják:

1. Cselekvő részvételen alapuló, alulról építkező, és belülről (vagyis a program érintettjei, kedvezményezettjei által) is aktívan támogatott program.
2. Elsősorban életminőség-javító közösségi modell, melynek nem célja konkrét intézményrendszer kiépítése (pl. nem épül a program keretében új rendelő, közösségi ház, de lehet, hogy a régieket felújítják vagy új funkcióval bővítik).
3. Az autonóm közösségekben végzett értelmes cselekvés lehetőségének biztosításán, a saját és mások egészségéért érzett felelősségérzet kialakításán, a „szemléletformáláson” van a hangsúly.
4. Olyan helyi szükségletekre épülő, megvalósítható életmód- és egészségmodelleket kínál a közösség tagjai számára, amelyek helyi forrásokból és kompetenciákra építve valósíthatók meg.
5. Az eddigi tapasztalatok szerint a program a helyzetükön változtatni kívánó, jövőképpel rendelkező közösségekben/településeken működött a legjobban.
6. A közösség alapú települési egészségterv viszonylag kevés anyagi és jelentős helyi humán

^x A települési egészségtervek megvalósulását 2001-ben a Fact Intézet hatástanulmánya vizsgálta. A válaszadók a számukra legfontosabbnak tartott pozitívumot emelhetették ki.

erőforrást igényel, melyben a személyes elkötelezettség mélyebb, mint a felülről indított és kívülről támogatott programokban (az érdekekre való építés itt nem elegendő).

7. Kevés és általában kevésbé kompetens a külső (a közösségen kívüli) és relatíve sok a belső (közösségen belüli) szakértő. Utóbbiak – szakképzettségtől, iskolai végzettségtől függetlenül – kompetensek a közösség problémáinak definiálásában, s ezek többségének megoldásában.
8. Mivel az egészségi állapot javítása az életminőség egyes dimenzióinak fejlesztésén keresztül valósul meg, az egészségügyi ellátás csak egy szereplő a sok közül.
9. A stratégiai tervekben már megfogalmazódik az egyenlőtlenségek csökkentésének, a közösség erejére, szolidaritására való támaszkodás igénye, de a megvalósítás kezdeti lépéseinél ez a tartalmi elem még nem hangsúlyos, a hátrányos helyzetűekre, a leszakadó társadalmi csoportokra még nem koncentrálnak; a szolidaritás erősödése spontán módon nem várható, ezért a segítség irányába ható motivációs hátteret biztosító módszereket kell kidolgozni a programban továbblépni kívánó közösségekkel.
10. A visszacsatolás a közösségen belül azonnali, gyors lehetőség van a korrekcióra, ezért is költséghatékonyabb (nem fecsérelné humán és pénzügyi erőforrásokat a működésképtelennek bizonyuló programokra).
11. A fenntarthatóság elsősorban a résztvevők szándékaitól és elkötelezettségétől függ, nem pedig

a külső finanszírozástól. Jelentősebb politikai és gazdasági lobbik nélkül is működik, azaz kevésbé kiszolgáltatott az aktuális politikai-gazdasági történéseknek.

12. Lényeges, hogy a programok aktorai és kedvezményezettjei azonosak (az egyének nem valakikért, hanem saját magukért tevékenykednek). A külső támogatások és a belső források többsége bizonyíthatóan a településen belül, a kedvezményezetteknek marad.
13. Olyan közösség jön létre, erősödhet meg, amely más problémák megoldására is képes, mivel ehhez már megfelelő tudással, fejlesztett képességekkel, begyakorolt készségekkel és nem utolsósorban autonómiával, önbizalommal, önbecsüléssel rendelkezik.

Összefoglalva a közösségi részvételre alapozott települési egészségterv program sikere abban ragadható meg, hogy olyan elméleti keretet és gyakorlati fogódzókat nyújtott a magyarországi közösségek/települések számára, melyekre támaszkodva e közösség tagjai autonóm döntéseket hozhattak, helyi szükségletekre alapozott, reális cselekvési programokat alkothattak, illetve valósíthattak meg. E megközelítés életképességét pedig az jelzi, hogy a program technológiáját – sajnos annak mögöttes, a közösségekre, a közösségi autonómiára vonatkozó értéktartalmai nélkül – átvette az egészségügyi kormányzat, és a helyi egészségpolitikai gyakorlat lehetséges tényezőjeként tartják számon.^{xi}

FELHASZNÁLT IRODALOM

¹ 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99700154.TV> (elérve: 2019. április 10.)

² Budapesti Nyilatkozat. Az európai civil társadalom fejlesztése a közösségfejlesztés eszközeivel. (szerk. Craig G, Gorman M, Vercseg I) In: Parola, 2004; 24(1):3-4. http://www.kka.hu/Kozossegi_Adattar/PAROLAAR.NSF/ac17badd073f25168525670c00816aef/08d19ea0035279ddc1256ec10031610a?OpenDocument (elérve: 2019. április 20.)

³ Dailly J, Barr A. Understanding a Community-led Approach to Health Improvement Meeting the Shared Challenge. Healthy Communities. 2008. <https://static1.squarespace.com/static/5943c23a440243c1fa28585f/t/5bfd61e021c67c2cdd6a326d/1543332329487/Understanding+a+community-led+approach+to+health+improvement.pdf> (elérve: 2019. 04. 10.)

^{xi} 2015-ben az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény (Eütv.) a 152/B. §-sal egészült ki: „A járásra, illetve a fővárosban a fővárosi kerületre vonatkozóan – azon járásokban, ahol működik egészségfejlesztési iroda, az egészségfejlesztési irodák bevonásával – a járásszékhely város önkormányzata a területileg érintett települési önkormányzatokkal vagy azok társulásaival egészségtervet [a továbbiakban: járási (fővárosi, kerületi) egészségterv] dolgoz ki, illetve gondoskodik az abban foglalt megvalósításáról, amelynek során együttműködik a fővárosi és megyei kormányhivatal járási (fővárosi kerületi) hivatalával, az alapellátást és a szakellátást nyújtó egészségügyi szolgáltatókkal, valamint az egyéb érintett ágazatok szereplőivel.”

- ³ Füzési Zs, Tistyán L. Az egészségterv koncepciója. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 1997; 35 (5): 421-427.
- ⁴ Füzési Zs, Tistyán L. Tervezhető egészség? *Egészségügyi Menedzsment*, 2001; 2 (1): 19-22.
- ⁵ Füzési Zs, Tistyán L, Ivády V. A települési egészségterv készítése fejezet. In: *Települési életminőség Budapesti Közgazdaságtudományi és Államigazgatási Kar Közigazgatás-szervezési és Urbanisztikai Tanszék jegyzete*. Budapest, 2003.
- ⁶ Füzési Zs, Szőke K, Tistyán L, Péntek E. Települési egészségtervek. A falu. A vidékfejlesztők és környezetgazdálkodók folyóirata. 2001; 16(3):71-76.
- ⁷ Füzési Zs, Tistyán L. Egészségfejlesztés és közösségfejlesztés a színtereken. *Egészségfejlesztési Módszertani Füzetek* (sorozatszerk. Kishegyi J, Makara P.) 2004. <http://mek.oszk.hu/08100/08109/08109.pdf> (elérve: 2019. 04.27.)
- ⁸ Füzési Zs, Lampek K. Az egészségi állapothoz való viszony változásai. In: *Egészségpszichológia a gyakorlatban* (szerk. Kállai J, Varga J, Oláh É.) Medicina Könyvkiadó. Budapest, 2007. pp.65-84.
- ⁹ Füzési Zs, Tistyán L, Szőke K. Egy társadalmi modell: közösségekre alapozott egészségtervek az életminőség javítására. In: *Esélyerősítés és életminőség a mai magyar társadalomban* (szerk. Kopp M.) Semmelweis Kiadó, Budapest 2008. pp.168-175.
- ¹⁰ Községi egészségterv. Módszertani útmutató. Fact Alapítvány, NEVI Primer Prevenció munkacsoport, Pécs, 1998. http://kka.hu/_soros/kiadvany.nsf/329cd37724344b06c12568a9006c35fd/5b39dfc694e354b4c1256bce004110b6?OpenDocument (elérve: 2019. április 18.)
- ¹¹ Lencsés G, Szőke K. Községi alapú egészségterv. Gyakorlati kézikönyv. Egészséges Településekért Alapítvány. Budapest, 2009.
- ¹² Ryan RM, Deci EL. Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 2000; 55(1): 68-78. https://selfdeterminationtheory.org/SDT/documents/2000_RyanDeci_SDT.pdf (elérve: 2019. április 27.)
- ¹³ A guide to community-centred approaches for health and wellbeing. Full report. Public Health England. 2015. https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/768979/A_guide_to_community-centred_approaches_for_health_and_wellbeing_full_report.pdf (elérve: 2019. április 27.)
- ¹⁴ Szőke K. Fenntartható települési egészségtervek. In: *Egészségfejlesztés 2010*; 11(3):12-16.
- ¹⁵ Varga AT, Vercseg I. *Közösségfejlesztés*. Magyar Művelődési Intézet, Budapest. 1998.
- ¹⁶ Vercseg I. Legalább ennyit a közösségfejlesztésről. *Egészségfejlesztési módszertani füzetek* (sorozatszerk: Kishegyi J, Makara P.) Budapest, Országos Egészségfejlesztési Intézet. 2004.