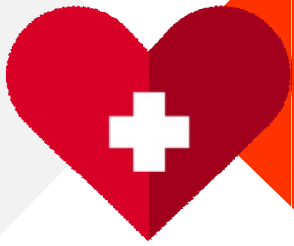


Egészségfejlesztési koncepció

Sándorfalva



Tartalom

Bevezető	3
1. Állapotleírás	4
1.1. Helyzetelemzés	4
1.2. Kulcsproblémák	9
1.3. Célcsoportok	10
1.4. Az egészségfejlesztés szinterei.....	11
2. Célok	11
2.1. Jövőkép	11
2.2. Célrendszer és célok.....	12
3. Tervezési és megvalósítási eszközök	16
3.1. Megvalósítás szervezete.....	16
3.2. Eredményesség és hatékonyság mérése	17
3.3. Fejlesztési elvek.....	18
Forrásjegyzék	20

Bevezető

Sándorfalva Város Önkormányzata 2015-ben fogadta el hét évre szóló Integrált Településfejlesztési Stratégiáját (ITS), ami az elkövetkező években megvalósítandó beruházások, fejlesztések összefoglalása mellett hosszú távú jövőképet és célokat vázolt fel a település számára. A 8/2016 (II.11.) Kt. határozattal elfogadott stratégia jövőképe egy „emberközpontú- és léptékű, családbarát és vonzó európai kisváros” létrehozását és hosszú távú célként az „emberközpontú, színvonalas települési környezet kialakítását és egészséges életfeltételek biztosítását” fogalmazta meg. A jövőkép és hosszú távú cél együttesen a településfejlesztés legfontosabb elemévé tette az emberek egészségének és életminőségének javítását. Ez komoly kihívást és felelősséget is jelent a település számára, egyben kihangsúlyozza az egészségfejlesztés fontosságát. Ebből adódóan az egészségfejlesztésre az elmúlt éveknél nagyobb figyelmet szükséges fordítania Sándorfalvának. Ezért döntött úgy a település vezetése, hogy Egészségfejlesztési Koncepciót hoz létre. A koncepcióval Sándorfalva hosszú távra kijelöli azokat az egészségfejlesztési (lakosság életminőségének és egészségének javítására irányuló) célokat, amelyekre a település vezetésének tekintettel kell vennie a jövőben bármilyen településfejlesztési döntés meghozatala, előkészítése során. A célok kijelölését az állapotleírásban tett megállapítások és szakmai háttérbeszélgetések alapozták meg. Az állapotleírás szekunder adatforrásokra és primer információkra egyaránt támaszkodik. Szekunder adatforrásként az ITS Megalapozó Vizsgálatának, az OEP és a KSH adatainak, valamint számos hazai egészségfejlesztési szakmai dokumentum adatainak, megállapításainak feldolgozása történt meg. A primer információszerzés érdekében háttérbeszélgetések zajlottak a helyi egészségügy legfontosabb képviselőivel (pl. házi orvosok, fogorvosok, szociális ellátásban dolgozók). A helyi egészségügyben, szociális ellátásban tevékenykedők által nyújtott információknak fontos szerepe volt a kulcsproblémák megállapításában és a célok kijelölésében. Ezzel a lépéssel azt kívántuk megalapozni, hogy a Sándorfalván élők egészségének, életminőségének fejlesztésére irányuló tevékenységek széles körű partnerségen alapuljanak, az ebben érdekelték között a korábbiaknál jóval aktívabb párbeszéd indulhasson el. Bízunk benne, hogy a koncepció segíti az egészségfejlesztésben érdekelt helyi szereplőket (orvosok, fogorvosok, ápolók, védőnők, szociális ellátók stb.) és a lakosságot abban, hogy elkötelezettebb, aktívabb résztvevője, alakítója legyen a helyi egészségfejlesztési tevékenységeknek, egy egészségesebb élhetőbb Sándorfalva megteremtésének.

1. Állapotleírás

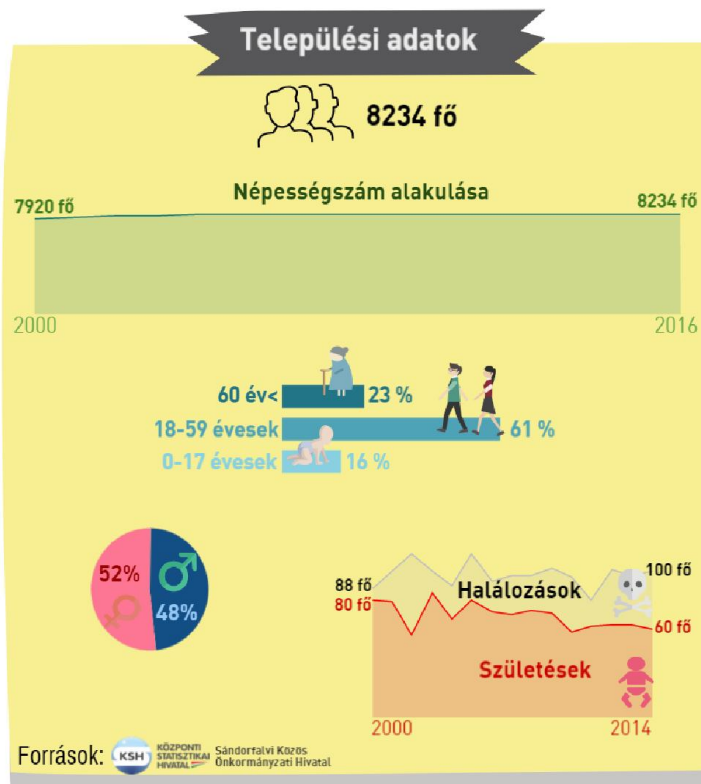
1.1. Helyzetelemzés

Társadalmi helyzetkép

Sándorfalva a Szegedi járás második legnagyobb települése, az önkormányzat legfrissebb, 2016. szeptember 1-jei adatai alapján **állandó népessége 8234 fő** volt, ebből a **külterületen élők aránya kb. 10%**.¹ A népesség 52%-a nő, 48%-a férfi, ami megfelel az országos trendeknek. A férfiak a fiatalabb, a nők pedig az idősebb korosztályokban felülreprezentáltak. A korosztályok szerinti megoszlást vizsgálva a 17 éven aluliak aránya 16%, a 18 – 59 év közöttieké 61%, a 60 év felettieké 23% - az arányok a lakosság előregedő korstruktúrájára utalnak. Ezt a kedvezőtlen demográfiai folyamatot tovább rontja, hogy a település népességében **természetes fogyás tapasztalható**: a KSH által rendelkezésre álló adatok alapján 2000 – 2014 között a halálozások száma mindig meghaladta a születéseket (összhangban a régiós, megyei és országos tendenciákkal).

A KSH által rendelkezésre álló adatok alapján a településen a **népesség száma** kisebb-nagyobb megingásokkal, de folyamatosan **növekszik**, amiben fontos szerepe van

Szeged közelségének: a megyeszékhelyhez képest alacsonyabb ingatlanárak vonzerőt jelentenek, ezért számos család választja lakóhelyéül a települést. Bár a népmozgalmi aktivitás az elmúlt öt évben visszaesett, a legtöbbször még így is **magasabb a településre betelepülők (állandó odavándorlók), mint a kitelepülők (állandó elvándorlók) aránya**:



A 2011-es népszámlálási adatokból vizsgálhatjuk meg a településen élő **családok** adottságait. A 15 éven felüli lakosok (2011-ben 6727 fő) 46%-a volt házas és 12%-uk élt élettársi kapcsolatban, előbbi magasabb a Csongrád megyei átlagnál (41%), utóbbi szinte megegyezik vele (11%). A 3128 háztartásból 2260 családi háztartás, ami 72%-os arányt jelent, ez jóval magasabb a megyei

¹ Forrás: Sándorfalva Város Önkormányzata

átlagnál (63%). Egy családi háztartásban átlagosan 3,03 fő él (megyei átlag 2,85 fő/családi háztartás), a gyerekes családok közül az 1 gyerekesek aránya 28% (megye 28%), a 2 gyerekeseké 23% (megye 20%), a 3 gyerekeseké 8% (megye 7,5%).

A **lakosság képzettségéről** is a 2011-es népszámlálás adatai állnak rendelkezésre. Eszerint Sándorfalva lakosságában a nyolc osztályt és annál kevesebbet végzők aránya 33% volt. A középfokú végzettségűek aránya 58%, míg a felsőfokú végzettségűeké 9% volt.

A településen élők **munkaerőpiaci aktivitása** az országos átlagnál is kedvezőbb. A KSH adatai szerint 2014-ben a nyilvántartott álláskeresők száma mindössze 241 fő volt Sándorfalván: ez a munkaképes korú lakosság (15 – 64 évesek) 5365 fős létszámát tekintve mindössze 4,5%-os munkanélküliségi rátát jelez. Az álláskeresők között a férfiak és nők száma közel azonos. 2014-ben 180 napon túli álláskeresők száma 94 fő volt, ez az elmúlt 15 évet tekintve rekord alacsony szám a településen. Az álláskeresők harmada általános iskolai és annál alacsonyabb végzettségű volt. Az 2011-es népszámlálás adatai alapján Sándorfalván a foglalkoztatottak kétharmada ingázott munkavállalási célból más településre (elsősorban Szegedre).

Intézményi ellátottság

A **település intézményi ellátottsága** hasonló, mint Csongrád megye más, 5000 – 10000 fős lakosságú településein. Az **oktatás-nevelés a bölcsődétől az alapfokú oktatásig bezárólag biztosított.** A **bölcsőde** jelenlegi működtetője az Egyesített Egészségügyi és Szociális Intézmény (EESZI). A 0-3 év közötti gyermekek felügyeletére 2014-ben 48 db férőhely állt rendelkezésre. A bölcsőde maximális kihasználtsággal működik, a szakképzett gondozók száma 9 fő. Az elmúlt években számos fejlesztés történt az intézményben. A 2011-es állapothoz képest megduplázták a férőhelyeket, új játékkészleteket, udvari játékokat szereztek be, illetve sószóbat alakítottak ki. Az **óvodai ellátás** 4 db telephelyen működik: Kis körúti óvoda (3 csoport), Iskola utcai óvoda (4 csoport), Rákóczi utcai óvoda (2 csoport), Kölcsey utcai óvoda (2 csoport). Az óvodák kapacitása 280 férőhely (*KSH*). 2014-ben 228 gyermek járt az óvodába, ami 81,4%-os kapacitáskihasználtságot jelent 2014-ben, ebből a hátrányos helyzetű gyerekek száma 14 fő volt (*KSH*). Az óvodapedagógusok száma 22 fő. (*KSH*). Az óvodai infrastruktúra korszerűsítése folyamatos volt az elmúlt években. A Kis körúti óvoda játszótere 2012-ben újult meg (csúszdás vár, hintás csúszdatorony, létrás csúszdatorony, mászóka, kisházak, mérleghinták, fedett homokozók, asztalok, padok és új informatikai eszközök beszerzése). 2014-ben történtek korszerűsítések az Iskola utcai telephelyen, felújították az épület homlokzatát, kicserélték a nyílászárókat, új helyiségek kerültek kialakításra és hozzájuk tartozó eszközök kerültek beszerzésre, az udvaron új játékelemek kerültek elhelyezésre. A településen az oktatás-nevelés legfelső szintjét az **alapfokú oktatás** jelenti, amely a Pallavicini Sándor Általános Iskolában zajlik. 2014-ben 583 tanulója és 45 fő főállású pedagógusa volt az iskolának (*KSH*). Más településről (elsősorban Szatymazról, Dócról, Pusztaszerről, Ópusztaszerről) 52 tanuló jár be, a hátrányos helyzetű tanulók száma 48 fő (*KSH*). Délután napközit és tanulószobát működtet az iskola, a fizikálisan és tanulásban lassabban fejlődő diákok felzárkózását fejlesztő- és gyógypedagógus segíti, az iskolaorvosi, védőnői jelenlét folyamatos. A iskolának 17 tanterme, tornacsarnoka, 150 fő befogadóképességű étterme és könyvtára is van. A felszereltségben jelentkezik azonban problémák: bár az intézménynek van iskolaorvosi szobának kinevezett helyisége, de az nincs szakszerűen felszerelve, alkalmatlan a feladat megfelelő minőségű ellátására. Ennek a hiányosságnak a felszámolása sürgető feladat.

A **közművelődési feladatok** ellátására öt különböző épület áll a lakosság rendelkezésére: Budai Sándor Művelődési Ház, Széchenyi Ifjúsági Községi Központ, Pallavicini Kastély, Petőfi Emlékkönyvtár, Budai Sándor Emlékház és Tájház. A közművelődési feladatokat ellátó intézmény a Sándorfalvi Kulturális Központ (SKK). Bár nem tartoznak az intézmények közé, szükséges szót ejteni a településen található **közösségi terekről, szabadidős- és sportlétesítményekről.** A településen jelen lévő közösségi terek száma és területe is szűknek mondható: ilyen terek között említhetjük meg a Szabadság teret, a Pallavicini Kastélyt és kertjét, illetve a Széchenyi Ifjúsági Központot és udvarát. A szabadidős- és sportlétesítmények közül a legjelentősebbnek a Nádastó Szabadidőpark számít. Turisztikai szempontból fontos, azonban lakossági szempontból nem a legalkalmasabb létesítmény a rendszeres szabadidős célok kiszolgálására. Ennek oka, hogy a település belterületétől távolabb található, kedvezőtlen frekvenciája csökkenti a lakosság létesítmény igénybevételére irányuló motivációját. A település labdarúgópályája, a közelében található műfüves pálya, az általános iskola tornaterme és udvarai alkalmasak a sportolás

bizonyos formáinak gyakorlására, akár szervezett szinten is. Hiány van viszont frekventált, aktív időtöltést biztosító, közösségi célú parkokból, játszóterekből. Ennek a hiányosságnak a felszámolása régóta aktuális kérdés, különösképpen úgy, hogy a településnek vannak olyan közterületei (pl. Május 1. tér), amelyek megfelelőek a széleskörű, mindennapos szabadidős időtöltésére alkalmas (pl. játszótér, kondiparkot, futópályát, pihenőhelyet stb. magába foglaló), lakosság számára könnyebben elérhető, frekventáltabb közösségi, szabadidős terek létrehozására.

Szociális ellátás

A **település szociális és egészségügyi ellátásának** irányítója a város tulajdonában lévő Egyesített Egészségügyi és Szociális Intézmény (EESZI). Az intézmény központja az Egészségházban található. Az EESZI finanszírozása 2015-ben 115 millió Ft-os kiadást jelentett az önkormányzat számára.² Az intézmény alábbi szociális és egészségügyi szolgáltatásokat látja el a településen:

- Védőnői szolgálat: A védőnői feladatokat 3 fő végzi, heti három nap (hétfő, szerda, péntek) 8 – 10 óra között tartanak fogadóórát. A védőnők az alapfeladataik mellett (csecsemő tanácsadás, terhes tanácsadás, iskolai fogadóóra, iskolai szűrés) számos kiegészítő szolgáltatást is nyújtanak. Az anyák, várandós nők számára szerveznek baba-mama klubot, babamasszázs tanfolyamot, terhestornát. Aktív résztvevői a helyi egészséghétnek is. A sándorfalvi védőnői szolgáltatás eredményességét jelzi, hogy a helyi védőnői terület az elsők között volt Magyarországon, amelyik megkapta a „Bababarát védőnői terület” címet.
- Gyermekjóléti Szolgálat: A szolgáltatás személyes segítő kapcsolatra építve, a szociális munka módszereit, eszközeit felhasználva működik, célja a gyermekek védelme, egészséges fejlődésük segítése. A szolgálat fő célcsoportját elsősorban a nehéz anyagi körülmények között élő és/vagy családi életfeltételeikben, élethelyzetükben jelen lévő problémákkal (pl. elvált szülők, alkoholizmus, iskolázatlanság, fogyatékoság stb.) veszélyeztetett gyermekek jelentik. A szolgáltatás révén gondozott kiskorúak száma 2014-ben 78 fő volt (KSH).
- Családsegítő Szolgálat: Szociálisan rászoruló családok problémáinak kezelését ellátó szolgáltatás. Célja a mentális, szociális vagy krízishelyzet miatt nehéz helyzetbe került személyek, családok segítése, életvezetési tanácsadás, folyamatos konzultáció a nehéz helyzetbe került személyekkel. A szolgáltatások között adósságkezelési tanácsadás, illetve az aktív korúak ellátása, segítése is szerepel. A településen családi napközi is működik 14 férőhellyel. A családsegítő szolgáltatást 2014-ben évben 225 fő vette igénybe (KSH).
- Nappali ellátás és idősek klubja: A településen már 1973 óta működő szolgáltatás célja, hogy az idősek mellett 18. életévüket betöltött, megromlott egészségi állapotuk miatt önmaguk ellátására korlátozottan képes személyek számára nyújtson ellátási segítséget. Ennek keretében a rászorulóknak számára napi háromszori étkezés, tisztálkodás, mosási lehetőség biztosított, melyek egyéb szabadidős programokkal, kirándulásokkal, ünnepekkel egészülnek ki. Ilyen programok közé tartoznak a gyógyszerekkel kapcsolatos előadások, gyógyászati segédeszközök forgalmazók bemutatói, bűnmegelőzési programok. Az idősek körében kifejezetten magasnak mondható az ilyen előadások, programok iránti igény. A nappali ellátásban foglalkoztatottak száma 2014-ben 3 fő volt (KSH). A rendelkezésre álló 30 férőhelyből 2014-ben 28-at használtak ki (KSH).
- Házi segítségnyújtás: A szolgáltatással a rászorulókat saját lakókörnyezetükben látják el. A szolgáltatás során segítik az ellátottakat az orvosi, gondozási, ápolási feladatok ellátásában, emellett az önálló életvitelt segítő feladataik (étkeztetés, bevásárlás, takarítás, mosás, ügyintézés) elvégzésében működnek közre. A házi segítségnyújtásban 2014-ben 40 fő részesült (KSH).
- Szociális étkeztetés: A szociálisan vagy megromlott egészségi állapotuk miatt rászorultak számára napi egyszeri alkalommal biztosítják a településen a meleg étkezés lehetőségét. A szolgáltatásban 2014-ben 77 fő részesült (KSH)
- Tanyagondnoki szolgáltatás: A lakosság közel 10%-át kitevő, külterületen élő, hátrányos helyzetű személyek ellátására létrejött szolgáltatás két körzetben végzi feladatait. A szolgáltatás elsősorban az EESZI már működő szolgáltatásainak külterületen történő kiterjesztését foglalja magában. Így pl. a tanyagondnoki szolgáltatás közvetítésével valósul

² Forrás: Sándorfalva Város Önkormányzata 2015. évi zárászámadás

meg a külterületeken a családsegítő, gyermekjóléti és védőnői szolgáltatás, a házi segítségnyújtás, illetve a külterületeken élők idősek klubjába történő szállítása. Emellett a tanyagondnokság végzi a hátrányos helyzetű lakosok számára gyűjtött adományok eljuttatását, a külterületen élő gyerekek iskolabusz jelleggel történő szállítását.

Az intézmény infrastruktúrája az Egészségház és a bölcsőde épülete mellett a Dózsa György utcában 2010-ben átadott szociális szolgáltatóházból tevődik össze. A szállítási feladatok ellátásához két gépjárművet tudnak biztosítani, ebből egy 2015-ben vásárolt, egy régebbinek a cseréje az amortizáció miatt 2 – 3 éven belül aktuálissá válik. Szükséges kitérni arra, hogy a bentlakásos idősellátás iránt egyre nagyobb igény mutatkozik nem csak helyi szinten, hanem a szomszédos településeknél is. Egy ilyen beruházás megvalósítása amellelt, hogy évek óta fennálló igények kielégítésére reagálna, komoly előrelépést jelentene a szociális ellátásban.

Egészségügyi helyzetkép

Sándorfalva egészségügyi ellátása elsősorban az alapellátásra összpontosul, néhány szakellátással kiegészülve. Az OEP által finanszírozott, kötelezően biztosított **háziiorvosi ellátást** három, a **gyermekorvosi ellátást** egy orvos látja el, a körzeti ápolónők száma 3 fő volt. A két házi orvos és egy gyermekorvos már több mint két évtizede látja el feladatait, a településnek egy fiatal házi orvosa van, aki négy éve praktizál Sándorfalván. Jelenleg két helyen zajlik az ellátás: két házi orvos és a gyermekorvos az Egészségházban, egy házi orvos saját rendelőjében látja el feladatait. Az orvosok mindegyike vállalkozási formában tevékenykedik. Praxisonként ellátott betegek száma 2000–2500 fő közötti, a gyermekorvosi körzetben kb. 560 fő. A praxisoknak területi ellátási kötelezettségük és degressziójuk is van. A rendeléseken keresztül vérvételi és laborvizsgálati szolgáltatások is elérhetőek. A központi ügyeleti ellátás biztosított, melynek szervezésében aktívan közreműködik az Országos Mentőszolgálat. A háziiorvosi ellátáson túl nőgyógyászati (magánrendelés), illetve üzemorvosi szakrendelés van a településen. A gyermekorvos az iskolaorvosi teendőket is ellátja, melyben a védőnők is közreműködnek. Az iskolaorvosi feladatok ellátására bár van kijelölt helyiség a Pallavicini Sándor Általános Iskolában, de az felszereltségének hiányosságai miatt nem alkalmas az intézményben történő, megfelelő színvonalú ellátás biztosítására.

Az egészségügyi ellátásról rendelkezésre álló legfrissebb, 2014-es adatok (OEP, KSH) alapján a háziiorvosi ellátást 41 187 esetben vették igénybe Sándorfalva lakói, a gyermekorvost 3567 esetben keresték fel. A házi orvosok eseteik kevesebb, mint 1%-át látják el a rendelőn kívül és ez a szám évről-évre csökkentést mutat: a 2000-es évekhez képest mára kevesebb, mint tizedére csökkent a rendelőn kívül ellátott esetek száma. Hasonló tendencia jelentkezik a gyermekorvosi ellátás esetében is: mára elenyésző lett a rendelési időn kívül ellátott esetek száma. A gyermekorvosi ellátás másik jellegzetessége, hogy az ellátott esetek száma 2000-hez képest 15

Az egészségügyi ellátás humán erőforrásai Sándorfalván



Források: KSH, OEP, Országos Egészségbiztosítási Pénztár

év alatt közel a felére csökkent (ebben valószínűleg a demográfiai tényezők is szerepet játszanak). Az egészségügyhöz kapcsolódóan említést kell tennünk a gyógyszer-ellátásról is, melyet jelenleg két gyógyszertár szolgál ki a településen. Az **önkormányzat egészségügyi kiadása** 2015-ös zárszámadás alapján 6,4 millió Ft volt, ebből a háziorvosi és fogorvosi rendelő üzemeltetése 2,8 millió Ft-ot, bérleti díja 1,8 millió Ft-ot, a vérvétel 1,6 millió Ft-ot tett ki.³

Helyzetkép Sándorfalva lakosságának egészségi állapotáról



A **lakosság egészségi állapotáról** az OEP adatai⁴ alapján kapunk visszajelzést. Az ellátásban dolgozók adatközlési kötelezettsége a BNO főcsoportok szerinti adatbejelentést foglalja magában. Az OEP által rendelkezésre álló adatok is ilyen csoportosítás szerint mutatnak képet a helyi ellátási esetek jellemzőiről. Az OEP adatai alapján a különböző BNO főcsoportok szerinti teljes **betegszám** 2014-ben 16427 fő volt. Ez az adat sarkosítva azt jelenti, hogy egy lakosnál legalább két különböző betegség lépett fel. A kép természetesen ennél jóval árnyaltabb. Sándorfalva lakossága körében a leggyakoribb megbetegedésnek az I00-I99 BNO-kódok szerinti keringési rendszeri rendellenességek számítanak. 2014-ben 2378 főnél jelentkezett ilyen tünet, ez a betegszám 14,5%-a. J00-J99 BNO-kódok közé sorolt légzőrendszeri betegségeket 2254 főnél állapítottak meg, ami a betegszám 13,7%-a. E00-E99-es kódú endokrin, táplálkozási és anyagcsere betegségek 1545 főnél (összes beteg 9,4%-a) jelentkeztek. M00-M99 kódú csont-izomrendszer és kötőszövet betegségeket 1480 főnél állapítottak meg (betegek 9%-a). Az összes beteg közel felénél (46,6%-a) fordult elő ez a négy betegség, ennek megfelelően ezekre a betegségekre írták fel a

Táppénzes napok leggyakoribb okai

Veszélyeztetett terhesség

Üzemi baleset

Egyéb baleset

Beteg gyermek ápolása



- A legtöbb felírt vények betegségi típusok szerint**
1. Keringési rendszer rendellenességei
 2. Endokrin, táplálkozási és anyagcsere betegségek
 3. Légzőrendszeri betegségek
 4. Csont-izomrendszeri és kötőszöveti betegségek

Források: **TEIR** Országos Egészségbiztosítási Pénztár egészség, életmód

legtöbb vényt. Megyei és országos szinten is ezek számítanak a leggyakoribb megbetegedéseknek, ahogy a kiadott vények számában is ugyanez ez a trend rajzolódik ki. Ki kell térnünk a táppénzes napok számára is, ez 2014-ben 14295 nap volt. Az OEP nyilvántartás szerint Sándorfalván egyéb keresőképtelenségi ok miatt írták ki a legtöbb embert táppénzre, ami összesen 8733 napot jelent. Ezen felül a leggyakoribb ok a veszélyeztetett terhesség volt, az erre kiadott táppénzes napok száma 2014-ben 2759 nap. Üzemi baleset miatt 1122 nap, egyéb baleset miatt 918 nap, beteg gyermek ápolása miatt 763 nap táppénzt adtak ki a Sándorfalván élők számára. Hasonlóképpen a betegségi típusokhoz és a felírt vényekhez, a táppénzes napok kiadásának tendenciái is a megyei és országos mutatókat követik le.

A **fogorvosi ellátást** az Egészségházban folyamatosan két fogorvos végzi, tevékenységüket több mint 10 éve látják el a településen. Fogorvosi körzetenként ellátott páciensek száma 4000 fő. Ellátási területük gyakorlatban ennél némileg szélesebb, a környező településekről is gyakran érkeznek páciensek a rendelőbe. A fogorvosi rendelőben egy helyiségben tudnak párhuzamosan dolgozni a fogorvosok, két fogorvosi székben. A rendelő jelenlegi technológiája rendkívül

³ Forrás: Sándorfalva Város Önkormányzata 2015.évi zárszámadás

⁴ Ezek az adatok a www.teir.hu oldalon érhetők el

elavultnak számít, nem felel meg a mai modern, digitalizált fogászati körülményeknek. Ez különösen nagy problémát jelent egy olyan alapvetően technológiaintenzív egészségügyi szolgáltatásnál, mint a fogászat. A fogászati egységkészülékek elhasználdottak, korszerűtlenek, hasonlóképpen a röntgenhez, keverőgéphez (a sterilizálás továbbra is hőlég megoldásos, autokláv helyett), a bútorok elavultak. Az említett készülékek olyannyira elavultak és nincsenek már jelen a hazai ellátásban, ami feleslegessé teszi hozzájuk alkatrészek előállítását, forgalmazását – ezért 1-2 év múlva várhatóan nem is lesznek alkatrészek ezekhez a készülékekhez. Ezáltal ha valamelyik gép meghibásodik, az akár az ellátás folyamatosságát is veszélyeztetheti, leállíthatja a rendelőt. Továbbá a fogászati ellátáshoz szükséges víz tisztasága is problémát jelent. A korábbi beruházások során nem gondoskodtak ugyanis arról, hogy higiéniaileg is megfelelő, tiszta, szűrt víz érkezhessen a rendelőbe. A tisztítás bár megoldott, de módszere csak ideiglenes megoldás, folyamatos javítást igényel, egyszeri beruházással az ilyen kellemetlenségek elkerülhetővé válnak. A felsorolt problémák ellenére példaértékű erőfeszítések vannak a prevenció területén, melynek bizonyítéka egy mintaértékű óvoda és iskolafogászati program. Céljuk, hogy idejekorán felhívják a gyermekek figyelmét a fogápolás fontosságára, megismertessék velük a fogorvosi ellátást, csökkentsék félelmeiket, bemutassák fogazatuk megóvásával kapcsolatos teendőket, valamint a rendelőben a szükséges beavatkozásokat a lehető leggyorsabban elvégezhesse. Az iskolafogászat keretében heti rendszerességgel, szervezeten vizsgálják a rendelőben az iskolás gyermekek fogait, elvégzik rajtuk a szükséges beavatkozásokat.

A **prevenciók tevékenységek** között szervezett formában zajló időszakos szűrések és szemléletformáló programok jelennek meg. A település legátfogóbb prevenciók programja az EESZI által szervezett EgészségHét. Az eseményen szemléletformáló előadásokat tartanak a lakosság számára az egészséges életmóddal, egészségmegőrzéssel kapcsolatos témákban: egészséges táplálkozás, csecsemő- és gyermekgondozás, időskori betegségek és kezelésük stb. A program része az ingyenes vagy kedvezményes térítési díjak mellett zajló szűrővizsgálatokon való részvétel biztosítása: pl. nőgyógyászati szűrővizsgálatok, reumatológiai szűrés, ortopédiai vizsgálat, vércukorszint mérés stb.

1.2. Kulcsproblémák

A koncepció helyzetelemző munkarésze számos olyan adatot és folyamatot tárt fel, amelyek befolyásolják a településen élők életminőségét, egészségi állapotát és az egészségügyi ellátás minőségét. A folyamatok között több olyan probléma képe is kirajzolódik, amelyek kedvezőtlen hatással vannak a lakosság életminőségére, egészségügyi állapotára. Ezeket a helyi egészségfejlesztés kulcsproblémáiként azonosíthatjuk. A kulcsproblémák kezelése a legfontosabb feladat a koncepció, illetve a rá építendő program megvalósítását irányító szervezet számára (önkormányzat). Ezek a kulcsproblémák a következők:

- 1. Iskolaorvosi ellátás hiányosságai, gyermekorvosi ellátás folyamatosságának biztosítása:** Bár van kijelölt helyiség a Pallavicini Sándor Általános Iskolában az iskolaorvosi, prevenciók feladatok ellátására, az nem alkalmas annak elvégzésére. Emellett gondoskodni kell majd arról, hogy a jövőben is biztosított legyen a településen gyermekorvosi ellátás: családbarát profilt felvállaló település nem engedheti meg magának, hogy a jövőben ne legyen gyermekorvosa.
- 2. Házi orvosok száma:** Minél kisebb létszámot kell ellátnia egy házi orvosnak, annál hatékonyabban tudja végezni tevékenységét. A lakosság számát figyelembe véve még legalább egy házi orvosra szüksége van a településnek, a jelenlegi átlag több mint 2000 fő/körzet létszám ugyanis magasnak számít.
- 3. Egészségház infrastruktúrája és technológiai felszereltsége:** Az EgészségHáz bővítésére létező tervek vannak, amelyek nem valósultak meg. A fejlesztés megvalósítása továbbra is aktuális, a helyi egészségügyi ellátás legfontosabb beruházásának számít, kiegészítve az ellátási minőséget javító technológiai berendezések beszerzésével (pl. képalkotó diagnosztikai eszközök, mozgásterápiás, balneológiai eszközök stb.).
- 4. Fogorvosi rendelő műszaki állapota:** A rendelő gépei elavultak, fejlesztésük elmaradása komoly ellátási problémát (akár leállást is) okozhat.
- 5. Helyi egészségügy finanszírozása:** A helyi egészségügyre fordított kiadások alacsonyak. Ennek érdekében a helyi költségvetést szükséges felülvizsgálni. Az orvosokra nem lehet minden esetben áthárítani egyes költségeket (pl. infrastruktúra kapcsán).

- 6. Szakellátások hiánya:** A lakosságnak a legtöbb szakellátás igénybevétele miatt továbbra is Szegedre kell utaznia. A távolság nem nagy a két település között, de nem szolgálja a betegek kényelmét és az ellátási hatékonyságot.
- 7. Testmozgást, szabadtéri aktivitást ösztönző infrastruktúra hiánya:** A településen élők életminőségét kedvezőtlenül befolyásolja a megfelelő szabadtéri, rekreációs infrastruktúra hiánya.
- 8. Védőnői állomány létszáma:** A településen jelen lévő családok száma miatt az ellátási színvonal hosszú távú fenntarthatóságát háromnál több védőnővel lehetséges megfelelően biztosítani.
- 9. Bentlakásos szociális ellátás jelenlétének hiánya:** Sándorfalva és a szomszédos kistelepülések elöregedése miatt a nappali ellátás már nem lesz (és már most sem) elegendő az idősek megfelelő színvonalú ellátására, sürgető feladat egy ilyen intézmény létrehozása. A bentlakásos intézményben jóval hatékonyabban lehet egészségügyi szempontból is gondoskodni az idősekről.

1.3. Célcsoportok

A koncepció célcsoportja alapvetően Sándorfalva teljes lakossága. Az egészségfejlesztési célok, tevékenységek tekintetében azonban szükséges ezt a célcsoportot differenciálnunk. A lakosságra, mint célcsoportra különböző jellemzők mentén szerveződő közösségek, csoportok egységeként tekintünk az egészségfejlesztés során. Az egyes csoportok élethelyzetükből adódóan különböző adottságokkal, tevékenységekkel igényekkel, viselkedésekkel rendelkeznek. Ezek a csoportok jellemzően a következő dimenziók mentén alakíthatnak homogén hálózatokat⁵:

- napi tevékenységek, elfoglaltságok
- munka
- életkor
- demográfiai jellemzők
- közös problémák

Az egészségfejlesztési tevékenységnek ezért az előbbieken felsorolt sajátosságokat figyelembe vevő válaszokat kell nyújtania a problémákra, tekintettel az esélyegyenlőség elveinek folyamatos fenntartására. Ezek alapján a lakosságon belül alábbi célcsoportokat, célközösségeket különböztethetjük meg:

- intézmények, munkahelyek
- idősek, nyugdíjasok
- korlátozottan munkaképes személyek
- ápolásra, ellátásra szorulóknak
- szociális ellátást végzők (pl. szociális ellátást biztosító szolgáltatók, tanyagondnokok stb.)
- egészségügyi ellátást nyújtó szolgáltatók, szakemberek (pl. orvosok, fogorvosok, védőnők stb.)
- fogyatékkal élők
- középkorúak (40 – 59 év közöttiek)
- fiatal felnőttek (25 – 39 év közöttiek)
- fiatalok (25 év alattiak 14 éves korig)
- gyerekek (14 év alattiak 6 éves korig)
- kisgyerekek (6 éves kor alattiak)
- nők
- férfiak
- várandós nők
- anyák
- apák
- családok
- egyedülállóknak, özvegyek
- tartós betegséggel együtt élők (pl. cukorbeteg, dialízisre járók, epilepsziások stb.)
- súlyos betegséggel élők (pl. rákbetegek)

⁵ FÜZESI-TISTYÁN: Egészségfejlesztés és közösségfejlesztés a színtereken (OEFI, 2004) c. kiadványa alapján

A koncepció alapján megvalósítandó egészségfejlesztési programokban, tevékenységekben szükség lehet ezeknek a célcsoportoknak a további differenciálására. Célszerű is ezt megtenni, mivel az egyes tevékenységek, beavatkozások hatékonyságát, eredményességét jelentősen befolyásolja a célcsoportok pontos kiválasztása. Így például adott esetben – különösképpen egy adott betegségre vonatkozó specifikus beavatkozás, tevékenység esetén - szükség lehet betegségek szerinti, a BNO-kódok alapján történő differenciálásra is.

1.4. Az egészségfejlesztés szinterei

Az egészségfejlesztés során a célcsoportok definiálása mellett szintereket is szükséges kijelölni az egyes célok elérése, a hozzájuk kapcsolódó beavatkozások megvalósítása során. Ezek a szinterek – összhangban a célcsoportokkal – többnyire konkrét élethelyzethez kötődő egyének, közösségek térbeli csoportosulásait jelentik. A szinterek formális (mesterséges), szituatív vagy spontán csoportosulásokhoz kapcsolódhatnak⁶. Homogenitásuk miatt a szinterek sajátos, csoportra/személyre szabott beavatkozások (pl. modellprogramok) megtételére alkalmasabbak a korábban már bemutatott, specifikusan tagolt célcsoportoknál. Így az eredményességet, hatékonyságot jobban szolgáló célterületek az egészségfejlesztési tevékenység számára. A csoportosulások jellege szerinti szinterek példáit – a teljesség igénye nélkül - mutatja be alábbi táblázat:

Szintér típusa		
Formális	Szituatív	Spontán
Munkahelyek	Szórakozóhelyek	Lakóhelyi közösségek
Iskolák, óvodák, bölcsődék	Sportlétesítmények	Rendezvények
Szociális intézmények	Éttermek, vendéglátóegységek	
Egészségügyi szolgáltatók	Közlekedési létesítmények	
	Játszóterek, közösségi terek	
	Turisztikai, kulturális, közművelődési létesítmények	

2. Célok

2.1. Jövőkép

A jövőképnek 10 éves időtávon túlmenően kellene egy ideált kijelölnie a helyi egészségügy, szociális ellátás számára. Ez egy rendkívül nehéz és körülményes feladat. A lokális és globális szinten is a gyors változások korát éljük, ilyen körülmények mellett komoly kihívás a hosszú távú tervezés. A hazai egészségügyi rendszer egyes esetekben kiszámíthatatlan, változó szabályozottsága, szakpolitikai döntései, irányai alkalmazkodásra készítetik a szereplőket, ami a hosszú távú tervezésre is rányomja a bélyegét. Ezért a jövőkép kijelölésének is az alkalmazkodást kell elsődlegesen szem előtt tartania. Amennyiben nem történnek a működést racionalizáló, ésszerűbbé tevő vagy akár radikális változások rendszerben⁷, addig csak a rendszer keretei között lehetséges mozognia a szereplőknek. Az egészségügy működését alapjaiban befolyásolja a hazai egészségügyi rendszer működése, finanszírozása. Ezért a település egészségfejlesztésének a jövőképét is az határozza meg, hogy milyen célok, jövőkép mentén képzel el a szakpolitika a jövőben az ágazat fejlesztését, céljait. Így a településnek azokhoz az irányvonalakhoz, jövőképekhez szükséges alkalmazkodnia jelenleg, amelyet a szakpolitika kijelölt a rendszer

⁶ FÜZESI-TISTYÁN: Egészségfejlesztés és közösségfejlesztés a szintereken (OEFI, 2004) c. kiadványa alapján

⁷ Ilyen radikális változás lehet az állami szerepvállalás jelentős csökkentése a piaci folyamatok javára. Egy ilyen változás a piaci körülmények támasztotta szabályok között, de nagyobb autonómiát, mozgásteret biztosíthat az ágazatban tevékenykedők számára. Növelheti a versenyt, ami akár jótékony hatással lehet egészségügy fejlődésére, azonban rengeteg társadalmi feszültség forrásává is válhat. Rendkívül erős politikai akarat, megfelelően működő biztosítói, finanszírozói háttér és hosszú, küzdelmes átmenet teremthet meg ilyen rendszert. Figyelembe véve a piaci alapú ellátások iránti igényt, a globális és helyi gazdasági folyamatokat hosszú távon (kb. 10–15 év múlva) számítani lehet egy ilyen változásra az egészségügyben.

számára. **Ennek megfelelően Sándorfalva Egészségfejlesztési Koncepciója az „Egészséges Magyarország 2014-2020” - Egészségügyi Agazati Stratégia jövőképét teszi magáévá:**

Összhangban az egészségért!

2.2. Célszisztem és célok

Célszisztem

Az egészségfejlesztési koncepció jövőképének elérése lépésről-lépésre megvalósítandó folyamat, egymásra épülő célok (valamint azokhoz tartozó, programszinten kialakított beavatkozások) teljesülésével érhető el. A koncepcióban megjelenő célokhoz prioritás (fontosság) és az elérésükhöz szükséges időigény is hozzá lett rendelve. A prioritások szerinti besorolás azt kívánja bemutatni, hogy az adott cél elérése mennyire fontos a település egészségfejlesztése, egészségügyi ellátása, illetve a településfejlesztési célok elérése szempontjából. A **prioritások szerint** három szint került meghatározásra:

- **1. szint:** A helyi egészségügyi és szociális ellátás megfelelő működtetése, illetve az Integrált Településfejlesztési Stratégiában megjelent településfejlesztési célok elérése szempontjából egyaránt kulcsfontosságú, sürgősen elérendő cél. A településnek ezt a célt bármilyen külső körülménytől függetlenül el kell érnie. Ha ezt a célt a település nem éri el, az a helyi ellátási színvonal csökkenését eredményezheti és már középtávon is kedvezőtlenül befolyásolhatja az ellátás működését.
- **2. szint:** Az ilyen prioritású célok teljesítése a középtávú településfejlesztési célok elérése szempontjából fontos, viszont közvetlen kihatása van a helyi egészségügyi és szociális ellátás megfelelő működésére, elérése segíti a szolgáltatási színvonal és a lakosság komfortérzetének javítását.
- **3. szint:** Alapfeltétele, hogy legalább az 1. szintű célok elérése megtörténjen, azok nélkül nem lehetséges megvalósításuk. Elérésükben fontos szerepe van az országos döntéshozatalban, ellátórendszerben zajló folyamatoknak, azok kedvező irányú változását igénylik. A településfejlesztési célok elérésében jelentős előrelépést eredményezhetnek.

A prioritások mellett **a célok eléréséhez szükséges időtávot** is szükséges figyelembe venni. Egyes célok elérései rövidebb, mások hosszabb munkát igényelnek. A célok ennek megfelelően rövid, közép és hosszú időtávú végrehajtási idő szerint csoportosíthatóak. Az egyes időtávokhoz különböző megközelítés szerint szükséges becsatornázni a célokat, valamint a programban megfogalmazandó, majd végrehajtandó beavatkozásokat:

- **Rövid időtáv:** 1 éven belül reálisan elérhető célok. Az elérésükhöz már rendelkezésre állnak fontosabb háttérfeltételek (pl. infrastruktúra, eszközök, projekttervek, építési tervek, finanszírozás, szervezeti feltételek stb.).
- **Közepes időtáv:** 2 – 5 éven belül elérhető célok. Elérésükhöz a tervek megvannak, a kivitelezés viszont csak az időtávon belül valósulhat meg vagy még tervezést igényelnek, de ez a tervezés az időtávon belül megvalósítható, a szükséges háttérfeltételek, információk (pl. szervezeti feltételek, finanszírozás, pályázati lehetőség stb.) pedig részben megvannak.
- **Hosszú időtáv:** 6 – 12 éves időtávon belül elérhető, komplexebb célok. Ezek nagyobb időráfordítást, humán kapacitásokat, pénzügyi forrásokat igényelnek. A külső körülményektől (pl. jogszabályok, előírások, politikai döntések stb.) erősen függenek, rendszerszintű változásokat is igényelnek.

Célok

Egészségprogram létrehozása

A koncepció feladata egészségfejlesztési célokat meghatározni. Az elérésükhöz szükséges konkrét, tervezhető és kivitelezhető megoldásokat egy egészségfejlesztési program definiálhat. A koncepció céljainak elérését szolgáló, legalább középtávon reálisan megvalósítható lépések, cselekvések összefoglalása, ami megfelelő támpontot nyújt az önkormányzat és az érdekeltek számára a kulcsproblémák megoldásához. A programban megjelenő lépéseket, cselekvéseket úgy szükséges kialakítani, hogy azokat az önkormányzat saját hatáskörében, az érdekeltek hatékony bevonásával meg tudja valósítani. Ezekhez a beavatkozásokhoz pedig megvannak a megfelelő jogi, döntéshozatali, pénzügyi lehetőségei, humán erőforrásai, valamint politikai ereje is. A

program meghatározó eleme, hogy számszerűsíthető célokat tűz ki, általa mérhetővé válik a település egészségfejlesztési tevékenységének sikeressége. Ennek érdekében évente felülvizsgálandó, értékelendő, szükség esetén módosítandó tervdokumentum.

Prioritás: 1. szint

Elérés: rövid időtáv

Gyermekorvosi és iskolaorvosi ellátás feltételeinek javítása

Sándorfalva a környező településekhez képest, valamint egyes, hasonló vagy nagyobb lélekszámú szegedi településrészekhez képest is kitüntetett helyzetben érezheti magát azzal, hogy biztosított a településen az önálló gyermekorvosi ellátás. A település jellegéből adódóan számos család választja lakóhelyéül a települést. A település egyik meghatározó vonzerejét már rövid távon is a családbarát profil erősítése biztosíthatja. Ezért helyi szinten felértékelődnek ezeknek a közösségeknek, célcsoportoknak a javát, védelmét ellátó szolgáltatások. Ezek közé tartozik a gyermekorvosi ellátás is. Ebből adódóan stratégiai érdek Sándorfalva számára, hogy még hosszú évtizedeken át biztosítva legyen az önálló gyermekorvosi ellátás a településen. Alapvető elvárás mind az ellátást nyújtók (gyermekorvos, védőnők, szakemberek), mind az igénybe vevők részéről, hogy a megfelelő infrastrukturális és technológiai feltételek álljanak rendelkezésre a családok, gyermekek, fiatalok egészségügyi ellátásával kapcsolatos tevékenységek végzéséhez. A gyermekorvosi és iskolaorvosi tevékenység bár összefügg, de csak akkor lehet eredményes, ha külön kezeljük a két tevékenységet, így mindkettő számára megteremtődnek a megfelelő ellátási, technológiai feltételek. Az iskolaorvosi ellátás jelenleg szűk keresztmetszet. Az ellátás megfelelő végzéséhez szükséges alapfeltételek hiányoznak, ami kedvezőtlenül hat a hatékonyságra. Ennek a hiányosságnak a felszámolása sürgős, halaszthatatlan feladat. Az infrastrukturális és technikai feltételek javítása mellett a szolgáltatások bővítése is felvetődik, különösképpen a pszichológiai és mentális egészséget javító szolgáltatások tekintetében. Ez külső finanszírozási körülményektől is függ, viszont az EESZI bekapcsolódása, kapacitásainak bővítése (pl. védőnők, mentálhigiénés szakemberek stb.) megoldást nyújthat a helyzet kezelésére.

A cél az „1. Iskolaorvosi ellátás hiányosságai, gyermekorvosi ellátás folyamatosságának biztosítása” kulcsproblémára kíván reagálni.

Prioritás: 1. szint

Elérés: rövid időtáv

Egészségügyi infrastruktúra, technológia és szolgáltatások fejlesztése, házirovisi körzetek számának bővítése

Szeged közelsége és az ott elérhető szakellátások, módszerek sokoldalúsága számos megyei és hazai településhez képest is előnyt jelent Sándorfalva számára. Vannak azonban olyan szakterületek, amelyek megfelelő körülmények megteremtése esetén tehermentesítik a lakosságot a mobilizációval járó kényelmetlenségektől. Ezáltal hatékonyabb és – ami kulcsfontosságú – gyorsabb ellátást tesznek lehetővé a településen. Ezek közé a szolgáltatások, technológiák közé tartozik pl. a mozgásszervi, ízületi problémák kezelése, fizioterápia, balneológia, valamint a képpalkotó diagnosztika is. Az ilyen fejlesztések megalapozhatják azt a hosszú távú célt, hogy az új szakellátások létrejötte mellett a jelenlegi három házirovisi körzet száma négyre bővüljön. Az ellátás hatékonyságának, színvonalának ilyen irányú javítása a körzetek bővítése mellett a szervezés racionalizálását, a rendelési idők összehangolását is megkívánja – különös figyelemmel az ügyeleti ellátási rendhez történő alkalmazkodással. A körzetszám bővítés azonban külső (rendszerszintű) körülményektől is erősen függ, emiatt csak hosszú távon lehet reális fejlesztési alternatíva.

Az egészségügyi ellátás stratégiai fontosságú a település számára. Ennek érdekében az önkormányzati kiadásokat szükséges felülvizsgálni, az egészségügy finanszírozását növelni.

A cél a „2. Házirovisok száma”, „3. Egészségház infrastruktúrája és technológiai felszereltsége”, „5. Helyi egészségügy finanszírozása”, „6. Szakellátások hiánya” kulcsproblémákra kíván reagálni.

Prioritás: 1. szint

Elérés: közepes és hosszú időtáv

Modern technológiai körülmények megteremtése a fogászati ellátásban

A XXI. századi technológiai, higiéniai körülmények megléte alapvető elvárás a fogászati ellátást igénybe vevők részéről. Sándorfalván a jelenlegi infrastrukturális és technológiai körülmények ezt

nem teszik lehetővé, a fejlesztések sürgetőek, időszerűek. A technológiai felszerelések cseréje a beruházást igényel, ami hasznos befektetés is lehet: a modern, jó minőségű ellátási színvonal segíti a modellprogramok (pl. iskolai fogászat) színvonalas folytatását, vonzerőt jelent a környező települések lakossága számára, ami jótékony hatással lehet a település hírnevére.

A cél a „3. Egészségház infrastruktúrája és technológiai felszereltsége”, „4. Fogorvosi rendelő műszaki állapota”, „5. Helyi egészségügy finanszírozása” kulcsproblémákra kíván reagálni.

Prioritás: 1. szint

Elérés: közepes időtáv

Bentlakásos idősellátás kialakítása és az EESZI szolgáltatásainak fejlesztése

A lakosság elöregedésének folyamata évről-évre folyamatosan felveti a Sándorfalván (és a környező, szomszédos településeken is) a nappali ellátásnál magasabb szintű, bentlakásos ellátási forma kialakítását az idősek számára. Létrehozására a szándék tehát adott, mind az önkormányzat, mind a szomszédos települések, illetve a szociális ellátásban szereplők és az egészségügyi ellátásban tevékenykedők részéről is. Egy ilyen beruházás komoly pénzügyi és humán erőforrásokat igényel, önerőből jelenleg önkormányzatnak óriási kihívást jelentene az intézmény és szolgáltatásainak kialakítása. A cél elérése középtávon sem lehet még reális, azonban számítva az esetlegesen felmerülő lehetőségek gyors kiaknázására, a tervezési, előkészítési folyamatok elindítását már rövidtávon érdemes megkezdeni, hogy adott esetben előkészített tervekkel, elképzelésekkel induljon el egy tenderen a település, így nagyobb eséllyel tudjon pályázni.

A bentlakásos ellátással párhuzamosan az EESZI szolgáltatásai is megkívánják a folyamatos fejlesztést. Az eszközök (pl. járművek) amortizációja velejárója a szolgáltatásoknak, cseréjükre, korszerűsítésükre a szolgáltatási színvonal minőségének fenntartása végett van szükség. Érdemes továbbá a védőnői ellátásban a személyi állományt bővíteni: egy ilyen intézkedés hatékonyabb szolgáltatást eredményezhet a településen.

A cél az „3. Egészségház infrastruktúrája és technológiai felszereltsége”, „8. Védőnői állomány létszáma” és „9. Bentlakásos szociális ellátás jelenlétének hiánya” kulcsproblémákra kíván reagálni.

Prioritás: 1. szint

Elérés: közepes és hosszú időtáv

Aktív időtöltést lehetővé tevő közterületek kialakítása, fejlesztése

Az egészségfejlesztésben hangsúlyos szerepe van a prevenciónak, különösképpen a fizikai aktivitásnak, testmozgásnak, sportnak, a szabad levegőn történő időtöltésnek. Sándorfalván jelenleg megfelelő infrastruktúra hiányában korlátozottak a lehetőségek ilyen aktivitások színvonalas végzésére. Vannak azonban olyan területek, amelyek kihasználatlanok (pl. óvoda előtti terület, Szabadság tér), ezért felvetődik ilyen módú hasznosításuk is. A közterületekre irányuló, illetve az egyéb, városrehabilitációs célú beruházások során az egészségfejlesztési célokra érdemes (és szükséges is) figyelmet fordítani. A szabadtéri sportlétesítmények (pl. kondipark, futópálya stb.), játszóterek kialakítása többcélú: a település élhetővé tételével segíti az egészséges életmód gyakorlását, az erre irányuló orvosi ajánlások betartását, a közösségek építését, a családbarát jelleg erősítését.

A cél a „7. Testmozgást, szabadtéri aktivitást ösztönző infrastruktúra hiánya” kulcsproblémára kíván reagálni.

Prioritás: 2. szint

Elérés: közepes időtáv

Szituatív és spontán színterek egészségfejlesztése

A szituatív színterek figyelemfelhívó jellegű egészségfejlesztési tevékenységek területeként azonosíthatóak, ahol alacsonyabb befektetéssel, statikus, informatív (pl. egészséges magatartásra felhívó jelzések), valamint aktív egészségfejlesztési tevékenységek (pl. sportesemények) hajthatóak végre. A szituatív színterek között megjelenő közösségi terek, szabadtéri létesítmények létrehozása esetében már az előkészítés során szükséges olyan elemek betervezése, amelyek ösztönzik, segítik az egészséges életvitelre, egészségmegőrzésre irányuló tevékenységeket (pl. információs táblák kondiparkban üzhető tornagyakorlatokról, futáshoz bemelegítési infotábla stb.). A szituatív színterekkel az időszakos események lebonyolítása (pl. Egészség hét, sportversenyek

stb.) során is számolni kell. A szituatív szinterek egészségfejlesztése középtávon reálisan megvalósítható cél.

A spontán szinterek a szereplők aktív bevonására épülő, rendszeres, mérhető akciók területeiként azonosíthatóak. Ezeknek a területeknek a fejlesztése kapcsán érdemes a rendszeres, mobilis szűrések (pl. mozgó szűrő kamion, kiszállásos vizsgálatok, szűrések stb.) bevezetésére összpontosítani. A spontán szinterek fejlesztésében fontos lépés a szituatív szinterek fejlesztése is (különösképpen a közösségi terek, szabadtéri létesítmények tekintetében), ezért szükséges a két terület egészségfejlesztését közösen kezelni. A spontán szinterek fejlesztése nagy kihívást jelent: bár adottak a mobilis, már bevált megoldások (pl. szűrőkamion, EgészségHét szűrései stb.) azok folyamatossá tétele csak megfelelő tervezéssel, valamint stabil finanszírozási, szervezeti háttérrel (pl. szponzoráció felkutatása – gyógyszercégek, egészségügyi vállalkozások, szolgáltatások, élelmiszeripari cégek stb.) érhető el. **A cél a kulcsproblémákon túlívelő egészségfejlesztési tevékenységeket foglal magába, egyben a „7. Testmozgást, szabadtéri aktivitást ösztönző infrastruktúra hiánya” kulcsproblémára is reagálni kíván.**

Prioritás: 2. szint

Elérés: közepes és hosszú időtáv

Formális szinterek egészségfejlesztése

A formális szinterek legnagyobb előnye, hogy az egészségfejlesztési tevékenység legkönnyebben monitorozható helyszínei. Az ilyen szinterek jól szervezettek, az egészségfejlesztésben résztvevők köre könnyen és jól körülhatárolható alapvető tulajdonságaik szerint (pl. életkor, életkörülmények, hétköznapi tevékenységek, szervezett elfoglaltságok stb.). Ebből adódóan a legjobb helyszínek egészségfejlesztési modellprogramok, mintaprogramok lebonyolításához. Számos hazai, nemzetközi példa, eredményesen megvalósított, működőképes modell, részletes módszertan áll már rendelkezésre az ilyen szinterek egészségfejlesztéséhez a meglévő saját programok, események (pl. rendszeres iskolai fogászati vizsgálat, iskolaorvosi vizsgálatok stb.) mellett. A településen működő programok folytatása alapelvárás, de olyan új programok bevezetése is felmerül, amelyek az intézmények, munkahelyek legfőbb egészségügyi problémáira reagálnak, segítik a közös cselekvést, motiválják a résztvevőket. Fontos, hogy olyan egészségfejlesztési programok kerüljenek kialakításra ezeken a szintereken (pl. iskolák, munkahelyek, óvodák), amelyek mérhetőek, példaként szolgálnak a szintereken résztvevők, a teljes lakosság és a széleskörű nyilvánosság számára is. A formális szintereken eredményesen megvalósított egészségfejlesztési programok előnyeként azonosítható továbbá, hogy a nyilvánosság bevonása, biztosítása révén kedvező hatással lehetnek a település hírnevére, ismertségére is. **A cél a kulcsproblémákon túlívelő egészségfejlesztési tevékenységeket foglal magába, egyben a „7. Testmozgást, szabadtéri aktivitást ösztönző infrastruktúra hiánya” kulcsproblémára is reagálni kíván.**

Prioritás: 3. szint

Elérés: rövid és közepes időtáv

Praxisközösség létrehozása

Magyarországon már működő, modellértékű programként indult el az alapellátás átszervezésére, megújítására irányuló fejlesztésként a praxisközösségek létrehozása⁸. Az „Egészséges Magyarország 2014-2020” - Egészségügyi Ágazati Stratégia az alapellátás megerősítésében is fontos szerepet szán a praxisközösségeknek. Ebből adódóan a praxisközösségi ellátási modell bevezetésére várhatóan sor fog kerülni a teljes hazai alapellátás szintjén. A praxisközösség létrehozására, működtetésére vonatkozó módszertanokat már kialakították, azonban a jogszabályi háttér és különösképpen finanszírozás területén még nem adottak a feltételek a bevezetéshez. Amennyiben országos szinten megtörténik a bevezetéshez szükséges jogszabályi, finansziális háttér megteremtése a modell várhatóan megjelenik Sándorfalva egészségügyi alapellátásában. A praxisközösség létrehozásával a helyi ellátás struktúrájában jelentős változás állhat majd be. Az „Egészséges Magyarország 2014-2020” - Egészségügyi Ágazati Stratégia szerint „a praxisközösség (...) összekapcsolva a védőnői hálózattal népegészségügyi, prevenciós feladatokat ellátva csökkenti a betegbeáramlást a rendszerbe, valamint növeli a terápiás együttműködés szintjét (...) a beteg számára ez jobb ellátást jelent egyszerűbb hozzáféréssel és jelentős időmegtakarítással, megtapasztalhatóan több információval és valódi gondozással.” **A cél a**

⁸ <http://www.alapellatasimodell.hu/index.php/hu/>

kulcsproblémákon túlívelő egészségfejlesztési tevékenységeket foglal magába, egyben a „1. Iskolaorvosi ellátás hiányosságai, gyermekorvosi ellátás folyamatosságának biztosítása”, „2. Házi orvosok száma”, „8. Védőnői állomány létszáma”, „6. Szakellátások hiánya” kulcsproblémákra is reagálni kíván.

Prioritás: 3. szint

Elérés: hosszú időtáv

A célok rangsorolása

A célok prioritásuk és időtávjuk alapján rangsorolhatóak. A célok rangsorolása ajánlást nyújt az önkormányzat és a szereplők számára ahhoz, hogy melyik célt milyen időigény alapján lehetséges elérni, valamint mekkora szükség van rájuk a helyi fejlesztésben. Minél nagyobb szinten áll egy adott cél prioritása (jelen esetben a legmagasabb az 1. szint) és minél kisebb az eléréséhez szükséges időtáv, annál előrébb kerül a rangsorban. Ezeket a célokat sürgető, azonnali feladat elérni. A magas prioritással, de közepes vagy hosszabb időtávval bíró céloknak az eléréséhez szükséges lépések megtételét azonnal el kell kezdeni. Ennek elsődleges eszközei a műszaki, működtetési (pl. szervezeti, pénzügyi) tervezés, a tárgyalások és a lobbizás lehet. Az elérésre irányuló feladatokat, lobbizást folyamatosan napirenden kell tartani, adott esetben a finanszírozáshoz szükséges önerőt el kell kezdeni összegyűjteni az időtáv végéig. A rövid időtávval, de alacsonyabb prioritással rendelkező célok elérése az időtávon belül bármikor megvalósulhat, adottak az eszközök hozzá, a finanszírozáson és szereplők elhatározásán múlik mikor kívánják őket elindítani. Amint utóbbiak rendelkezésre állnak, meg kell valósítani őket.

Cél	Időtáv			Prioritás
	Rövid (> 1 év)	Közepes (2 – 5 év)	Hosszú (5 év <)	
Egészségprogram létrehozása				1. szint
Gyermekorvosi és iskolaorvosi ellátás feltételeinek javítása				
Egészségügyi infrastruktúra, technológia és szolgáltatások fejlesztése, házi orvosi körzetek számának bővítése				
Modern technológiai körülmények megteremtése a fogászati ellátásban				
Bentlakásos idősellátás kialakítása és az EESZI szolgáltatásainak fejlesztése				
Aktív időtöltést lehetővé tevő közterületek kialakítása, fejlesztése				2. szint
Szituatív és spontán színterek egészségfejlesztése				
Formális színterek egészségfejlesztése				3. szint
Praxisközösség létrehozása				

3. Tervezési és megvalósítási eszközök

3.1. Megvalósítás szervezete

A koncepció által kitűzött célok elérését külső és belső tényezők befolyásolják. Külső tényezőnek számít az országos egészségügyi szakpolitika alakulása, a rendszerszintű döntéshozatal (pl. jogszabályok, előírások) és a finanszírozási körülmények. A belső tényezőket pedig a helyi erőforrások jelentik, akik potenciálisan irányítói, megvalósítói lesznek a koncepciónak, valamint a rá épülő programnak. A külső tényezők jelentősen befolyásolják azt, hogyan tudnak a helyi

erőforrások beavatkozni a helyi egészségfejlesztésbe, egészségügybe, mennyire van mozgásterük a célokat szolgáló beavatkozások megvalósításában. Ezek a helyi erőforrások lehetnek ugyanakkor képesek arra, hogy – a külső tényezők hatásait, befolyását figyelembe véve, azokhoz alkalmazkodva – együttműködésük, szervezettségük által biztosítsák a célok elérését, a koncepció eredményességét. Helyi erőforrásoknak tehát azokat az embereket, csoportokat tekinthetjük, akik aktív résztvevői a települési döntéshozatalnak, irányításnak, szakértői és aktív szereplői a helyi egészségügyi, szociális ellátásnak, valamint tevékenységükkel befolyással vannak a célok elérésére. Ez alapján Sándorfalva Egészségfejlesztési Koncepciójának helyi erőforrásait alábbiak szerint azonosíthatjuk:

- Önkormányzat: polgármester, képviselőtestület, bizottságok, közös önkormányzati hivatal
- Egyesített Egészségügyi és Szociális Intézmény (EESZI)
- Sándorfalvi Kulturális Központ (SKK)
- Egészségügyi ellátásban résztvevők: háziorvosok, gyermekorvos/iskolaorvos, fogorvosok, védőnők, szakorvosok, szakápolók, üzemorvos, gyógyszerészek
- Oktatási, nevelési intézmények: óvoda, általános iskola
- Vállalkozók, civilek, egyházak

A célok elérése érdekében mindenképp szükség van a szereplők közötti szervezett együttműködésre. Ebben a szervezetben a vezető, koordinációs szerep az önkormányzaté. Elsődlegesen az önkormányzat felel a koncepció céljainak eléréséért. Feladata meghatározni és kijelölnie „házon belül” (pl. hivatal, képviselőtestület, bizottság stb.) a megvalósításért felelős vezető személyeket, csoportokat. Törekedni kell arra, hogy a vezető felelős(ök)nek a lehető legszélesebb rálátása legyen az önkormányzat és a helyi egészségügy működésére, kiegyensúlyozott kapcsolata legyen a helyi erőforrásként meghatározott szereplőkkel.

Az utóbbiakban bemutatott, vezető felelős(ök) kijelölésére vonatkozó, tág kereteken, kritériumokon kívül további szervezeti struktúra, valamint megvalósításért felelős konkrét személyek és csoportok meghatározása jelen koncepció keretei között még nem lehet releváns. Az önkormányzattól ugyanis alaposabb tervezést, rugalmasságot, óvatosságot igényel a megfelelő szervezeti feltételek létrehozása. Ennek első lépéseként részletesen fel kell mérnie egy operatív beavatkozásokat tartalmazó program keretén belül, hogy a potenciálisan meglévő erőforrások feladatai, terheltsége függvényében milyen szervezeti struktúra lehet a leghatékonyabb, kik lehetnek a szakmailag, politikailag legalkalmasabb személyek, csoportok az egyes, célok elérésére és feladatok ellátására. Ezt követően lehetséges részletesebben meghatározni a felelősök feladatköreit, a feljuk támasztott elvárásokat, eredményességük mérhetőségére irányuló módszereket. A szervezet ezt követően állhat fel és kezdheti meg a koncepció céljainak elérésére irányuló munkáját. A szervezetnek összességében a helyi kulcsproblémák megoldására kell reagálnia, ezzel együtt a helyi jellegzetességeket figyelembe véve, ellenőrizhetően, a szakmaiságra fókuszálva szükséges működnie.

3.2. Eredményesség és hatékonyság mérése

A koncepció céljainak megvalósítását csak megfelelő mérési metódusok, eszközök által lehetséges igazolni. Mivel konkrét beavatkozások nem jelennek meg a koncepcióban (ami az egészségfejlesztési program feladata), ezért a mérhetőségi körülmények, feltételek csak vázaltszerűen, elvi alapokon határozhatóak meg. Nagyvonalakban akkor beszélhetünk a koncepció eredményes megvalósításáról, ha

- létrejön egy egészségfejlesztési program,
- az iskolaorvosi rendelő fejlesztése megvalósul,
- megtörténik az Egészségház bővítése,
- négy háziorvosi körzet működik Sándorfalván,
- a fogászati rendelő gépeit, eszközeit kicserélik modernebbre, a rendelőt felújítják,
- létrejön egy bentlakásos időszotthon a településen,
- új közparkok létesülnek,
- létrejön és működik a helyi (vagy térségi, körzeti) praxisközösség.

Amennyiben ezeket az eredményeket eléri a település, akkor is csak részben teljesülnek az egészségfejlesztési célok. Az egészségfejlesztés tényleges eredményeket akkor tud elérni, ha a lakosság egészségi állapota és életminősége javul. Az egészségi állapot mérése számos formában történhet – ilyen lehet az OEP, KSH felé történő adatközlés. Ezekből az adatokból már van

lehetőség az egyes folyamatok eredményességének megállapítására, azonban a külső tényezőket ezek az adatok nem teljesen veszik figyelembe. Például, ha egy adott betegséget jobban kezelnek más rendelésben, ami Sándorfalván kívül van, akkor nem fognak megjelenni a betegek a helyi rendeléseken, így nyilván csökkenni fog számuk, ezzel pedig torzulnak az adatok, így a helyi egészségfejlesztés mérésének hitelessége. Az egészségi állapot mérésének legismertebb eszközeként a különböző egészségügyi szűrővizsgálatokat tekinthetjük. A szűrővizsgálatok költséges eszköznek számítanak, megfelelő eszközöket, szakértelmet és kiváló szervezést igényelnek. A szűrővizsgálatok akkor érhetik el céljaikat, ha a lehető legtöbb embert meg tudják szólítani – erre megoldást jelenthet például, ha a vizsgálatok szabályozott időközönként, kötelezően és nem önkéntes alapon szerveződnek. A szűrővizsgálatok előnye, hogy számszerű paramétereket tudnak produkálni az emberek egészségi állapotával kapcsolatos tényezőkről, így látványosabban ad visszajelzést a különböző egészségfejlesztési beavatkozások sikerességéről. A szűrővizsgálatokra vonatkozó jogszabályi alapokat az 51/1997-es Népjóléti Minisztériumi rendelet adja meg, ami összefoglalja az OEP által finanszírozott szűrővizsgálatokat, a hozzájuk tartozó adminisztrációs kötelezettségeket. A részletes szakmai, módszertani ajánlásokat figyelembe véve szükséges kialakítani a mérési, eredményességi terv(ek)et a települési egészségfejlesztés számára. Ezek igazolást adnak a koncepció legfőbb céljának megvalósításához: javuljon Sándorfalva lakosságának egészségi állapota, ebből adódóan pedig életminősége is.

3.3. Fejlesztési elvek

Az **egészségfejlesztési koncepció** az állapotleírásban meghatározott problémákra kíván reagálni, **feladata iránymutatást adni a településen élők életminőségének és egészségi állapotának javítása** érdekében megvalósítandó tevékenységekhez (konkrét beavatkozások leírását, azok végrehajtási tervét, költségvetését, ütemezését egy erre épülő Egészségfejlesztési Program szolgálja). Önmagában az életminőség és egészség nem egy statikus állapotot, hanem egy hosszan tartó folyamatot feltételez. Figyelembe véve ezt a folyamatosságot ki kell jelölni azokat a fejlesztési elveket, amelyek nem csupán az egészségfejlesztési koncepciót, hanem rá épülő egészségügyi (és szociális) program(ok) konkrét beavatkozásainak tervezését, kimenetelét is befolyásolják.

Az egészségfejlesztés folyamatát befolyásoló elvek közül kiemelten kell kezelnünk azt, hogy az **egészségügy eredményességében fontos szerepe van az egyén saját egészsége és életminősége iránti felelősségének**. Ha az egyénnek hiányos a felelősségtudata saját egészségi állapotával és életminőségével szemben, azaz egészségügyi és szociális ellátások, illetve azokhoz szorosan kapcsolódó, életminőséget befolyásoló tényezők, szolgáltatások jobbá tételét is megnehezíti.

Ugyanakkor az ellátások és szolgáltatások javításában a két oldal (szolgáltató és igénybe vevő) közötti együttműködés elengedhetetlen feltétel, mivel **az egészségügyi és szociális szolgáltatások, ellátások hatékony és eredményes működésének kulcsa a partnerség**. Az egyénnek nyilvánvalóan vannak (és kell is, hogy legyenek) elvárásai az egészségügyi és szociális szolgáltatókkal szemben. Az egészségügy és a szociális szféra azonban olyan speciális szolgáltatásokat nyújt, amelyben az egyén általi, egyoldalú, passzív elvárások önmagukban nem elégségesek, nem segítik egészségi állapotának és életminőségének javulását. Az egyénnek aktív, cselekvő, kezdeményező szereplőnek kell lennie egészségi állapotának és életminőségének javítása érdekében, szoros együttműködést szükséges kialakítania a szolgáltatóval. Az egészségi állapot és az életminőség javítása érdekében kialakított partnerségnek pedig a cselekvések eredményes, folyamatos fenntartására kell törekednie.

Az egyéni és szolgáltatói felelősség mellett azonban figyelembe kell venni azt is, hogy a **közösségi részvétel megkönnyíti az életminőség és az egészségi állapot javítására irányuló kezdeményezések megvalósítását, segíti eredményességüket**. A közösségek részvételének fontosságáról és jelentőségéről „Füzesi-Tistyán: Egészségfejlesztés és közösségfejlesztés a színtereken” c. tanulmánya kiváló leírást ad a következők szerint: „Közösségek alatt az emberek olyan összefüggő hálózatait értjük, amelyek a különböző dimenziók mentén „szerveződnek”. E közösségek léte egyrészt adottság, másrészt valamilyen érdekek, célok érdekében valóban önkéntesen, vagy kívülről inspirálva szerveződnek. A közösség úgy is felfogható, mint olyan intézmények sokasága, amelyek jelentős szerepet játszanak a közösségi/társadalmi identitás kialakításában, biztosítják a materiális és nem materiális

erőforrásokat a közösség tagjai számára. Ez a struktúra közvetítő (mediátori) szerepet játszik a közösség és az egyén között, hiszen nemcsak tárháza a közösségi normáknak, értékeknek, hiedelmeknek, beállítódásoknak, de rendkívül jelentős hatása is van azokra, s ezen keresztül az egyéni viselkedésre (köztük az egészségmagatartásra). Közösség és egyén szoros kötődésben élnek, ezért az egyéni értékek, beállítódások és aktivitások változtatása a közösség támogatása nélkül nehezen képzelhető el. A közösség ezen túl kapocs az egyén és a szélesebb társadalmi környezet között: erősítheti vagy gyengítheti a társadalom normáit. Az életminőség javításában, az egészség megőrzésében az előbbiekben felsorolt intézmények rendkívül jelentős szerepet játszanak, ezért befolyásolásuk, segítségük (pl. a családé), erősítésük (pl. a szomszédsági kapcsolatoké), esetleg létrehozásuk (pl. a civil szervezeteké) fontos erőforrás és hatékony »befektetés«.

A teljes települési lakosság, valamint fentiek alapján szerveződő települési közösségek számára az **életminőség és az egészségi állapot javításában a település környezeti minőségének is fontos szerepe van.** A vizuálisan és funkcióiban is megfelelő minőségű települési környezet jótékony hatással van a települési közösség életére, életminőségére. Sándorfalva esetében ez komolyabb kihívást jelent, hiszen kevés a rendelkezésre álló, közösségi aktivitást lehetővé tevő terület a településen belül. A meglévő területek korszerűsítésére, a funkciók bővítésére és az aktivitást ösztönző fejlesztésekre irányuló tevékenységek (pl. sport és szabadidő létesítmények létrehozása) jótékony hatással vannak a lakosság életminőségére. Hozzájárulnak az egészséges életvitelhez kapcsolódó szokások kialakulásához (pl. sport, szabadtéri játék, séta stb.), a közösségek kohéziós erejének növeléséhez, prevenciós modellprogramok, események megvalósításához, növelik a közösségek elégedettségét, javítják életminőségüket.

A környezeti minőség javításával együttesen szükséges törekedni az igénybe vehető szolgáltatások, ellátások folyamatos fejlesztésére, modernizálására. **A modernizáció érdekében érdemes új technológiákat és alternatív módszereket, megoldásokat is bevezetni.** Ez nem csak az előbbiekben említett infrastrukturális beruházásokra terjed ki, volumene jóval szélesebb, különösképpen az orvostechnológiai, gyógyászati és a megelőzést szolgáló megoldások irányában. Az eszközök (pl. diagnosztikai, képalkotó eszközök, hordozható okoseszközök, szoftverek, speciális gyógyászati eljárások stb.) sokoldalúsága révén személyre szabható megoldások széles tárháza állhat a szereplők (szolgáltatást, ellátást nyújtók, egyének, közösségek) rendelkezésére. Ezek az eszközök, megoldások és módszerek a modern orvostudomány eljárásaival összekötve hozzásegítik az egészségfejlesztésben résztvevőket ahhoz, hogy költséghatékony és innovatív módon legyenek képesek gondoskodni az életminőség és az egészségi állapot javításáról. A szereplőkkel (különösképpen az ellátást nyújtókkal) történő széleskörű megismertetésük, majd a tapasztalatok függvényében történő bevezetésük alapvető egészségfejlesztési érdek.

Megkerülhetetlen tényező és a helyi egészségügyi fejlesztések megvalósítását alapjaiban befolyásolja a hazai egészségügyi rendszer működése, szabályozása, finanszírozása. Jelen koncepciónak nem feladata állást foglalni Magyarország egészségügyének jelenlegi helyzetéről. Viszont le kell szögeznie azt a tényt, hogy **az egészségügyben rendszerszinten jelentkező anomáliakon önmagában az önkormányzat és a helyi ellátásban érdekelt szereplők nem tudnak változtatni.** Ehhez magasabb szinteken kell megfelelő döntéseket hozni (és sokszor nem csak egészségügyi, hanem gazdasági-társadalmi területeken is). Amennyiben a rendszerszinten (különösképpen a finanszírozás területén) jelentkező, az ellátás megfelelő minőségű működtetését alapjaiban megnehezítő problémák nem kerülnek szakpolitikai szinten orvoslásra, azok sajnos helyi szinten (továbbra is) éreztetni fogják hatásukat, komoly gátjai lehetnek a fejlesztési elképzelések megvalósításának.

Forrásjegyzék

Somossy J. B., Koós T.: Irányelv bemutató – közösségi szintér – egészség(fejlesztési)terv(ezés). Egészségfejlesztés LVII. évf. 2. sz. 2016, pp. 75–48.

Varsányi P., Tóth G., Balku E., Vitrai J.: Új hazai egészségmonitorozási koncepció. Egészségfejlesztés LVII. évf. 1. sz. 2016; pp. 41–48.

Egészségfejlesztés a színtereken, Egészségfejlesztési módszertani füzetek 3., Országos Egészségfejlesztési Intézet, 2004, Budapest

Fehér I., Dr. Füzesi Zs., Dr. Ivády V., Mura-Mészáros L., Salamon Cs., Dr. Tistyán: Községi Egészségtervek – Módszertani útmutató. Soros Alapítvány – Fact Alapítvány, 1998, Pécs

Füzesi Zs., Tistyán L.: A közösségi szinterek az egészségfejlesztésben. OEFI, 2004

Működési kézikönyv a praxisközösségek népegészségügyi szolgáltatásaihoz 5. verzió 2013. május 31. SH/8/1 Svájci Hozzájárulás Program, „Egészségügy forrásainak felhasználásával népegészségügyi fókuszú alapellátás-szervezési modellprogram virtuális ellátó központ támogatásával”, 2. Munkacsomag 2.2. feladat

„Egészséges Magyarország 2014–2020” – Egészségügyi Ágazati Stratégia, Emberi Erőforrások Minisztériumának Egészségügyért Felelős Államtitkársága, Budapest, 2015. január

Sándorfalva Város Integrált Településfejlesztési Stratégiája 2015–2022

http://semmelweis.hu/nepegeszsegtan/files/2015/11/09_egfejlesztasi-programok.pdf

<http://www.alapellatasimodell.hu/index.php/hu/>

<http://www.ksh.hu/>

<http://www.oep.hu/>