

A közösségi egészségtervezés módszertana

Túri Gergő¹, Vitrai József²

¹ Állami Egészségügyi Ellátó Központ, ² Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet

A közösségi egészségtervezés hat lépésből álló, ciklikus folyamat. A tervezés első ciklusában szükséges kialakítani az egészségügyi és nem egészségügyi szervezetek képviselőiből álló közösségi Egészségtervezési Egyeztető Testületet. Az első lépés a helyzetértékelés, amelynek során a tervezés feltételeinek, körülményeinek értékelése, és az adatgyűjtés valósul meg. A második lépés a közösség problémáinak azonosítása és rangsorolása, valamint az első két lépés eredményeit összefoglaló helyzetkép elkészítése, amit az Egyeztető Testület véleményez. E dokumentum képezi a kapacitás-tervezés és a cselekvési terv inputját. A harmadik lépés a lehetőségek mérlegelése és a beavatkozások kiválasztása, a tudományosan bizonyított hatékonyságú beavatkozások gyűjteményének felhasználásával. E lépést követően kell elkészíteni a cselekvési tervet a negyedik lépésben, amelyet ugyancsak véleményez az Egyeztető Testület. Az ötödik lépés a cselekvési tervben megfogalmazott beavatkozások megvalósítása, amit koordinálnak a közösségi egészségtervezők. A hatodik lépés a monitorozás, eredményeit az első ciklus cselekvési tervének – az előre nem látható események miatti – esetleges módosításához, valamint a következő ciklus helyzetértékeléséhez szükséges felhasználni. A tervezés minden lépésénél fontos bevonni a közösség tagjait, képviselőit.

Method of population health planning. Population health planning is a cyclic procedure which consists of six steps. At the beginning of the first cycle a Community Health Managing Office (CHMO) and a Health Planning Community Board representing all the stakeholders is established. In the first step of each cycle the circumstances of planning is evaluated and the collection and analysis of primary and secondary data is performed by the CHMO. In the next step the health problems identified by the situation analysis are listed and ranked in the Community Health Report. In the third step the possible interventions confirmed to be effective are selected. Using these interventions the Action Plan is developed which is presented to the Health Planning Community Board. Based on its opinion the Action Plan is finalized and then implemented by the organization and individuals of the community and their activity is coordinated by the CHMO. The sixth step is the monitoring of the planning and implementation. The findings of the monitoring can be used to modify the actions due to unpredictable events and to perform the situation analysis in the cycle. Stake-

holders are necessary to be involved in each steps of population health planning.

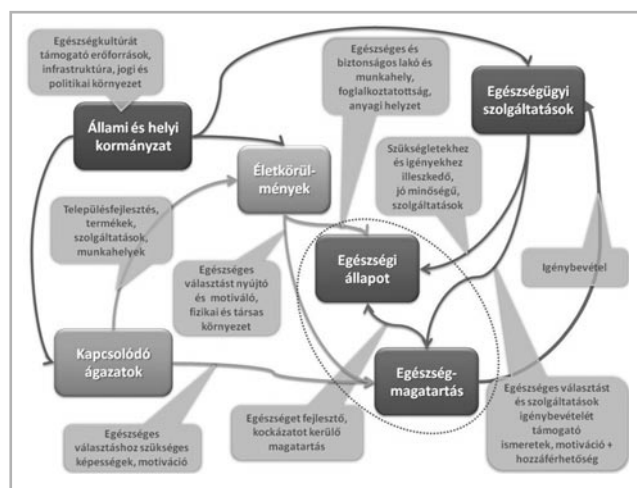
BEVEZETÉS

A közösségi egészségtervezés a magyar egészségügy számos problémájára keres megoldást. Általános tapasztalat, hogy a közösség legnagyobb egészségveszteségeit okozó problémákra gyakran nem reagál megfelelő módon az egészségügyi kapacitások tervezése és szervezése. Az egészségtervezés mindeddig eltérő módszertannal, változó minőséggel és hatásossággal valósult meg, és gyakran nem képezte részét a döntéshozatali eljárásoknak. Az egészséges életmód előfeltételei számos társadalmi réteg számára nehezen, vagy egyáltalán nem elérhetőek. Problémaként merül fel továbbá, hogy az egészségügyi szektoron kívül nem elég hangsúlyosak az egészség szempontjai, pedig az egészséget károsító fizikai és társadalmi környezeti tényezők hatása komoly kockázatot jelent. A problémák felszámolása nem történhet meg az egészségkultúra fejlesztése nélkül. Ez a megállapítás összhangban van a népegészségügy legkorszerűbb megközelítésével [1], hiszen a lakosság egészségi állapota döntően az egyének és a közösségek viselkedésén múlik. Az egészséget károsító vagy támogató környezet is alapvetően egyes személyek és közösségek döntéseinek következményei, azaz az egyének és közösségek viselkedése nemcsak a saját, hanem – a környezeti hatásokon keresztül – mások egészségét is befolyásolhatja.

A KÖZÖSSÉGI EGÉSZSÉGTERVEZÉS MÓDSZERTANI ALAPELVEI ÉS ELMÉLETI KERETE

A közösségi egészségtervezés módszertana a TÁMOP 6.2.5-B-13/1-20014-0001 azonosító számú, „Szervezeti hatékonyság fejlesztése az egészségügyi ellátórendszerben – Területi együttműködések kialakítása” című kiemelt projekt keretén belül, a Populációs egészségtervezés munkacsoportban dolgozó népegészségügyi szakértők által kidolgozott és jóváhagyott termék, melyet rövidített formában ismertetünk jelen tanulmányban. A módszertan tesztelése a projekt során kialakított Községi Egészségtervezési Irodában dolgozó közösségi egészségtervezők, és e szakértőket támogató országos központ közreműködésével valósul meg. A közösség 80-150 ezer fős ellátási terület, amely, – leszámítva a nagyobb városokat, – 3-4 járás népességéből tevődik össze. A tervezés átfogó céljaként fogalmazódik meg a lakosság egészségi állapotának javítása,

egészségkultúrájának fejlesztése, a betegséggel járó anyagi kockázat elleni védelem, a lakosság elégedettségének növelése, valamint az egyenlőtlenségek csökkentése. E célok az alábbi tevékenységek által érhetők el: (i) a közösség egészségi állapotát befolyásoló tényezők vizsgálata, értékelése, (ii) az egészségügyi és egyéb, kapcsolódó ágazatok szervezetei közötti együttműködés kialakítása, (iii) inter-szektoriális, a beavatkozási lehetőségek mérlegelésén alapuló cselekvési tervek létrehozása, (iv) az ellátói kapacitások hozzáillesztése a közösség legnagyobb egészségvesztéseit okozó, valamint az egészségügyi szolgáltatásokkal való elégedettséggel kapcsolatos problémákhoz.



1. ábra
Az egészségi állapotot befolyásoló tényezők rendszermodellje

Az 1. ábra az egészségi állapotot befolyásoló tényezők rendszermodelljét mutatja be. Az egészségi állapotot közvetlenül az egészségmagatartás, az életkörülmények, és az egészségügyi szolgáltatások befolyásolják, amelyekre az állami és helyi kormányzat és gazdaság, valamint a kapcsolódó ágazatok is hatással vannak. A közösségi egészségtervek készítésekor szükséges minden, az egészségi állapotot befolyásoló tényező és azok hatásainak figyelembe vétele.

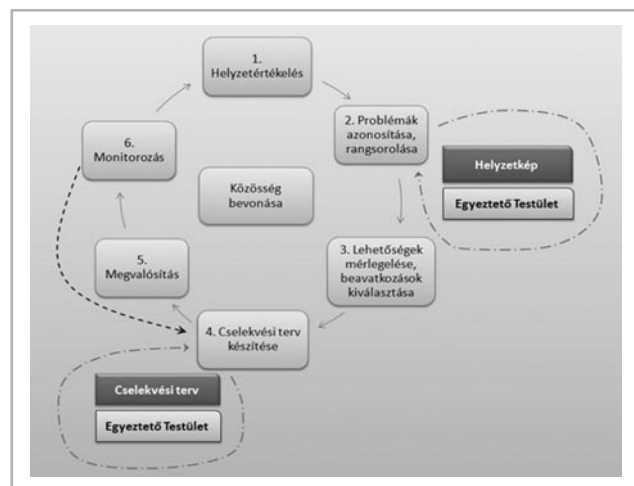
A közösségi egészségtervezés során az alábbi fő beavatkozási célterületek fogalmazhatók meg:

- Az egészséges választás és egészséges életkörülmények kialakításának támogatása.
- Az egészséges életmódhoz szükséges ismeretek, készségek és motiváció fejlesztése.
- A legnagyobb egészségvesztést okozó betegségek megelőzése, súlyosságuk, szövődményeik csökkentése.
- A közösség bevonása az intézkedési terv végrehajtásába.

Továbbá a tervezés minden egyes lépésénél szükséges figyelembe venni az alábbi, kiemelt tervezési szempontokat: a potenciálisan legnagyobb egészségnyereség elérését ígérő egészségmagatartások (pl. egészséges táplálkozás, dohányfüst mentes élet), a Global Burden of Diseases Study

[2] alapján a legnagyobb életévvesztést okozó betegségcsoportok Magyarországon, a hátrányos helyzetű társadalmi csoportok szempontjai, valamint a költség-hasznosság és a hosszú távú szemlélet.

A KÖZÖSSÉGI EGÉSZSÉGTERVEZÉS LÉPÉSEI



2. ábra
A közösségi egészségtervezés folyamata

A közösségi egészségtervezés első ciklusának indító lépéseként a közösség bevonása érdekében szükséges létrehozni az érintett szervezetek képviselőiből álló Egészségtervezési Egyeztető Testületet (2. ábra). A véleményezési jogkörrel rendelkező testület a közösség önkormányzatainak, az egészségügyi és a kapcsolódó ágazatok (gazdasági, szociális, oktatási, rendvédelmi, környezetvédelmi és településfejlesztési), valamint a civil szervezetek képviselőiből áll. E testület tagja lehet például iskolaigazgató, praxisközösségi vezető, szociális intézmény vezetője, kórházigazgató, rendőrségi vezető, Nagycsaládosok Egyesületének a vezetője, nagy létszámú vagy fokozott egészségi kockázatnak kitett munkavállalókat foglalkoztató munkahely vezetője. Az állandó testület feladata a tervezés második lépésében elkészülő Helyzetkép véleményezése, a negyedik lépésben elkészülő Cselekvési terv véleményezése – e tevékenységek által a társadalmi nyilvánosság biztosítása.

HELYZETÉRTÉKELÉS

A kezdő lépés a tervezés feltételeinek, a tervezési környezetnek az elemzése, amelynek során feltérképezésre és értékelésre kerülnek azok a tényezők és résztvevők, melyek a tervezési folyamatot valamilyen módon befolyásolhatják. Ennek során szükséges azonosítani a lehetséges partnerek tervezéshez és megvalósításhoz szükséges erőforrásait, kapacitásait, összegyűjteni a közösség főbb jellemzőit és problémáit, valamint elemezni a kedvezően, vagy kedvezőtlenül befolyásoló belső feltételeket, külső hatásokat. Az egészségügyi szolgáltatásokkal való elégedettséggel kapcsolatos problémák feltárása érdekében eseti egyeztetése-

ket, beszélgetéseket is szükséges lefolytatni az érintett szervezetek képviselőivel.

A tervezéshez felhasználandó indikátorokat és az előállításhoz szükséges adatköröket a legnagyobb egészségvesztést okozó, valamint az egészségügyi szolgáltatásokkal való elégedettséggel kapcsolatos problémák, illetve az ezeket befolyásoló tényezők azonosítását követően lehet meghatározni. Az indikátorokat és az adatköröket úgy kell kialakítani, hogy minden lehetséges beavatkozási célterületre vonatkozóan álljanak rendelkezésre megbízható információk. Az indikátorok kiválasztása és az adatgyűjtés folyamata transzparens és megfelelően dokumentált módon kell történni. Az egészségtervezés első ciklusában az indikátorok kiválasztása, a második ciklusban a kiválasztott indikátorok revíziója – tehát a felülvizsgálata, esetleges kiegészítése, módosítása – történik meg. Az életkori sajátosságok eltéréseiből fakadóan célszerű külön-külön választani az indikátorokat a felnőtt és a gyermekpopulációra vonatkozóan.

Az adatok gyűjtése központilag történik a meglévő adatbázisok felhasználásával (szekunder adatgyűjtés), és új vizsgálatok kivitelezésével (primer adatgyűjtés). Az adatok elemzését az országos központ végzi el, a közösségi egészségtervezők feladata pedig az elemzések eredményeinek értelmezése a helyi vonatkozások megállapításával (pl. járási és országos halálozási adatok eredményeinek összehasonlítása), az elemzések eredményeinek hasznosítása a tervezés során. A második ciklustól kezdődően, a fenti lépések kiegészülnek a korábbi egészségtervek tapasztalatainak, a megvalósítás során jó gyakorlatoknak bizonyult cselekvések összegyűjtésével, elemzésével és értékelésével.

A PROBLÉMÁK AZONOSÍTÁSA ÉS RANGSOROLÁSA

A második lépésben a helyzetértékelés során előállított információk alapján történik a Cselekvési terv által megoldandó problémák azonosítása. A felmerülő problémákat két szempontból szükséges rangsorolni, azaz két problémalista készül: az egyik rangsor a legnagyobb egészségvesztést okozó problémákat, a másik rangsor pedig az egészség-élmény, az egészségügyi szolgáltatásokkal való elégedettséggel kapcsolatos, legfontosabb problémákat tartalmazza. Az első két lépés eredménye a Helyzetkép, amely részletesen ismerteti a megoldandó problémákat, a rangsorolási eljárást, valamint a rangsorok indoklását. Ez a dokumentum fontos inputja a kapacitástervezésnek, valamint – a lehetőségek mérlegelését és a beavatkozások kiválasztását követően – a Cselekvési tervnek. A Helyzetképet a közösségi Egészségtervezési Egyeztető Testület véleményezi.

A LEHETŐSÉGEK MÉRLEGELÉSE ÉS A BEAVATKOZÁSOK KIVÁLASZTÁSA

A harmadik lépés során a két problémalistából egy rangsort szükséges készíteni. A rangsor készítését megelőzően a közösségi egészségtervező feladata az országos központtól beszerezni a bizonyítottan hatásos beavatkozások,

jó gyakorlatok gyűjteményét. Ezt követően szükséges elvégezni az egyes beavatkozások értékelését a közösségben való felhasználhatóság, vagyis az adaptálhatóság szempontjából. Az értékelést követően végezhető el a rangsor készítése a két problémalista felhasználásával. Az eljárás során a problémák megoldása révén várható nyereség, valamint a számításba vehető beavatkozások erőforrásigényének súlyozásával történik az egyetlen probléma-beavatkozás ranglista összeállítása.

Olyan beavatkozások is figyelembe vehetők, melyek hatásosságára, eredményességére nincs tudományos bizonyíték. A lehetséges beavatkozások kiválasztásakor azonban előnyben kell részesíteni a tudományosan bizonyított hatékonysággal rendelkező, vagy a jelenlegi tudományos ismeretek alapján várhatóan hatásos eljárásokat. Az értékelések azért fontosak ebben a szakaszban, mert ezek mérlegelésével lehet a következő lépésben szakmai döntéseket hozni a konkrét cselekvések kialakításához. A lehetőségek mérlegelése (mint a szóba jövő beavatkozási lehetőségek, rendelkezésre álló erőforrások, előrelátható külső hatások) alapján kiválasztásra kerülnek a legnagyobb egészségvesztést okozó, valamint az egészségügyi szolgáltatásokkal való elégedettséggel kapcsolatos problémák megoldását célzó beavatkozások. A beavatkozások kiválasztásakor további szempontként merülhet fel a szomszédos közösségekkel való együttműködés. Szükség lehet olyan beavatkozásokra, melyek több közösség számára jelentenek megoldást, például az erőforrások, szakmai kompetenciák koncentrálásával.

A CSELEKVÉSI TERV ELKÉSZÍTÉSE

A közösségi egészségtervezés első ciklusában két cselekvési terv is készül: először a közösségi célok elérését segítő beavatkozásokat középtávon – 5 éves időszakra vonatkozóan – meghatározó cselekvési terv, majd pedig ennek felhasználásával a közösségi egészségtervezés első ciklusára vonatkozó egy éves cselekvési terv. A középtávú, közösségi problémákra reagáló cselekvési terv célja olyan tevékenységek meghatározása, amiket pontosított és felülvizsgált, éves cselekvési tervekre lehet bontani. Az éves cselekvési tervek készítésekor minden beavatkozáshoz meghatározzák az intézkedések során megvalósítandó feladatokat, az egyes feladatok felelőseit és a megvalósítás résztvevőit, az ütemtervet rövid illetve középtávra, a várható erőforrásigényt, a kockázatelemzést, és a részletes monitorozási, értékelési tervet. A már folyamatban lévő tevékenységek időközi értékelése során kapott eredmények alapján a cselekvési terv esetleges módosítására is sor kerülhet. A Cselekvési terv fő elemei javaslatok a közösségi egészségtervezők számára az egészségügyi ágazatban való fejlesztésekre vonatkozóan. A terv további elemeit ajánlásként fogalmazza meg a kapcsolódó ágazatok szervezetei (mint a köznevelési és felsőoktatási intézmények, gazdasági, szociális intézmények), az önkormányzatok, a civil szervezetek (mint Nagycsaládosok Egyesülete, egyházak) illet-

ve a lakosság (mint családok, egyének) számára. Az elkészített Cselekvési tervet a közösségi Egészségtervezési Egyeztető Testület véleményezi.

A MEGVALÓSÍTÁS

A megvalósítás során a Cselekvési tervben megfogalmazott ajánlások és javaslatok alapján a beavatkozások, akciók kivitelezése történik meg a közösségi egészségtervezés résztvevőinek (ágazati szereplőktől egészen a közösség tagjaiig) aktív bevonásával. A közösségi egészségtervezők a megvalósítást aktívan koordinálják (pl. módszertani segítséget és támogatást nyújtanak a megvalósításban részt vevő szervezeteknek).

A MONITOROZÁS

A Cselekvési terv megvalósításának eredménye a monitorozás eszközével követhető nyomon, vagyis a tervezési

folyamat keretében meghatározott, a beavatkozás nyomán elérendő célértékeivel, indikátoraival. A monitorozási tevékenység során fontos vizsgálni, hogy a kitűzött célok a tervezett módon, a cselekvési tervben rögzítettek alapján valósultak-e meg. A mérés az alábbi szinteken valósul meg: az output (azaz a kibocsátások, tevékenységek terméke); az outcome (azaz a hatások); a folyamat; illetve az egészség-élmény (az egészségügyi szolgáltatásokkal való elégedettség) szintjén.

A KÖZÖSSÉG BEVONÁSA

A közösségi egészségterv elkészítése során fontos a közösség tagjainak bevonása a tervezési lépésekbe és annak megvalósításába. Ez biztosítja, hogy a közösség egészségi állapota a tervezett beavatkozások révén költséghatékonyan javítható. Ehhez elengedhetetlen a folyamatos, széleskörű tájékoztatás a közösség felé a tervezés és az cselekvések megvalósításáról.

IRODALOMJEGYZÉK

[1] Sally C Davies, Eleanor Winpenney, Sarah Ball, Tom Fowler, Jennifer Rubin, Ellen Nolte: For debate: a new wave in public health improvement, *The Lancet*; 2014 Volume 384, No. 9957, p1889–1895, 22 November 2014

[2] Global Burden of Diseases Study; <http://www.healthdata.org/gbd> Magyarországra vonatkozó 2010-es adatok

A SZERZŐK BEMUTATÁSA



Túri Gergő 2012-ben végzett az Eötvös Loránd Tudományegyetem szociológia alapszakán. Jelenleg az Eötvös Loránd Tudományegyetem egészségpolitika, tervezés és finanszí-

rozás mesterképzésen végzős hallgató, szakdolgozatát a szájtüregi szűrés költség-hatékonyságáról írja. Emellett a TÁMOP 6.2.5 B kiemelt projektben dolgozik junior szakértőként, szakmai gyakorlatát az Emberi Erőforrások Minisztériumának Népegészségügyi Főosztályán végezte.



Vitrai József az Eötvös Loránd Tudományegyetem biológus szakán végzett, majd szerzett egyetemi doktori címet 1983-ban. A magyarországi egészségügyenlőtlenségek elemzése témában írt PhD dolgozatát 2011-ben védte meg a Pécsi Tudományegyetemen. Kezdeményező szerepet játszott a korszerű hazai egészségmonitorozás megvalósításában: 2000-ben és 2003-ban ő irányította

az Országos Lakossági Egészségfelmérés végrehajtását. Munkatársaival több alkalommal adtak közre egészségjelentéseket. A 2000 évek elejétől részt vett az hazai egészséginformációs stratégia, Egészségügyi Fejlesztéspolitikai Kon koncepció, a sérülés-megelőzési és a népegészségügyi szakpolitika, valamint az ágazati stratégia kidolgozásában, illetve a hazai egészségügyi rendszer teljesítményének értékelésében. Jelenleg a Nemzeti Egészségfejlesztési Intézetben az egészségmonitorozási tevékenységet irányítja.