



ÓBUDA – BÉKÁSMEGYER ÖNKORMÁNYZAT

1033 Budapest, Fő tér 3.

Óbuda – Békásmegyer lakosai egészségi állapotának javításáért és egészségügyi ellátásának fejlesztéséért 2004 – 2010

„Óbudaiak Egészségéért Közösen”

Egészségügyi Koncepció

2004. szeptember 29.

1. Preambulum:

Óbuda-Békásmegyer Önkormányzata felelős és elkötelezett lakossága egészségi állapotának, és az egészségügyi ellátás szakmai feltételeinek és színvonalának javításában.

Ennek megfelelően 1997-ben már elkészítette és elfogadta Egészségügyi Koncepcióját.

A dokumentum az időszerű körülményeknek megfelelően elsődlegesen az alapellátásra és az ellátó rendszer szervezésére irányult.

Az eltelt időszakban bekövetkezett jelentős jogszabályi, gazdasági, szervezeti és szakmapolitikát érintő változások teszik szükségessé, hogy az Önkormányzat újra végiggondolja és megfogalmazza saját programját.

A programot elfogadók tudatában vannak annak, hogy a lakosság egészségi állapotát csak részben tudja befolyásolni közvetlenül az egészségügyi ellátó rendszer, és döntően életmódbeli és környezeti tényezők alakítják azt. Mindemelllett nem adja fel abbéli szándékát, hogy akár ez utóbbiakon keresztül is értékelhető és mérhető eredményeket célozzon meg. Eszerint választja ki a program megvalósításához szükséges stratégiáit, eszközeit és akcióterveit. Elsődlegesen a lakossági ismeretek bővítését, az egészségtudatos magatartást kívánja ösztönözni, és ezt, valamint az egészségügyi ellátás feltételei javítását kívánja elérni. A munkában szoros együttműködésre törekszik a különböző szereplőkkel, a civil szféra képviselőivel csakúgy, mint az egészségügyi, szociális, kulturális, oktatási intézményekkel és szakemberekkel.

2. Helyzetértékelés:

2.1 A kerület demográfiai adatai (2003):

Lakossági létszám 127 201 fő.

0-18 év férfi 11 047, nő 10 450.

18-65 év közötti férfi 40 528, nő 46 511.

65 év feletti férfi 6 732, nő 11 933.

2.2 A magyarországi morbiditási, mortalitási adatok általában:

A magyar lakosság kedvezőtlen egészségügyi statisztikai adatai közismertek, és nem indokolt a kerületi koncepcióban ennek részletes taglalása. Miután azonban nincs okunk azt feltételezni, hogy a kerület lakosainak ezen adatai lényegesen különböznenek a Magyarországon általánosan jellemzőktől, néhány főbb megállapítást megismétlünk.

Jelenleg hazánkban a születéskor várható élettartam a férfiaknál 68, a nőknél 76 év, ami messze elmarad az Európai Unió tagállamaitól. Különösen tragikus a középkorú férfiak kimagasló halálozása.

A halálozási adatokban a szív-és érrendszeri, vmint a daganatos betegségek szerepelnek vezető halállokként.

A hazai táplálkozási szokások egészségtelenek. A magyar felnőtt lakosság jelentős része túlsúlyos. A felnőtt lakosság napi átlagban 10 percnyi időt tölt testmozgással, és tíz felnőttből hat sem hét közben, sem hét végén nem mozog.

A felnőtt férfiak 41%, a nők 26 %-a dohányzik több-kevesebb rendszerességgel. Főként a fiatal nők körében emelkedik a dohányzók aránya. Csupán a dohányzással összefüggésben 28 000 ember hal meg az országban évente.

Magas az alkoholisták száma, terjed a kábítószer fogyasztás, és széleskörűen elterjedtek a lelki egészség zavarai.

2.3 Óbuda-Békásmegyer lakosai egészségi állapotának helyi sajátosságai:

Már az előző fejezetben utaltunk rá, miszerint a kerület lakosainak egészségi állapotát illetően az ország egészére vonatkozó átlagos adatokból indulunk ki. Óbuda-Békásmegyer vonatkozásában, abban a szerencsés helyzetben vagyunk, hogy az ÁNTSZ helyi szervezetének elkötelezettsége és saját erőfeszítései nyomán rendelkezünk a kerület sajátosságait tükröző elemzésekkel is.¹ E szerint a kerület három jól elkülöníthető városrészre osztható: Békásmegyer (északi városrész), Csillaghegy – Római – part, a hegyoldal, ami a családi házas,

¹ A hivatkozott megfigyelések a III. kerületi ÁNTSZ és dr. Perlaky Árpád főorvos úr munkájára, a Gallup intézettel közösen végzett vizsgálataira alapulnak.

nyaralós, villás városrész, és belső Óbuda, a klasszikus, legendás Óbuda. E területek az egészségszociológiai és térinformatikai vizsgálatokban néhány jellegzetes különbséget mutatnak. Nem idézhető az erre vonatkozó vizsgálatok egésze, de néhány megfigyelést itt is megemlítünk. Összességében a kerületi lakosok kb.18 %-a írja le rossznak egészségi állapotát. Az életmód-életminőség tekintetében alkalmazott összetett indexet vizsgálva Békásmegyér egészségi helyzete tűnik messze a legaggasztóbbnak, annak ellenére, hogy életkort tekintve nem ez a legidősebb átlagéletkorú része a kerületnek. A Római parti, és domboldali részek egészségi állapota, életminősége messze meghaladja a kerület átlagát.

Óbuda régi városrészét illetően az ischaemiás szívbetegségek előfordulása (13,4%), csaknem kétszerese a másik két területnek (7,6-7,8%). Hasonló jellegű, de arányaiban még nagyobb az eltérés az agyi érbetegségekkel kapcsolatban, (Római- Csillaghegy 1,8%, régi Óbuda 5,4%). A magas vérnyomás előfordulása Békásmegyeren és Óbuda régi városrészében 25-26 %-s, míg Római-Csillaghegyen 16%. A dohányosok területi megoszlása tekintetében már nem találunk ily sajátosságokat. A vizsgálatok szerint a dohányzás mintázata nem függ szorosan össze a jövedelmi helyzettel, ill. az iskolai végzettséggel. Az életkorral viszont összefüggés mutatható ki, miszerint a fiatalaktól az idősebb korosztály felé csökken a dohányzás valószínűsége!

2.4 Előzmények és folytonosság az 1997-es kerületi Egészségügyi Konceptió tükrében:

A kerület Önkormányzatának Egészségügyi Bizottsága és Egészségügyi Szolgálatát által előkészített, majd elfogadást nyert dokumentum 1994-től kezdődően több szakaszban került kimunkálásra. Az anyag bevezetője már kitér arra a nehézségre, mely szerint a „jogszabályi háttér gyakori változása, annak eltérő értelmezése megnehezítette egy koherens, a döntő többség által elfogadható koncepció kialakítását és annak elfogadását.” Miközben a jogi, szabályozási környezet jelenleg is gyakran, és meghatározó területeken változik, ma mégis esélyesnek véljük - egy a többség által is elfogadható – egészségfejlesztési terv kimunkálását, majd annak végrehajtását.

Az idézett munka jelentős mértékben foglalkozik az alapellátás feladataival és körülményeivel. Akkor is rögzíti, miszerint a Védőnői Szolgálat működtetésének alapvető célja a családok egészségének megőrzése, és az egészségnevelés. Szakmai folytonosságként értékelhetjük, hogy az Önkormányzat épp e feladatok még hatékonyabb megoldásának szándékával hozta létre a védőnői tevékenység önálló intézményi háttérét 2004-re. A szervezeti forma kialakításának vitái mellett is egyöntetű a vélemény abban a tekintetben, hogy igazi eredményeket és

érdemi munkát csak összefogással, az érintett szakmák együttműködésével lehet elérni. Mint ahogy a jelenleg megfogalmazott Egészségügyi Konceptió tekintetében is igaz ez.

Szintén continuitás mutatkozik a jelen egészségügyi terv és a korábbi között a prioritások tekintetében, még szóhasználatában is hasonlóképpen kezeli mindkét anyag az egészségmegőrzést, a megelőző programokat, az alap-, járó, és

fekvőbeteg ellátás összehangolását. Sajnálatosan aktuális ma is még a korábbi elvárás a központosított egészségügyi informatikai hálózat kiépítése tárgyában. Mindezek után összegzésképpen megállapítható, hogy a jelenleg elfogadásra ajánlott program egyrészt szerves folytatása a korábbinak, másrészt nyilvánvalóan tükrözi az aktuális egészségpolitikai törekvéseket, és lehetőségeket, valamint a népegészségügyi tekintetben kimunkált új eszközrendszert.

2.5 Egészségügyi ellátás:

A kerület lakosainak orvosi alapellátását 60 felnőtt és 27 gyermek házi orvos biztosítja. A praxisok zöme funkcionálisan privatizált formában működik.

A fogorvosi-szájsebészeti ellátásban 37 fogorvos és 2 szájsebész vesz részt.

Két főállású iskolaorvos lát el ifjúság-egészségügyi feladatokat.

Az alapellátás védőnői tevékenységében 41 védőnő és 13 iskolavédőnő dolgozik, 0-16 év között 16673 gyermeket látnak el. 2003 decembere óta az alapellátás mellett a járóbeteg szakellátást is a kerületi önkormányzat irányítja és felügyeli.

Az alapellátás és járó beteg szakellátás integráltan, egy szervezeti egység keretei és irányítása alatt működik, Közhasznú Társaság formájában. A védőnői tevékenység új, részben önálló költségvetési intézményként, közvetlenül az Önkormányzat szakmapolitikai törekvéseit támogatva látja el törvényben előírt feladatait.

Óbuda-Békásmegyer Önkormányzata 2003 év végén azért vette át a - egyébként törvényes kötelezettséget illetően fővárosi feladat - járóbeteg szakellátás, szakrendelők, ill. rendelőintézet működtetését, mert igényesebb körülmények között, orvos szakmai tekintetben magasabb színvonalú feltételek biztosításával, a szakmai profil fejlesztésével, az alapellátás és szakellátás kapcsolatának erősítésével is lakosai érdekét, egészségük megőrzését és gyógyítási, gyógyulási lehetőségeiket kívánta javítani. Ennek megfelelően készül el és fogadja el a Testület az Egészségügyi Szolgáltató Kht. szakmai fejlesztési tervét. Ez maga külön dokumentum, amely azonban szervesen illeszkedik -a Védőnői Szolgálat fejlesztési tervéhez hasonlóan- a kerület egészségügyi koncepciójához.

2.6 Szakmapolitikai körülmények:

A külső szakmapolitikai körülmények alakulásában figyelemre méltó a hangsúlyeltolódás az egészségfejlesztés, prevenció területét érintően. Ezt tükrözi a korábbi Egészséges Nemzetért Népegészségügyi Program is, valamint az Egészség Évtizedének Johan Béla Nemzeti Programja. Kiemelésre érdemes még az újszerű és innovatív ellátás-szervezési megoldások keresése, (regións projektek,

irányított betegellátás, egészségügyi intézmények működtetésének újszerű formái).

Kedvező körülményeket biztosít a kerületben, hogy hagyományos és igen jó a kooperáció az Önkormányzat és az ÁNTSZ között. Hasonlóképpen jó az együttműködése az egészségügynek az oktatásügy rendszerével és

munkatársaival, akiknek korábról is van tapasztalatuk az egészségfejlesztésben, és jelentős az elkötelezettségük e területen is.

3. Általános célok a 2004-2010 közötti időszakra:

A célok az ismert népegészségügyi mutatókhoz, és azokban visszatükröződő kedvezőtlen helyzetet előidéző körülményekhez kapcsolódnak, és ezek befolyásolásával kapcsolatban fogalmazódnak meg.

- Mind az ifjúság, mind pedig a felnőtt lakosság körében nőjön az egészséggel, egészségmegőrzéssel, betegségekkel kapcsolatos ismeret, és növekedjen az egészségtudatos magatartás.
- A lakosság táplálkozási szokásai, és rendszeres testedzéssel kapcsolatos attitűdje és gyakorlata kedvező irányba változzék.
- A káros szenvedélyekkel (dohányzás, szeszesital, drog) kapcsolatos lakossági elutasító szemlélet és magatartás erősödjön.
- A szűréssel, szakszerű gondozással megelőzhető (szív-, érrendszeri, daganatos) megbetegedések halálozási aránya értékelhető mértékben csökkenjen.
- Az egészséget befolyásoló lakóhelyi, környezeti tényezők kedvező irányba változzanak, összhangban és harmonizálva a városfejlesztési programmal.
- Az egészséges élethez való esélyegyenlőség javuljon, az ehhez szükséges ismeretek és feltételrendszer egyenlőtlenségei csökkenjenek.
- Az egészségügyi ellátórendszer szakmai és intézményi feltételrendszere fejlődjön.

4. Stratégiák (hosszútávon alkalmazandó általános módszerek a célok eléréséhez):

- 4.1** Alapellátás preventív és szűrő tevékenységének erősítése.
- 4.2** A felnőtt lakosok, és a gyermekek, ifjúsági korosztály ismereteinek, attitűdjének változtatása, az egészségtudatos magatartás fejlesztése.
- 4.3** Stratégiai együttműködő partnerek felkutatása, szövetségek kötése, (oktatásügy, piaci, gazdasági szereplők, média... stb.).
- 4.4** Kiemelt jelentőséggel együttműködés a civil szféra képviselőivel.
- 4.5** Kábítószerügyi Egyeztető Fórum működtetése.
- 4.6** Releváns információs bázis kialakítása, működtetése, a lakosság egészségügyi és szociális helyzetének nyomon követésére. Ennek keretében az alapellátás és szakellátás, a felnőtt és ifjúság egészségügy rendszere mellett együttműködés a Foglalkozás Egészségügy szakembereivel, a dolgozók munkahelyi egészségének követésére.
- 4.7** Az Egészségügyi Szolgáltató Kht. és a Védőnői Szolgálat szakmai tevékenysége és annak feltételeinek folyamatos javítása.
- 4.8** Az egészséget támogató épített és természeti környezet állapotának kialakítása, javítása.

- 4.9** Az ellátás szintjei közötti együttműködés javítása, (alapellátás, járóbeteg szakellátás, és fekvőbeteg ellátás)
- 4.10** Az egészségügyben dolgozók betegek iránti érzékenységének javítása.
- 4.11** Az ellátó rendszer működésének „monitoring” és ellenőrző rendszere fejlesztése és működtetése.
- 4.12** Az egészségügyi és szociális szféra együttműködésének fejlesztése. A jó egészségpolitika egyik nélkülözhetetlen támogató összetevője a jó szociálpolitika. Formális és tartalmi együttműködés a szociális intézményhálózattal, (Területi Gondozási Központ, stb.)
- 4.13** Kedvezőtlen, vagy hátrányos helyzetben élők számára speciális programok kialakítása.
- 4.14** A gyermekek és az ifjúság egészségi állapotát befolyásoló szakmai, igazgatási, társadalmi szervezetek közötti összehangolt program kialakítása. A felnőtt korosztály együttműködésének megnyerése az egészséges életkezdet esélyeinek növeléséért, és a felnövekvő generáció egészséghez kapcsolódó magatartásának fejlesztéséért.
- 4.15** A lakosság egyes egészségügyi szempontból sajátos célcsoportjaihoz szóló programok kialakítása, (pl.: idősek, túlsúlyos gyermekek...stb.)
- 4.16** Forrásteremtés a programokhoz.
- 4.17** Nyilvánosság munka.

5. Célok 2004.- re:

- 5.1** Az iskolákban váljon rendszeressé a fogadóórákon és szülői értekezleteken a védőnői és iskolapszichológusi jelenlét, és minden iskolában legyen tanévenként legalább 1 „egészségnap”.
- 5.2** 2004 év végére a kerületi ÁNTSZ szervezetével – sz.e. bevonva a fővárosi szervezetet, vagy az Országos Tisztifőorvosi Hivatalt - együttműködve legyenek kimunkálva és meghatározva azon indikátorok, információs csomagok, amelyek alapjául szolgálnak majd a lakosság egészségi állapotának megítélésére, és nyomon követésére. Szülessen meg az a javaslat, amely e rendszer folyamatos működtetésére vonatkozik.
- 5.3** 2004 során alakuljon ki az alapellátás és járóbeteg szakrendelés együttműködésére, megfelelő szakmai kommunikációjára vonatkozó javaslat, és megvalósítási ütemterv. Ennek keretében váljon érdemben használhatóvá az intranet, és a szakrendelő szakmai támogatására alakuljon háziiorvosi tanácsadó testület.
- 5.4** Kerüljenek számbavételre mindazok a civil szervezetek, egyéni vagy közösségi kezdeményezések a kerületben, akikkel ill., amelyekkel együttműködés kezdeményezhető, és kerüljenek megszólításra, majd bevonásra először az egészségnapok szervezésében. (idősek szervezeti, környezetvédelmi szervezetek -„zöldek”. stb.)
- 5.5** Működésében válják tervezetté és rendszeressé a Kábítószerügyi Egyeztető Fórum,
- 5.6** 2004-ben indulóan, 2005 év végéig befejezve az összes (!) kerületi lakosról készüljön egységes adatfelmérés, azaz találkozzon háziorvosával! Ennek

részeként először készüljön el, és az alapellátás szakemberei konszenzussal fogadják el azt az állapot rögzítő adatlapot, amely biztosítja az egységes megközelítést, és összevethetőséget, és benne prioritással szerepeljenek a népegészségügyi szempontból kiemelt jelentőségű állapotjellemzők, (szív-érrendszer, daganatos megbetegedések, mozgásszervi betegségek, stb.)

- 5.7 2004-ben készüljön el az a kommunikációs stratégia, amely az egészségmegőrzéssel, egészségügyi ellátással kapcsolatosan foglalja össze a kerület kommunikációs tevékenységét.

6. Célok 2005.- re:

- 6.1 2004-ben legyen kidolgozva, majd egy középszintű oktatási intézetben induljon el az „egészség próba” program bevezetése, majd a tapasztalatok felhasználásával az intézetek száma bővüljön és 2005-ben induló tanévben már az a kerület összes általános,- és középiskolájában bevezetésre kerüljön.
- 6.2 Az oktatási intézményekben elkészült kockázatbecslési elemzés, és a jogszabály által munkahelyekre vonatkozó munkavédelemmel kapcsolatos körülmények előírásainak értékelése, a szükséges teendők költségbecslése és javasolt ütemezése történjen meg.
- 6.3 Évente legalább 2 alkalommal legyen megszervezve a felnőtt lakosságot (is) érintő „Óbudai Egészségnap”.
- 6.4 Helyi lakosok lakóterület szerinti önkéntes civil egészségőr képzése.
- 6.5 Az iskola-és ifjúság egészségügy területén „kortárssegítők” rendszerének fejlesztése.
- 6.6 Kerületi drogstratégia készítése.
- 6.7 Induljon program a túlsúlyos iskolás gyermekek egyéni, „testre szabott” testmozgására.
- 6.8 Történjen meg az ellátáshoz való hozzáférési utak vizsgálata, történjen javaslat azok egalizálására.
- 6.9 Szorosabb együttműködés az egészségügyi és szociális - házi gondozási rendszerek között, mind az információ közvetítésének, mind az ellátások integrálása érdekében.
- 6.10 2005-ben jöjjön létre egy olyan Együttműködési Tréning Rendszer, amely egy-egy konkrét probléma megoldását modellezi és oldja meg (házi orvos, védőnő, szakorvos).
- 6.11 A meglévő felmérés felhasználásával készüljön ütemterv, és induljon el a munka az önkormányzati intézmények akadálymentesítésének megvalósítására.

7. Célok 2006 – 2007 - re:

- 7.1 Álljon rendelkezésre, és rendszerszerűen üzemeljen a kerület egészségügyi és szociális helyzetét folyamatosan tükröző információs bázis.
- 7.2 A daganatos betegségek szűrésére vonatkozó központi szűrő programokon (emlő, nőgyógyászati, colorectalis?) a kerület lakosai közül az érintett korosztály 60-70 %-a vegyen részt.

- 7.3 A kerület egészségügyben és oktatásban dolgozó munkatársai számára dohányzás leszoktató program indítása.
- 7.4 A felnőtt alapellátás körében is legyen lehetőség külön időszakban az egészséges lakosok megjelenésére, és a korcsoportos szűrések végzésére.
- 7.5 Folytatódjanak a korábban megkezdett programok, „egészség próba”, iskolai védőnői, pszichológusi jelenlét, iskolai és lakossági egészségnapok.
- 7.6 Történjen meg az iskolahigiénés állapotok felmérése és sz.e. program azok javítására.
- 7.7 Történjen meg a kerületben a környezeti ártalmak felmérése, fogalmazódjon meg javaslat és ütemterv ezek csökkentésére.
- 7.8 Saját, kerületi finanszírozású pályázatok kiírása civil szervezeteknek, lakóközösségeknek egészségprogramok, egészséges környezet kialakítására.
- 7.9 Óbudai Egészségügyi Olimpiai Öttusa megszervezése.
- 7.10 Történjen meg az egészségügyi koncepció végrehajtásának és eredményeinek értékelése, korrekciója, különös tekintettel az egészségügyi szakmai, ellátás szervezési, finanszírozási trendekre.
- 7.11 Történjen meg a fentiekkel összefüggésben a helyi rendeletek áttekintése, a hiányzó szabályozások azonosítása, és javaslattétel azokra.

8. Célok 2008 - 2010:

- 8.1 A kerületben, a rendszeres kezelésben részesülő hypertóniások részaránya 80 %-s legyen és e csoport legalább 50 %-nak vérnyomása tartósan legyen a szakmai ajánlásnak megfelelő mértékű! (140/80 – 90 Hgmm.)
- 8.2 A kerületben élő túlsúlyos lakosok száma csökkenjen mintegy 20 %-kal! A korcsoport szerint indokolt szűrővizsgálatokon az érintett lakosság megjelenési aránya továbbra is legalább 60-70 %-s legyen.
- 8.3 A kerület 65 év alatti lakosai körében 20 %-kal csökkenjen a koszorúér betegség miatti halálozás.
- 8.4 A felnőtt lakosság 90 %, és a 0-18 éves kor között 100 % évente rendelkezzen egészségi állapotáról felméréssel.
- 8.5 A kerület lakosai között a 2003-as év adataihoz képest minimum 20 %-kal csökkenjen az akut szélütés, és annak halálozása.
- 8.6 A daganatos betegségek miatti halálozás csökkenjen legalább 20 %-kal.

9. Az egészségügyi ellátás intézményi szervezése különös területei:

Az alapellátás és ezen belül a háziorvosi tevékenység meghatározó szakmai jelentőségének hangsúlyozása mellett indokoltnak tűnik két ellátási terület szakmai programját külön is megjeleníteni. A járóbeteg szakellátás és annak szervezése új feladat a kerület egészségügyi ellátó rendszerében, a védőnői tevékenységnél pedig annak új szervezeti formája, és a felé megfogalmazódó elvárás indokolja tárgyalást.

9.1 Óbuda - Békásmegyer Egészségügyi Szolgáltató Kht. fejlesztési programjának tézisei:

Óbuda-Békásmegyer Önkormányzata az Egészségügyi Szolgáltató KHT-t 2003. augusztusában hozta létre. Az Önkormányzat december 01.-i határidővel átvette a kerületi járóbeteg ellátás és gondozói hálózat irányítását a korábbi alapellátási feladatok mellé.

A járóbeteg ellátásban 17 klinikai szakma és 5 gondozói tevékenység van képviselve.

A KHT munkatársainak létszáma jelenleg 353 fő.

Az alapellátás funkcionálisan privatizált formában működik. A szakellátás gyakorlatilag valamennyi klinikai szakterületet lefed, esetenként a rendelkezésre álló óraszám a feladat ellátásához a szakmai és lakossági igényekhez képest kevés, bővítést igényel. A már meglévő szakrendelések mellett az elkövetkezendő három évben biztosítani kívánjuk a személyi és tárgyi feltételeit a kardiológiai és gastroenterológiai szakrendeléseknek, a képalkotó eljárások közül kiemelten az, UH vizsgálatoknak, klinikai igény a kerületi mammográfiás vizsgálati lehetőség megteremtése.

A járóbeteg szakellátás a Vörösvári úti, illetve a Csobánka téri rendelőben történik. A rendeléseket úgy kívánjuk megszervezni, hogy azok mindkét rendelőben egyaránt hozzáférhetőek legyenek. Ennek megfelelően szerveztük meg, illetve szervezzük meg a kétműszakos sebészeti, radiológiai rendelést, valamint a felnőtt gégészeti, illetve a szemészeti rendelést a Csobánka téri szakrendelőben.

Az alap és szakellátásnak a prevencióban vállalt szerepét erősíteni kívánjuk. A szakmai fejlesztéseknél, a gép-műszerpark beszerzésénél ezért fontos szempont a mammográfiát, a gastroenterológiai szakambulanciát beindítani. Nőgyógyászati szakrendelések bekapcsolódtak a népegészségügyi programban meghirdetett méhnyakrák szűrésbe, és 2004-ben meglesznek a szakmai feltételei a prosztatatarák szűrésének is. A szűrési feladatok koordinálását, szervezését az Egészségügyi Szolgáltató KHT vállalja.

9.2 Óbuda – Békásmegyer Védőnői Szolgálat szakmai fejlesztési hangsúlyai:

A preventív szemlélet és tevékenység erősítése érdekében a kerületi védőnői hálózat 2004. január 1.-től az országban egyedülálló módon működik, új szervezeti keretben, részben önálló költségvetési intézményként.

A Szolgálat a jövőben még erőteljesebben kívánja a prevenció különböző területeit tevékenységében megjeleníteni.

A korábbi teendők mellett, az ifjúság-egészségügyi tevékenységek, valamint a család megközelítésű egészségfejlesztő attitűd intenzívebb megjelenítésére törekszik:

- A családok felkészítése a gyermekvállalással adódó változásokra /családszerkezet, személyek közötti kapcsolat, anyagi helyzet alakulása, stb./.

- A szülők felkészítése az otthoni krízishelyzetek megfelelő megoldására.
- A gyerekek felkészítése az otthoni, illetve az iskolában kialakuló stresszhelyzetekre való eredményes reagálásra.
- Családgondozási feladatok vállalása a 0-16 éves gyermekek családjai körében. Családlátogatás során nem csak a gyermekek, hanem a felnőttek egészségi és mentális problémáinak észrevételezése, segítség a problémák leküzdésében, illetve a felmerülő kérdések megválaszolása.
- Módszerek elsajátítása annak érdekében, hogy a családokat hatékonyan tudjuk segíteni abban, hogy életminőségükön pozitív irányban tudjanak változtatni.
- Továbbképzés annak érdekében, hogy a kerületben hatékony egészségfejlesztést tudjanak alkalmazni a védőnők.
- A védőnők ismerjék azon módszereket, amelyekkel a családok felé az egészséges életmód készsége alakítását lehet közvetíteni.
- Az egészséggel, egészségmegőrzéssel, betegségekkel kapcsolatos ismeretanyag átadása a gondozott családok tagjainak, az egészség tudatos magatartás erősítése.
- Lakossági szűrések szélesebb körben történő propagálásában való részvétel. A védőnők a népegészségügyi prioritások mentén végezzék egészségfejlesztő tevékenységüket.
- Az általános-, és a középiskolákban hatékony gyermekkori drog, dohányzási és alkoholfogyasztási prevenció.
- A védőnők által az óvodákban, általános- és középiskolákban az integrált egészségfejlesztési tartalmak közvetítése folyamatos és rendszeres legyen.
- Csökkenteni a tizenéves lányok körében a nem kívánt terhességek számát, illetve az ezzel összefüggő terhesség-megszakítások számát. Ezzel párhuzamosan bekapcsolódni olyan megelőző programokba, amit eddig csak pl.: szülész-nőgyógyászok végeztek, de programjuk hatékony megvalósításához várják védőnők segítségét is.
- A hátrányos helyzetű lakossági csoportok egészségügyi ellátórendszerhez, megelőzési programokhoz való egyenlő, diszkriminációmentes hozzáféréseinek biztosítása.
- A várandós gondozás során a krónikus betegségek elsődleges prevenciója váljon hangsúlyosabbá.
- A munkahelyi internet hozzáférés biztosítása, honlap létrehozása a szakma és a lakosság részére. Az internet információ továbbító funkciójának kihasználása, továbbképzés jellegű használata.

10. Monitoring:

Az ÁNTSZ kerületi szervezetében működtetett információs bázis (ld. korábban annak kimunkálására tett javaslatot, morbiditás, mortalitás, szűrésen megjelentek száma, gondozásban szereplők, stb.)

Az előbbieken belül az alapellátás, járó szakellátás, fekvőbeteg ellátás mutatói.

A kerület lakosai körében végzett szociológiai és statisztikai kutatások.

11. Finanszírozás elvei.

- OEP finanszírozás
- Önkormányzati támogatás,(fejlesztések, pályázati önrész biztosítása, saját intézményi programokhoz, civil szervezetekkel tervezett közös projektekhez, prevenciós akciókhoz)
- ESZCSM, Fővárosi Önkormányzat és Európai Unió pályázatok
- Népegészségügyi program pályázatai.

Budapest, 2004. szeptember 29.