TAPOLCAI JÁRÁS (TAPOLCAI KISTÉRSÉG) EGÉSZSÉGTERVE

Készítette a Tapolcai Egészségfejlesztési Iroda a Társadalmi Megújulás Operatív Program „Egészségre nevelő szemléletformáló életmódprogramok a kistérségben" című TÁMOP -6.1.2/11/3 programja keretében

Az egészségterv háttere, szükségessége:

„Azt hiszem, az egészség fogalmát előbb-utóbb tisztázni kell, nem orvosoknak, hanem költőknek és gondolkodóknak... Amit a klinikákon egészségnek tartanak, annak fertőtlenítő szaga van... Az egészség nem steril. Az egészségnek gyümölcsillata van." (Hamvas Béla: Gyümölcsóra)

Magyarország Kormánya elkötelezett az ország egészségügyi helyzetének további javítása mellett; egyik legfontosabb célkitűzése, hogy folyamatosan javuljon a magyar lakosság egészségügyi állapota. A megelőzés mellett fontos kormányzati cél a betegek gyógyulási esélyeinek javítása. Ezért vette a Kormány állami fenntartásba az eladósodott egészségügyi intézmények többségét, ami garanciát jelent a hatékonyabb, hosszú távon is biztonságos működésre. „Egészséges Magyarország 2014-2020 Egészségügyi Ágazati Stratégia"

Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény alapelvei körében az alábbiak szerint fogalmaz:

„Az egészség fejlesztését, megőrzését és helyreállítását az egészségügy eszközrendszere csak a szociális ellátórendszerrel, valamint a természeti és épített környezet védelmével, illetve a társadalmi és gazdasági környezettel együttesen, továbbá az egészséget támogató társadalmi gyakorlattal és politikával kiegészülve képes szolgálni."

A lakóhelyi életfeltételek, a helyi közszolgáltatások biztosítása az önkormányzat feladata. Ennek köréről és mikéntjéről a helyi önkormányzatokról szóló 1990. évi LXV. törvény 8. §-a 1. bek. rendelkezik az alábbiak szerint:

„A települési önkormányzat feladata a helyi közszolgáltatások körében különösen: ***a településfejlesztés, a településrendezés, az épített és természetes környezet védelme****, a lakásgazdálkodás, a vízrendezés és a csapadékvíz elvezetés, a csatornázás, a köztemető fenntartása, a helyi közutak és közterületek fenntartása, helyi tömegközlekedés,* ***a köztisztaság és településtisztaság biztosítása;*** *gondoskodás a helyi tűzvédelemről, a közbiztonság helyi feladatairól; közreműködés a helyi energiaszolgáltatásban, a foglalkoztatás megoldásában; az óvodáról, az alapfokú nevelésről,* ***oktatás****ról, az* ***egészségügy****i,* ***a szociális ellátás****ról, valamint a gyermek és ifjúsági feladatokról való gondoskodás;* ***a közösségi tér biztosítása,*** *közművelődési, tudományos, művészeti tevékenység****, sport*** *támogatása; a nemzeti és etnikai kisebbségek jogai érvényesítésének a biztosítása;* ***az egészséges életmód közösségi feltételeinek elősegítése****."*

Az egészségterv célja a tapolcai kistérség lakosai életfeltételeinek, életminőségének, s ezen keresztül **az itt élő emberek egészségi állapotának javítása az élet minőségét befolyásoló tényezők változtatásán keresztül**. Az egészségterv megvalósítása a tapolcai kistérségben élők testi, lelki és szociális „jól-létét" kell, hogy szolgálja.

Figyelemmel van a 46/2003. (IV. 16.) OGY határozattal elfogadott az „Egészség Évtizedének Népegészségügyi Programjára, valamint az „Egészséges Magyarország 2014-2020" egészségügyi ágazati stratégiában megfogalmazottakra.

E dokumentum létrejöttének „történelmi" előzményei:
az **Alma-Atai Nyilatkozat, 1978. szeptember 6-12.**
az **Ottawai Egészségfejlesztési Charta 1986. november 17-21.**

Az Egészségügyi Világszervezet (World Health Organization, WHO) 1948-as megalakulásakor az egészséget a következőképpen definiálta: „Az **egészség** a teljes testi, lelki és szociális jólét állapota, és nem csupán a betegség vagy fogyatékosság hiánya[1] [1]

A **betegség** legegyszerűbben úgy fogalmazható meg, mint az egészség ellentéte. A testi – lelki – szellemi egyensúly felborulása, amely akadályozza az ember mindennapos tevékenységét és a társadalmi életben való részvételét. A betegség lehet örökletes, szervi eredetű, bakteriális, vírusos, gombás, parazitás vagy sérülésből eredő. Ezenkívül lehet pszichoszomatikus, vagyis lelki eredetű is.

A **fogyatékosság** hosszan tartó fizikai, értelmi, pszichoszociális vagy érzékszervi károsodás, amely számos egyéb akadállyal együtt korlátozhatja egy adott személy teljes, hatékony és másokkal egyenlő társadalmi szerepvállalását. A fogyatékosság egy változó fogalom, bárki bármikor fogyatékossá válhat. A fogyatékosság nem betegség, hanem egy állapot, ami a fogyatékossággal élő személyek és az attitűdbeli, illetve a környezeti akadályok kölcsönhatásának következményéből adódik. Ezen akadályok gátolják a fogyatékos személyt a társadalomban való teljes és hatékony, másokkal azonos alapon történő részvételben.

Az egészség dimenziói:

- biológiai egészség: a szervezetünk megfelelő működése,
- lelki egészség: személyes világnézetünk, magatartásbeli alapelveink, illetve a tudat nyugalmának és az önmagunkkal szembeni békének a jele,
- mentális egészség: a tiszta és következetes gondolkodásra való képesség,
- emocionális egészség: az érzések felismerésének, illetve azok megfelelő kifejezésének a képessége,
- szociális egészség: másokkal való kapcsolatok kialakításának egészsége.

Az **egészség** a legtágabb értelemben optimális jóllétként értelmezhető, mely egyszerre **eszköz, cél és erőforrás** is. Az egészség előfeltételeinek és különböző szintű befolyásoló faktorainak alábbi áttekintéséből is következik, hogy ***az egészség nem lehet egy-egy tárca, szakterület vagy szervezet kizárólagos ügye, felelőssége, kompetenciája.***

[1] . WHO. Constitution of the World Health Organization, Geneva, 1946. Accessed Page 20 of "NATIONAL MENTAL HEALTH POLICY 2001-2005" on March 2001

Széleskörű és jól koordinált államigazgatási, üzleti és civil összefogással, az intézkedések és cselekvések egészséghatásának megfelelő mérlegelésével javítható a népesség egészsége.

Az egészség védelme, megőrzése, annak fejlesztése a különböző „színtereken" valósulhat meg.

A **színtér** olyan „hely", ahol az *egyén* „otthon van", ahol a *probléma* is „otthon van", és ahova, az előzőekből adódóan a beavatkozást is el kell juttatni.
Az első „szintér" az első szocializációs hely: a család. A család utáni szocializációs szint, ahol az egyén társadalmi kapcsolata és normakövetése megvalósul.

Az egészségfejlesztésben alkalmazott színtér megközelítés a mindennapi élet szintereinek tekint szűkebb értelemben minden önkéntes közösségi (informális csoportos) rendszeres aktivitást.

Tágabban, azon formális csoportokat is ide sorolja, ahol mód van az informális kapcsolatok erősítésére, mellyel a közösségi támogatottságot és így az egészséget is lehet fejleszteni (pl.: oktatási intézmények, munkahelyek, speciális célcsoportot ellátó intézmények, kistelepülések, település részek, lakótömbök, stb.).

Az egyes színterek további jelentőségét az adja, hogy nagy létszámú társadalmi csoportok csak egyes speciális színtereken érhetők el. Egy kis közösség (színtér) felelőssége az is, hogy úgy mondjon magáról valamit, hogy a felsőbb szinten tervezett koncepciók és fejlesztési stratégiák, tervek azt számításba is tudják venni. Ily módon biztosítható, hogy a helyben meglévő források kiegészítése, támogatása felhasználható és fenntartható módon valósuljon meg. A lokális színterek egészségtervei összekapcsolhatóak, egymást kiegészítik és megalapozzák a felsőbb szintű, komplexebb egészségterveket.

Egy városi vagy kistérségi egészségterv – mint ez is - akkor értelmezhető, ha a lokális színterek, kompetenciájukba nem tartozó problémáit térképezi fel és azok kezelésére törekszik.

Az **egészségterv** - célrendszerét tekintve - végső soron az egészségről szól, de nem az egészségügyi („betegségügyi") ellátás terve. ***Nem pusztán több, hanem valami egészen más***.

Az egészségterv hozzásegít minket a lakosság, mint a különböző színterek szereplői, ***életminőségének javításához***. A színtér alapú egészségfejlesztési tevékenység pozitív közösségi mintát szolgáltatva megkönnyíti az egyén „egészségesebb" választásait.
Ezen egészségtervek általános, hosszú távú (globális) célja a társadalmi versenyképesség javítása, optimalizálása. Egészségi állapotunk döntő mértékben meghatározza életkilátásainkat, jövőnket, egyéni, családi és közösségi szinten egyaránt, és **alapjaiban határozza meg életminőségünket.**

2004-es adatok szerint Magyarországot a születéskor várható élettartam tekintetében a szomszédos országok több mint fele megelőzi. A környező európai országok közül egyetlen országban (Ausztriában) éri el a születéskor várható élettartam a 79 évet,

hat országban 74-77 év között van, öt országban 71-74 év között, míg három országban 66-71 év között.

Születéskor várható élettartam					
Nők			Férfiak		
1990	*2001*	*2013*	*1990*	*2001*	*2013*
73,71	**76,46**	**78,73**	**65,13**	**68,15**	**72,01**

Mint látható 1990-től 2013-ig mintegy 5 évvel nőtt mind a nők, mind a férfiak esetében a születéskor várható élettartam, ***azonban*** az egészségben eltöltött évek száma nem nőtt jelentősen, azaz: betegen élünk tovább.

Az egészségterv tervezésével, majd annak megvalósításával olyan változások kezdőd(het)nek meg az autonóm módon szerveződő, korlátozott forrásokkal rendelkező, színterekhez kötődő közösségekben, melyek hatásuk összeadódásával a társadalmi versenyképesség erősödését segítik elő.

A Tapolcai Kistérség helyzetértékelése

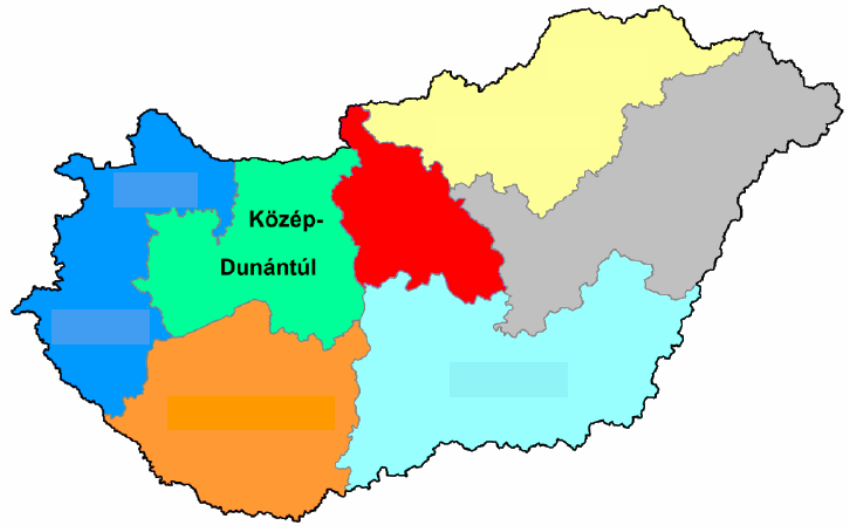
Földrajzi elhelyezkedése

A kistérség – a jelenleg érvényes természetföldrajzi tájbeosztás szerint (MAROSI–SOMOGYI 1990) – két nagytáj, a Dunántúli-középhegység és a Dunántúli-dombság találkozási zónájában terül el. Ezen belül féltucatnyi kistájból tevődik össze. Északi része a Bakony vidékhez tartozik, míg a Balaton néhány kilométer széles közvetlen parti sávja, valamint a Tapolcai-medence egésze sorolódik a Somogyi-dombságot északról kísérő Balaton-medence kistájaihoz.

A középtájakon belül a *Veszprém–Nagyvázsonyi-medence* területére esik Taliándörögd és Vigántpetend. Tőlük délnyugatra ugyancsak a Déli-Bakony területén helyezkedik el a *Kab-hegy–Agártető-csoport* kistáj néhány települése: Kapolcs, Monostorapáti és Hegyesd. Szintén a Déli-Bakonyba esik még a *Sümeg–Tapolcai-hát* két községe: Zalahaláp és Sáska. Keleten a Balaton-felvidék és kismedencéi tájegységhez tartoznak a Káli-medence települései. Ettől nyugatra egy önálló kistájjal – *Badacsony–Gulács-csoport* – zárul a Bakony vidék.

A tóparti települések Badacsonyörstől Révfülöpig már a *Balatoni-Riviéra* kistájhoz sorolódnak, míg nyugaton helyezkedik el – a névadó várossal – a *Tapolcai-medence* kistáj.

Már ebből az egyszerű felsorolásból is tükröződik, hogy a kistérség mennyire változatos tájföldrajzi adottságokkal rendelkezik, melyek – a természeti jellegeken túl – alapvetően meghatározzák a helyi gazdasági-társadalmi viszonyokat is.





A Tapolcai kistérséget (járást) 33 település alkotja, melyből 2 város. A települések népességnagyság – kategória szerinti megoszlása a táblázatban látható. A járás területe 540 km^2, a megyében a harmadik legnagyobb területű járás. Népsűrűsége 63,7 fő/km^2.

Járás	Települések száma népességnagyság-kategóriák szerint						
	-499	500 - 999	1000-4999	5000-9999	10000-49999	50 000-	Összesen
Tapolcai	19	7	6	-	1	-	33

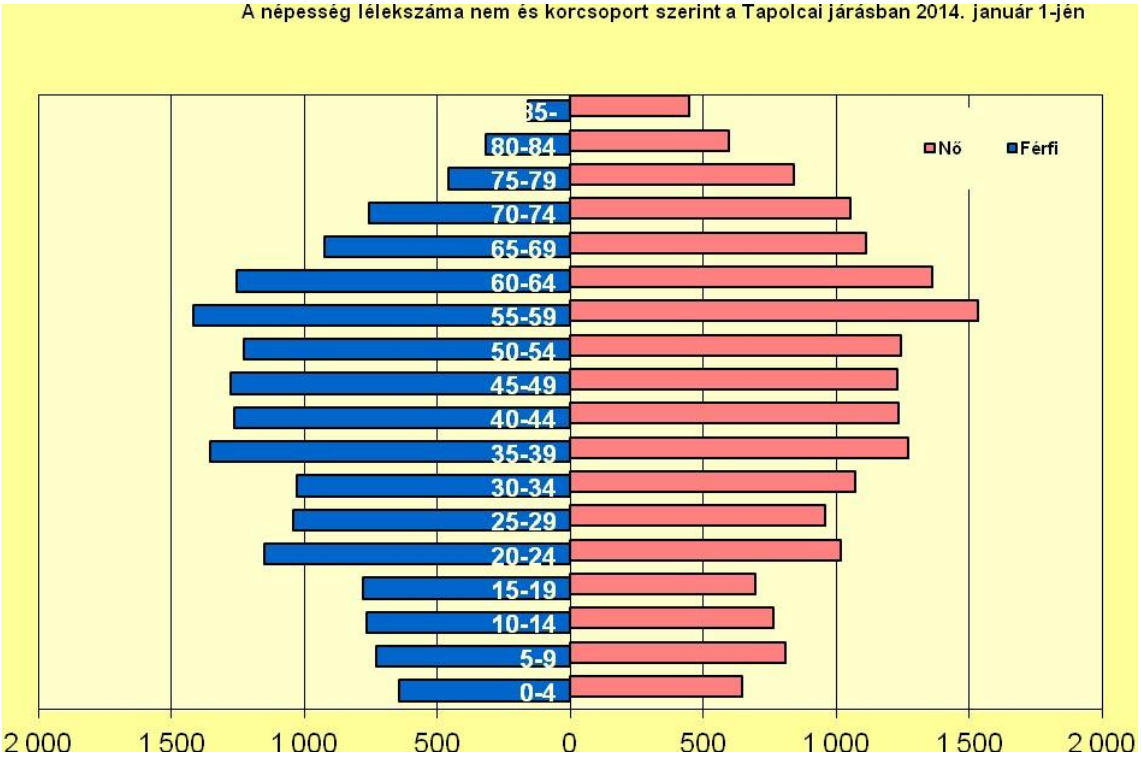
Települések száma népességszám szerint a Tapolcai járásban – 2013. Forrás KSH

A kistérséget az alábbi települések alkotják:

- Ábrahámhegy
- Badacsonytomaj
- Badacsonytördemic
- Balatonederics
- Balatonhenye
- Balatonrendes
- Gyulakeszi
- Hegyesd
- Hegymagas
- Kapolcs
- Káptalantóti
- Kékkút
- Kisapáti
- Kővágóörs
- Köveskál
- Lesencefalu
- Lesenceistvánd
- Lesencetomaj
- Mindszentkálla
- Monostorapáti
- Nemesgulács
- Nemesvita
- Raposka
- Révfülöp
- Salföld
- Sáska
- Szentbékkálla
- Szigliget
- Taliándörögd
- Tapolca
- Uzsa
- Vigántpetend
- Zalahaláp

A kistérség lakossága:

A kistérség (járás) lakosságszáma 2014. január 1-jén 34423 fő volt. Népességének kor-megoszlása az ***elöregedő társadalmakra*** jellemző korfát mutatja. A körte alakú korfa az utóbbi évtizedek **alacsony termékenységét** jeleníti meg. A **népesség öregedésének** demográfiai jelensége figyelhető meg.



A Tapolcai kistérség (járás) népességének alakulása nem és életkor szerint 2014 *Forrás: KSH*

Korcsoport, éves	2014. január 1-jén		
	férfi	nő	összesen
0 – 4	644	644	1 288
5– 9	731	808	1 539
10–14	765	763	1 528
15–19	779	694	1 473
20–24	1 152	1 017	2 169
25–29	1 043	959	2 002
30–34	1 026	1 073	2 099
35–39	1 352	1 270	2 622
40–44	1 264	1 234	2 498
45–49	1 278	1 228	2 506
50–54	1 225	1 245	2 470
55–59	1 417	1 534	2 951
60–64	1 253	1 362	2 615
65–69	923	1 110	2 033
70–74	757	1 051	1 808
75–79	458	842	1 300
80–84	319	597	916
85+	161	445	606
Összesen	**16 547**	**17 876**	**34 423**

A Tapolcai kistérség (járás) népességszáma nemenkénti és korcsoporti bontásban 2014. január 1-jén (*Forrás: KSH)*

Születéskor általában férfitöbblet figyelhető meg, mely a magasabb férfi halandóság miatt az életkor előrehaladtával kiegyenlítődik, majd átvált nőtöbbletbe, mely tartósan az 50-54 éves korcsoporttól alakult ki. A magasabb életkorban, 80 év felett már több mint kétszerese a nők lélekszáma a járásban élő hasonló korú férfiak számához képest.

A Központi Statisztikai Hivatal adatai szerint a járásban élő populációra vonatkoztatva a természetes fogyás 1000 lakosra vetített értéke 2010. és 2013. közötti periódusra számítva **-5,2,** amely az országos értékhez képest kedvezőtlenebb (országos 2013-ban: -3,9). A 2013. évi élveszületési és halálozási adatok szerint az ezer lakosra számolt élveszületés 7,1 volt, míg a halálozás 12,1 (országos 9,0 és 12,8). Az országos értékekhez képest a születések száma kedvezőtlenebb a kistérségben.

A Központi Statisztikai Hivatal adatai szerint a Tapolcai kistérségben élő populációra vonatkoztatva a természetes fogyás 1000 lakosra vetített értéke 2000. és 2009. közötti periódusra számítva -3,9 (országos 2009-ben: -3,4). A kistérség lakosságszáma csökkent, 2004–ben a férfi és a női lakosság száma 18.465 és 19.708 fő volt, 2009-ben 18.069 és 19.171 fő volt. A 2009. évi élveszületési és halálozási adatok szerint az ezer lakosra számolt élveszületés 7,7 volt, míg a halálozás 12,6 (országos 2009-ben 9,6 és 13,0).

Gazdasági és társadalmi környezet

A térség ipara viszonylag fejletlen. A kistérség összterületének 77%-a természetvédelmi terület, egyharmada közvetlenül a Balaton partján fekszik és a 33 kistérségi település közül 29 a Balaton-felvidéki Nemzeti part területéhez tartozik. Mindez jelentős mértékben korlátozza nemcsak a nagyobb ipari létesítmények létrehozásának lehetőségét, de a szántóföldi növénytermesztésben és állattenyésztésben elképzelhető fejlesztési irányokat is. Kiváló a lehetőség azonban a gyógy-turizmus kiépítésére és a biogazdálkodásra is.

A kistérségben jelentős szerepe van az idegenforgalomhoz kapcsolódó vendéglátóiparnak, valamint a mezőgazdaság területén a szőlészet-borászatnak, erdőgazdálkodásnak, vadászat-halászatnak és az erre épülő feldolgozóiparnak. (A borászat mellett sajnálatos módon a borkultúra fejlettsége elmaradottabb, amit markáns módon jelez a kistérség májbetegeinek és a cirrhosis okozta halálozásának magas mutatója.) A mezőgazdasági ágazatot az elaprózott birtokviszonyok jellemzik. A termelők együttműködése, idegenforgalomba történő integrálása lassú lépésekkel halad előre.

A 2010. januári adatok alapján a kistérségben élők 68%-a a munkavállalási korú lakossághoz tartozott. A térség foglalkoztatására jellemző, hogy tavasztól őszig a Balaton-part idegenforgalmához kapcsolódó munkalehetőségeknek köszönhetően az átlagosnál lényegesen jobb a munkaerő-piaci helyzet, ősszel viszont megkezdődik a visszaáramlás az ellátási rendszerbe.

Az 1990-es évek megyei átlagot jelentősen meghaladó – 7 % feletti - kistérségi foglalkoztatási gondjai az elmúlt években fokozatosan enyhültek, 2000-ben 5.5%-t, 2003-ban mindössze 4.7 %-t tett ki a regisztrált munkanélküliek aránya. Ez már a kistérségi átlag alatti arány és a harmadik legalacsonyabb a kistérségek között. 2007 és 2077 között az a mutató folyamatosan emelkedett, és majdnem a duplájára nőtt.

A KSH adatai szerint 2011. I. negyedévében az országos munkanélküliségi ráta 11,6% volt. Ebben az időszakban a Közép-Dunántúli régióban 9,6%-os, Veszprém megyében 10,8%-os, a tapolcai kistérségben 9,7%-os volt a munkanélküliségi ráta.

Infrastrukturális háttér

A tapolcai kistérség úthálózata nem megfelelően kiépített. A településközi forgalmat a 71-es, a Veszprém- Nagyvázsony- Tapolca- Balatonederics településeken áthaladó 84-es, valamint a kisebb összekötő utak biztosítják. A növekvő idegenforgalom és elsősorban az útépítéssel összefüggő közúti áruszállítás megnövekedése miatt jelent problémát (idő, balesetek) az utak jelenlegi gyenge minősége.

A kistérség infrastrukturális adottságai változatos képet mutatnak, és az elmúlt 10 évben hatalmas fejlődésen mentek keresztül. Ennek köszönhetően a kistérség ma fejlettségében nem marad el a megye többi területétől. Országos adatokat figyelembe véve (a bolthálózat, a lakásellátottság, a kereskedelmi szálláshelyek, a gázhálózati ellátás, a közoktatási infrastruktúrák száma és állapota, alapján) a középmezőnyben foglal helyet, a megye 10 kistérsége között a negyedik helyen állt 2010-ben. A legmagasabb az ellátottság a térség településeit tekintve a közüzemi vízellátás és a csatornázottság terén.
Valamennyi településen működik közművelődési feladatokat ellátó intézmény, jellemzően a könyvtári szolgáltatásokkal közös a feladatellátás. Minden településen rendelkezésre áll közösségi színtér, és igen sokféle civil szervezet közreműködik a helyi közösségi feladatok ellátásában.

Közösségi színterek											
Település	**Kultúra**	**Nyugdíjas**	**Sport**	**Ifjúsági**	**Nagycsalá-dosok Egyesülete**	**Vörös-kereszt**	**Tűzoltóság**	**Egyéb civil**	**Honism**	**eMagy.**	**Kézműv.**
Ábrahámhegy	X					X	X	X		X	
B.tördemic	X	X	X	X		X				X	
Badacsonytomaj		X	X			X	X	X	X		X
Balatonederics	X		X					X		X	
Balatonhenye		X									
Balatonrendes	X							X		X	
Gyulakeszi	X	X	X			X		X			
Hegyesd				X				X			
Hegymagas		X		X				X			
Kapolcs	X			X	X	X	X		X		X
Káptalantóti		X				X	X				
Kékkút							X				
Kisapáti	X	X									
Kővágóőrs		X					X				
Köveskál	X			X			X				
Lesencefalu				X			X				
Lesenceistvánd	X	X	X			X				X	
Lesencetomaj	X										
Mindszentkálla		X									
Monostorapáti	X	X		X	X		X				
Nemesgulács		X		X							
Nemesvita			X							X	
Raposka	X										
Révfülöp	X	X	X						X	X	
Salföld											
Sáska		X				X	X				
Szentbékkálla		X									
Szigliget		X		X			X				
Taliándörögd		X	X	X							
Tapolca	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Uzsa			X							X	
Vigándpetend											
Zalahaláp	X	X					X			X	X

Forrás: A Tapolcai kistérség egészségterve, 2009

Természeti adottság, a természeti környezet jellemzői:

A kistérség életében meghatározó szerepet tölt be a Balaton, területe a Balaton északi partjára támaszkodó Dunántúli középhegység részét képezi.

A terület jelentős része 200-300 m tengerszint feletti magasságú. Kiterjedt fennsíkok, vulkáni tanúhegyek, hegyközi medencék és eróziós völgyek, valamint völgyekkel enyhén tagolt hegyláb felszínek változatos formái jellemzik. A Tapolcai medence és a Káli medence között található a Balaton-felvidék egyedülálló vulkáncsoportja.

Az építőipari-, ipari bányászatot környezetvédelmi okokból jelentős mértékben visszafejlesztették. A felhagyott bányák csak részben kerültek rekultiválásra, ezen a téren számos feladat megoldatlan.

A kistérség területe érzékeny a földhasználat, a zöldterület gazdálkodás, a természet-védelmi oltalom alatt álló területek szempontjából. Szerencsés a helyzet az erdősültséget tekintve mert az ország 18,5 %-os erdősültségével szemben, a kistérség erdősültsége 33,9 %.

A Balaton-felvidéki Nemzeti Park területe (56697 ha) hazánk természeti szépségekben egyedülállóan gazdag vidéke, természeti értékei sajátosak, némelyik egyedül csak e térségre jellemző (Balaton, Kis-Balaton, Tapolcai-medence

tanúhegyei). A nagy tájképi egységek, mint nagykiterjedésű tófelszín, mocsárvilág, síkságok, medencék, tanúhegyek és hegységek változatosan és sokszínűen ékesítik e tájat. Mindezek kedveznek az élővilág gazdag változatosságban történő kifejlődésének és megmaradásának, s egyedülálló és megismételhetetlen értéket képviselnek.

A kistérség településeiből csak 2 nem érintett a Balaton-felvidéki Nemzeti Park természet-védelem alá helyezett területeiből. Ezek Sáska és Zalahaláp települések.

A Nemzeti Park jelentős részét képezik a kistérség területébe tartozó Káli-medence, a bazalthegyek valamint a Tapolcai-medence. Ugyancsak a kistérség területén található az Edericsi-erdő, a Tapolcai Tavasbarlang, valamint az Uzsai csarabos erdő is.

A térség éghajlata

Nemcsak tájképi, de hidrometeorológiai szempontból is uralkodó eleme a területnek a Balaton. Szerepe elsősorban abban áll, hogy a part menti, néhány száz méteres sávban párolgó vize a levegőt párásabbá; tükre ezt a sávot, szétszórva benne a sugarakat, fényben gazdagabbá; síkja a rácsapó szelet sebesebbé teszi. Ugyanez a szűk környezet tavasszal egy-két nappal később melegszik fel, ősszel ugyancsak néhány nappal később hűl le, mint a tágabb környék.

Az egész területre egységesen jellemző a fénybőség, egyenletes eloszlású, ősszel-télen néha a kelleténél több, általában azonban közepes csapadékmennyiség, télen a viszonylagos hógazdagság, az enyhe telet, nem túl meleg nyarat biztosító kiegyenlített hőmérséklet.

A térség talajtani adottságai

A Balatontól északra igen változatos geológiai alapanyagon (dolomit, lösz, bazalt, pannon üledékek, permi homokkő, harmadkori mészkő, stb.) nagyon változatos talajtakaró alakult ki.

A kistérség jelentős ásványvagyonának köszönhetően a bányászatból eredően károkat szenvedett, melyek elsősorban a táj természeti értékeinek károsodásában nyilvánultak meg. A károk közül a legérzékelhetőbb a karsztvízszint süllyedés, valamint a felszín feletti bányászatból adódó tájsebek keletkezése. A bányászatból kialakított nyitott karsztok szennyeződés-gyorsító hatása egyrészt veszélyezteti az ivóvízbázist, és illegális hulladéklerakóként szolgálnak, másrészt rontják a térség turisztikai vonzerejét.

A bányászat gazdasági előnyeit természetesen nem lehet elvitatni, azonban az esetek legnagyobb részében a bányászati tevékenységet követően a kötelező helyreállítási munkálatokat a kötelezettek nem végezték el. Ennek következtében a kistérségben is számos „gazdátlan” rekultiválatlan tájseb található, amelyek a környezetet terhelik.

Felszíni vízkészlet

A Balaton a Közép-Dunántúli régió egyik legfőbb vízgyűjtője. Felszíne 600 km^2, víztömege átlagosan 2000 millió m^3.

A kistérség területén található a Balaton északi parti vízfolyásainak jelentős része, a Kétöles-patak, a Tapolca-patak, az Eger-víz és a Burnót-patak.

A felszín alatti vízkészlet

A kistérség települései közül Hegymagas, Raposka, Tapolca, Sáska, Zalahaláp, Hegyesd, Monostorapáti, Kapolcs, Taliándörögd, és Vigántpetend felszín alatti vizei a Bakony főkarsztvíz rendszerébe tartoznak, annak ellenére, hogy az utóbbi három község jelentős elkülönült fedőkarsztvíz-rendszerrel is rendelkezik.

A térség rendkívül gazdag forrásokban. A karsztvízszint emelkedése miatt reális esély van arra, hogy a kistérségben egyre több forrás fog visszatérni.

Kétöles-patak: Zalahaláp - Újdörögdtől északra, a fővízválasztó közelében ered és Tapolca nyugati részét érintve jut le a Tapolcai-medencébe és onnan több más vízfolyással párhuzamosan folyik a Balatonba. Vízgyűjtő területe 9,6 km^2, hossza 10,8 km.

Tapolca-patak: A vízfolyás Szent György-hegyhez és Szigligethez közel, a Tapolcai-medence keleti oldalán folyik a Balatonba és közvetlenül Szigliget mellett torkollik a tóba. Vízgyűjtő területe 39,5 km^2, hossza 10,2 km.

Eger-víz: (Eger patak) A Balaton-felvidéki részvízgyűjtő legnagyobb vízgyűjtővel rendelkező és leghosszabb vízfolyása. Öcs község határában ered és rövid táv megtétele után Vigántpetend közelében egyesül a Vázsonyi-Séddel. Kapolcs belterületén torkollik bele a Ráskói-patak, s ezt követően keresztül folyik a Monostorapáti határáig tartó völgyön. Itt a Vese-patak folyik bele, majd a hegyesdi víztározóba jut. A tározóból elfolyó Eger-víz Diszel, Gyulakeszi, Nemesgulács érintésével több kisvízfolyás vizével gyarapodva, Badacsonytördemic és Szigliget között folyik a Balatonba. Vízgyűjtő területe 365,6 km^2, hossza 32,0 km.

Burnót-patak: A legnagyobb vízgyűjtője a Burnót-pataknak van, amely legnagyobbrészt a Káli-medence vizeit szállítja a Balatonba. A patak tulajdonképpen két ágból folyik össze: a Balatonhenye és Kapolcs között eredő Dobogó-pataki ágból és a Fekete-hegy lábánál Köveskál és Balatonhenye között fakadó vízfolyásból, melyek Köveskál fölött egyesülnek. A medencében a Sásdi-patak és több ároknak nevezett vízfolyás torkollik a Burnót-patakba, amely Ábrahámhegy községen keresztül a Balatonba folyik. Vízgyűjtő területe 82,2 km^2, hossza 9,2 km.

A felszíni vizekre vonatkozó kérdéskörben, különös tekintettel a kistérség felszíni adottságaira, nagy feladat hárul az önkormányzatokra a felszíni vízelvezetéssel kapcsolatosan. A települések csapadékvíz elvezetése nagyrészt nyílt árkokban, kisebb részt burkolt, illetve zárt rendszerben történik.

A legnagyobb karsztforrás a tapolcai Malom-tó forrás volt ebben a térségben. A Tavasbarlang turisztikai-idegenforgalmi célokat szolgált.

Karsztból származik a taliándörögdi Mosókút-forrás, melynek vize az Eger-patakba jut. Kapolcson. a Verőfényes források, a dolomitból fakadó Valéria források, a Mázas kút és a Fűrészmalmi forrás.

Kékkúton a szénsavas Theodora forrás is természetes állapotában működik és vizét palackozzák. Kővágóőrs-6 mélyfúrású kút vizét is palackozzák, Badacsonyörs savanyúvize a Királykék.

Az 1960-as években a dinamikus fejlődésnek indult bauxitbányászat bontotta meg az évtized elején még zavartalan vízháztartási egyensúlyt. Ettől kezdve a térség főkarsztvíz rendszerében már nem beszélhetünk természetes állapotról.

A Nyirád környéki bauxitbányászat víztermelésének azonban az volt a célja, hogy természetes utánpótlást meghaladó vízelvétellel depressziót alakítson ki a bánya műveletek védelmére. A kedvezőtlen vízföldtani adottságokkal bíró térségben hatalmas méretű depresszió jött létre. Ezért ezen a területén az úgynevezett *aktív vízvédelmet* alkalmazták. Ezzel a módszerrel a bányaművelés megkezdése előtt fúrt vagy erre a célra épített függőleges aknákban elhelyezett búvárszivattyúkkal emelték ki a vizet, így a helyi vízszint csökkenését érték el és a bányászatot vízmentes körülmények között végezhették. A karsztvíz szintjének állandó ellenőrzésére megfigyelő hálózatot alakítottak ki. Az így kiemelt vízből jó minőségű ivóvizet adtak Tapolcának és a Balaton északi parti települések regionális ivóvíz ellátásához. Egyes szakemberek szerint az itt folytatott vízkiemelés veszélyeztette Hévíz gyógyvizét, de sem ezt, sem ennek ellenkezőjét nem bizonyították egyértelműen.

A jelentős mennyiségű vízkiemelés következtében a fúrt kutak sorra elapadtak, gyakorta az „üres lukak” más felhasználási lehetőséget kínáltak (pl. szennyvíz tárolás, ami a karszt jellemzőit figyelembe véve, hatalmas szennyezés lehetőségét hordta magában).

1989-ben kormányzati döntést követően Nyirád térségében, ahol az aktív vízvédelmet alkalmazták a bányászatot leállították. A bánya „visszarablását” követően a vízkiemelést is megszüntették, ezzel fokozatosan csökkent a depresszió, a földalatti karsztban a vízszint emelkedett.

A termálvíz gyógyászati célú felhasználása iránt és egyre erőteljesebb az érdeklődés. A térségben Tapolcán sikeres termálvíz feltárás történt 1970-ben. 1986-ban felújítással ma is működőképes termálkút létesült. Vízének ásványvízzé történő minősítése folyamatban van.

A közüzemi vízellátás aránya (2010-ban a lakások 99,1 %-a a vezetékes ivóvízhálózatba bekacsolt) jónak ítélhető (Veszprém megyei átlag: 98,2%), azonban a rendszer elöregedett. A kistérségben magas a külterületi lakott helyek száma és az ott élők aránya. Részükre a vezetékes ivóvízhálózat kiépítése indokolt és szükséges előttünk álló feladat.

Lényegesen alacsonyabb azonban a közüzemi **szennyvízcsatorna-hálózatba** bekapcsolt lakások arány (2010-ban 77,4%), ami a Balaton törvény szigorító rendelkezéseinek figyelembe vételével sürgősen megoldandó feladat (Veszprém megyei átlag: 81,5%).

Szennyvízkezelés

A kistérség földrajzi elhelyezkedésénél fogva jelentős szennyeződésre érzékeny területekkel, ivóvízbázissal, vízminőségvédelmi szempontból kiemelten védendő Balatonnal és kis vízhozamú vízfolyásokkal rendelkezik.

A szennyvízelvezetés és -tisztítás szükségessége mindenki számára egyértelmű, azonban prioritást csak az EU csatlakozással párhuzamosan kapott. A kistérségben az egyik legfajsúlyosabb kérdés a szennyvízkezelés megoldása.

A Balaton üdülőövezeten belül regionális szennyvízelvezető rendszer alakult ki. A badacsonytördemici szennyvíz-telepre 3 ágon (hossza 8,9 km), valamint a Szigligeti ágon (hossza 6,5 km) érkezik a szennyvíz. A kistérségben Révfülöpön, Tapolcán és Kékkúton működik még önálló tisztítórendszer. Hegyesd és Taliándörögd településeken előkészítés alatt áll a szennyvíztisztítás megoldása.

A kistérség egy részén a szennyvízkezelés megoldatlan, mind a csatornával való ellátottság, mind a szennyvíztisztítás kérdésében. A csatornázatlan területeken a keletkező szennyvíz eltávolítása szippantással történik.

Hulladékkezelés

A kistérség területén található települések hulladékkezelési szempontból a megyei átlaghoz viszonyítva igen kedvező állapotot mutatnak. A települési önkormányzatok gondosságára utal az a helyzet, hogy a kistérség 33 településén - Uzsa és Vigántpetend kivételével megoldott a kommunális hulladékok kezelése. A hulladékkezelés tipikusan olyan feladat, amely csak regionális szintű kezeléssel oldható meg eredményesen és gazdaságosan. Ezt felismerve szervezték meg a települések az elérhető szolgáltatók által nyújtott szolgáltatások igénybevételét.

A kistérségben keletkező kommunális hulladékok kezelését a Tapolcán, a Balatonrendesen és Balatonfüreden lévő (a kistérség működési területén kívüli) engedéllyel működő lerakó telepeken végzik.

Halandóság

Általános halálozás

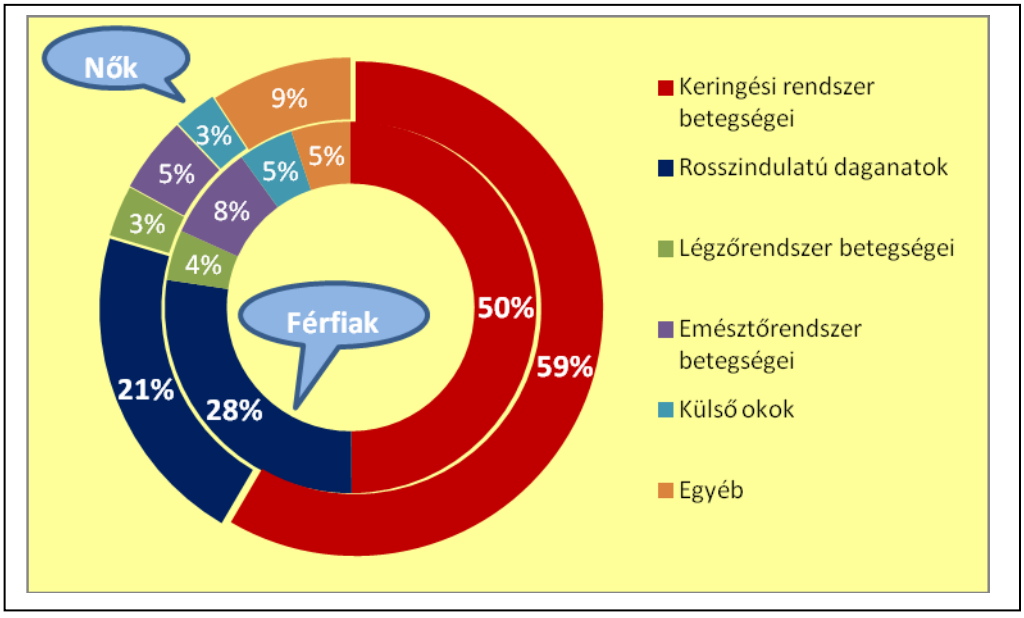
A halálozások több mint fele a keringési rendszer betegségei, negyede a rosszindulatú daganatos betegségek, 7%-a az emésztőrendszer betegségei, 4%-a a légzőrendszer betegségei és szintén 4 %-a külső okok miatt következett be a járásban (2008-2012. évi összevont adatok alapján). Az arányok nemenként eltérően alakultak.

A **férfiaknál** a halálozások 50%-át a **keringési rendszer betegségei** adták, mutatva e betegségcsoport népegészségügyi jelentőségét. A haláloki struktúra második helyén álló rosszindulatú daganatos betegségek miatt bekövetkező halálozások 28%-os részarányt képviseltek. Az emésztőrendszer betegségei okozta halálozás 8%, a légzőrendszer betegségei okozta halálozás 4%, a mortalitás külső okaként bekövetkezett halálozások (pl. erőszakos cselekmények, balesetek, öngyilkosság) 5% volt.

A **nőknél** a halálozás 59%-áért felelősek a **keringési rendszer betegségei**, ezzel a haláloki gyakorisági lista első helyét foglalták el.

A vezető halálokok második helyén a rosszindulatú daganatos betegségek álltak, a nők halálozásának 21%-át adták. Az emésztőrendszer betegségei miatti halálozás 5%-os részarányt képviselt. A légzőrendszer betegségei miatt történt halálesetek részaránya 3%, a mortalitás külső okai miatt bekövetkező halálozás részaránya szintén 3% volt.

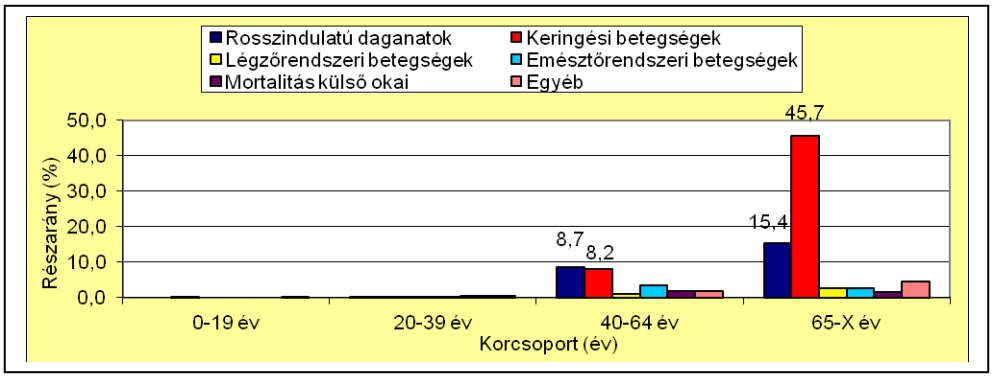
A rosszindulatú daganatos betegségek, az emésztőrendszer-, a légzőrendszer betegségei, valamint a külső okok miatti halálozás a nőkhöz képest a férfiaknál magasabb részarányt képviselt az összhalálozásban.



A 0-X éves férfiak és nők haláloki struktúrájának alakulása a Tapolcai kistérségben (járásban), 2008-2012.
Forrás: ÁNTSZ Halálozási és Megbetegedési Mutatók Információs Rendszere

Az arányok a különböző életkorokban is jelentősen változtak. A halálesetek legnagyobb arányban, idős korban (65 éves kor felett) következtek be. Idős korban a vezető halálok a keringési betegségek miatti halálozás, második helyen a rosszindulatú daganatos betegségek miatt halálozás áll. A vizsgált időszakban (2008-2012) a halálesetek 27,2%-a a korai halálozás csoportjába tartozott, tehát az elhunytak 65 évnél fiatalabbak voltak. Ebben a csoportban a vezető halálok a

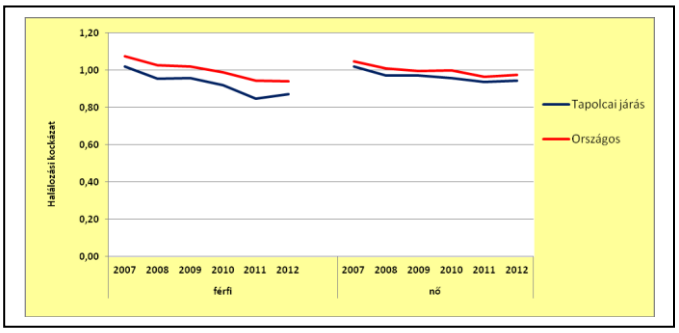
rosszindulatú daganatos betegségek miatti, második helyen a keringési betegségek miatti halálozás áll.



A 0-X éves férfiak és nők haláloki struktúrájának alakulása a Tapolcai járásban,2008-2012.

Forrás: ÁNTSZ Halálozási és Megbetegedési Mutatók Információs Rendszere

A kistérség (járás) férfi és női lakosságának általános halálozási kockázata a vizsgált időszakban (2007-2012) az országos szintnél alacsonyabb volt és követte az országos trendet.



Az összes halálok (BNO-10: A00-Y98) miatti halálozási kockázat alakulása a Tapolcai kistérségben (járásban) és Magyarországon, 2007-2012.

Forrás: ÁNTSZ Halálozási és Megbetegedési Mutatók Információs Rendszere

Az általános halandóság korcsoportonkénti vizsgálata során azt láthatjuk, hogy a járásban a férfiak és nők halandósága korcsoportonként az országos szintnél alacsonyabb, kivétel a 0 évesek korcsoportjában, ahol az általános halandóság az országos szint felett van.

A 0-X éves férfiak és nők halálozásának eltérései a magyarországi átlagtól a Tapolcai kistérségben (járásban), korcsoportonként, 2008-2012.

Forrás: ÁNTSZ Halálozási és Megbetegedési Mutatók Információs Rendszere

Korcsoport	Standardizált Halálozási Hányados (%) *(zárójelben a*	
	FÉRFIAK	**NŐK**
0	110 *(8*	
1-	60 *(2*	
15-	90 ***(41***	90 ***(41***
65-	**86** ***(27***	**86** ***(27***
75+	95 ***(44***	95 ***(44***
0-X	**91** ***(114***	**91** ***(114***

A magyar átlagnál szignifikánsan magasabb
alacsonyabb

Az általános halandóság megyén belül is jelentős területi különbséget mutat. A tíz Veszprém megyei járás közül a Tapolcai kistérség (járás) mind a két nem esetében az országos szintnél jobb általános halandósági mutatóval rendelkező járások közé

Korai halálozás

A járás férfi lakosai haláleseteinek több mint egyharmada (36,2%-a) korai - 15–64 éves korcsoportban bekövetkezett - haláleset volt és ez kétszer akkora részarányt jelentett, mint a nők esetében (17,3%).

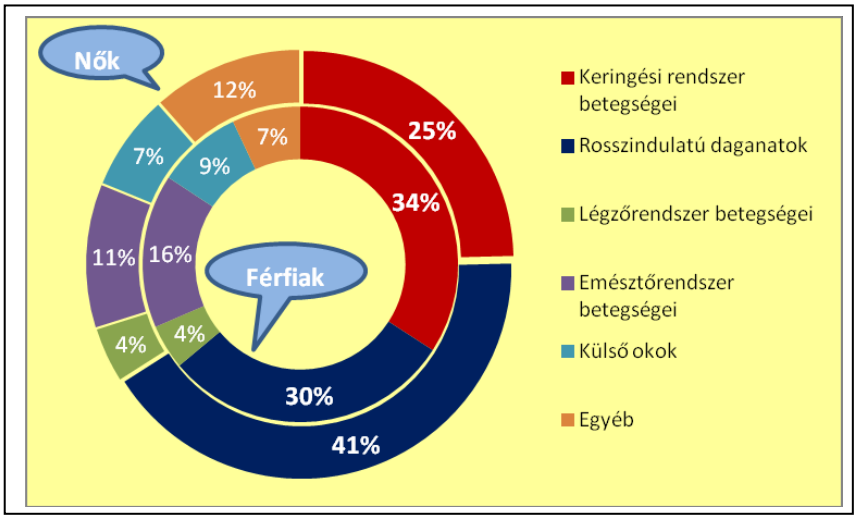
A **férfiaknál** a korai halálozások 34%-át a **keringési rendszer betegségei** adták. A haláloki struktúra második helyén álló rosszindulatú daganatos betegségek miatt bekövetkező halálozások 30%-os részarányt képviseltek. Az emésztőrendszer betegségei okozta halálozás 16%, a mortalitás külső okaként bekövetkezett halálozások (pl. erőszakos cselekmények, balesetek, öngyilkosság) 9% volt. A légzőrendszer betegségei okozta halálozás 4%-ot tett ki.

A **nőknél** a korai halálozás 41%-áért felelősek a **rosszindulatú daganatos betegségek**, ezzel a haláloki gyakorisági lista első helyét foglalták el.

A vezető halálokok második helyén álló keringési rendszer betegségei a nők korai halálozásának 25%-át adták. Az emésztőrendszer betegségei miatti halálozás 11%-os részarányt képviselt. A mortalitás külső okai miatt bekövetkező halálozás részaránya 7% volt. A légzőrendszer betegségei miatt történt halálesetek részaránya 4%.

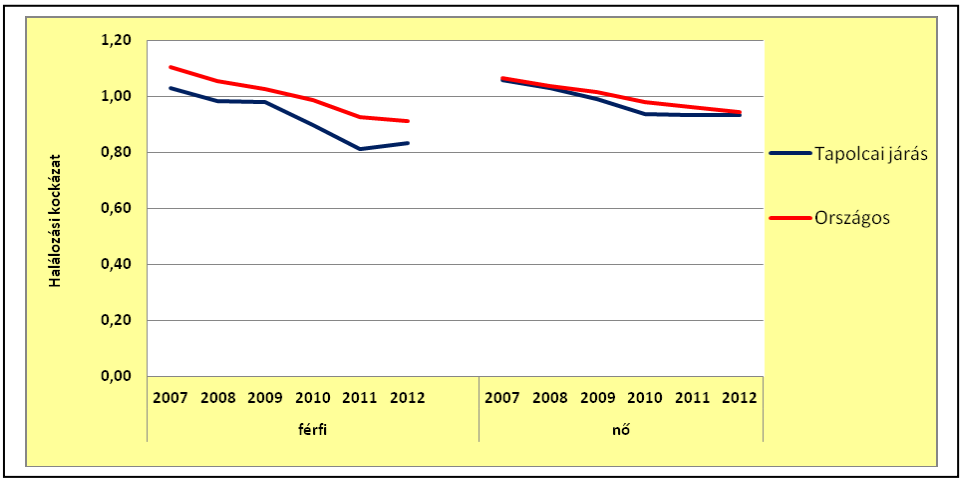
A keringési rendszer-, az emésztőrendszer betegségei és a külső okok miatti halálozás a nőkhöz képest a férfiaknál magasabb részarányt képviselt a korai

halálozásban. A nők esetében ki kell emelni, hogy a rosszindulatú daganatos betegségek okozta halálozás erős dominanciája jellemző.



A 15-64 éves férfiak és nők haláloki struktúrájának alakulása a Tapolcai járásban, 2008-2012.
Forrás: ÁNTSZ Halálozási és Megbetegedési Mutatók Információs Rendszere

A járás 15-64 éves férfi lakosságának általános halálozási kockázata a vizsgált időszakban (2007-2012) az országosnál alacsonyabb volt és az időszak alatt csökkenő tendencia figyelhető meg. A női lakosság esetében a halálozás kockázat az országos szinttel megegyező vagy az alatti volt és a vizsgált időszakban kismértékben csökkent.



Az összes halálok (BNO-10: A00-Y98) miatti korai (15-64 éves) halálozás kockázatának alakulása a Tapolcai járásban és Magyarországon, 2007- 2012.
Forrás: ÁNTSZ Halálozási és Megbetegedési Mutatók Információs Rendszere

Rosszindulatú daganatos betegségek

A legtöbb korai haláleset a rosszindulatú daganatos betegségek miatt következett be a járásban.

A 15-64 éves **férfiak** e halálok miatti halálozási kockázata 2007 és 2012 között az országos szintnél alacsonyabb volt és követte az országos trendet.

A daganatos halálesetek több mint egynegyedét a légcső-, hörgő-, tüdő rosszindulatú daganatai okozták. Magas az ajak-, szájüreg-, garat daganatainak (14%) és a vastagbél-, végbél-, anus rosszindulatú daganatainak aránya is (10%).

A **női** lakosság esetében a halálozási kockázat a vizsgált időszakban az országos értéknél kisebb volt és követte az országos trendet.

A daganatos halálozás negyedéért a légcső-, hörgő-, tüdő daganat volt felelős, az emlő rosszindulatú daganata 20%-ot, a vastagbél-, végbél-, anus rosszindulatú daganatai 11%-ot tett ki.

Veszprém megye járásai közül a Tapolcai járásban a férfiak és a nők halandósága e betegségcsoport esetében az országosnál alacsonyabb és a megye járásai közül a jobb halálozási mutatóval rendelkező járások közé tartozik.

Egészségügyi ellátás

A Tapolcai kistérség egészségügyi ellátását az alapellátás biztosító háziorvosok fogorvosok, s a járóbeteg szolgáltatásokat nyújtó Dr. Deák Jenő Kórház Rendelőintézet, valamint a kistérség védőnői, iskola-egészségügyi, alapellátás ügyeleti szolgáltatói, valamint az Országos Mentőszolgálat biztosítja.

A lakosság fekvőbeteg ellátása korábban az 1914. óta működő tapolcai kórházban történt. 2012. július 1-től az aktív fekvő betegeket ellátó osztályokat leszervezték, az aktív ellátás megszűnt a városban. A területi ellátási kötelezettségének változása miatt a tapolcai kórházban mindössze a tüdőgyógyászat és légzésrehabilitáció, az ápolás és a krónikus belgyógyászati ellátás maradt, a többi ellátást a betegek a betegségtípusoknak megfelelően a megye más városaiban (pl. Veszprém, Ajka) illetve a megyén kívül (pl. Nagykanizsa, Győr) vehetik igénybe

A Tapolcai kistérség lakossága számára a térség aprófalvas, széttagolt közlekedés-földrajzi szerkezete miatt igen fontos a jó minőségű egészségügyi ellátás elérhetőségének biztosítása. Az aprófalvas településszerkezet az oka annak, hogy a kistérség településeinek 60%-án nincs háziorvosi székhely, vagyis a háziorvosi ellátás más településről történik. A kistérség területén 21 háziorvosi körzet került kialakításra, melyből 11 vegyes és 6 felnőtt és 4 gyermek körzet.

Az utóbbi időben került összevonásra a Badacsonytördemic-Nemesgulács orvosi körzete és a Lesencetomaj-Lesenceistvánd körzet. Tapolcán részben a gyermek-szám fogyása, részben szakember hiány miatt 3 gyermekorvosi körzet került kialakításra az eddigi 4 helyett.

Az egy vegyes körzetre jutó leadott kártyák száma 1432, ami mind a megyei (1593), mind a régiós átlagnál (1595) alacsonyabb. Az egy felnőtt körzetre jutó leadott kártyák száma 1868, mely lényegesen magasabb mind a megyei (1800), mind a régiós átlagnál (1772). Az egy gyermekkörzetre jutó leadott kártyák száma 789, mely mind a megyei (887), mint a régiós (943) átlagnál alacsonyabb.

A védőnői körzetek és a védőnők száma a kistérségben 18. Az egy körzeti védőnőre jutó ellátandó átlaglétszám 358, mely a megyei átlagnál és a régiós átlagnál is alacsonyabb.

A kistérség települések közül ***fogászati rendelés*** Tapolcán 3 felnőtt és 1 gyermek-fogászat, Badacsonytomajon, Balatonedericsen, Lesencetomajon és Monostorapátin működik. Az egy lakosra jutó fogászati esetek száma magasabb, mint a megyei, ill. régiós átlag.

A kistérségben négy településen 7 gyógyszertár működik, (Tapolcán 4, Badacsonytomajon, Lesencetomajon és Révfülöpön 1-1). Az egy gyógyszertárra jutó lakosok száma (5297) mind a megyei (5048), mind a régiós (5201) átlagnál magasabb.

Az OEP adatai alapján a kistérségben 4 otthoni szakápolást nyújtó szolgálat működik, Harris-ISPITA (tapolcai székhellyel) Mónika, Medigor, Vita Sana Mozgásstúdió.

Védőnői szolgálat szervezett Badacsonytomajon, Kapolcson, Köveskálon, Lesenceistvándon, Lesencetomajon Monostorapátiban, Révfülöpön, Szigligeten, Tapolcán és Zalahalápon, azonban a szolgálatok túlterheltek, folyamatos a helyettesítés.

Járóbeteg-szakellátás jelentős részét a Deák Jenő Kórház szakrendelői adják, a szakrendelők túlterheltek, a várakozási idő nagyon hosszú. A hiányzó szakrendeléseket Ajka Magyar Imre Kórház, Veszprém Csolnoky Ferenc Kórház, Balatonfüred DRC, Pannon Reprodukciós Intézet (IVF, andrológia, nőgyógyászat, urológia, fájdalomambulancia) biztosítja.

A laboratóriumi szolgáltatásokat a Corden International (Magyarország) Kft végzi.

Mellettük számos egyszemélyes szolgáltató (szakorvosi magánrendelés) működik a kistérségben, elsődlegesen Tapolcán.

A tapolcai kistérség lakosai a járóbeteg szakellátást 91,9%-ban Veszprém megyében, 4,0%-ban Budapesten, 1,7%-át Zala megyében vették igénybe, a többi megyében az ellátás nem érte el az 1,0%-ot. Az esetek ellátásának 92,5%-ára a régión belül kerül sor. Számos szakellátás igénybevételére nincs helyben lehetőség: hematológiai, allergológiai, endokrinológiai, idegsebészeti, nefrológiai, gyermek-ifjúságpszichiátriai, illetve lézer diagnosztikai ellátást csak a Veszprémi Kórházban, fertőző betegségeket érintő szakellátást az Ajkai Kórházban vehetnek igénybe a kistérség lakói.

Sportorvosi tevékenység is működik Tapolcán.

A kistérségben gondozási tevékenység a tapolcai Városi Kórházban (bőr-nemibeteg, tüdőgyógyászat, pszichiátria) történik, illetve a Medunipsicho Bt. nyújt pszichiátriai gondozást. A 10.000 lakosra jutó gondozói órák száma mind a megyei, illetve régiós átlagnál magasabb.

2012-ben megkezdődött annak az EU-forrásokból finanszírozott projektnek (KDOP-5.2.1/C-11) a megvalósítása, amelynek célja a betegellátó egységek intézményen belüli elhelyezése, a betegutak ésszerűsítése és a működési hatékonyság fokozása. A fejlesztés eredményeként létrejövő struktúrában az alábbi fejlesztések valósulnak meg:
A pavilonrendszerből tömbösített ellátást alakítanak ki; Egynapos sebészeti ellátás céljára új műtőblokk kerül kialakításra. Az újonnan létrehozásra kerülő ambuláns kardiológiai rehabilitációs szakrendelés kialakításával az intézet szakellátási profilja bővül, a betegutak rövidülnek. A légzésrehabilitációs ellátási minőség színvonala („C”-ről „B”-re) és költséghatékonysága javul.

A mentőállomás is új elhelyezést kap a program során, közvetlenül a háziorvosi ügyelet tőszomszédságában, így a már megvalósult közös mentésirányítás hatékonysága lényegesen növekedhet.

Problémák, kockázati tényezők összefoglalása

Az egészségterv önmagában nem képes a helyzetelemzés alapján kirajzolódó valamennyi probléma megoldására, de ez nem is feladata.

A bevezetőben tisztáztuk, hogy az egészségterv felfelé építkező, színterek igényeit lépcsősen megfogalmazó tervnek kell lennie, azonban a jelenlegi „alap” színtereknek kell adni egy indító anyagot, amit széles társadalmi vitára, konzultációra bocsátva, lehetőség nyílik a jelen munkába a színterek igényének beépítésére épp úgy, mint bármely elem mellé beemelni mást, vagy az itt említettet törölni.

A felvetődött problémákat a színterek lehetőségét is figyelembe véve önkormányzat különböző fejlesztési terveiben foglaltak szerint, egy-egy részterületet érintő, célzott koncepciója keretében lehet és kell kezelni.

Az alábbiakban sorra vesszük a helyzetelemzés során felmerült problémákat:

A kedvezőtlen demográfia mutatók
- A lakónépesség fogyása.
- A népesség elöregedése.
- A születéskor várható alacsony élettartam.
- A születéskor várható alacsony egészségben eltöltött évek száma.

Egyértelmű, hogy az önkormányzatoknak direkt eszköze e problémás tényezők kiiktatására nincsen, de a munkahely teremtéssel, a létbiztonság javításával, a lakosság egészségügyi ellátása feltételeinek jobbá tételével (pl. a jelenleg is vitatott ügyeleti ellátás) várható javulás a fenti mutatókban.

Az egészségi állapotot jellemző kedvezőtlen tendenciák

- A magas vérnyomás, a daganatos megbetegedések, a cukorbetegség, a szív, mozgásszervi, emésztőrendszeri betegségek számának nagymértékű, szinte járványos méretű emelkedésének vagyunk szemtanúi.
- A főbb halálokok a keringési rendellenességek, daganatos betegségek, az emésztőrendszeri, sérüléses, mérgezéses balesetek – a statisztikai adatok alapján, azonban a gyakorlatból állíthatjuk, hogy mára a ***daganatos megbetegedések első helyre kerültek a haláloki diagnózisok között***, és a betegség jelentkezése korábbi időre, fiatalabb korra tehető.
- Az egészségkárosító szokások, az egészségkárosító (önsorsrontó) magatartás jelenléte (dohányzás, alkohol, drog), valamint az egészségtelen életmód (táplálkozás, mozgásszegénység, élvezeti cikkek, túlterhelés)

Az önkormányzatok itt is csak közvetett eszközökkel tudnak hatni: az egészségügyi alapellátások, és a 2 éve működő Egészségfejlesztési Iroda tevékenységével az egészségfejlesztésben közreműködők szélesebb körét kell összehangolni, tevékenységüket koordinálni. A nevelési-oktatási intézmények prevenciós tevékenységének támogatását fokozni kell. Meg kell alkotni a az egészségügyi, ifjúságpolitikai koncepciót, (**ha van, akkor azt racionalizálni és ismertté kell tenni!),** valamint ki kell dolgozni a városi drogstratégiát, meg kell határozni célkitűzéseit, és feladatait (e feladat komplex: Önkormányzat, egészségügy, oktatásügy, rendőrség, stb.)

A háziorvosi szolgálatok segítségével a jelenleg a statisztikai adatszolgáltatásnál lényegesen „racionálisabb” haláloki katasztert kell felvenni, és vizsgálni, lehet-e lokális oka a rosszindulatú betegségek oly nagy számban történő előfordulásának.

A gazdasági és szociális problémák

- A foglalkoztatási lehetőségek szűkössége.
- Az alacsony jövedelmek, és nyugellátások.
- A szociális ellátás még hiányzó szolgáltatásai.

A célul tűzött munkahely teremtési erőfeszítések, a szociális szolgáltatások felülvizsgálata és racionalizálása, hosszú távú településfejlesztési koncepció, segíthet a fenti gondokon.

Életmódból fakadó problémák

- Az alkoholt nagyobb mennyiségben és rendszeresen fogyasztók, illetve nagyivók magas száma (bortermelő vidék, rengeteg termelő, és „kis értékesítő”, stb)
- A dohányzók magas száma valamennyi korosztályban
- A lakosság mozgásszegény életmódja
- Az egészségtelen táplálkozási szokások, és az ezzel összefüggő túlsúlyosak, elhízottak magas száma
- A drogfogyasztók számának növekedése (a drogfogyasztók életkori előre „csúszása”

A kulturált alkoholfogyasztás bemutatása hirdetése (oktatása) a térségben jó lépésben halad. (Márton napi borvacsora, Sándor napi bormustra, Nyitott pincék rendezvénysorozata stb.) A zúg kimérések felszámolása, de mindenképpen a működő vendéglátó-ipari egységek megfelelő minőségellenőrzése szükséges. A dohányzás visszaszorítása érdekében meghozott törvények szigorú betartása és betartatása. Drogellenes koncepció kidolgozása is elengedhetetlen.

Morbiditás, mortalitás

- Az egyes betegségcsoportokban előforduló lakossági megbetegedések folyamatos növekedő száma
- A leggyakoribb halálokok és daganatos megbetegedések és a keringési rendszer betegségeinek nagy száma

Egészségügyi ellátórendszer felelőssége e kérdésben nem vitatható, azonban nem kizárólagos:

- a lakosság számára elérhető, ingyenes egészségügyi szűrőrendszer nem kellő igénybevétel miatt nem kellően hatékony (tüdőszűrés, nőgyógyászati rákszűrés, vastagbélrák szűrés, emlőszűrés, férfiak urológiai szűrése, laboratóriumi szűrővizsgálatok cukorbetegség, vesebetegség, vérzsír-betegség kiderítésére stb.
- A kiderített, feltárt betegségek közül vezetően azok, amelyek nem járnak különösebb panasszal (magasvérnyomás, cukorbetegség, vérzsír-betegség, bizonyos rosszindulatú betegségek a betegség elején) nem kerülnek kellő súllyal kezelésre, nincs igény az un „célra kezelésre” (azaz olyan kezelési eredmény elérésére, amely értéknél már az adott betegség további egészségkárosító hatásával nem kell számolni)

Segítő hálózat(ok)

- A segítő hálózat szereplői közötti információs kapcsolat, koordináció, együttműködés, hiányos. Gyakran nem, vagy csak késve jut információ az ellátás megfelelő szintjére az egyéb szinteken végzett ellátásokról.
- Az Egészségfejlesztési Iroda (EFI) tevékenysége, a mozgásterápiás foglalkozások és programok komoly érdeklődést generáltak. Kérdés, hogy a projekt lejárta után lesz-e hozzárendelt megfelelő költségvetési forrás, folytathatók-e a foglalkozások a résztvevők számára térítésmentesen.
- Az egészségfejlesztésben közreműködő szakemberek tevékenysége nem kellően összehangolt, módszertani támogatottsága, képzése hiányos, az ***egészségfejlesztéshez szükséges humán erőforrás nem elégséges.***

A Tapolcai Kistérség (járás) egészségfejlesztési programja

I. Az egészségfejlesztés célkitűzései

Az egészségfejlesztési célok meghatározásánál az előzetes elemzés adataiból kiindulva át kell gondolni, hogy mit tudunk tenni, mivel tudunk hozzájárulni települési szinten mindazokhoz a tényezőkhöz, amelyek az élhetőbb élettér, az egészségesebb környezet, a lakosság egészségesebb életmódjának megvalósítását célozzák.

A legfontosabb erőforrás - nem a pénz - hanem a közösség ötletei, tenni akarása, részvétele a programokban! A feladat innen kezdve adott: a közösség aktiválása, programjavaslatainak kikérése, és a segítség megadása, hogy a helyi színtereken igényelt programok megvalósulhassanak.

Fontos: semmi sem javítja úgy az emberek egészségi állapotát, mint a megfelelő életfeltételek, egészséges lakás, biztonságos munka, tiszta környezet, oktatási és kulturális lehetőségek, megfelelő egészségügyi és közegészségügyi szolgáltatások, azaz a stressz mentes, békés nyugodt élet, a tervezhető holnap.

Ezért olyan célok meghatározását, kitűzését látjuk indokoltnak és célszerűnek, amelyek az önkormányzatok kompetenciájába tartoznak, az előbb részletezett segítőkkel reálisan megvalósíthatók.

Kitűzni való CÉLOK

1. Növekedjen a várható élettartam, az egészségesen leélt életévek száma

A cél elérésének eszközei

- Az egyének és közösségek MOZGÓSÍTÁSA az egészséges életmód igénylésére, a képességek fejlesztése oktatás, nevelés, ismeretközvetítés segítségével, hogy az egészségük megőrzéséhez szükséges döntéseket meghozhassák, a szándék kiépítése és erősítése, hogy ***akarjanak egészségesek, lenni.***

- Meg kell oldani az egészséges életmódot választók felvilágosító rendszerét, biztosítani az egészséges életmódhoz szükséges feltételeket (szabadidős tevékenységek, diétás ismeretek, mozgáskultúrás foglalkozások stb.)

2. Az egészségügyi alapellátásban ismét legyen kiemelkedő cél a prevenció szerepe.

A cél elérésének eszközei

- A betegségek megelőzése, korai felismerése érdekében az elérhető, igénybe vehető szűrővizsgálatokról szóló tájékoztatás bővítése. A szűrővizsgálatok szükségességének ismertetése, elérhetőségéről pontos felvilágosítás. Meg kell vizsgálni, hogy a kifejezetten egészségmegőrző szűrővizsgálatokra történő jelentkezés miként különíthető el a diagnosztikus és egyéb vizsgálatoktól a várakozási idő kikapcsolása, de legalább csökkentése érdekében.

- A háziorvosi szolgálatok rendszeresen kontrollálják az időszakos szűrővizsgálatok megtörténtét (probléma: a nőgyógyászati, urológiai és tüdőszűrés beutaló nélküli rendelés: a háziorvosnak nincs tudomása, hogy kiket „irányított” e vizsgálatokra, illetve a vizsgálatok milyen eredményt adtak?!)

- Határozott fellépés a káros szenvedélyek ellen, személyes példamutatás.

- Az egészséges táplálkozás, aktív pihenés, mozgás népszerűsítése.

3. Szülessen meg az egészségfejlesztésben hivatásszerűen közreműködők és civil szervezetek között konstruktív együttműködésen alapuló, egymást segítő, erősítő koordináció.

A cél elérésének eszközei

- Az egészségügy területét érintő, valamint a hivatásosan ezzel foglalkozó csoportok, az itt tevékenykedő civil szervezetekről, elérhetőségükről készüljön felmérés,(ÁNTSZ, EFI, Vöröskereszt stb.) az Önkormányzatok honlapján ismertetés, a feladatok pontosításával és tisztázásával.

-A civil szervezetek tevékenységének megismerése, a kapcsolódási lehetőségek feltérképezése. Annak eltérképezése, hogy vannak-e az egészségvédelemmel, egészségfejlesztéssel kapcsolatba hozható civil csoportok, közösségek (ismert: Anonim Alkoholisták Klubja; egyéb…)

-A résztvevők között készüljön feladat és munkamegosztás, vegyenek részt aktívan az egészségterv racionalizálásában, napra késszé tételében.

4. Javuljanak a lakosság életkörülményei, életminősége.

A cél elérésének eszközei

- A környezeti feltételek fejlesztése (gazdasági, szociális, természeti és épített környezet), a munkahelyteremtés, a szociális biztonság megteremtése, a fiatalság tanulásának biztosítása) ebben az irányban hat(hat).

- Az egészséges életmód feltételeinek biztosítása (táplálkozás, sport, kulturált szórakozás- fiatalnak korosabbnak egyaránt)

- A támogató szolgáltatások, rehabilitációs lehetőségek biztosítása révén a munkaképesség, az önálló életvitel mielőbbi visszanyerése.

- A sportolási, és különböző szabadidős tevékenységek körének, illetve feltételeinek bővítése.

- A meglévő lehetőségek népszerűsítése, a szélesebb körű hozzáférés támogatása

5. Kapjon nagyobb hangsúlyt az oktatásban az egészségtudatos magatartás megalapozása, legyen hatékonyabb az iskolai egészségfejlesztő tevékenység.

A cél elérésének eszközei

- Az egészségfejlesztésben ***hivatásszerűen***, vagy foglalkozásukból fakadóan ***kötelességszerűen*** résztvevők (EFI, orvosok, pedagógusok,

védőnők), valamint laikus segítők képzése, továbbképzése, speciális módszertani ismeretek nyújtása. *(szoros kapcsolódással a 3. pontban részletezettekkel)*

- Az oktatási intézmények szervezzenek az egészséges életmód népszerűsítését szolgáló programokat, rendelkezzenek kidolgozott, kipróbált, hatékony programokkal az egészségkárosító magatartások visszaszorítása érdekében.

6. A helyi kommunikációs csatornák nyújtsanak lehetőséget az egészség-fejlesztés érdekében kialakított műsorokkal, cikkekkel (helyi TV, újság).

A cél elérésének eszközei

- Az egészségfejlesztéssel, az egészséges életmóddal kapcsolatos előadások tartása, ismeretterjesztő anyagok továbbítása.

- Az egészséges életmódot bemutató műsorok programba illesztése (pl.:diétás ismertető előadás, majd az közvetlenül az ezt követő főzőműsor, amely a hétköznapi gyakorlatban mutatja be a lehetséges tennivalókat, testmozgást népszerűsítő műsor stb.)

- Az egészségfejlesztéshez kapcsolódó információk (szűrővizsgálatok, szolgáltatások, ellátások elérhetősége, hivatásos és civil segítők, stb.) minél szélesebb körű megismertetése, közzététele. Az internetes információs csatornák jobb kihasználása a kommunikáció javítása érdekében. (Cave: az internetes információk gyakorta kitűzött céljaink ellen munkálnak!!!!)

II. Az egészségfejlesztési cselekvési terv javaslatai

A célkitűzések és az elérésükhöz szükséges eszközök átgondolásán túl, szükséges meghatározni azokat a konkrét tevékenységeket, cselekvési program javaslatokat, amelyek hozzájárulnak a célok megvalósításához.

Az egészségtudatos magatartás kialakításának lehetséges színterei:

a család,
a lakóhely,
a munkahely,
az oktatási-nevelési intézmények,
a helyi közösségek,
a kulturális intézmények
a vendéglátó ipari létesítmények *(pl.: a torkos csütörtök, ami több helyen jól működik, profán lényege: feláron nagyot zabálni – helyette: egészséges csütörtök,- egészséges ételekkel kísért árkedvezmény*

- ezért a különböző programokat e mindennapi színterekhez kötődően kell meghatározni. Fontos továbbá a programok tervezésénél a különböző korosztályok eltérő igényéhez és szükségleteihez való igazodás, ennek megfelelően a

későbbiekben a meghatározott színterek javaslatainak, terveinek bedolgozása a kistérségi egészségtervbe.

Az egészségfejlesztési cselekvési programok eredményességének feltételei, hogy az alábbiak megvalósulhassanak:

- a kedvező környezeti feltételek alakítása,
- az egészségkárosító magatartások visszaszorítása,
- a betegségek megelőzése,
- az egészséges életmód népszerűsítése,
- az egészségtudatos magatartás kialakítása.

A kedvező környezeti feltételek alakítása érdekében javasolható programok

A program célja

A természeti, gazdasági, szociális, egészségügyi feltételek rendszerének újra értékelése, a hiányzó struktúrák lehetőség szerinti kiépítése, fejlesztése a szakmai koncepciókban foglaltak szerint valamint ezek egészségfejlesztést szolgáló kedvező befolyásolása az igényeknek és szükségleteknek megfelelően.

Célcsoport:

A kistérség teljes lakossága, különös tekintettel a hátrányos helyzetű csoportokra (fogyatékkal élők, munkanélküliek, hajléktalanok, romák, stb.), azonban kiemelendő feladat, a létrehívott programok igénybevételének szükségességére történő felhívás sorozat, valamint a programok koordinálása.
Ötlet: mivel erre hivatott szervező jelenleg egyetlen állami-társadalmi feladati struktúrában nincs csakis az ***EFI lehet meghatározó vezető szervező.***

A programok szükségességét nem vitatva, azoknak nagy általánosságban határait megadva szép elméletek, tervek születhetnek, azonban a ***végrehajtó - koordináló- szervező- irányító*** szervezet hiányában ezek mind **„íróasztalfiók termékek”** lesznek és maradnak, a megvalósítás legcsekélyebb esélye nélkül! (Ugyanakkor: megvan a terv, a feladatot kipipálhatjuk!!”)

Program javaslat
A feladat hosszú kifutású, elsősorban a fejlesztési tervekben, programokban, koncepciókban rögzítettek és ütemezettek szerint kerülhet végrehajtásra.
Utalunk: Hosszú távú településfejlesztési koncepció; Környezetvédelmi program; A kistérség egészségügyi koncepciója; Lakásügyi koncepció; Szociális szolgáltatásszervezési koncepció, Ifjúságpolitikai koncepció, Esélyegyenlőségi program, Bűnmegelőzési koncepció; Drog prevenciós program)

A programban érintettek (szervezők és lebonyolítók):

Döntéshozóként a képviselőtestület, végrehajtóként és koordinálóként az önkormányzati apparátus, segítőként a rész és kisebbségi önkormányzatok, környezetvédelmi és egészségügyi szakemberek, egészségügyi, oktatási, szociális intézmények, szakmai szervezetek, civil szervezetek.

Várható eredmények:
- A természeti, gazdasági, szociális, egészségügyi feltételek pozitív irányú változása, fejlődése.
- Az önkormányzati döntések egészségszempontú elemzésének gyakoribbá válása.
- A lakosság közérzetének javulása
- A település „lakhatóbbá” válása

b.) Az önsorsrontó, egészségkárosító magatartások visszaszorítása érdekében javasolt programok

Dohányzás elleni programok indítása a különböző színtereken

A program célja
- A dohányzás okozta súlyos egészségkárosodás mértékének igen jelentős csökkentése
- Minél kevesebb fiatal szokjon rá a dohányzásra, alakuljon ki a dohányzás elleni állásfoglalás, legyen „menő a ciki a cigi”.
- Csökkenjen az aktív dohányosok száma.
-A már dohányzók körében intenzív kampány folytatása a dohányzás abba hagyására, a leszokásra, de legalább ama cél elérésére, hogy csökkenjen annak mértéke.
-A passzív dohányzás ártalmainak csökkentése, a nem dohányzók érdekeinek hatékonyabb érvényesítése az érvényes törvények betartatásával.

Célcsoportok:
óvodák, (óvodai személyzet, óvódások szülői) általános és középiskolák, munkahelyek, szociális és gyermekjóléti, egészségügyi intézmények, civil közösségek

Program javaslat
- Minimál intervenciót végzett egészségügyi dolgozók bevonása az egészségi károsítások ismertetése, valamint a dohányzásról való leszokás lehetséges módozatai vonatkozásában
- Dohányzás elleni kampányok a mindennapi élet színterein, a dohányzás káros hatásainak hangsúlyozása (felvilágosító előadások, műsorok, vetélkedők, rendezvények, plakátok, szórólapok, stb.).
- Az aktív dohányzásról való leszokást támogató programok szervezése, népszerűsítése.
- A dohányzásmentes intézmények, munkahelyek, szórakozóhelyek mintaként történő bemutatása, ezek számának növelése.
- Az iskolák egészségfejlesztési programjában kiemelkedő hangsúllyal szerepeljen a dohányzás visszaszorítása és az ebben közreműködő szakemberek kapjanak speciális módszertani segítséget.

A program szervezői és lebonyolítói:
pedagógusok, munkahelyi vezetők, egészségügyi dolgozók (egészségfejlesztési szakemberek, orvosok, védőnők), civil segítők

Várható eredmények:
Hosszú távon a születéskor várható élettartam növekedése, a korai halálozás csökkenése.

A dohányzással összefüggő betegségek (érszűkület, szívbetegségek, krónikus légzőszervi betegség, száj garatűri és tüdő rosszindulatú megbetegedései) gyakoriságának csökkenése.
A fiatalok dohányzásra való rászokásának, az aktív dohányosok számának csökkenése.
A passzív dohányzás ártalmainak kitett lakosság egészségének hatékonyabb védelme.

Alkoholról leszoktató programok szervezése, rehabilitációt segítő közösségi gondozás fejlesztése

A program célja
- Lehetőleg minél kevesebb fiatalnál alakuljon ki a rendszeres alkoholfogyasztás káros szokása, illetve az első alkohol fogyasztás időpontja legalább idősebb korra tolódjon ki.
- Az alkoholt rendszeresen fogyasztók körében csökkenjen annak mértéke, különös tekintettel az égetett szeszesitalok fogyasztásának mértékére.
- Terjedjen az igényes, mértéktartó szeszesital fogyasztás kultúrája.
- Legyenek elérhetők a leszokást segítő, visszaesést gátló közösségi gondozók, klubok, intézmények.

Célcsoportok:
Az alkohollal még csak ismerkedő fiatalok: általános iskolák felső osztályai, középiskolák tanulói, az alkalmanként és rendszeresen alkoholt fogyasztók, a szenvedélybetegségből kigyógyultak, szülők, hozzátartozók.

Program javaslat
- A rendszeres, nagymértékű alkoholfogyasztás egészségkárosító hatásának hangsúlyozása, az alkoholizálás elleni kampányok a mindennapi élet színterein.
(felvilágosító előadások, vetélkedők, rendezvények, plakátok, szórólapok, stb.)
Ezzel együtt:
- Az egészséget károsan még nem befolyásoló kulturált alkoholfogyasztás népszerűsítése érdekében programok szervezése. (az italfogyasztás ne az alkoholos befolyásoltság elérése céljából történjen!)
- Az iskolák egészségfejlesztési programjában kapjon nagyobb hangsúlyt az alkoholfogyasztás káros hatásának ismertetése, az alkohollal kapcsolatos betegségekről, súlyos egészségkárosításokról (gyakorta rokkantságot is okozó) betegségekről szóló korrekt, reális tájékoztatás.
- A munkavégzés alatt történő alkoholfogyasztás szigorú és kérlelhetetlen kontrollja elsősorban az oktatási és az egészségügyi intézmények dolgozóinál. A vétők megfelelő szankcionálása (Önkormányzatok)

- A munkavégzés előtt, illetve alatt alkoholt fogyasztók, és ezzel mások testi épségét veszélyeztetők elleni határozott fellépés szorgalmazása. A munkahelyi alkoholfogyasztás elleni kampányok.
- Az alkoholbetegek és hozzátartozóik tájékoztatása a térségben igénybe vehető segítő szolgáltatásokról Anonim Alkoholisták Klubja), egészségügyi és rehabilitációs intézményekről.

A program szervezői és lebonyolítói:
Minimál intervenciót végzett egészségügyi dolgozók, orvosok, nővérek, asszisztensek, védőnők, pedagógusok, munkahelyi vezetők, szociális intézmények munkatársai, közösségi gondozói, civil segítők

Várható eredmények:
Az alkoholfogyasztással összefüggő megbetegedések, károsodások, halálozások számának csökkenése.
Az alkohol betegek számára a segítő szolgáltatások hozzáférhetőségének javulása.
A gyógyult (tünetmentes) alkoholbetegek számának növekedése.

Drog prevenciós programok indítása,

A program célja
- A drogprevenció széleskörű, hatékony megvalósítása.
- Lehetőleg minél kevesebb fiatal próbálja ki és váljon alkalmi, vagy rendszeres drogfogyasztóvá.
- Az első kipróbálás időpontja legalább idősebb korra tolódjon ki.
- Nőjön azoknak a fiataloknak a száma, akik nemet tudnak mondani a kipróbálásra is.
- Az alkalmankénti, illetve rendszeresen drogot fogyasztók körében is csökkenjen a leginkább egészségkárosító szerek használata, a fogyasztás alkalmainak száma és mértéke.
- Csökkenjen az alkalmankénti, illetve rendszeresen drogot fogyasztók köre.
- Legyenek elérhetők a leszokást segítő, visszaesést gátló közösségi gondozók, klubok, intézmények.

Célcsoportok:
általános iskolák felső tagozata, középiskolák, drogfogyasztók és hozzátartozóik

Program javaslat
-A tudatmódosító szerekkel, legális és illegális drogokkal kapcsolatba kerülők, potenciálisan veszélyeztetettek számára felvilágosító kampányok szervezése a mindennapi élet színterein. (felvilágosító előadások, vetélkedők, rendezvények, plakátok, szórólapok, stb.)
- Az iskolák egészségfejlesztési programjába épített drogprevenciós programok hatékonyságának növelése érdekében, az ebben közreműködő szakemberek kapjanak speciális módszertani segítséget (képzés, továbbképzés, műhelymunka formájában)
- A szenvedélybetegségek megelőzésében, közösségi gondozásában, kezelésében, rehabilitációjában közreműködő szociális és egészségügyi szolgáltatások, intézmények (szenvedélybetegek közösségi gondozása, alacsonyküszöbű szolgáltatás, szenvedélybetegek nappali intézménye, drogambulancia) elérésének lehetőségei
- Az érintettek és hozzátartozóik tájékoztatása a városban, illetve más helyen (Veszprém) igénybe vehető segítő szolgáltatásokról, szociális, egészségügyi és rehabilitációs intézményekről.

A program szervezői és lebonyolítói:
Az önkormányzatok koordinálásával egészségügyi dolgozók, pedagógusok, meghívott szakemberek, oktatók, pszichológusok, addiktológusok, civil szervezetek, bűnüldöző szervek- Rendőrség.

Várható eredmények:
A drogfogyasztásban érintettek számának csökkenése.
A drogbeteg ellátó egészségügyi és szociális ellátórendszer fejlődése, a prevenció hatékonyságának javulása.

C. A betegségek megelőzése érdekében javasolt programok

A szívér- és agyér betegségek megelőzése, visszaszorítása

A program célja

- A szív- agy és egyéb érrendszeri betegségek rizikótényezőinek széleskörű ismertetése. A magyar gyakorlat: ***„ ha panaszmentes vagyok jól vagyok, ha jól vagyok nem vagyok beteg, ha nem vagyok beteg nem kell betartanom sem gyógyszerszedési szabályt, sem egyéb életmódi módosítást”.***

Ugyanakkor: a magasvérnyomás, a cukorbetegség, a vérzsír betegség és az elhízás: „a 4 néma gyilkos” nagyon sokáig nem okoz hordozójának „panaszt”, azaz nem jelzi a kezelés szükségességét!
Azonban: a súlyos életminőség romlással, nemegyszer halállal végződő sztrók (agyi értörténés) több mint 70 %-ában a magasvérnyomás szerepel okként!!!
- A meglévő rizikófaktorok feltárása, az ellenük folytatott „harc”: azaz az érintett meggyőzése a kezelés (és ez gyakorta a „nem gyógyszeres” kezelést, azaz életmód változtatást jelent) fontosságáról.

Célcsoportok:
Az egész lakosság.
Program javaslat
A magas vérnyomás korai kiszűrése.
A kiszűrt betegek CÉLRA kezelése RENDSZERES ellenőrzése.
- A tünetek megismertetése érdekében tájékoztatás, szóró anyagok terjesztése, rendezvények tartása.
- Együttélés a betegséggel – A KEZELÉS SZÜKSÉGESSÉGÉNEK ELFOGADTATÁSA tünetmentes, de már diagnosztizálható betegségek esetén, az életmódváltás rendkívüli szükséges volta

A program szervezői és lebonyolítói:
EFI munkatársai a széles EFI-ben elvégzett szűrések eredményét felhasználva!
Háziorvosok, egészségfejlesztő szakemberek, szociális intézmények gondozói, munkatársai, nyugdíjas klubok, egyesületek, civil szervezetek.

Várható eredmények:

A rizikófaktorok időbeni felismerése, az ellenük megteendő intézkedések (életmódváltás) szükségességének elfogadtatása, a betegség továbbfejlődésének egyéb szervkárosító hatásának kivédése. A szűrővizsgálatok igénylése, azok számának, hatékonyságának erősödése. Következményesen:

- A szív- és érrendszeri betegségek csökkenése.
- Az ez okból bekövetkező halálozások csökkenése.
- Az egyéni felelősségtudat erősödése a betegségek megelőzésében.

A daganatos betegségek megelőzése, visszaszorítása

A program célja

- A daganatos betegségek növekvő számának legalább megállítása, hosszabb távon a csökkentése.
- Az onkológiai éberség fokozása az alapellátásban.
- A betegség okainak, tüneteinek széleskörű megismertetése.
- A szűrővizsgálatokon való részvétel igényének felébresztése, a részt vétel növelése.

Célcsoportok:
A teljes lakosság, a potenciálisan veszélyeztetett egyes korosztályok.

Program javaslat

- Onkológiai ismeretek nyújtása az iskolai egészségnevelés részeként.
- Előadások, szórólapok, plakátok, tájékoztató kiadványok a betegség megelőzéséről, korai felismeréséről, szűrővizsgálati lehetőségekről.
- A leggyakoribb rosszindulatú daganatos megbetegedések szűrési programjának megszervezése (tüdő, vastagbél, emlő, méh, szájüreg).
- A programok széleskörű megismertetése, a részvétel szorgalmazása.
- A betegség elsődleges megelőzése az egészséges életmódra ösztönzéssel.

(Kapcsolódó programok: az egészséges táplálkozás népszerűsítése,
az aktív testmozgás elterjesztése,
a dohányzás, alkoholfogyasztás csökkentése,
az egészséges környezet kialakítása.

A program szervezői és lebonyolítói:
Egészségfejlesztési szakemberek, ÁNTSZ munkatársai, háziorvosok, fogorvosok, pedagógusok, védőnők, civil szervezetek, kórház speciális osztályai.

Várható eredmények:
Ha az onkológiai éberség, a felelősségtudat felerősödik a lakosság és a szakmai ellátó szervezetekben, következményesen a szűrővizsgálatokon való részvétel nagyobb arányú lesz az időbeli felismerés miatt a korai gondozásba vétellel a túlélési esélyek növekednek.

A megelőzés vonatkozásában nem lehet elégszer hangsúlyozni a fentebb említett kapcsolódó programokat, amelyek széleskörű elterjesztésével jelentős mértékben lehet emelni (számtalan népegészségügyi adat bizonyítéka alapján) a betegséget elkerülők számát.

A mentális betegségek megelőzése, visszaszorítása

Az emberek megoldatlan lelki problémái, a munkahelyi és családi konfliktusok, a munkanélküliségből, szociális problémákból fakadó lelki gondok, a gyermek és fiatalkorúak magatartásproblémái, beilleszkedési zavarai, az öngyilkosságok, és öngyilkossági kísérletek száma indokolja, hogy komolyan foglalkozzunk a lakosság mentális állapotával.

A társadalmi és gazdasági működő képesség szintjét meghatározó egyéni produktivitás, az élet kihívásaival, a változásokkal való megküzdési képesség, a társas kapcsolatok alakulása nagyon szorosan összefügg a mentális egészséggel.

A mentális egészség nem azonos csupán a mentális betegségek, tünetek hiányával. A WHO, a mentális egészséget úgy definiálja, mint *a jóllét állapotát, amelyben az egyén meg tudja valósítani képességeit, meg tud birkózni a normális élet stresszhelyzeteivel, termékenyen képes dolgozni és hozzá tud járulni a közösségének életéhez. A mentális egészség „a mentális funkciók jó működésének állapota, amely produktív tevékenységeket, az emberekkel való kapcsolatok kiteljesedését, a változásokhoz való alkalmazkodást és a nehézségekkel való megküzdés képességét eredményezi.*

A program célja, program javaslat

A lakosság lelki egészségi állapotának, és életminőségének javítása, az egészségtudat fejlesztése, a lelki egészségnek, mint értéknek a felmutatása.

- Mentális veszélyeztetettség, mentális zavarok, betegségek elsődleges megelőzése, mentális egészségfejlesztés.
- Mentális egészségfejlesztő tanácsadó szolgálat létrehozása.
- Konzultációs pszichiátriai/pszichológiai hálózat kialakítása.
- Pszichoterápiás és a szocioterápiás ellátások fejlesztése.
- A mentálhigiénés központú civil szervezetek hálózatának fejlesztése.
- A lelki egészséggel és jóléttel foglalkozó szakemberek képzésének támogatása az egészségügyi, oktatási, ifjúsági és más releváns szektorokban.
- A mentális zavarok korai felismerése és kezelése, az alapellátásban dolgozók érzékenyítése a mentális zavarok iránt.
- Az alapellátás lelki egészségvédelmi szolgáltatásainak erősítése.
- A munkahelyi prevenciós programok és a korai intervenciós rendszerek kiépítése.
- A pedagógusok és a segítő foglalkozásúak lelki egészségvédelemmel összefüggő szemléletének és tudásának fejlesztése.
- A fiatalok társadalmi kirekesztésnek a megelőzését szolgáló programok létrehozása.
- A szülői készségeket támogató programok kialakítása.

- Megelőzési akcióprogramok kidolgozása és megvalósítása.
- A depressziós, szorongásos zavarban szenvedők kezelésbe vételi arányának növelése.
- Az öngyilkosságok számának további csökkentése.
- Rendszeres szupervízió biztosítása az emberekkel foglalkozó - dolgozó szakemberek számára.
- A mentális betegséggel vagy fogyatékkal élők életminőségének javítása a társadalmi integráció, valamint a jogaik és méltóságuk védelme.

Kiemelt színterek (elsősorban a teljes Tapolcai kistérség):

„az egészséget az emberek hozzák létre és élik meg a mindennapi életük azon színterein, ahol tanulnak, dolgoznak, játszanak és szeretnek”(WHO, 1986).

- hátrányos helyzetűek
- család,
- ifjúság, iskola
- segítő foglalkozásúak
- egyházak
- civil szervezetek
- munkahely
- egészségügy
- alapellátás
- időskorúak
- egyéb közösségek

A színterek alkotják a mentális egészségfejlesztés szociokulturális kontextusát a fizikai helyszínnel és a benne lezajló társas folyamatokkal, a kapcsolódó szabályokkal együtt. A színterek az ökológiai megközelítés mellett az egészségfejlesztés jól kezelhető és pragmatikus megközelítésére adnak lehetőséget.

Szükséges projekttípusok:

- képzés,
- szükséglet- és erőforrás-felmérés,
- lelki egészségvédelmi akciók,
- megelőzési programok,
- önismeret fejlesztés,
- kommunikációfejlesztés,
- konfliktuskezelés,
- egyéni mentálhigiénés tanácsadás,
- csoportos mentálhigiénés tanácsadás,
- médiaanyagok (újság, riport, kiadványok)

A program szervezői és lebonyolítói:

Orvosok, védőnők, EFI munkatársai, pedagógusok (Szász Márton Iskola) Családsegítő és Gyermekjóléti Szolgálat**,** civil szervezetek, pszichológusok, pszichiáterek, mentálhigiénikusok, családok, iskolák, egyházak.

A hatékony programok jellemzői

- Átfogó, komplex megközelítés.
- Elméleti megalapozottság.
- A hatáshoz elegendő intenzitás és időtartam.
- Az életkornak megfelelő módon időzítettség.
- A kulturális háttér figyelembevétele.

- Jól képzett szakemberek részvételével való végrehajtás.
- A hatás értékelése és követés.

A mentális egészséget befolyásoló tényezők
MacDonald és O'Hara (1998) modellje nyomán

A mentális egészséget építő tényezők	**A mentális egészséget romboló tényezők**
Minőségi környezet: • Jó lakókörnyezet és közlekedés. • Esztétikus és kezelhető környezet és kilátás. • A természet közelsége. • Biztonságos környezet.	*Deprivált környezet:* • Kedvezőtlen, nem kielégítő lakhatási lehetőségek. • Kevés vagy egyáltalán nincs biztonságos játszótér. • A környezet erőszakos és nem biztonságos. • A tömegközlekedés szegényes. • Szegénység és eladósodás.
Önértékelés: • Saját értékességünkkel és fontosságunkkal kapcsolatos hiedelem, ami a személyes kompetencia és a siker átéléséhez vezet.	*Érzelmi abúzus:* • Az önértékelés aláásása közvetlen fizikai vagy szexuális abúzus miatt, vagy közvetve, folyamatos kritika, az egyéniség és a személy fontosságának tagadása révén. Ez rendszerint a szülők, kortársak, tanárok, partnerek és a főnökök hatalmukkal való visszaélése következtében áll elő
Érzelmi feldolgozás: • Saját érzelmeink ismerete és elfogadása. • Megfelelő érzelmi szótár használata. • Érzelmi intelligencia.	*Érzelmi közöny:* • Az érzelmi élet személyes vagy intézményes negligálása
Önmenedzselési és megküzdési készségek: • Asszertivitási készségek. • Stresszkezelési készségek. • Problémamegoldási készségek. • Társas problémamegoldási készségek.	*Stressz:* • A stressz az életünk alapvető része, ugyanakkor szélsőséges mértékben a mentális egészséget veszélyezteti.
Társas részvétel: • Kölcsönösen kielégítő társas kapcsolatok megléte, a társas	*Társas kirekesztés:* • Az elmagányosodás és a társas kirekesztés a mentális egészséget

integráció gazdagítja a mindennapi életet. • A társas támasz fontos egészségvédő hatású. • A társadalomban való aktív részvétel elősegíti a felelősségvállalást.	komolyan veszélyezteti.

A pozitív mentális egészség

A pozitív mentális egészség hangsúlyozása azoknak a pszichológiai és társas erőforrásoknak a fejlesztését emeli ki, amelyek hozzájárulnak a stresszel való megküzdéshez, a jobb alkalmazkodáshoz, a produktivitáshoz, a személyes és társadalmi jólléthez, összességében a személyek optimális működéséhez.
A pozitív mentális egészség konkrét tartalmát és a fejlesztés célpontjait akkor tárhatjuk fel, ha meghatározzuk a pozitív mentális egészség összetevőit:

1) Az élettel való elégedettség
2) Pozitív pszichés működés (pl. mentális jóllét)
3) Önelfogadás
4) A személyes növekedés keresése
5) Életcélok
6) Környezeti hatóképesség
7) Autonómia
8) Pozitív kapcsolatok másokkal
9) Pozitív társas funkcionálás
10) Mások elfogadása
11) Társas kapcsolatok kialakítása
12) Hozzájárulás a közösség és mások jóllétéhez
13) Érdeklődés a társadalmi és a közösségi élet iránt
14) Társas integráció

Mentális helyzet

Az ország mentális adatai rendkívül kedvezőtlen képet mutatnak, ugyanakkor meg kell jegyeznünk, hogy viszonylag kevés megbízható adattal rendelkezünk mind a lelki erőforrásokra vonatkozóan, mind a lelki zavarok és azokat előidéző tényezők tekintetében.

A hazai adatok szerint a súlyos depressziós állapot a lakosság több mint 15%-ában fordul elő élete folyamán legalább egyszer. A családorvosok betegforgalmi adatai szerint a betegek 15%-a affektív vagy szorongásos zavarban szenved. A fejlett országokban a depressziós betegek mintegy fele-harmada áll kezelés alatt, hazánkban ez az arány jóval kisebb. Közismert, hogy a kezeletlen depresszió okozza a legtöbb társadalmi kárt az összes betegségek közül. Ez a kár nagyobb, mint a kezelés költségei, hatalmasak a lelki egészségvédelem hiányából származó gazdasági károk.

A mentális zavarok hatása az életminőségre

A mentális zavarok terhei társadalmi szinten egyrészt a betegségek kezelésének közvetlen költségeiben, illetve a közvetett betegség terhekben (pl. a munkaképesség elvesztéséből fakadó gazdasági veszteség) mutatkoznak. A család és az egyén szintjén a családi és más társas kötelezettségek terén való akadályozottság, a kirekesztettség és stigmatizáció, és a szubjektív szenvedés szerepe emelhető ki. A

stigmatizáció és a diszkrimináció a mentális zavarok tekintetében súlyos plusz terheket okoz. A mentális zavarok egyrészt tüneteik révén közvetlenül, másrészt a fenti hatások közvetítésével jelentősen rontják az életminőséget.

Az öngyilkosság és a depresszió prevenciója

Napjainkban, hazánkban az öngyilkosság és önsértés okozta halálozás relatív rizikója még mindig kétszer nagyobb az Európai Unió átlagánál. Emiatt az öngyilkosság és annak prevenciója kiemelt területe a mentális egészségfejlesztésnek.

A Nemzeti Népegészségügyi Program tartalmazza az öngyilkosság okozta halálozás visszaszorításának célértékét, amelyet a 20/100.000 fős szinten jelölte meg.

Az öngyilkosságok megelőzése a kockázati csoportokban történő hatékony intervenciókkal lehetséges. Ezek a kiemelt csoportok: a pszichiátriai betegségben szenvedők (főleg a hangulati betegségek, depresszió), a szenvedélybetegek (alkohol- és droghasználók), a súlyos testi betegségben szenvedők, a szociálisan hátrányos helyzetben lévők, a közelmúltban jelentős veszteséget elszenvedők – különös tekintettel azokra, akiknek a környezetében öngyilkosság fordult elő –, az idős emberek és a bevándorlók egyes csoportjai.

A lakosságközeli ellátó hálózat fontos eleme az alacsonyküszöbű sürgősségi ellátásként definiálható lelki elsősegély szolgálat.

Szükséges a pszichiátriai ellátórendszer kapacitásainak revíziója, annak alapján a fekvő és járóbeteg-ellátás megerősítése, továbbá az egészségügyi alapellátás szerepének megerősítése.

A fiatalok lelki egészsége és a lelki egészség az oktatásban

A lelki egészség alapfeltétele az eredményes tanulásnak. A pszichés zavarok szorosan rontják a tanulás eredményességét, növelik az iskolából való kimaradás arányát, és szorosan összefüggenek az iskolákban észlelhető agresszióval/viktimizációval. Ezen a területen az előrelépés kulcsa, hogy az iskola ne csak az ismeretátadás és a teljesítmény, hanem a személyre szabott nevelés intézményévé váljék. Fontos, hogy az oktatás minden szintjén szerepeljen a lelki egészség kérdése, köztük a legfontosabb ártalmak és a lelki betegségek is, melyeknek azonos státuszt kell kapniuk, mint a szomatikus betegségeknek. Programot kell indítani az iskolai agresszió ellen, mivel a bántalmazás patogén szerepe meghatározó az iskolában megjelenő lelki egészség-kockázatok között. A társadalmi kirekesztés megelőzésének, kezelésének és újratermelődésének megakadályozására olyan programok szükségesek, melyek a leszakadó társadalmi rétegek (deprivált helyzetű családok, hátrányos helyzetű romák, állami gondozottak, hajléktalanok, stb.) gyermekeinek korai szocializációját célozza meg. Kiemelt figyelmet érdemel a gyermekek és serdülők depressziójának és öngyilkosságának megelőzése.

A lelki egészség a munkahelyi környezetben

A munkahelyi hiányzás és alacsony produktivitás vezető okai a pszichiátriai betegségek. A munkahelyi stresszkezelő programok szervezése szükséges. A munkahelyi stressz-csökkentés egyszerre igényli a munkaszervezetek ilyen irányú fejlesztését és a munkahelyi vezetők erre vonatkozó kompetenciájának javítását. Szükséges a pszichés zavarok korai felismerését segítő munkahelyi programok bevezetése és munkahelyi egészségfejlesztési programok indítása, különös tekintettel a tartós munkahelyi stressz megelőzésére és a mentális egészség javítására.

Az idős emberek lelki egészsége

Az idős emberek élettapasztalata tudásunk fontos forrása, hozzájárul a személyes, családi és közösségi identitástudatunk kialakításához. Hazánkban növekszik az idősek, ezzel párhuzamosan a lelki egészséggel kapcsolatos problémák aránya. Komoly erőfeszítésekre van szükség, hogy több ember érje meg az időskorát jó lelki egészségben, hogy mentális betegségeik megelőzhetőek legyenek. Ennek érdekében programot kell indítani a demencia korai felismerésére és kezelésére, a demens betegek gondozására és betegeket gondozó családok terheinek csökkentésére. Az egészségügyi és a szociális ellátások integrációját az idősek sajátos szükségleteinek figyelembevételével kell megvalósítani. Emellett javítani kell az idős emberek részvételét, aktív bevonódását a helyi közösségi programokba, tehát ösztönözni és támogatni kell az ilyen programokat és az ezeket szervező közösségeket és szervezeteket.

Külön beavatkozási terület az időskori öngyilkosságok megelőzése.

A mentális betegségekkel összefüggő stigmatizáció és a diszkrimináció elleni küzdelem

A pszichiátriai betegségek jelentős negatív személyes és gazdasági következményekkel járnak. Ezeket a negatív következményeket tovább súlyosbítja a stigma és a diszkrimináció, amely tetten érhető a lakosság körében, a médiában, sőt az egészségügyi dolgozók között is.

Konfliktus-kezelés

A mindennapi élet színterein, a mentális betegek ellátásában, a munka világában a konfliktus-kezelés hatékony gyakorlatainak elterjedése képes hozzájárulni a konfliktus-helyzetekből, és azok nem megfelelő kezeléséből adódó lelki egészség-terhek csökkentéséhez.

A mentális egészségproblémák összefüggése egyéb egészségproblémákkal

A súlyos mentális zavarok - beleértve a szenvedélybetegségeket is - az átlagoshoz képest 8-20 évvel csökkentik a betegek várható élettartamát. E betegek magasabb halandósága mögött az öngyilkosságon túl a kardiovaszkuláris betegségek, a diabétesz, az elhízás és szövődményei állnak vezető helyeken. A kezeletlen pszichiátriai betegeknél az átlag populációhoz mérve jelentősen gyakoribb a kóros

szerhasználat. Ez a betegcsoport lényegesen rosszabbul működik együtt a szomatikus kezelésekkel is.

Várható eredmények:

- A mentális zavarok korai felismerése javul, kezelése hatékonyabb lesz, előfordulási gyakorisága csökken.
- Pozitív változást eredményez mentálhigiénés szinten az elsődleges szocializációs színtereken (család, iskola, munkahely), egyéb közösségekben.
- Pozitív változást eredményez mentálhigiénés egyéni szinten (önismeret növelés, coping stratégiák fejlődése stb)
- Együttműködés fejlődése különböző mentálhigiénés szervezetek között (civil és állami szféra)
- A pedagógusok, segítő foglalkozásúak lelki egészségvédelmi szemlélete fejlődik, javulnak segítő készségeik.
- Az öngyilkosságok száma tovább csökken.

A mozgásszervi betegségek megelőzése, visszaszorítása

A program célja
- A mozgásszervi betegségek megelőzésének és gyógyításának javítása.
- A mozgásszervi, gerinc, ízületi betegségben szenvedők számbeli növekedésének lassítása, megállítása.
- A mozgásszervi preventív szemlélet erősítése.
- A mozgásszervi betegségben szenvedők életminőségének javítása.

Célcsoportok:
A teljes lakónépesség, a 0-18 éves korosztály, időskorú népesség kiemelten.

Program javaslat

- A csontritkulás időbeni szűrése (Balatonfüred DRC, Ajka Kórház, Veszprém Kórház), a kiszűrt esetek fokozott ellenőrzése, mozgásterápiás lehetőség biztosítása, a töréskockázat minél erőteljesebb csökkentése
- A megkezdett megelőző programok (speciális torna óvodai, iskolai) továbbvitele.
- A mindennapi iskolai testmozgás szorgalmazása. A veszélyeztetett korúak töréskockázat csökkentő tornalehetőségének biztosítása a csontritkulás, ízületi és porckopások szűrése, népszerűsítése.

A rendszeres mozgás szükségességének széleskörű terjesztése, tájékoztatással.
- A szabadidős sportolási lehetőségekről a lakosság tájékoztatása, elérhetőségének segítése, támogatása.
- A mozgásukban akadályozottak életvitelének segítése támogató szolgálat nyújtásával.

A program szervezői és lebonyolítói:
Nevelési, oktatási intézmények, pedagógusok, háziorvosok, iskolaorvosok, védőnők, sportszervezők, szabadidős és versenysport egyesületek, civil szervezetek.

Várható eredmények:
A gyermekek, fiatalok testtartásának, mozgáskoordinációjának, állóképességük javulása.
A mozgásszervi betegek számának növekedési ütemének megállítása, hosszú távú csökkenése.
A csontritkulásból fakadó törések számának csökkenése
A krónikus mozgásszervi betegek életminőségének javulása.
A mozgásszervi megbetegedést megelőző szemlélet javulása.

D. Az egészséges életmód népszerűsítés érdekében javasolt programok

Az egészséges táplálkozás népszerűsítése

A program célja
- A táplálkozással összefüggő betegségek ismertetése, azok gyakoriságának csökkentése, a lakosság egészségi állapotának javítása az egészséges táplálkozással. Az egészséges táplálkozás ismereteinek terjesztése.
- Törekvés, hogy a közétkeztetésben is érvényesüljenek az egészséges táplálkozás irányelvei.
-A túlsúly, elhízás, az alultápláltság gyakoriságának megállítása, csökkentése.

Célcsoportok:
Gyermek, iskoláskorúak, fiatal felnőttek, középosztály, idősek.

Program javaslat
- Az egészséges táplálkozási ismeretek terjesztése a szakemberek és a lakosság körében rendezvényeken, szórólapokon, internetes fórumokon, stb.
- A bölcsődés és óvodás korosztály egészséges táplálkozásának elősegítése a családi szokások befolyásolásával.
- Az iskolai büfék egészséges választékának további bővítése, ízlésformálás.
- A táplálkozási zavarban, élelmiszer allergiában szenvedők speciális étkezésének biztosítása, segítése, támogatása.

A program szervezői és lebonyolítói:
Orvosok, védőnők pedagógusok, segítő foglalkozásúak, diabetikusok, civil szervezetek, közétkeztetők, élelmezésvezetők, iskolai büfét üzemeltetők, bölcsődei gondozók, óvónők.

Várható eredmények:
Csökken az egészségi állapotot kedvezőtlenül befolyásoló zsír-, szénhidrát és cukorfogyasztás.
Terjed az egészséges élelmiszerek, teljes kiőrlésű gabonák, zöldségek, gyümölcsök fogyasztása.
Csökken a helytelen táplálkozásból fakadó megbetegedések száma (magas vérnyomás, cukorbetegség, túlsúly).
Csökken a táplálkozással összefüggő betegségek okozta elhalálozás.

Az aktív testmozgás elterjesztése

A program célja
-A lakosság mind szélesebb körében alakuljon ki a rendszeres mozgásra való igény.
-A testedzés váljon rendszeres szükségletté.
-A közösségi programokba épüljön be a sporttevékenység, a játékos mozgás.
-A közoktatásba épüljön be a mindennapos testmozgás.
-A mozgásfejlesztő játékok, a szabadidős és versenysporthoz megfelelő feltételek álljanak rendelkezésre, ezek legyenek elérhetők mindenki számára.
- Bővüljön az iskolán kívüli sportlehetőségek köre.

Célcsoportok:
A teljes lakónépesség.

Program javaslat
- A mindennapi egészségfejlesztő testmozgás, sportolás változatosság tétele a közoktatásban.
- A belváros autómentesítése bizonyos akciós napokon, „gyalogolj az egészségedért” stb.
- A bölcsődés, óvodás korosztály mozgáslehetőségének folyamatos bővítése, biztonságos, korszerű játszóeszközök biztosításával.
- Az élsportolók működjenek közre a szabadidős sportok, a rendszeres mozgás népszerűsítésében.
- A fogyatékkal élők testmozgásának, sportolásának megszervezése, segítése.
- A munkahelyi testmozgás elősegítése különböző akciókkal, közös rendezvényekkel.

A program szervezői és lebonyolítói:
Önkormányzatok, sportszervezők, pedagógusok, oktatási, nevelési, gyermekjóléti, szociális intézmények, turista egyesületek, szabadidő szervezők, civil szervezetek.

Várható eredmények:
A mindennapi egészségfejlesztő testmozgás elterjedése.
A sportolási lehetőségek, programok választékának bővülése, a korosztályok és speciális igényekhez igazodása.
A szabadidős sportolási lehetőségek ismertté válása, szélesebb körű igénybe vétele.
A lakosság közérzetének, egészségének javulása.

E. Egészségfejlesztő életciklus programok

Egészségfejlesztési programok a gyermek és ifjúsági korosztály számára

A program célja
- Az egészséges életkezdet lehetőségének biztosítása mindenki számára.
- Az alapellátásban és iskola-egészségügyi ellátásban még hatékonyabban érvényesíteni az egészségfejlesztés szempontjait.
- Az oktatási, nevelési intézmények egészségfejlesztési programjainak továbbfejlesztése, hatékonyabbá tétele.
- A fiatalok, egészséges szabadidős tevékenységi formáinak bővítése, elérhetővé tétele.

- Az egészségfejlesztésben közreműködők szakmai tudásának fejlesztése.

Célcsoportok:
Bölcsődés, óvodás gyermekek, általános és középiskolás tanulók, főiskolai, egyetemi hallgatók minden érdeklődő, az egészségfejlesztésben tényked̋ők, EFI munkatársai

Program javaslat:
- Családtervezési, családi életre, gyermekvállalásra való felkészítés a nem kívánt terhesség megelőzése érdekében.
- A szülők felkészítése a várandósságra, a gyermek egészséges gondozására (Szülő Klub, Baba-Mama Klub, stb.).
- Gyermekkori megelőzési programok szervezése (fluor, jód, asztma, túlsúly, gerinc, szív prevenció), a kiszűrt problémások nyomon követése.
- Az egészségfejlesztésben közreműködők részére speciális képzések, továbbképzések, tréningek szervezése.
- Az iskola-egészségügyi szolgálat és a pedagógusok együttműködésének fejlesztése érdekében szakmai megbeszélések, fórumok, rendezvények tartása.
- -A fiatalok szabadidős és sport tevékenységi lehetőségeinek bővítése, a jelenlegi lehetőségek jobb kommunikálása.

A program szervezői és lebonyolítói:
Gyermekorvosok, iskolaorvosok, védőnők, ifjúsági védőnők, pedagógusok, egészségfejlesztési szakemberek (ÁNTSZ, Családvédelmi Szolgálat, Pedagógiai Kar).

Várható eredmények:
Csökken a terhesség-megszakítások, a nem kívánt terhességek száma, a kis súllyal, rendellenességgel született csecsemők száma.
Javul a gyermekek, fiatalok fogazatának állapota.
Javul az egészségfejlesztési programok hatékonysága, az iskola-egészségügyi szolgálat és iskolai pedagógusok kapcsolata, együttműködése.
Az egészségfejlesztési programkínálat sokszínűbb lesz, a módszerek hatékonyabbak.
Bővülnek a fiatalok szabadidő eltöltési lehetőségei.

Az idősek egészségmegőrző programja

A program célja
-A növekvő számú időskorú lakosság életminőségének javítása.
- Az időskorúak állapotuktól függően jussanak hozzá a különböző szociális, mentális és egészségügyi szolgáltatásokhoz (prevenció, rehabilitáció, habilitáció).
-A korosztály szociális kapcsolatainak erősítése, lehetőségbiztosítás szellemi, fizikai aktivitásra.

Célcsoportok:
A lakosság idős korú népessége, különös tekintettel az egyedül élőkre, közösségi csoportokhoz nem tartozókra.

Program javaslat

- Az idősek számára különböző mozgás és kulturális lehetőségek biztosítása szűkebb és tágabb körben egyaránt (idősek klubja, nyugdíjas egyesületek, városrészek, városi rend).
- A közösségi életbe még passzívak, nem résztvevők (otthon egyedül élők) bevonása a rendezvényekbe.
- Az egészségügyi szűrővizsgálatokon való részvételük szorgalmazása, segítése.
- Az időskori betegségekkel való együttélés segítése tanácsadással.
- A leggyakoribb, problémát okozó betegségek magasvérnyomás, csontritkulás, cukorbetegség kiszűrése, egyensúlyban tartása érdekében a rendszeres kontroll mérések lehetőségének megszervezése.
- Generációs programok szerezése a kapcsolatok bővítése, színesítése érdekében.
- Mentális gondozás erősítése (pszichiátriai közösségi gondozás, telefonszolgálat).

A program szervezői és lebonyolítói:
Szociális intézmények gondozói, családgondozók, idősek klubja vezetői, házigondozók, ápolók, orvosok, rendezvényszervezők, civil szervezetek, nyugdíjas egyesületek.

Várható eredmények:
Az időskorú lakosság életminősége, közérzete kedvezően változik.
Egészségi állapotuk egyensúlyban tartásával, hasznosságtudatuk erősítésével, a közösséghez tartozással mentális állapotuk javul.

F.: Esélyegyenlőség az egészségért

A program célja
-A hátrányos helyzetű lakosság életkörülményeinek, közérzetének, egészségi állapotának javítása.
- Az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférésük segítése, szorgalmazása (prevenciós programok, szűrővizsgálatok népszerűsítése, az azokon való részvétel igényének fokozása).

Célcsoportok:
A városlakók hátrányos helyzetű rétegei (fogyatékkal élők, munkanélküliek, hajléktalanok, romák).

Program javaslat

- A hátrányos helyzetű lakosság speciális egészségproblémáinak, szükségleteinek meghatározása.
- Egészségügyi, higiénés felvilágosító, oktató programok szervezése.
- Szűrővizsgálatokon való részvételük szorgalmazása, segítése (tüdőszűrő, nőgyógyászati, emlő).
- Az egészségesebb környezeti feltételek kialakítása az érintettek bevonásával (hulladékgyűjtés, parkosítás).
- A megfelelő táplálékhoz, gyógyszerekhez való hozzájutás segítése.

- Az szegénységi faktorok (aluliskolázottság, munkanélküliség, lakó- és lakáskörülmények) javításával az egészségi állapotuk kedvező befolyásolása.
- A fogyatékkal élők segítése az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférésben (akadálymentesítés, szállítás, kommunikáció segítése, speciális ellátás speciálisan képzett egészségügyi személyzettel).
- Óvodák, iskolák célzott egészségfejlesztő tevékenysége, egészségnevelő programjai az érintettek számára.
- A fogyatékosokat nevelő, gondozó hozzátartozók részére mentálhigiénés programok szervezése.

- A hajléktalanok egészségügyi ellátásának segítése:
    - az ellátás igénybevétele előtt tisztálkodási lehetőség biztosítása,
    - szűrővizsgálatokba való bevonásuk,
    - ha szükséges, folyamatos gondozásba vétel (tüdő, pszichiátria, bőr, nemibeteg, stb),
    - kórházi kezelésük idején szociális gondozásuk megoldása (tisztálkodási szerek, ruha, papucs biztosítása, családi kapcsolatok építése, stb.),
    - a lábadozás időszakában ápolásuk, gyógyszerezésük, gondozásuk megoldása,
    - rehabilitációs lehetőségek, ápolást, gondozást nyújtó ellátáshoz való hozzájutásuk segítése.

A program szervezői és lebonyolítói:
Orvosok, védőnők, szociális segítők, családgondozók, gyermekjóléti szolgálatok, civil szervezetek, kisebbségi önkormányzat, érdekvédelmi egyesületek, pedagógusok.

Várható eredmények:

A hátrányos helyzetű csoportok életfeltételeinek és egészségi állapotuk javulása.
A szűrővizsgálatokon való részvételük arányának és hatékonyságának javulása.
Az egészségügyi ellátásokhoz való egyenlő hozzáférés esélyének növekedése.
A hátrányos helyzetű lakossági csoportok egészségszemléletének, magatartásának javulása.

G. Az egészségtudatos magatartás fejlesztési érdekében javasolt programok

Egészségfejlesztés a mindennapi élet színterein

A program célja
Az egészségfejlesztés szempontjai érvényesüljenek a mindennapi élet színterein (egészségügy, kulturális, oktatási, sport intézményekben, a munkahelyeken és szórakozóhelyeken).

Célcsoportok:
Családok, pedagógusok, munkavállalók, egészségügyi dolgozók.

Program javaslat

- Az oktatási intézményekben a családok és a pedagógusok egészségfejlesztése érdekében szerveződjenek programok.
- A munkahelyek készítsék el a saját egészségfejlesztési tervüket, munkálkodjanak azok megvalósításában. Jó példával járjanak elő az önkormányzat költségvetési intézményei.
- Az alapellátásban dolgozók egészségügyi szakemberek prevenciós tevékenységének fejlesztése, érdekében készüljenek programok.
- Az egészségfejlesztés érdekében szerveződött mozgalmakhoz való csatlakozás lehetőségének felmérése (Egészséges Városok, Egészséges Óvodák pályázata, Egészséges Iskolák Nemzeti Hálózata, Egészségesebb Munkahelyekért Egyesület).
- Az önkéntes segítő hálózat szervezési lehetőségének vizsgálata.
- Egészségösztönzéssel foglalkozó szakmai közösség létrehozása.

A program szervezői és lebonyolítói:

Pedagógusok, munkahelyi vezetők, szupervizorok, pszichológusok, foglalkozás-egészségügyi orvosok, civil szervezetek.

Várható eredmények:

Az egészség, az egészségfejlesztés szempontjai a mindennapi élet színterein tudatosabban jelennek meg.
Javul a városlakók egészségtudata.
Az egészségfejlesztési programok bővülnek, hatékonyabbá válnak.