

SZÉKESFEHÉRVÁR MEGYEI JOGÚ VÁROS
ÖNKORMÁNYZATÁNAK
EGÉSZSÉGFEJLESZTÉSI TERVE

2011.

TARTALOMJEGYZÉK:

Székesfehérvár Megyei Jogú Város Egészségfejlesztési Terve 2. oldal

1. számú melléklet: Székesfehérvár Megyei Jogú Város Egészségfejlesztési Tervének kidolgozását megalapozó lakossági véleménykutatás eredményei 34. oldal

2. számú melléklet: Székesfehérvár Megyei Jogú Város stratégiai dokumentumainak elemzése a helyi egészségközpontú közpolitika kialakításának elősegítése érdekében 66. oldal

3. számú melléklet: Székesfehérvár Megyei Jogú Város egészségfejlesztési tervének kidolgozását megalapozó, a helyi politikai kulcsszereplőkkel felvett interjúk összegzése..... 107. oldal

4. számú melléklet: Székesfehérvár Megyei Jogú Város állapotfelmérése a WHO Egészséges Városok indikátor-rendszer alkalmazásával..... 114. oldal

5. számú melléklet: Egészségfejlesztési terv diagramjaikülön dokumentum

SZÉKESFEHÉRVÁR MJV
EGÉSZSÉGFEJLESZTÉSI TERV

Girán Tanácsadó Iroda

2010

Tartalomjegyzék

Tartalomjegyzék.....	3
Bevezetés.....	4
1. Helyzetelemzés – az adatgyűjtések eredményeinek rövid bemutatása	7
1.1. A lakossági véleménykutatás eredményeinek összefoglalása.....	7
1.2. A dokumentum-elemzés eredményeinek összefoglalása	12
1.3. A strukturált interjúk eredményeinek összefoglalása.....	15
1.4. Az Egészséges Városok indikátor-rendszer alapján történő állapotfelmérés eredményeinek összefoglalása	18
2. Az egészségközpontú közpolitika és az egészségfejlesztési tervezés elméleti alapjai ..	22
2.1. Az egészségközpontú közpolitika értelmezése	22
2.2. Az egészségfejlesztési tervezés elméleti alapjai.....	24
3. Az egészségfejlesztési terv általános keretrendszere	26
3.1. Az egészségfejlesztési terv céljai	26
3.2. Az egészségfejlesztési terv megvalósításának módszere – a szintér- megközelítés.....	27
3.3. Az egészségfejlesztési terv alapelvei és értékei	28
4. Az egészségfejlesztési terv prioritásai, valamint a tervezett cselekvések.....	30
5. Minőségfejlesztés	32
Záró gondolatok	32

Bevezetés

A világ leggazdagabb országaira is az a jellemző, hogy a módos emberek évekkal tovább élnek és kevesebb betegségben szenvednek, mint a szegények. Ezek az egészségi állapotbeli különbségek igen jelentős társadalmi igazságtalanságot fejeznek ki, és jól tükrözik a mai modern világ egészségre gyakorolt legalapvetőbb hatásait.

Az egészségügyi ellátás lehetővé teszi ugyan számos súlyos betegség kezelését és túlélését, de a társadalom egészét tekintve, az egészség javítása szempontjából, sokkal fontosabbak azok a társadalmi és gazdasági feltételek, amelyek azt határozzák meg, hogy az emberek megbetegednek-e vagy sem. A rossz életkörülmények megromlott egészséghez vezetnek. Az egészségtelen fizikai környezet és az egészségtelen életvitel közvetlenül gyakorol káros hatást a szervezetre, míg a mindennapi aggodalmak és a bizonytalanságok, valamint a segítő környezet hiánya szintén hatással vannak az egészségre és az életminőségre¹.

A magyarországi gyakorlatot e tekintetben az jellemzi, hogy jelenleg több szinten – országos, regionális, települési –, de különböző szakmai koncepciók alapján szerveződnek a helyi közösség tagjainak egészségi állapotát javítani hivatott projekt-, vagy program-szintű aktivitások, valamint az egészségpolitikai kezdeményezések. E helyzet egyik jelentős kihívása, hogy egységes szakmai standardok hiányában nehezen dönthető el, hogy mely szakmai megközelítés illetve módszer milyen hatékonysággal és eredményességgel alkalmazható.

Az Egészséges Városok Magyarországi Szövetségének szakértői érzékelve a városi egészségfejlesztés problémáit a WHO szakmai ajánlásainak adaptálásával² a helyi szintű egészségfejlesztési tervezés olyan módszerét dolgozták ki, amely

- megfelel az aktuális hazai és nemzetközi egészségfejlesztési elvárásoknak és összhangban van az aktuális hazai és nemzetközi egészségfejlesztési irányelvekkel;
- elősegíti a helyi szintű egészségközpontú közpolitika kialakítását, a lokális erőforrások hatékony kihasználását és erre alapozva a város, mint a mindennapi élet egy meghatározó színtere viszonylatában az életminőség hosszú távon fenntartható fejlesztését.

¹ v.ö.: R. Wilkinson-M. Marmot (szerk.) [1999]: *Tagadhatatlan tények*. Egészséges Városok Magyarországi Szövetsége, Pécs

² WHO (2001): *A working tool on City health development planning - Concept, process, structure, and content*. WHO Centre for Urban Health, Copenhagen

Székesfehérvár MJV – mint az Egészséges Városok Magyarországi Szövetségének tagvárosa – az egészségfejlesztési tervének elkészítése során e módszer alkalmazása mellett döntött. Ily módon megerősítette azt a korábbi vállalását, amelyet az Egészséges Városok mozgalom a tagvárosai számára már a kezdetekkor alapvető célként határozott meg, nevezetesen az egészséget támogató közpolitika kialakításának támogatását. Annak érdekében, hogy a helyi Egészséges Város menedzsmentszervezet koordinált módon segíthesse a közpolitika egészséget támogató irányba történő formálását, a WHO által felkért szakértők részéről a következő öt területre vonatkozóan fogalmazódtak meg javaslatok:

1. *Egészségtudatosság*: az erőteljes és hosszú távú politikai támogatottság eléréséhez olyan kezdeményezések szükségesek, amelyek fokozzák az egészségtudatosságot és segítenek megérteni az egészséggel kapcsolatos problémákat és feladatokat. Ily módon alapozható meg, hogy a közösség tagjai megfogalmazzák igényüket az egészséget támogató közpolitika működésére és arra készítsék a döntéshozókat – valamint az egyéb érintett ágenseket –, hogy tegyenek meg mindent annak kialakítása érdekében.
2. *Stratégiai tervezés*: a városi politikusok és az önkormányzati szakapparátus vezető tisztviselői felé határozottan kell képviselni azt a nézetet, miszerint az egészségi állapot javításához kapcsolódó érdekek kielégítését és az ehhez kapcsolódó feladatokat be kell építeni a stratégiai tervezés folyamatába. Ezáltal megteremthető az a helyzet, amelyben a döntéshozók egyrészt figyelmet fordíthatnak és rátalálhatnak azokra a megoldásokra, ahogy az egészség kérdése a különböző szakpolitikák közép és hosszú távú terveibe beépíthető, másrészt felismerhetik és elfogadhatják azt a tényt, hogy bizonyos esetekben az egészségfejlesztéshez kapcsolódó intézkedések és erőfeszítések eredménye csak hónapok, vagy akár évek múlva realizálódik.
3. *Multiszektorális együttműködés*: helyi szinten elő kell segíteni a multiszektorális együttműködés kialakulását, mivel ez tekinthető az egészséget támogató közpolitika alapfeltételének és hajtóerejének. A multiszektorális együttműködés keretet ad azoknak a hivatali főosztályoknak és egyéb szakmai és civil szervezeteknek az összefogására, amelyek erőforrásai kihasználhatóak, hogy a város az egészséges életvitelt támogató szintérré válhasson.

4. *Közösségi részvétel*: lehetőséget kell teremteni a városlakók részére, hogy a szakpolitikai koncepciók tartalmát alakíthassák, és részt vehessenek annak megvalósításában. Ezért törekedni kell a közösségi részvétel minél hatékonyabb biztosítására, mivel ennek segítségével lehet valós kapcsolatot teremteni a helyben élő emberek és az egészséget támogató közpolitika között. Ez lehet a csatorna, amelyen keresztül a lakossági igényekkel kapcsolatban információk gyűjthetők, illetve amely lehetőséget teremt a testületi döntésekkel és azok végrehajtásával kapcsolatos vélemények megismerésére.
5. *Újítás*: a lehetőségek kihasználásának fokozása és a változás kockázatainak csökkentése érdekében meg kell vizsgálni az aktuális szakpolitikák működését, hogy az így szerzett ismeretekre és tapasztalatokra alapozva lehessen innovatív megoldásokat alkalmazó egészséget támogató közpolitikát létrehozni³.

Jelen egészségfejlesztési terv mindezen alapvetésekre támaszkodva került kidolgozásra. Az előkészítő munka során három területen történt adatgyűjtés, amelyek a következők:

lakossági véleménykutatás a városi környezettel, mint az egészségi állapotot befolyásoló színtérrel kapcsolatos vélemények, igények megismerése érdekében;

dokumentum-elemzés a város aktuálisan érvényes szakpolitikai koncepcióinak, fejlesztési terveinek vonatkozásában, az egészségközpontú közpolitika kialakításának elősegítése érdekében;

strukturált interjúk felvétele a helyi politikai kulcsszereplők véleményének megismerése az egészségi állapot javításának érdekében teendő változtatások vonatkozásában.

Ezen túlmenően megtörtént egy *állapotfelmérés az Egészséges Városok indikátorrendszer alkalmazásával* annak érdekében, hogy a jelenlegi kiinduló állapot viszonyrendszere feltérképezésre kerüljön, és a későbbiekben viszonyítási rendszerként szolgálhasson az egészségfejlesztési tervben foglaltak hatásainak vizsgálatához⁴.

Az egészségfejlesztési terv részeként először *helyzetértékelésként* az adatgyűjtések főbb megállapításainak rövid összegzése, majd az egészségközpontú közpolitika és az egészségfejlesztési tervezés *elméleti keretrendszerének* bemutatása, végül az egészségfejlesztési terv céljainak és prioritásainak, valamint az azok megvalósítása érdekében *tervezett intézkedéseknek* a leírása következik.

³ WHO (1997): Twenty steps for developing a Healthy Cities project. 3rd edition, WHO Regional Office for Europe. pp 53.

⁴ Az elemző háttér-tanulmányok az Egészségfejlesztési Terv mellékleteit képezik, az ismétlések elkerülése és a terjedelmi korlátok miatt azonban az Egészségfejlesztési Tervhez képest külön szövegekként jelennek meg.

1. Helyzetelemzés – az adatgyűjtések eredményeinek rövid bemutatása

1.1. A lakossági véleménykutatás eredményeinek összefoglalása

Székesfehérvár városában a helyi egészségfejlesztési terv megalapozásához 2010. július hónapjában a lakossági vélemények megismerése érdekében véleménykutatás zajlott. Összesen 1000 fő válaszadó kérdezőbiztosok általi személyes kikérdezése történt meg. A válaszadók nem, életkor és iskolai végzettség szerinti megoszlása pontosan reprezentálja Székesfehérvár 18 évnél idősebb állandó lakosságát. A mintaválasztás a 2006. évi önkormányzati választáskor is használt 19 választókerület alapján történt: a 18. és 19. választókerületből 75-75 fő, míg a többi választókerületből 50-50 fő került a mintába.

Székesfehérvár városával kapcsolatosan spontán megfogalmazott vélemények között elsősorban a város fejlődésével, a köztisztasággal és infrastrukturális helyzetekkel kapcsolatos – pozitív és negatív – vélemények fogalmazódnak meg, de nem jelenik meg az egészségügyi ellátórendszerrel, annak intézményeivel vagy egyéb érintett szervezeteivel kapcsolatos vélemény. Ugyanakkor az említett problémák jelentős része környezet-egészségi kockázatként is értelmezhető, úgy is, mint a zaj, a szennyezett levegő, szemetes közterületek, stb. A spontán említést követő támogatott kérdés eredményei erősítik egymást. A rossz minőségű utak és járdák problémaként történő jelölési gyakorisága jelentősen meghaladja az utána következő légszennyezettség probléma említési gyakoriságát. A helyi közösségi élet minőségével illetve a szolgáltatásokkal kapcsolatos említések nem jelentek meg meghatározó problémaként sem a spontán említések, sem a támogatott kérdés esetén.

A válaszadók által felsorolt személyes életüket veszélyeztető tényezők felsorolásakor talán a leginkább figyelemre méltó eredmény, hogy a válaszadók közel ötöde *nem nevezett meg* olyan veszélyt, amely szerinte jelentősen befolyásolná az életét. A megnevezett veszélyek között a munkanélküliségtől való félelem a legerősebb, mert ehhez képest a sorrendben utána következő említési gyakoriságú probléma – a betegség – megközelítőleg fele gyakorisággal jelenik meg.

Az egyéni egészségi kockázatok tekintve a válaszadók ötöde nem tudott ilyen tényezőt megnevezni. Lényeges eredmény azonban, hogy az említések között a környezet-egészségi kockázatok mellett megjelennek egyrészt az egészség társadalmi meghatározói közé tartozó kockázati tényezők (stressz, munkanélküliség, közbiztonság hiánya, növekvő forgalom), másrészt az életmódbetegségeknek is nevezett kockázatok (egészségtelen életmód, mozgásszegény életmód), amely utóbbi kockázati csoportba tartozó említések összességében meghaladják a válaszok 10%-át.

A város által biztosított közszolgáltatással és egyéb infrastrukturális feltétellel kapcsolatos elégedettség nem mutatott magas elégedettséget, mivel az ötfokozatú skála alapján számított átlagok közül a legmagasabb érték a 3,54 (hulladékkezelés és szállítás), míg a legalacsonyabb érték a 2,33 (közutak és járdák minősége) volt.

A vizsgált közszolgáltatások közül csakis az oktatást értékelték a válaszadók közepesnél jobb minősítéssel. A többi terület esetén közepes körüli értékelés született. Ezek az értékelések feltehetően széleskörű általános véleményt tükröznek, mivel egyetlen háttérváltozó tekintetében sem mutatkozott statisztikailag szignifikáns eltérés.

A stratégiai döntések előkészítése során a lakosság bevonásával való elégedettség szintén nem éri el a közepes minősítést.

Ha a megkérdezetteknek *polgármesterként lenne lehetőségük cselekedni*, elsősorban a munkahelyteremtésre, a gazdasági fellendülés segítésére, valamint az infrastrukturális problémák (főleg az utak, járdák) javítására fordítana figyelmet. Fontos eredmény azonban, hogy a javasolt intézkedések között több olyan ötlet is felmerül, amely konkrétan megfogalmaz valamely környezet-egészségi kockázat csökkentésével, egészségfejlesztéssel vagy egészségüggyel kapcsolatos kezdeményezést. Mindez azt jelezheti, hogy a város lakóinak fontos, hogy az önkormányzat valamint a városvezetés fordítson figyelmet az egészség védelmére, és aktívan vállaljon feladatot az egészséggel kapcsolatos feladatok megoldásában.

Az *egyéni egészségi helyzettel* kapcsolatos értékeléseknek a minta egészére jellemző átlagai alapján megállapíthatjuk, hogy a válaszadók egyetlen tényezőt sem értékelték úgy, mint súlyosan veszélyeztető kockázatot, mivel a mintaátlagok közül a magasabb értékek is a 3-as érték körül jelennek meg. A mintaátlagokat értékelve, olyan helyi társadalom képe bontakozhat ki előttünk, amely alapvetően egészséges, hiszen a meglévő betegségei nem igazán veszélyeztetik az egészségi állapotukat, és a káros szenvedélyek, vagy a helytelen táplálkozás sem jelent különösebb egészségi kockázatot, sőt nyilván sportolnak is, mert a mozgásszegény életmód sem probléma. Ugyanakkor az a környezet, ahol élnek, avagy mindennapjaikat töltik, számos – ha nem is túl meghatározó – egészségi kockázatot jelent számukra. Mindenekelőtt válaszadók a környezeti ártalmakat, mint veszélyeztető tényezőt ítélték a leginkább meghatározónak, továbbá a stresszes, túlhajtott életvitelt. Ezekhez közeli jelentőségűnek értékelt kockázatként minősítették még a munkahellyel és a közbiztonsággal kapcsolatos tényezőket.

A város lakóinak csaknem fele a saját egészségi állapotát az azonos korú székesfehérvári lakosok egészségi állapotához viszonyítva nagyjából megegyezőnek, több mint egyharmaduk valamivel jobbnak minősítette. Arra a kérdésre, hogy *mennyire élnek egészségesen* a megkérdezettek túlnyomó többsége (85,8%) hármasra vagy négyesre értékelt, míg alig több mint 5% értékelt úgy, hogy nagyon egészségesen él, és kevesebb, mint 10% válaszolta, hogy nem vagy egyáltalán nem él egészségesen.

A *helyi egészségügyi ellátórendszerrel kapcsolatos vélemények* szerint a válaszadók összességében a háziorvosi ellátással a leginkább elégedettek, míg a körzeti fogorvosi ellátással legkevésbé. Az elégedettség szintjét egy ötfokozatú skálán értékelve a legmagasabb átlagértékeket a felnőtt háziorvosi ellátás minősége (3,91), míg a legalacsonyabb értékelést a körzeti fogorvosi ellátás minősége (2,79) kapta. Magas elégedettséget mutat még a felnőtt háziorvosi ellátás hozzáférhetősége is (3,94).

A *sportolási szokásokkal kapcsolatosan* megállapítható, hogy a válaszadók több mint fele semmilyen rendszerességgel nem sportol. Ugyanakkor a bármilyen rendszerességgel sportolók közül a többség, havonta több alkalommal sportol, míg a hetente többször is sportoló válaszadók aránya meghaladja a heti egyszeri alkalommal sportolók arányát.

A *helyi sportolási lehetőségekkel való elégedettséget* tekintve a válaszadók inkább elégedetlenséget, mint elégedettséget fogalmaznak meg. A legmagasabb átlagérték a gyermekek számára biztosított egyesületi sportolási lehetőségekkel kapcsolatban jelenik meg, de ez az érték sem éri el a 3 (közepes) értékelést. Ugyanakkor az ez alatt lévő értékelések közül egyik sem rosszabb, mint az ötfokozatú skála számtani középértéke (2,5). A válaszadók a leginkább a felnőttek számára rendelkezésre álló egyesületi sportolás, valamint a tömegsport lehetőségekkel elégedetlenek.

A *helyi sportolási lehetőségekkel kapcsolatosan változtatási igényekként* a legnagyobb gyakorisággal a tömegsport fejlesztése, az ingyenes sportolási lehetőségek és sportprogramok rendelkezésre állása, valamint több sportolási lehetőség kívánalma fogalmazódott meg.

A különböző *egészségfejlesztéssel, egészségmegőrzéssel kapcsolatos témákban* való jártasságukról a válaszadók akként nyilatkoztak, hogy a dohányzás veszélyei, a túlzott mértékű alkoholfogyasztás veszélyei, a drogfogyasztás és más szenvedélybetegségek veszélyei, az elhízás és túlsúlyosság, a magas vérnyomás, a cukorbetegség veszélyei, valamint az egészséges táplálkozásra vonatkozó ismeretekkel kapcsolatban megfelelően tájékozottnak érzik magukat. Az önértékelés átlagai a jobbra a 4-es érték körül szóródnak, csak a cukorbetegségre vonatkozó ismeretek tűnnek egy kicsit gyengébbnek.

Arra a kérdésre, hogy *szükségnek érzi-e Ön, hogy az egészségfejlesztéssel, egészségvédelemmel kapcsolatosan több információhoz juthasson*, a válaszadók túlnyomó többsége (80,1%) a nem választ adta. Az adatokból tükröződő, az egészségvédelemmel kapcsolatos információszerzéssel kapcsolatos nagyarányú rezisztencia oka lehet egyrészt, hogy a különböző médiában folyamatosan jelenlévő gyógyszer, gyógyhatású készítmény, valamint egészséges életmódhoz kapcsolatos reklámozott termékekről szóló hirdetések miatt a válaszadók úgy érezhetik, hogy napi szinten találkoznak az egészséges életmód kialakításához szükséges és elégséges információkkal. Másrészt tekintettel arra, hogy a válaszadók sem különböző információforrásokat, sem civil vagy egyéb szakmai szervezeteket, sem olyan ismeretátadó rendezvényeket nem tudtak érdemben megnevezni ahonnan az egészséges életmóddal kapcsolatos ismereteik származhatnak valószínűsíthető, hogy az „igen hajlandóság”-nak nevezett attitűd miatt „jó” választ kívántak adni a kérdezőbiztosnak, és nem akarták azzal a „tudatlanságukat” felvállalni, hogy elismerik, hogy a témával kapcsolatosan több információra lehet szükségük.

Azok a válaszadók ugyanakkor, akik igényt tartanak az egészség-témákkal kapcsolatosan többletinformációra az egészséges táplálkozás, az általános egészségvédelem, a cukorbetegség, a magas vérnyomás, a drogfogyasztás, a sportolási lehetőségek és az allergia témák iránt érdeklődnek leginkább.

Az egészségvédelemmel, egészségfejlesztéssel kapcsolatos *információszerzés forrásait* tekintve a válaszadók kettő meghatározó információ-forrást jelöltek meg: egyrészt a háziorvost és védőnőt, másrészt az Internetet. Egyéb lehetséges információforrások – pl. civil szervezetek, informális szerveződések, klubok, stb., – nem kerültek említésre.

Az elmúlt egy évben történt *egészségvédelemmel, egészséges életmóddal összefüggésben szervezett székesszévhérvári rendezvényt* a válaszadók több mint fele (61,5%) nem tudott említeni. Amennyiben történt említés, az a Véradás Napja, ingyenes állapotfelmérés és szűrés, egészségbusz, vércukorszint-mérés, egészségnap a Kodolányi Főiskolán, ingyenes vérnyomásmérés, kerékpáros rendezvény, Velencei-tó kerülő kerékpártúra rendezvényekre vonatkozott.

Az *egészségvédelemmel, egészséges életmódhoz kapcsolódó tevékenységgel foglalkozó székesszévhérvári szervezetek megnevezésére* vonatkozó kérdésre a megkérdezettek háromnegyede (75,5%) nem tudott ilyen szervezetet említeni. Ugyanakkor, ha volt említés, az a leggyakrabban a Vöröskereszt, az ÁNTSZ, és az egészségbusz szervezetek voltak.

A „nem tudom” válaszok magas számából, valamint az egy-egy szervezet alacsony említési gyakoriságából arra következtethetünk, hogy jelenleg nincs a városban egyetlen olyan civil vagy egyéb formális – vagy akár informális – keretek között működő szervezet sem, amely egészség-témával foglalkozó szervezatként meghatározó módon ismert lenne a lakosság körében.

Arra a kérdésre, hogy *az Ön véleménye szerint, mit kellene az Önkormányzatnak tenni annak érdekében, hogy a székesfehérvári lakosok számára minél inkább egészséges települési környezetet biztosítson* a válaszadók többsége (22,5%) több park, zöldövezet létesítése, és meglévők megóvása választ adta, de megjelent még a fásítás, virágosítás, tisztán tartani, gondozni a várost, az autóforgalom korlátozása, kivezetése a városból, elkerülő út építése, a kerékpáros közlekedés preferálása, a kerékpárutak fejlesztése válaszok is jelentősebb gyakorisággal fogalmazódtak meg.

Az adatfelvétel utolsó kérdése arra vonatkozott, hogy *mit kellene az Önkormányzatnak tenni annak érdekében, hogy Székesfehérvár városában élők egészségi állapota javuljon*. A leggyakoribb említésként a „nem tudom” (20,3%) válasz jelent meg. Az ezt követő említési gyakoriság sorrendjében a következő javaslatok fogalmazódtak meg: egészségügyi ellátás javítása, olcsóbb és szervezettebb módon, több ingyenes szűrés szervezése iskolában, munkahelyen, idősek részére, egészségvédő programok szervezése, nem a város feladata, az egyénen múlik, több egészségvédő felvilágosítás, web oldal létrehozása.

Székesfehérvár város egészségfejlesztési tervének kidolgozását támogató véleményfelmérés eredményeinek összefoglalásaként megállapíthatjuk, hogy a városban élők számára fontos az egészségi állapotuk megőrzése és javítása, valamint fontos, hogy ennek érdekében egészséges körülmények között éljenek.

A várossal, mint lakóhellyel kapcsolatosan megfogalmazott kritikák és elvárások alapvetően olyan területeket és problémákat érintettek, amelyek megváltoztatás vagy befolyásolása területén a városvezetésnek valós kompetenciái vannak. Ezáltal a koncepcionális szintű tervezés, jövőkép-alkotás során képes lehet az önkormányzat megfelelni az elvárások jelentős részének, amelyeket a város lakosai az adatgyűjtés során igényként, problémaként megfogalmaztak.

1.2. A dokumentum-elemzés eredményeinek összefoglalása

Székesfehérvár MJV jelenleg érvényes koncepcióinak vizsgálatához a szemantikus tartalomelemzés, attribúció-analízis⁵ módszerét alkalmaztuk. Az attribúció-analízis során a multiszektoralitás, a kimenet oldali vezérlés – általában, az egészségre gyakorolt hatások általi vezérlés, a közösségi részvétel, az esélyegyenlőség biztosítása, és a környezeti, környezet-egészségi kockázatok csökkentése fogalmak explicit és implicit megjelenéseinek (attribúcióinak) keresése történt meg, a következő kérdések megválaszolása segítségével:

- *Multiszektoralitás:* megjelenik-e a dokumentumban több szakmai terület szervezet és/vagy intézmény közös feladatvállalásának, együttműködésének nevesítése a koncepcionális célok elérése érdekében illetve azzal összefüggésben.
- *Kimenet oldali vezérlés – általában:* a koncepcionális célok a felhasználói (pl.: lakosság) igényeit figyelembe véve fogalmazódnak-e meg, vagy az objektív feltételekhez és elvárásokhoz (törvényi előírás, EU csatlakozási elvárások, pénzügyi korlátok, stb.) igazodnak, azokat szolgálják ki.
- *Az egészségre gyakorolt hatások általi vezérlés:* megjelennek-e a dokumentumban az egészségvédelmi, egészségfejlesztési igények szempontjából meghatározott koncepcionális célok, prioritások.
- *Közösségi részvétel:* megjelenik-e a dokumentumban a különböző közösségi szintek és csoportok (pl. civil szervezetek, üzleti szektor, egyházak, informális szerveződések, stb.) részvételére történő utalás a koncepcionális célok elérése érdekében.
- *Esélyegyenlőség biztosítása:* megjelenik-e a dokumentumban valamilyen speciális csoport (nők, nemzeti kisebbségek, fogyatékkal élők, megváltozott munkaképességűek, szociálisan hátrányos helyzetben lévők, stb.) sajátos igényeinek nevesítése a koncepcionális célok között, vagy azzal összefüggésben.
- *Környezeti, és környezet-egészségi kockázatok csökkentése:* megjelenik-e a dokumentumban olyan koncepcionális cél, amely a környezeti, és környezet-egészségi kockázatok csökkentésén keresztül törekedne az életminőség javítására.

Abban az esetben tekintettük a megjelenést explicitnek, ha szövegszerű, konkrét utalás történt a vizsgált dokumentum szövegében a keresett fogalomra. Abban az esetben, ha bizonyos szövegrészek konkrétan nem tartalmazták a keresett fogalmat, de jelentéstartalmukban azt magukban foglalták, implicit megjelenésként tekintettük.

⁵ Bővebben: Krippendorff, K. [1995]: *A tartalomelemzés módszertanának alapjai*. Balassi K., Budapest. 23-69.

Az attribúció-analízis módszerével összesen 14 dokumentum került elemzésre. A vizsgált dokumentumok tekintetében megállapítható, hogy jelenleg nincs olyan koncepció, amelyben mind a hat fogalom attribútuma megtalálható lenne. Másrészt nem találtunk olyan koncepciót, amelyben legalább három fogalom attribútuma elő ne fordult volna.

Az egyes fogalmak attribútumainak koncepciókon belüli előfordulási gyakorisága az alábbi sorrend szerint alakult:

1. multiszektoralitás	12 koncepció
2. kimenet oldali vezérlés – általában	11 koncepció
2. esélyegyenlőség biztosítása	11 koncepció
3. közösségi részvétel	10 koncepció
4. az egészségre gyakorolt hatások általi vezérlés	7 koncepció
5. környezeti kockázatok csökkentése	5 koncepció

Az elemzés objektivitása érdekében azonban hangsúlyozni szeretnénk, hogy az elemzett koncepciók kidolgozásakor a koncepcióalkotást végző szakemberek felé nyilvánvalóan nem fogalmazódott meg az az elvárás, igény, avagy ajánlás, hogy a jelenleg vizsgált fogalmak – illetve azok az értékek és/vagy prioritások, amelyeket ezek a fogalmak reprezentálnak – kerüljenek beépítésre a koncepció szövegében.

A dokumentumok többségében a *multiszektoralitás*, a *kimenet oldali vezérlés* és az *esélyegyenlőség biztosítása*, fogalmak attribútumai voltak megtalálhatóak. A legalacsonyabb számban a *környezeti és környezet egészségi kockázatok csökkentése* fogalom attribútumai jelentek meg.

A *multiszektoralitás* fogalmának attribúciói rendkívül magas megjelenési gyakorisággal fordulnak elő a vizsgált dokumentumokban, hiszen mindössze kettő olyan dokumentum volt, amelyben nem szerepel. Ez az eredmény egy olyan helyi döntéshozatali folyamatra enged következtetni, amely során már jelenleg is erős alapja van annak a döntés-előkészítési egyeztetési gyakorlatnak, miszerint az egyes szakterületek képviselői nem egymástól függetlenül hozzák meg döntéseiket. Külön kiemelendő eredmény, hogy a Települési Közoktatási Esélyegyenlőségi Intézkedési Terv már jelen formájában is – természetesen a maga szakterületére vonatkoztatva – szövegszerűen tartalmazza azt az alapvetet, amely alkalmazását az egészségfejlesztési tervezési gyakorlat is alapvetőnek tart, nevezetesen, hogy minden szakterület véleményezze a más szakterületek koncepcióit annak érdekében, hogy az egészség, mint prioritás a koncepcionális célok közé beépülhessen.

A kimenet oldali vezérlés – általában prioritás szintén igen magas megjelenési gyakorisága olyan koncepció-alkotói – és ebből valószínűsíthetően döntéshozatali – gyakorlatot tükröz, amely alapvető fontossággal veszi figyelembe a valós lakossági igényeket, és törekszik arra, hogy ezeket megismerje, és ennek megfelelően működjön. Ebből következően feltételezhető, hogy a helyi közösséget érintő döntések során az objektív meghatározottságok (pl. törvényi szabályozás) kényszerei és a lakosság igényei közötti kompromisszumkeresés a döntés-előkészítők és döntéshozók számára meghatározó feladatként értelmeződik.

Az esélyegyenlőség alapelvének szintén nagyon hangsúlyos megjelenése feltételezhetően azzal a helyzettel együtt értelmezhető objektívan, hogy a kirekesztődés, a társadalom egyre gyorsuló ütemű és jelentősebb mértékű széttagolódása a közelmúltban jelent meg a köztudatban, mint fokozott figyelmet követelő probléma. Ebből következően az erről történő gondolkodás és az ehhez kapcsolódó problémakezelési módok is jelenleg fokozott jelentőséget kapnak. Ugyanakkor az elemzés alapján megállapíthatjuk, hogy Székesfehérvár városában az esélyegyenlőség biztosítása „spontán módon” is működő értéként jelenik meg a koncepcióalkotók és a döntéshozatal képviselőinek munkája során, mivel mindössze három olyan koncepció volt a vizsgált dokumentumok között, amelyből hiányzott az esélyegyenlőség attribúciója.

A közösségi részvétel fogalom szintén magas előfordulási gyakorisága feltételezhetően azt jelenti, hogy a helyi döntéshozatal kiemelten fontosnak tartja, hogy valós, folyamatos és élő kapcsolat működjön a helyi közösség különböző szintű és formájú képviselőivel. E szemléletmód kiteljesedését támogatja a kimenet oldali vezérlés szintén hangsúlyos megjelenése. E két fogalom együttesen magas előfordulási gyakorisága tovább erősíti azt a korábbi megállapítást, miszerint a helyi döntéshozatal a közösség tagjainak véleményét meg kívánja ismerni és azokat a koncepcionális célok kijelölésekor kellő fontossággal veszi figyelembe.

Az egészségre gyakorolt hatások általi vezérlés a vizsgált dokumentumok mintegy felében jelenik meg. Ez az eredmény azt jelezheti, hogy a döntéshozókban a döntéseik potenciális egészség-hatásaira nem fordítanak kiemelt figyelmet, hiszen a koncepciók felében nem nevesítődnek a koncepcionális célok között. Ez a helyzet az egészségfejlesztési tervezési módszer alkalmazásával, valamint az egészséghatás-vizsgálat döntés-előkészítési folyamatba történő beépítésével jelentősen változtatható pozitív irányba.

A *környezeti és környezet egészségi kockázatok csökkentése* fogalom meglehetősen alacsony megjelenési gyakorisága feltehetően abból következhet, hogy a környezettudatos gondolkodás, mint egyre inkább releváns szemlélet meglehetősen lassan hatja át a mindennapok problémaértelmezését, különösen a nem környezetvédelemmel foglalkozó szakterületek esetében.

A vizsgált fogalmak attribúcióinak a szakpolitikai koncepciókon belüli jelenlegi előfordulási gyakorisága bizonyos esetekben nyilván valamiféle spontaneitást, véletlenszerűséget jelent, más esetekben azonban tudatos, koncepcionális megfontolás eredménye. Ezek az eredmények mind azt jelzik, hogy a Székesfehérvárott nagyon jó koncepcionális alapokról indulhat az egészségfejlesztési tervezés.

1.3. A strukturált interjúk eredményeinek összefoglalása

Székesfehérvár város egészségfejlesztési tervének kidolgozását előkészítő adatgyűjtés során a helyi politikai döntéshozatal kulcsszereplői körében is adatgyűjtés történt. A megkérdezettek a város 12 önkormányzati bizottságának elnökeiből – illetve alelnökeiből vagy elnökhelyetteseiből – kerültek felkérésre.

Azért esett a választás a bizottsági elnökök megkérdezésére, mivel a helyi döntéshozatali struktúrában betöltött helyük meghatározó, és a szakpolitikák döntéselőkészítése alapvetően a döntési kompetenciájukba tartozik. Ezáltal az egészségfejlesztési tervben foglalt célok eléréséhez és az egészségközpontú közpolitika kialakításához szükséges szakpolitikai területek közötti multiszektorális együttműködés kialakítása érdekében kívántunk feltérképezni, hogy a bizottságok a szakpolitikai koncepcióik célrendszerét:

- milyen mértékben veszik figyelembe a napi döntéshozatali gyakorlatban;
- történik-e egyeztetés a különböző szakterületek között akár a koncepcionális tervezés, akár a napi döntéselőkészítés során;
- milyen módon viszonyulnak a jelenlegi döntéshozók az egészség, mint prioritás döntéshozatali rendszeren belüli hangsúlyos megjelenéséhez.

Az egészség, mint prioritás a városi döntéshozatali struktúrában való megjelenésével kapcsolatosan a megkérdezett kulcsszereplők egyértelműen meghatározó feladatként értékelték a városvezetés számára az egészség prioritásként történő kezelését. A városban élők életminőségének egyik legfontosabb jellemzője a saját egészségi állapotuk, amelyek összessége képezi az adott város egészségi állapotát.

Mindez visszahat arra, hogy az adott város milyen életminőség megéléséhez alkalmas feltételeket biztosít. Ezáltal kölcsönhatás jön létre az egyéni egészségi állapot és a városi környezet között, ami meghatározza, hogy ki hogyan érzi magát egy városban, és mennyire elégedett az életminőségével, de ezen keresztül áttételesen a város, mint lakóhely biztosította lehetőségekkel.

A bizottsági döntések meghozatalakor figyelembe vett tényezőkkel kapcsolatos vélemények szerint, a szorosan vett szakmai, valamint a pénzügyi tényezők azonos súllyal jelennek meg a döntéshozatal során, azonban számos esetben a pénzügyi lehetőségek a szakmai elképzelések érvényesülésének korlátokat szabhatnak. Mindazonáltal ha a döntéselőkészítés során ezen szempontok mellett egyéb releváns döntést befolyásoló tényezők is prioritásként jelennek meg, úgy azokra is a megfelelő figyelem fordul.

Az egészségfejlesztési célok a település fejlesztését és jövőjét meghatározó tervekben, koncepciókban való integráltságára vonatkozó vélemények szerint az egészséggel, egészségfejlesztéssel összefüggő célok a jelenleg is érvényben lévő stratégiai dokumentumok többségében megtalálhatóak. Kétségek merültek azonban fel arra vonatkozóan, hogy a mindennapi döntéshozatali feladatokat és a bizottsági munkát tekintve milyen mértékben játszik irányadó szerepet egy szakpolitikai koncepció. Jelenleg a különböző bizottságok munkájában figyelembe veszik ugyan az adott szakterület koncepcióját vagy stratégiai tervét, de ennek a döntéshozatali folyamatra gyakorolt hatásához képest sokkal jelentősebb az a hatás, amit e tekintetben egy-egy bizottsági tag képes kifejteni. Abban az esetben, ha van egy olyan elkötelezett személy – különösen, ha ez a személy a bizottsági elnök – aki felvállalja az adott ügy támogatását, akkor „van gazdája” az ügynek és ő végigviszi azt a döntéselőkészítéstől a döntés meghozataláig.

A koncepcionális célok eddigi döntéshozatali gyakorlat során való megvalósulási hatékonyságával kapcsolatban megegyeznek a vélemények abban, hogy számos koncepció került kidolgozásra, de ezek céljaiból viszonylag kevés valósult meg. Ugyanakkor el kell érni a koncepcionális célok végrehajtását, és hogy a döntéselőkészítés során forduljon figyelem annak ellenőrzésére, hogy a tervezett aktuális döntés illeszkedik-e a koncepció által kijelölt hosszabb időtávra szóló cselekvési irányába.

Az egyes szakterületek koncepcióinak kidolgozása során a más szakterületek képviselőivel, szakbizottságok tagjaival történő egyeztetésnek jelenleg formálisan kialakult, és minden szereplőre érvényes gyakorlata nincs.

Ez a helyzet azonban nem jelenti azt, hogy ne lenne egyeztetés a koncepcióalkotás vagy az azt követő döntéselőkészítés során, csak annyit jelent, hogy esetleges, és személyek egyéni szándékán, belátásán, döntésén múlik, hogy mikor, kivel milyen ügyben valósul meg véleménycsere.

Az intézményesült keretek között zajló egyeztetés gyakorlatának hiánya a formális és informális társadalmi csoportokkal való egyeztetést is jellemzi. Ebből következően – a képviselői fogadóórákon és a kötelezően tartandó közmeghallgatásokon kívül – nem igazán működnek egyéb kialakult formák és/vagy fórumok, ahol a társadalmi csoportok tagjai érdekegyeztetéseket folytathatnának. E helyzetet terheli még az érdektelenség is, mivel több esetben annak ellenére, hogy a véleménynyilvánításra rendelkezésre állnak a lehetőségek, a lakossági csoportok tagjai nem élnek ezzel a lehetőséggel.

Megegyeztek a vélemények abban is, hogy minden olyan döntés esetén, ahol ennek relevanciája lehet, az egészség prioritásként jelenjen meg. Ehhez elsődlegesen az szükséges, hogy ez az elvárás a döntéshozó testületek felé egyértelműen megfogalmazásra kerüljön.

Mindehhez szükség van egy társadalmi felelősségvállalást is tükröző hozzáállásra mind a civil szféra, mind az üzleti szervezetek, mind a helyi döntéshozók részéről. A civil szférának ki kell kényszeríteni, hogy a döntések esetén az egészség-szemponatok prioritásként érvényesüljenek, az üzleti szervezeteknek ezt – konszenzusra törekvő egyeztetést követően – el kell fogadniuk, míg a döntéshozóknak meg kell felelniük ezen elvárásnak. Mindez csak kölcsönös és folyamatos kommunikáció és konszenzuskeresés segítségével érhető el.

Az egészségi állapot javítása érdekében szükségesnek tartott feladatvállalások egy másik csoportjába tartoznak azok a kezdeményezések, amelyek egyrészt a környezet egészségi kockázatok, másrészt az egészségmegőrzés és egészségtudatos életvezetés megélésének lehetőségeit jelentik.

A környezet-egészségi kockázatok csökkentése körébe tartozó intézkedésként a legtöbb vélemény a közúti közlekedéssel kapcsolatos kockázatokat említette. Az egészségtudatos életvezetés feltételeinek biztosítása érdekében elsősorban a tömegsport és szabadidősport infrastrukturális feltételeinek megteremtése volt a javaslat.

1.4. Az Egészséges Városok indikátor-rendszer alapján történő állapotfelmérés eredményeinek összefoglalása

Az állapotfelmérés során alapvetően a 2008. év adatait gyűjtöttük össze, mivel ez az időben legközelebbi év, amelyre vonatkozóan a potenciális adatszolgáltatók (pl. KSH, ÁNTSZ, stb.) mindegyike már feldolgozott és lezárt adatbázisokkal rendelkezik. Ugyanakkor vannak olyan mutatók, amelyekre vonatkozó adatgyűjtés nem éves rendszerességgel történik (pl. népszámláláshoz köthető adatok), így ezekben az esetekben a legutóbbi hozzáférhető adatot közöljük.

Az adatok minél hatékonyabban értelmezése érdekében azokat egyrészt standardizált formában – jellemzően ezer főre vetítve – közöljük, másrészt a viszonyrendszerbe illesztés és értékelés érdekében – ahol ez lehetséges – az ország egészére jellemző értékekkel együtt adjuk közre.

A WHO Egészséges Városok indikátor-rendszer a következő indikátor-csoportokat tartalmazza: (1) mortalitási és morbiditási mutatók, (2) egészségi és egészségügyi ellátórendszer humán-erőforrás kapacitásainak mutatói, (3) környezet-egészségi állapotok és kockázatok mutatói, (4) az egészség társadalmi meghatározó tényezőire vonatkozó mutatók, amely struktúrát az állapotfelmérés összefoglalása során szintén követtünk.

A mortalitás és morbiditás indikátorcsoport tekintetében a 2008. évben Székesfehérvár városában a *halálozási okokként* leggyakrabban előforduló öt tényező a következő:

IX. Keringési rendszer betegségei (I00-I99) (ezer főre vetítve)	<i>országos</i>	6,45
	<i>helyi</i>	4,87
II. Daganatok (C00-D48) (ezer főre vetítve)	<i>országos</i>	3,27
	<i>helyi</i>	2,85
XI. Emésztőrendszer betegségei (K00-K92) (ezer főre vetítve)	<i>országos</i>	0,84
	<i>helyi</i>	0,78
X. Légzőrendszer betegségei (J00-J99) (ezer főre vetítve)	<i>országos</i>	0,62
	<i>helyi</i>	0,70
XX. Morbiditás és mortalitás külső okai (V01-Y98) (ezer főre vetítve)	<i>országos</i>	0,45
	<i>helyi</i>	0,35

Forrás: ANTSZ Dél-Dunántúli Regionális Intézet adatbázis és saját számítás

A vizsgált halálozási okok tekintetében megállapítható, hogy Székesfehérvár lakói, egyetlen tényező – a légzőrendszer betegségei – kivételével az ország egészére jellemző mutatókhoz képest előnyösebb helyzetben vannak. Különösen meghatározó a különbség az első számú vezető halálokot, a keringési rendszer betegségeit tekintve, ahol helyben csaknem két fővel kevesebb haláleset jut ezer főre, mint országosan.

Az *alacsony testsúllyal születés* tekintetében a székesfehérvári helyzet jelentősen jobb értéket mutat (62,0/ezer fő) mint az országosan jellemző adat (82,91/ezer fő).

A *védőoltásban részesült gyermekek számát* tekintve a város lakosságára a teljes körű átoltottság a jellemző a tuberkulózis elleni BCG védőoltás, a diftéria-tetanusz-acelluláris pertussis elleni 2, 3, 4, 18 hónapos és 3 éves korhoz kötött oltás, valamint a morbilli (kanyaró)-mumpsz-rubeola oltások esetén⁶.

Az *egészségügyi ellátórendszer indikátorcsoport* tekintetében az *egy háziiorvosra jutó betegek száma* vonatkozásában a székesfehérvári helyzet (1883,9 fő) az országos helyzethez (1609,8 fő) képest a felnőtt háziiorvosok tekintetében kedvezőtlenebb képet mutat, mivel több mint 200 beteggel nagyobb ellátandó létszám jut egy háziiorvosra. Ugyanakkor a helyi házi gyermekorvosi praxisok esetén kedvezőbb a helyzet (769,2 fő), mivel több mint 500 fővel kisebb ellátotti létszám jut egy háziiorvosra mint országosan (1270,3 fő). A körzeti betegápolók esetén az egy főre jutó betegek száma megközelítőleg azonos az ország egészére jellemző értékkel.

Az *önkormányzat által tárgyalt az egészségügyhöz kapcsolódó napirendek* mint indikátor vonatkozásában megállapítható, hogy Székesfehérvár város önkormányzata a 2008. évben 592 előterjesztést tárgyalt a Közgyűlés, amelyből 14 (2,36%) állt különböző módon kapcsolatban az egészségüggyel, illetve az egészséggel, mint prioritással.

A *környezet-egészségi kockázatok indikátorcsoport* tekintetében a *légszennyezettségi adatok* azt mutatják, hogy Székesfehérvár város levegőminőségét feltételezhetően a termelő üzemek légszennyező pontforrásaiból, a közlekedésből és a fűtésből származó levegőszennyezés együttesen határozzák meg. A 2008. évre vonatkozóan a levegőminőség alakulását a 24 órás (az ózon és a szén-monoxid esetén 8 órás) automata mérőhálózat éves átlagai alapján az alábbi adatok mutatják:

szén-monoxid ($\mu\text{g}/\text{m}^3$, éves átlag)	<i>határérték</i>	5000
	helyi adat	658
nitrogén-dioxid ($\mu\text{g}/\text{m}^3$, éves átlag)	<i>határérték</i>	85
	helyi adat	21,2
szálló por (PM10) ($\mu\text{g}/\text{m}^3$, éves átlag)	<i>határérték</i>	50
	helyi adat	28
nitrogén-oxidok ($\mu\text{g}/\text{m}^3$, éves átlag)	<i>határérték</i>	150
	helyi adat	38,5
ózon ($\mu\text{g}/\text{m}^3$, éves átlag)	<i>határérték</i>	120
	helyi adat	78,4
benzol ($\mu\text{g}/\text{m}^3$, éves átlag)	<i>határérték</i>	10,0
	helyi adat	0,4

Forrás: OMSZ 2008. évi összesítő értékelés hazánk levegőminőségéről az automata mérőhálózat adatai alapján

⁶ Forrás: ÁNTSZ Dél-Dunántúli Regionális Intézet

Az Országos Meteorológiai Szolgálat által kiadott értékelés szerint Székesfehérvár városának levegőminősége a 2008. évre vonatkozóan „jó” minősítéssel értékelhető. Az automata mérőhely elhelyezkedése: Palotai u. – Mészöly u. sarok. Határérték túllépés a szálló por esetén 22 alkalommal fordult elő a 24 órás mérések alapján, továbbá a benzol esetén 45 alkalommal a 8 órás mérések alapján. A többi vizsgált szennyezőanyag tekintetében éves szinten nem fordult elő határérték-túllépés.

A város vízminőségére vonatkozó adatok szerint a városi ivóvízellátás vízminősége és mennyisége megfelelő, a külső lakott területek vezetékes vízellátása is biztosított. Vízhány, vagy a vezetékes ivóvíz minőségével összefüggésbe hozható megbetegedés – pl. methaemoglobinaemia – egészségkárosodás 2008. évben nem fordult elő.

A szennyvíz általi vízszennyezés mértéke a vízszennyező tényezőkhöz belül a szennyvíz-csatornázottság mértéke Székesfehérvárott 2008. évben megközelítőleg 90%-os lefedettségű volt. Tisztítatlan szennyvizet sem az ipari termelők, sem a lakosság nem enged élővizekbe. A szennyvíz általi vízszennyezés elsődleges forrása – a havaria helyzeteket és üzemzavarok hatását nem számítva – a szikkasztókból elszivárgó tisztítatlan szennyvíz, valamint az illegális szennyvízelhelyezés. 2008. évben az akkor még csatornázatlan vagy részben csatornázott városrészekből becsülhetően 800-1000m³/nap mennyiségű szennyvíz kerül a talajba, mint szennyező forrás⁷.

A háztartási hulladékgyűjtésbe bekapcsolt háztartások száma és aránya a teljes háztartásokhoz képest indikátor értéke lényegében 100%-nak tekinthető, mivel a város teljes területén a lakossági szilárdhulladék-szállítási és kezelési rendszer kiépített, míg a szelektív hulladékgyűjtési rendszer fejlesztése folyamatosan történik.

A városon belüli zöldfelületek aránya 2008. évben az ezer főre jutó települési zöldfelület nagysága tekintetében az országos helyzettel (2,46 ha) közel megegyező értéket mutat (2,69 ha), azonban a város területéhez képest arányított zöldfelület nagysága (1,6%) jelentősen elmarad az ország egészére jellemző értéktől (5,16%).

Az elhagyott ipari területek aránya a teljes területhez képest az utolsó rendelkezésre álló információ (2003) szerint 59 ha volt, ami a város területének mintegy 0,34%-át tette ki⁸.

A sétálóutcák szám összesen 4 utca amelyek együttes hossza kb. 1800 méter.

⁷ Székesfehérvár MJV Környezetvédelmi Program 2008-2011 alapján.

⁸ Forrás: Nagy, Á és mtsi. (2003): Az EU Strukturális Alapok keretében barnamezős rehabilitációra kiírandó pályázatok szakmai megalapozása. Előkészítő tanulmány. VÁTI Kht. Településtervezési és Tájtervezési Iroda Budapest, p. 54.

A *tömegközlekedés helyzete a városban, a tömegközlekedés által lefedett városrészek aránya* indikátor tekintetében megállapítható, hogy a város közigazgatási területén tömegközlekedés szolgáltatást összesen 41 autóbussz-vonal biztosítja. A külvárosi területeken jellemzően 500 méteres, míg a Belvárosban 300 méteres rágyaloglással érhetőek el a buszmegállók, így a tömegközlekedés által lefedett városrészek aránya 100%. A városi tömegközlekedés üzemideje napi 18 óra.

A *kerékpáros közlekedés helyzetét* tekintve megállapítható, hogy a kerékpárutak hossza Székesfehérvár városában 2009-ben összesen 30 km⁹ volt. Az országos átlagot tekintve az ezer főre jutó kerékpárutak hossza 131,44 méter, míg Székesfehérvárott ez az érték 294,96 méter, ami több, mint a duplája az országos értéknek.

Az egészség társadalmi meghatározó tényezői indikátorcsoport tekintetében a *komfort nélküli lakásokban élő háztartások* tekintetében a Népszámlálás mikrocenzusának adatai alapján megállapítható, hogy Székesfehérvár városában az ezer – legalább félkomfortos lakásban élő – háztartásra jutó komfort nélküli lakásban élő háztartás száma (99,14) jóval kedvezőbb helyzetet mutat az országos értékekhez (125,09) képest, mivel annál csaknem 25%-kal alacsonyabb értékkel jelenik meg.

A *hajléktalanok becsült száma* 2008. évben a regisztrált utcai hajléktalan személyek száma kb. 580 fő volt, melyből aktív utcai hajléktalan személy kb. 210 fő volt. Ezek a számok az utóbbi öt évben közel azonosak voltak¹⁰.

A *munkanélküliségi ráta* tekintetében a székesfehérvári helyzet (2,98) az ország egészére jellemző értékhez (4,41) képest jóval kedvezőbb képet mutat, mivel a relatív összehasonlítást tekintve csaknem 1,5%-kal elmarad az országos értéktől, és abszolút viszonylatban is meglehetősen alacsonynak tekinthető.

A *bölcsődei férőhelyek száma* 2008. évben Székesfehérvárott (7,4 fő/férőhely) az ország egészére jellemző értékhez (11,3 fő/férőhely) képest jelentősen kedvezőbb helyzetet mutatott, mivel mintegy 4 fővel kevesebb gyermek jutott egy férőhelyre, mint amit az országos adat mutat. Az óvodai férőhelyek tekintetében a helyi lehetőség (0,68 fő/férőhely) szintén kedvezőbb képet mutat, de az országos adattól (0,81 fő/férőhely) való eltérés mértéke nem jelent meghatározó különbséget.

Az *ezer születésre jutó abortuszok száma* a 2008. évben Székesfehérvárott (330) kedvező képet mutatott, mivel több mint 100 fővel elmaradt az ország egészére jellemző értéktől (445).

⁹ http://turizmus.szekesfehervar.hu/_user/11/File/kerekparutak.pdf (letöltve 2010. 07.30)

¹⁰ Forrás: Székesfehérvár MJV Önkormányzatának.

2. Az egészségközpontú közpolitika és az egészségfejlesztési tervezés elméleti alapjai

2.1. Az egészségközpontú közpolitika értelmezése

Az egészségközpontú közpolitika kialakításának igénye immáron több mint három évtizeddel ezelőtt a „Lalonde jelentés¹¹” részeként fogalmazódott meg először. E dokumentum a korábbi gyakorlathoz képest *új felfogásban tárgyalta* az egészségfejlesztés és egészségpolitika feladatait mivel azt kormányzati szinten kezelendő kulcsfontosságú *stratégiai tényezőként* határozta meg.

Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) számos tekintetben a Lalonde jelentés generálta folyamatok tapasztalataira alapozva fogalmazta meg a közösségi szintű egészségfejlesztés szükségességét és deklarálta, hogy *„az elkövetkező évtizedekben az egyes nemzeti kormányok és az Egészségügyi Világszervezet fő társadalmi célja az kellene legyen, hogy a világ összes polgára számára a 2000-es év végére megteremtse az egészségnek egy olyan minimumát, amely lehetővé teszi számukra a társadalmi és gazdasági értelemben produktív életet¹²”*. E szándék megvalósítása érdekében indult el az *„Egészséget mindenkinek 2000-re”* elnevezéssel közismertté vált egészségpolitikai kampány, majd később az *„Egészséget mindenkinek a 21. századra”* címmel stratégia fogalmazódott meg. Ez a fordulat jelentősen elősegítette azt az irányváltást, amelynek eredményeként az egészségfejlesztés feladatai a korábbi orvostudományi megközelítéstől távolodva a társadalmi-gazdasági-politikai összefüggéseket alapul vevő megközelítésbe kerültek át. Mindez jelentősen hozzájárult annak a folyamatnak a kiteljesedéséhez, amely eredményeként az *egészség társadalmi meghatározó tényezői¹³* az alábbiak szerint kerültek meghatározásra:

1. társadalmi lejtő;
2. stressz;
3. gyermekkor;
4. társadalmi kirekesztettség;
5. munka;
6. munkanélküliség;
7. társadalmi támogatás – helyi közösség;
8. szenvedélybetegségek;
9. táplálkozás;
10. közlekedés.

¹¹ Lalonde, M. (1974). A new perspective on the health of Canadians. Ottawa, ON. Information Canada. http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/1974-lalonde/lalonde-eng.pdf (2007.10.10.)

¹² WHO (2004): Egészséges régiók: új szakmapolitikai koncepciók egy új évszázadban. In: Kishegyi, J.-Makara, P. (szerk.) (2004): Egészségfejlesztés a színtereken. Egészségfejlesztési Módszertani Füzetek. OEFI. Budapest.

¹³ Wilkinson, R.-Marmot, M. (szerk.) (1999): Tagadhatatlan tények. Egészséges Városok Magyarországi Szövetsége, Pécs

Az egészség társadalmi meghatározói önmagukban is egyértelműsítik, hogy ezeknek a faktoroknak a kezelése *túlmutat az egészségügyi ellátórendszer kompetenciáján*, sokkal inkább olyan, a társadalom- és szociálpolitika területeihez kapcsolódó beavatkozásokat igényel, amely alapját a *mindennapi életfeltételeket meghatározó szakterületek közötti multiszektorális együttműködés kell, hogy jelentse*. Ennek oka, hogy az egészség társadalmi meghatározói nem olyan kockázatok és/vagy hatások, amelyek pl. a járványügyhöz vagy a fertőző betegségek kezeléséhez hasonlóan gyógyszeres kúrákkal orvosolhatóak. A WHO szakértői is alátámasztották ezt a megállapítást, amikor úgy fogalmaztak, hogy az egészségpolitikának *ki kell törnie abból a medikalizáló szemléletből*, amely a működését sokáig jellemezte, és olyan helyi kezdeményezéseknek kell hangsúlyt kapniuk, amely az egészségi állapotot meghatározó körülmények alakítása során társadalmi-gazdasági-politikai hatásokat is figyelembe veszi¹⁴.

Az egészséget támogató közpolitikával kapcsolatos alapvetéseket először az Ottawai Charta fogalmazza meg, miszerint *„az egészségfejlesztési közpolitika eltérő, de egymást kiegészítő megközelítéseket tartalmaz, pl.: jogalkotás, költségvetési intézkedések, adóztatás és szervezeti változások. Összehangolt tevékenységről van szó, amely egészséghez vezet, továbbá olyan jövedelem- és szociálpolitikáról, amely előmozdítja a nagyobb esélyegyenlőséget. A közös cselekvés hozzájárul a biztonságosabb és egészségesebb javak és szolgáltatások, az egészségesebb közszolgáltatások, valamint a tisztább és élvezhetőbb környezet biztosításához. Az egészségfejlesztési közpolitika megkívánja azoknak a nehézségeknek a felmérését, amelyek az egészség szempontjából kedvező állami politika és intézkedések elfogadását gátolják a nem egészségügyi ágazatokban. A cél az legyen, hogy az egészséges választás váljék a könnyebb választássá a döntéshozók számára is”*¹⁵.

Az Adelaide-ben megrendezett második nemzetközi egészségfejlesztési konferencia ajánlásai között már konkrétan megfogalmazódott a korábbi politikai döntéshozatali szemléletmód átalakításának indítványozása, amely hangsúlyozza: *„a döntéshozóknak legalább annyi figyelmet kellene fordítani a döntéseik egészségre gyakorolt hatásaira, mint amennyit azok pénzügyi-gazdasági vonatkozásaira fordítanak”*¹⁶. Ugyanakkor megfogalmazásra kerül az a megállapítás is, hogy az egészséget támogató közpolitika oly módon alakítható ki, hogyha egyrészt minden szakpolitika a maga területén kiemelt figyelmet fordít az egészség és az esélyegyenlőség érdekeinek érvényesítésére, másrészt, hogy ha felelősséget vállal a döntéseinek egészségre gyakorolt hatásaiért.

¹⁴ WHO (1986): Vienna Dialogue on Health Policy and Health Promotion: Towards a New Conception of Public Health. Unofficial Document ICP/HSR 623 Copenhagen; WHO Office for Europe, 1986.

¹⁵ Ottawai Charta

¹⁶ Adelaide Recommendations on Healthy Public Policy Second International Conference on Health Promotion, Adelaide, South Australia, 5-9 April 1988

2.2. Az egészségfejlesztési tervezés elméleti alapjai

A WHO Egészséges Városok mozgalom által elfogadott módszer szerint készülő városi egészségfejlesztési terv olyan stratégiai dokumentum, amely az *Egészséget mindenkinek a 21. századra*¹⁷ stratégia alapelvei mentén fogalmazódik meg, de átfogó képet ad egy adott város konkrét és szisztematikus egészségfejlesztési törekvéseiről, értékrendjéről és prioritásairól, valamint olyan célokat és tervezett intézkedéseket tartalmaz, amelyek megvalósításán keresztül az egészségfejlesztési törekvések kivitelezhetőek.

Várospolitikai és szakpolitikai céljait tekintve az egészségfejlesztési terv egyértelműen demonstrálja a városi döntéshozatalban az egészség központi értékét, valamint megjeleníti, hogy a jövőkép, az értékek és a kapcsolódó stratégiák hogyan működhetnek akciók és egyéb operatív kezdeményezések formájában. Az egészségfejlesztési terv olyan különböző állami és nem állami szereplők, intézmények együttműködésén alapszik, amelyek döntései és tevékenységei nagymértékben befolyásolják a helyi közösség tagjai egészségi állapotának alakulását.

Az egészségfejlesztési terv kidolgozásának módszertana több mint egy évtizedes szakmai munka eredményeként jött létre. Kezdetben az Egészséges Városok mozgalom tagvárosai a települési egészségiállapot-becsléseket és felméréseket egységes módszer nélkül végezték. Az egészségi állapotot befolyásoló tényezők tervezett alakítását segítő módszerek első megjelenéseként az egészségkép és az egészségterv volt tekinthető. Ez a megközelítés elsősorban az egyéni egészségi kockázatok – dohányzás, alkoholfogyasztás, életmód-betegségek, stb. – általi veszélyeztetettség meghatározását és a rizikók csökkentését szolgálta. Rövidesen azonban egyértelművé vált, hogy az önkormányzati döntések segítségével ezek a célok csak jelentősen korlátozott módon érhetőek el, a helyi önkormányzatok számos területen képesek döntéseikkel befolyásolni a helyi közösség tagjait veszélyeztető egészségi kockázatok alakulását, de az egyéni egészség-magatartások által meghatározott kockázatok tekintetében szinte elenyésző ez a kompetencia. Mindebből az a felismerés következett, hogy a helyi egészségpolitika alakítása során az önkormányzatoknak azokra a területekre kellett a feladatvállalásaikat koncentrálniuk, amelyek *befolyásolásában valós kompetenciákkal rendelkeznek*. E területek közé elsősorban az *egészségi helyzet társadalmi meghatározói* tartoznak. Így az évtized elejétől elkezdődően az egészségterv koncepciót fokozatosan felváltotta az *egészségfejlesztési tervezés* módszerének alkalmazása.

¹⁷ WHO (1999): *Health 21 – health for all in the 21st century*. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.

Az egészségfejlesztési terv alapvetően nem önálló szakterülethez köthetően készül, hanem az egyes elemei köthetőek szakterületekhez. Elkerülhető ezáltal az a helyzet is, hogy ugyanaz a feladat egymástól függetlenül több különböző szakterület stratégiájában vagy távlati tervében is megjelenjen, illetve, hogy adott területeken a szükséges fejlesztés elmaradjon. A szakmai megalapozottság mellett meg kell, hogy jelenjen minden, a helyi közösség életének formálásában érdekelt illetve érintett potens résztvevő annak érdekében, hogy közreműködésével segítse az egészségfejlesztési tervezéssel és annak megvalósításával kapcsolatos feladatok megfogalmazását és végrehajtását. Ily módon valósuljon meg az a cél, hogy az egészség – és ehhez kapcsolódóan az életminőség kérdése – ne elszigetelt, egymással nem kommunikáló szakterületek ügye legyen, hanem olyan közös ügy, amely meghatározóan jelenik meg a helyi közösség tagjait érintő minden döntésben.

A megközelítés abból indul ki, hogy az önkormányzati döntéshozatal alapját azok a szakpolitikai koncepciók, fejlesztési tervek, akcióprogramok képezik, amelyek közép- és hosszú távon meghatározzák az egyes szakpolitikák/szakterületek tevékenységének irányvonalait, jövőképét. Amennyiben tehát a koncepcionális célok az egészségi állapot támogatása, mint prioritás figyelembe vételével kerülnek megfogalmazásra, akkor lényegesen nagyobb az esély arra, hogy az adott szakpolitika/szakterület – a koncepciókra alapozott operatív döntések révén – az egészséget támogató módon működik. Ennek megfelelően az *egészségfejlesztési tervezés lényege*: elősegíti, hogy az egészségfejlesztéssel kapcsolatos *aktuális értékek és alapelvek* már a koncepcionális tervezés során eljuthassanak a döntéshozói szintekre, ezáltal prioritásokként jelenhessenek meg a különböző cselekvési területek koncepcióiban, távlati terveiben, jövőképében. Ennek eredményeként a multiszektorális együttműködés alapján, a különböző területeken működő döntéshozók és szakemberek már koncepcionális szinten is összehangoltan, azonos *értékek, alapelvek és prioritások* mentén tehetnek meg mindent az egészségi helyzetet befolyásoló társadalmi tényezők javítása érdekében.

3. Az egészségfejlesztési terv általános keretrendszere

3.1. Az egészségfejlesztési terv céljai

Székesfehérvár MJV *egészségfejlesztési tervének átfogó célja*, hogy elősegítse a Székesfehérvár városában élő és dolgozó emberek fizikai, mentális, szociális valamint környezeti jólétének kiteljesedését és támogassa, hogy az egészségfejlesztési feladatok beépüljenek a városi közpolitikába, és meghatározó módon legyenek jelen a mindennapokban.

Az egészségfejlesztési terv *fő célkitűzései*, hogy:

- a helyi közösség tagjainak figyelmét irányítsa rá az egészségmegőrzés és az ezt támogató társadalmi és környezeti feltételek kialakításának fontosságára és lehetőségeire;
- a helyi szakpolitikák számára a meghatározott prioritások mentén az egészségi állapot és az életkörülmények javítását célzó kezdeményezéseket fogalmazzon meg;
- a WHO Egészséges Városok indikátor-rendszer, a dokumentum-elemzés és a lakossági véleménykutatás eredményei alapján kialakult null-állapot értékeihez képest a következő – azonos módszerekkel végzett – állapotfelmérés eredményei *ne legyenek rosszabbak*, hanem a vizsgált mutatók értékei *lehetőség szerint javuljanak*;
- a lehető legszélesebb körű együttműködés kialakítását segítse elő a helyi közösség minden tagja és csoportja között, ezáltal alapozva meg az egészségközpontú közpolitika működését.

Az egészségfejlesztési terv *öt év időtartamra érvényes*. Az egészségfejlesztési terv előkészítése során *állapotfelmérés történik*, amely a null-állapotot jelenti. A változások követése érdekében az elfogadástól számított *harmadik és ötödik évben* megtörténik a null-állapot regisztrálásához használt módszerek alkalmazásával egy-egy *újabb állapotfelmérés*, amelyek eredményei *összevetésre kerülnek* az elfogadás évében végzett null-állapottal. Az állapotfelmérések értékei közötti eltérések mutatják az egészségfejlesztési tervben foglaltak *megvalósulásának hatékonyságát*. Az elfogadástól számított ötödik évben az egészségfejlesztési tervet *felülvizsgálni és aktualizálni szükséges*.

3.2. Az egészségfejlesztési terv megvalósításának módszere – a színtér-megközelítés

Az egészségfejlesztési tervben foglalt célok megvalósítása során – amennyiben lehetséges – a *színtér-megközelítés alkalmazása szükséges*. Az egészségfejlesztés színtereire vonatkozó meghatározás az Egészségügyi Világszervezet által a következők szerint került megfogalmazásra: *„színtérként tekinthető minden olyan hely, ahol az ott élők aktívan alakítják a környezetüket annak érdekében, hogy egészségi állapotukkal kapcsolatos problémáikat megoldják. A színterek általában térben jól lehatárolhatóak, stabil szervezeti struktúrával rendelkeznek, amelyhez meghatározott szerepeket betöltő személyek csoportjai tartoznak. A színtereken megvalósuló egészségfejlesztési akciók a legkülönbözőbb módon jelenhetnek meg. Ilyenek lehetnek a szervezetfejlesztés különböző módozatai – esetenként ide értve a fizikai tér átalakítását is –, továbbá az adminisztrációs és irányítási rendszer átalakítása. A színterek az egészség védelme érdekében is használhatóak azáltal, hogy elérik az ott dolgozó embereket, biztosítják a megfelelő szolgáltatásokhoz való hozzáférést, valamint a színterek közötti kapcsolat révén a helyi közösség egészét képesek bevonni az egészségmegőrző kezdeményezésekbe”¹⁸.*

Az egészségfejlesztés során kiemelten szükséges a mindennapi élet színtereivel foglalkozni, mivel az egyének egészségi állapotát e színterek „állapota” sokkal inkább képes befolyásolni, mint az egészségügyi ellátórendszer által nyújtott szolgáltatáshoz való hozzáférés lehetősége, vagy az elérhető szolgáltatás minősége. Ebből következően az egészségfejlesztés tekintetében a színtér megközelítés lényege, hogy *helyi szinten jöjjenek létre* olyan multiszektoralis együttműködésen alapuló és az adott közösség tagjainak közreműködésével megvalósításra kerülő akciók, programok és egyéb kezdeményezések, amelyek az egészségi állapot társadalmi meghatározó tényezőinek pozitív befolyásolásán keresztül célozzák egy-egy színtér viszonyainak egészségesebbé tételét.

A város az egészségfejlesztési kezdeményezések megvalósításához *optimális színtér*, mivel a város az az igazgatási szint, amely a helyi lakosság egészségi állapotának javítása érdekében képes integrálni és kezelni a különböző típusú erőforrásokat, valamint politikai tekintetben is rendelkezik a megfelelő döntéshozatali kompetenciával és önállósággal ahhoz, hogy a célnak megfelelő interszektoralis megoldási módozatokat dolgozzon ki és valósítson meg¹⁹.

¹⁸ WHO (1998): Health Promotion Glossary, Geneva.

¹⁹ Ashton, J.-Grey, P.-Barnard, K. (1986): *Healthy cities – WHO's New Public Health initiative*. = Health Promotion. vol. 1. no.3. 319-324.

Ezen túlmenően az 1990. LXV. törvény a helyi önkormányzatokról II. fejezet 8.§. (1) bekezdése egyértelműen a települési önkormányzatok feladatává is teszi az egészségfejlesztési feladatokat, amikor úgy rendelkezik, hogy *„a települési önkormányzat feladata többek között: településfejlesztés, településrendezés [...] az egészséges életmód közösségi feltételeinek elősegítése”*.

3.3. Az egészségfejlesztési terv alapelvei és értékei

Az egészségfejlesztési tervezés tekintetében jelenleg – nemzetközi és hazai szinten egyaránt – a WHO „Egészséget mindenkinek a 21. századra” stratégiai dokumentumában foglalt alapelvek a meghatározóak, melyek az alábbiak:

- Az egészségi kockázatok kezelésére irányuló tevékenységek során megkülönböztetett figyelem forduljon a fizikai, gazdasági, társadalmi, kulturális és nemek közötti eltérésekből adódó sajátosságokra, a multiszektoralitás elvének hangsúlyozására, az egészségi helyzetről képet adó felmérések eredményeinek felhasználására;
- az egészségre gyakorolt hatások által vezérelt programok és beruházások jelenjenek meg az egészségfejlesztési tevékenység és a kórházi ellátás területén;
- integrált család-, és közösség-orientált egészségügyi ellátórendszer működtetése, rugalmas és felelősségteljes kórházi háttér biztosítása valósuljon meg;
- az egészségfejlesztési célok megvalósítása során az olyan, részvételen alapuló egészségfejlesztési folyamat kell, hogy prioritást kapjon, amelyben partnerként jelennek meg a családok, iskolák, munkahelyek, valamint a helyi közösség képviselői, továbbá amely támogatja a döntéshozatali és megvalósítási folyamatokat, ezzel is erősítve a közös célokért való felelősségvállalást.

Székesfehérvár MJV egészségfejlesztési tervének alapelvei részint a felsorolt alapelvek elfogadása mentén, részint az előkészítés során végzett lakossági véleménygyűjtés – különös tekintettel a jelenleg érvényben lévő koncepciókban és középtávú fejlesztési tervekben megjelenő, más szakpolitikai területek által elfogadott alapelvek – alapján kerültek megfogalmazásra.

Az alapelvek megfogalmazásakor azonban fokozott figyelem fordult azokra az értékekre is, amelyek a Nemzeti Népegészségügyi Program kidolgozását is a következők szerint meghatározták:

- az egészség alapvető emberi jog;
- az egyenlőtlenségek csökkentése és a szolidaritás;
- az egyének, csoportok, intézmények és közösségek részvétele és felelőssége az egészség fejlesztésében.”²⁰

Mindezek alapján *Székesfehérvár város egészségfejlesztési tervének alapelvei* a következők:

- Az önkormányzati munka és döntéshozatal során kiemelt figyelem kell, hogy forduljon az egészségi állapot kockázatainak csökkentésére, az életminőség javítására.
- Az önkormányzat által kötelezően biztosítandó egészségügyi ellátások, mint integrált család- és közösség-orientált egészségügyi ellátórendszer kell, hogy a lakosság igényeit szolgálják.
- Az egészségi kockázatok csökkentésére irányuló helyi intézkedések, valamint a településen élők életminőségének javítását célzó programok során megkülönböztetett figyelem kell, hogy forduljon a fizikai állapotbeli, gazdasági, társadalmi, kulturális helyzetbeli, valamint a nemek közötti eltérésekből adódó sajátosságok kezelésére, azaz az esélyegyenlőség biztosítására, és az esélyhátrányok csökkentésére.
- A településen élők életét érintő fejlesztések, átalakítások, változtatások esetén meg kell, hogy történjen az egészségre gyakorolt hatások előzetes vizsgálata, melynek eredményei a tervezett fejlesztés során figyelembe vételre kell, hogy kerüljenek.
- Az egyének és közösségek egészsége elsőbbséget kell, hogy élvezzen az üzleti és gazdasági érdekekkel szemben.
- Az egészségfejlesztési akcióknak, kezdeményezéseknek a „megelőzés jobb, mint a gyógyítás” alapelve mentén szükséges szerveződnie.
- Az egészségfejlesztési célok megvalósításakor a közösségi részvételen alapuló egészségfejlesztési folyamat kell, hogy megvalósuljon. E feladatvállalás során partnerként kell, hogy megjelenjenek a családok, oktatási intézmények, munkahelyek, valamint a helyi formális és informális közösségi szerveződések képviselői azzal a céllal, hogy támogassák a döntéshozatali és megvalósítási folyamatokat, ezáltal is erősítve a közös célokért való felelősség- és feladatvállalást.
- A helyi egészségpolitika alakítása, valamint az egészségfejlesztési tevékenység során kiemelt figyelmet kell fordítani a helyi közösség tagjainak egészségi állapotbeli és társadalmi-gazdasági helyzetéhez és szükségleteihez kapcsolódó változó igényeire, és ennek megfelelően kell alakítani a szolgáltatások rendszerét.

²⁰ „Egészség Évtizede Nemzeti Népegészségügyi Program” pp. 2.

- A különböző problémák, esetek bonyolultsága és komplex módon történő kezelése az egyes ellátási típusok és szintek egymásra épülését igénylik (komplex, integrált ellátások).
- Az egészségfejlesztési és egészségvédelmi szolgáltatások kínálatánál szükséges biztosítani a választhatóságot.
- Az önkormányzati munka során minden szakterület prioritásként kell, hogy tekintse az egészség-célok realizálását, és együtt kell, hogy működjön a multiszektorális megközelítésen alapuló feladatmegoldás érdekében.
- Az egészségfejlesztési és egészségvédelmi feladatok ellátása során erősíteni szükséges a formális és informális civil szervezetek részvételét.
- Az egészségfejlesztési és egészségvédelmi feladatok meghatározása során fokozott figyelmet szükséges fordítani a helyi közösség tagjai által megfogalmazott igényekre és elvárásokra.

4. Az egészségfejlesztési terv prioritásai, valamint a tervezett cselekvések

1. **multiszektorális együttműködés kialakítása** a helyi döntésekben potenciálisan érintett kulcsszereplők között;

TERVEZETT INTÉZKEDÉS: kerüljön megszervezésre - feladatainak és működési rendjének meghatározásával egyidejűleg - a multiszektorális irányító bizottság. Kerüljön alkalmazásra egy egészségfejlesztő szakember az Önkormányzat egészségfejlesztési terv céljainak megvalósítása érdekében, valamint az Önkormányzat éves egészségügyi programjainak szervezésére.

2. **egészségi állapotbeli egyenlőtlenségek csökkentésének elősegítése** a helyi közösség tagjait érintően;

TERVEZETT INTÉZKEDÉS: szerveződjön képzési program a hátrányos helyzetű – elsősorban a szegregált településrészekben élő – lakóközösségek tagjaiból kiválasztott önkéntes segítők részére, akik a képzésben való részvételt követően a környezetükben lakó emberek számára életvezetési tanácsadást nyújtanak – ezáltal elősegíthető, hogy az egészségvédelem témáiban azok az emberek is ismeretekhez jussanak, akik a közösségi rendezvényekkel, írott vagy egyéb kommunikáció útján nem, vagy csak nagyon nehezen szólíthatóak meg.

3. a helyi közösségi részvétel erősítése az egészségi állapot javítását célzó döntések és közösségi tevékenységek területein;

TERVEZETT INTÉZKEDÉS: kerüljenek kialakításra városrészenként olyan egészség-információs pontok, amelyek folyamatos lehetőséget teremtenek egyedi vagy közösségi egészség-problémákkal kapcsolatos információszerzésre továbbá időszakos és/vagy állandó programokat kínálnak akár speciális egészség-témákkal – pl. nők egészségvédelme, magas vérnyomás veszélyei, stb. – akár általános egészséges életvezetési ismeretek vonatkozásában;

4. egyéni képességek fejlesztése a jobb egészségi állapot elérése érdekében;

TERVEZETT INTÉZKEDÉS: rendszeressé kell tenni az egészséges életmód kialakítását támogató ismeretek bővítéséhez szükséges tematikus ismeretterjesztő kiadványok készítését és előadások, rendezvények, szervezését. Kampányokkal, rendszeres kommunikációval és egyéb eszközök segítségével növelni kell a legalább heti rendszerességgel sportoló és/vagy aktív testmozgást végző felnőttek számát;

5. az egészségügyi alapellátás elsődleges prevenció területén történő feladatvállalásának fokozása;

TERVEZETT INTÉZKEDÉS: érdekeltté kell tenni a felnőtt és gyermek háziorvosokat, fogorvosokat és iskolaorvosokat – mint a lakosság számára jelenleg leginkább hiteles és meghatározó egészség-információs ágenseket –, hogy minél nagyobb számban és aktivitással kapcsolódjanak be az egészség-prevenációs feladatvállalásokba, az egészséges életvezetési ismeretek közvetítésébe;

6. a környezet-egészségi kockázatok csökkentése.

TERVEZETT INTÉZKEDÉS: forgalomszervezés- és szabályozás újragondolásával, valamint minden egyéb szükséges intézkedéssel csökkenteni kell a város légszennyezettségének mértékét, fokozott figyelmet fordítva az oktatási intézmények környezetét érintő forgalomcsillapításra; a közutak és járdák minőségének javítására, a közterületek tisztántartásra és zöldterületek gondozására, valamint folytatni kell a kerékpárutak építését, és új sétálóutacák kialakítását.”

5. Minőségfejlesztés

A minőségi munkavégzés fontos feltétele, hogy az egészségfejlesztési és egészségvédelmi feladatokat végző szakemberek megfelelő körülmények között tudják ellátni szakmai feladataikat, és a mindennapi munkájuk során ne kelljen objektív akadályokkal megküzdeniük, illetve olyan feladatokat felvállalniuk, amelyek meghaladják szakmai kompetenciájukat. Ennek érdekében fontos a folyamatos és koncepciózus minőségfejlesztés, amely céljait tekintve a következő lehet:

- az egészségfejlesztésben résztvevők elköteleződése a minőségfejlesztés iránt;
- fontos szempontnak tekintik a partnerek azonosítását, igényeinek megismerését, útmutató munkájuk értékeléséhez, a kudarcok felszámolásához, illetve a sikeres tevékenységek folytatásához;
- a fejlesztő folyamat irányítói gondoskodnak arról, hogy a minőségi munkához szükséges tárgyi, szellemi és humán erőforrások rendelkezésre álljanak;
- az egészségfejlesztési és egészségvédelmi feladatok ellátását végző munkatársak rendelkezzenek a megfelelő szakképzettséggel, ami a minőségi feladatellátás alapkövetelménye²¹;
- törekedni kell arra, hogy mód legyen az egészségfejlesztési és egészségvédelmi feladatok ellátását végző munkatársak számára a szükséges szakmai kompetencia fejlesztésére és módszertani ismeretek folyamatos frissítésére;
- igény esetén legyen lehetőség szupervízió igénybevételére;
- szükség esetén történjen meg külső szakértők, tanácsadók bevonása a feladatok ellátásába, szakmai támogatásának biztosításába.

Záró gondolatok

Az egészségfejlesztési terv gyakorlati megvalósítása az egészségfejlesztési és egészségvédelmi tevékenységek, programok mennyiségének és minőségének növekedését, és a szolgáltatások bővülő kínálatát eredményezheti. Az egészségfejlesztési kezdeményezések nem csupán az egyes problémákat hivatottak kezelni, hanem komplex módon kell, hogy segítséget nyújtsanak a szolgáltatást igénylők minden csoportja számára, igényeiknek a leginkább megfelelő módon. Az integráltan és rugalmasan kialakított szolgáltatások elősegítik a választási és döntési lehetőséget mind az ellátást igénylőknek, mind a segítő szakembereknek.

²¹ Az egészségfejlesztési és egészségvédelmi feladatok ellátásához megfelelő szakképzettségek lehetnek (a teljesség igénye nélkül): egészségfejlesztő szakember, egészségfejlesztő mentálhigiénikus, rekreáció-szervező, szociális munkás, népegészségügyi szakértő, szociológus (egészségszociológia specializáció), pszichológus, szociálpolitikus, stb.

A multiszektorális megközelítésből fakadó feladatmegosztás a különböző feladatokat ellátó szervezetek és intézmények közötti összehangolt együttműködés a stabil helyi ellátórendszer kialakítását teszi lehetővé, amely a felesleges párhuzamok megszüntetésével magas szakmai színvonalon és gazdaságosan működtethető. Mindezzel a lakosság életminőségének javítását szolgálva, az egészséges életkörülmények biztosítása érdekében.

**Székesfehérvár Megyei Jogú Város Önkormányzatának
Egészségfejlesztési Terve**

1. sz. melléklete

**SZÉKESFEHÉRVÁR MJV
EGÉSZSÉGFEJLESZTÉSI TERVÉNEK KIDOLGOZÁSÁT
MEGALAPOZÓ LAKOSSÁGI VÉLEMÉNYKUTATÁS
EREDMÉNYEI**

Girán Tanácsadó Iroda

2010.

Tartalomjegyzék

Bevezetés.....	36
1. Székesfehérvár, mint lakóhely – a vélemények tükrében	38
2. Az egyéni egészségi helyzettel és kockázatokkal kapcsolatos vélemények	46
3. A helyi egészségügyi ellátórendszerrel kapcsolatos vélemények	52
4. A helyi sportolási lehetőségekkel kapcsolatos vélemények.....	56
5. Az egészségmegőrzés- és fejlesztés helyi lehetőségeire vonatkozó ismeretek.....	59
Összegzés	65

Bevezetés

Székesfehérvár városában a helyi egészségfejlesztési terv megalapozásához 2010. július hónapjában a lakossági vélemények megismerése érdekében véleménykutatás zajlott. A kutatás eredményei kettős célt szolgálhatnak: mindamelllett, hogy egy pillanatfelvételt adnak a város lakóinak a vizsgált témakörökkel kapcsolatos véleményéről, viszonyítási alapként is szolgálnak a későbbiekben hasonló módszerrel készülő elemzések eredményeinek értékeléséhez annak érdekében, hogy az adatfelvételek között eltelt időszakban tett intézkedések hatásai pontosan regisztrálhatóak legyen.

Az adatgyűjtés során összesen 1000 fő válaszadó kérdezőbiztosok általi személyes kikérdezése történt meg. A mintán belül a válaszadók nem, életkor és iskolai végzettség szerinti megoszlása pontosan reprezentálja Székesfehérvár 18 évnél idősebb állandó lakosságát. A minta választás a 2006. évi önkormányzati választáskor is használt 19 választókerület alapján történt: a 18. és 19. választókerületből 75-75 fő, míg a többi választókerületből 50-50 fő került a mintába. Az alkalmazott minta főbb háttérváltozók szerinti megoszlását az 1. táblázat mutatja:

1. táblázat

A minta megoszlása háttérváltozók szerint

Nemek szerinti megoszlás		
férfi	481 fő	48,1%
nő	519 fő	51,9%
<i>összesen</i>	<i>1000 fő</i>	<i>100,0%</i>
Életkor szerinti megoszlás		
18 - 29 év	280 fő	28,0%
30 - 39 év	167 fő	16,7%
40 - 49 év	206 fő	20,6%
50 – 59 év	173 fő	17,3%
60 év és a felett	174 fő	17,4%
<i>összesen</i>	<i>1000 fő</i>	<i>100,0%</i>
Iskolai végzettség szerinti megoszlás		
maximum 8 általános	118 fő	11,8%
szakmunkásképző	360 fő	36,0%
érettségi	370 fő	37,0%
felsőfokú	152 fő	15,2%
<i>összesen</i>	<i>1000 fő</i>	<i>100,0%</i>

Az elemzés során alkalmazott módszerek a gyakorisági tábla, az egyutas varianciaanalízis (ANOVA), valamint a kontingencia-tábla elemzés volt. Az alkalmazott Khí-négyzet és T-próbák alapján a $p \leq 0,05$ szint jelentette a szignifikánsnak tekintett kapcsolat határát.

A városban élők véleménye személyes kikérdezéssel felvett kérdőív segítségével került összegyűjtésre. A kérdések megválaszolása önkéntes és anonim módon zajlott.

A kérdőív a következő témakörökre vonatkozóan tartalmazott operacionalizált kérdéseket:

1. Székesfehérvár városával, mint lakóhellyel kapcsolatos vélemények;
2. az egyéni egészségi helyzettel és kockázatokkal kapcsolatos vélemények;
3. a helyi egészségügyi ellátórendszerrel kapcsolatos vélemények;
4. helyi sportolási lehetőségekkel kapcsolatos vélemények;
5. az egészségmegőrzés- és fejlesztés helyi lehetőségeire vonatkozó ismeretek.

A tanulmány szerkezete követi a kérdőív fő kérdéscsoportjainak struktúráját.

1. Székesfehérvár, mint lakóhely – a vélemények tükrében

A Székesfehérvár, mint lakóhellyel kapcsolatos vélemények megismeréséhez először arra kértük a válaszadókat, hogy – spontán említésként²² – soroljanak föl három pozitív és három negatív dolgot, amelyek a várossal kapcsolatban először az eszükbe jut. A különböző sorrendben adott, de azonos jelentéstartalmú válaszokat az említési sorrend figyelembe vételével a relatív gyakoriságuk alapján összevontuk, és kategóriánként a tíz leggyakoribb említést az alábbiakban közöljük:

Pozitív dolgok a városban	Negatív dolgok a városban
1. Fejlődik, szépül a belváros és/vagy a város, jó légkör	1. Utak minősége
2. Megfelelő kulturális programok, fesztiválok, rendezvények, szórakozási lehetőségek	2. Szemét, szemetes és gondozatlan közterületek, cigarettacsikk, kutyapiszok
3. Szép és sok park és zöldterület	3. Kevés a kulturális rendezvény, szabadtéri program és a szórakozási lehetőség
4. Bevásárlási lehetőség sok bolt, kedvező nyitva tartás	4. Rossz közbiztonság, sok zsebes, kevés rendőr, nem megfelelő közterület felügyelet
5. Kulturális történelmi nevezetességek látnivaló	5. Zaj
6. A város fekvése központi	6. Közlekedési problémák, nagy sok autó, dugók
7. Szép felújított játszóterek	7. Szennyezett levegő
8. Jó köztisztaság, tiszta rendezett utcák és lakókörnyezet	8. Tömegközlekedés
9. Szórakozóhelyek, mozi, színház, múzeum	9. Járdák minősége
10. Sok panelfelújítás	10. Kevés zöldterület és fa

A várossal kapcsolatos spontán említések önmagukban is sokatmondóak, hiszen – ha más sorrendben is – szinte ugyanazok a dolgok jelennek meg a pozitív és a negatív említések között egyaránt. Mindez azt a véleményt tükrözheti, hogy alapvetően azonos dolgokat tekintenek a városlakók fontosnak, de nyilvánvalóan igényszinttől, a konkrét lakóhelytől/környezettől és egyéb személyes vagy objektív tényezőktől függően másként ítélik meg a helyzetet. Az mindenesetre a válaszok alapján egyértelműsíthető, hogy a várossal kapcsolatosan spontán megfogalmazott vélemények között nem jelenik meg az egészségügyi ellátórendszerrel, annak intézményeivel vagy egyéb érintett szervezeteivel kapcsolatos vélemény, illetve olyan említés, amely sajátos, más településre nem vagy alig jellemző közvetlen egészségi kockázatot jelentene. Ugyanakkor az említett problémák jelentős része a környezet-egészségi kockázatokként is értelmezhető, úgy is, mint a zaj, a szennyezett levegő, szemetes közterületek, stb..

²² A spontán válasz esetén feltételezhető, hogy a megkérdezett olyan információt közöl, amely megfogalmazását nem befolyásolta semmilyen külső „ötlet” vagy „rávezetés”, így teljes mértékben elfogulatlan vélemény ismerhető meg.

További lényeges megállapítás, hogy mind a pozitív, mind a negatív dolgok említésekor olyan tényezők fogalmazódtak meg, amelyek elsősorban városi funkciókként, közügyekként vagy civilizációs problémaként tekinthetőek, és nem az egyéni egzisztenciális problémákat – pl. munkanélküliség, hajléktalanság, mindennapi stressz, zsúfolt óvodák, lakásproblémák, stb. – jelentik.

A következő kérdésnél arra kértük a válaszadókat, hogy az általunk felsorolt kilenc probléma közül válasszák ki azt az öt problémát, amely számukra a legnagyobb gondot okozza. Az említések gyakorisága alapján a problémák sorrendje az alábbiak szerint alakult:

	%
1. Rossz minőségű utak és járdák	65,7
2. Légszennyezettség	46,3
3. Nagy zaj	35,8
4. Rendetlen, gondozatlan közterületek	29,8
5. Nem megfelelő tömegközlekedés	29,1
6. Helyi közösségi élet hiánya	28,6
7. Jószomszédi viszony hiánya	17,2
8. Szolgáltató egységek (bolt, orvosi rendelő, óvoda, iskola, stb.) alacsony színvonala	15,8
9. Szolgáltató egységek (bolt, orvosi rendelő, óvoda, iskola, stb.) nehezen elérhetőek	10,4

A válaszok alapján megállapítható, hogy a spontán említések és a támogatott kérdés eredményei egymást erősítik. A rossz minőségű utak és járdák problémaként történő jelölési gyakorisága jelentősen meghaladja az utána következő légszennyezettség probléma említési gyakoriságát. Ugyanakkor a harmadik, negyedik, és ötödik gyakorisággal említett problémák között jóval kisebb különbség regisztrálható. Figyelmet érdemlő eredmény azonban, hogy a helyi közösségi élet minőségével illetve a szolgáltatásokkal kapcsolatos említések nem jelentek meg meghatározó problémaként sem a spontán említések, sem a támogatott kérdés esetén. Ez az eredmény azt jelezheti, hogy nyilvánvaló, hogy lehetnek ezeken a területeken is problémák, de azok súlya nem olyan, hogy akár spontán módon ez „ugorjon be” először az embereknek, ha valaki megkérdezi tőlük, mi a probléma a városban, és akkor sem jelölik jelentős számban, ha külön célzottan rákérdezés történik e tényezőkre, mint lehetségesen választható problémákra. Mindazonáltal a helyi közösségi életre vonatkozó vélemények esetén figyelembe kell venni azt is, hogy a „jószomszédi viszony hiánya” problémát említették a válaszadók a legkevesebben. Ebből következően feltételezhető, hogy a szűkebb lakóhelyi közösségek, szomszédok a többség számára kielégítően működnek, azonban a város, mint közösség már az a szint, amely a vélemények szerint működhetne jobban is.

Az öt leggyakrabban említett probléma nem, iskolai végzettség és életkor szerint nem mutat szignifikáns különbséget, azonban választókerületenként az eltérés szignifikáns:

- ⇒ a rossz minőségű utak és járdák említése a legnagyobb arányban az 5., a 15., a 17., és a 19. övk lakosai részéről történt, míg messze a legkisebb arányban az 1. övk lakosai említették. (diagram1.);
- ⇒ a légszennyezettséggel a 5. övk lakosai a leginkább elégedetlenek, míg a 15. övk lakói közül tekintik ezt a legkevesebben problémásnak (diagram2);
- ⇒ a nagy zaj mint probléma említése szintén az 5. övk lakói körében a leggyakoribb, míg ez a probléma ismét a 15. övk lakóit zavarja a legkevésbé (diagram3);
- ⇒ a rendezetlen, gondozatlan közterületek problémáját a 10. övk lakói érzékelik a legtöbben, míg legkevesebben a 9. övk lakói (diagram4);
- ⇒ a nem megfelelő tömegközlekedést a 8. övk lakói közül sérelmezik a legtöbben, míg ez a helyzet a 12. és az 1. övk lakói számára tulajdonképpen nem jelent problémát (diagram5).

A kérdőív harmadik és negyedik kérdései egymást kiegészítő módon kérdeztek rá – valamivel absztraktabb szinten – a mindennapokban megjelenő problémákra. E kérdéskombinációban a válaszadókat először arra kértük, hogy soroljanak fel néhány olyan jelentős veszélyeztető tényezőt, amelyek vélhetően leginkább befolyásolhatnák az életüket. Ezt követően arra kértünk választ, hogy mely tényezők befolyásolhatnák, mint jelentős veszélyek az egészségi állapotukat. A veszélyként említett tényezők közül a következők jelentek meg öt említésnél nagyobb gyakorisággal:

	%
nem tudom	19,6
Munkanélküliség, munkahely elvesztése	16,5
betegség	8,9
közbiztonság hiánya, romlása, bűnözés áldozatává válni	8,3
közlekedési veszélyek, átkelőhelyek és lámpák hiánya	5,6
légszennyezés	4,4
baleset	3,5
elszegényedés, létbizonytalanság	2,9
gazdasági helyzet romlása, gazdasági válság	2,3
nincs ilyen	2,0
stressz	2,0
sok cigány, csoportok, bandák	1,6
környezetszennyezés, gyárak, ipari üzemek közelsége	1,6
éghajlatváltozás, természeti katasztrófa	1,4
zaj	1,3
rossz munkakörülmények, kedvezőtlen munkahelyi légkör	1,0
lakásfenntartási gondok, lakás vagy albérlet elvesztésének lehetősége	1,0

emberi kapcsolatok rossz minősége, közömbösség, rossz szomszédság	1,0
egészségügyi ellátás minőségének és hozzáférhetőségének romlása	0,9
öregség	0,7
nyugdíj csökkenése	0,7
kábítószer, játékszenvedély	0,5
tanulási lehetőségek szűkülése	0,5

Talán a leginkább figyelemre méltó eredmény, hogy a válaszadók közel ötöde *nem nevezett meg* olyan veszélyt, amely jelentősen befolyásolná az életét. Azok a válaszadók, akik megneveztek veszélyeket, alapvetően a mikrokörnyezethez – család, lakóhely, munkahely – köthető veszélyeket és problémákat említettek. Ezek közül is a munkanélküliségtől való félelem a legerősebb, mert ehhez képest a sorrendben utána következő említési gyakoriságú probléma – a betegség – megközelítőleg fele gyakorisággal került említésre. Ugyanakkor globális szintű problémák említése – gazdasági válság, éghajlatváltozás, környezetszennyezés – is megjelenik a veszélyként tekintett problémák között, amely problémátípus említése a korábban végzett hasonló adatgyűjtések során nem volt jellemző. Az egészségfejlesztési terv szempontjából releváns információ, hogy az általános veszélyeztető tényezőként említett problémák részint környezet-egészségi kockázatok, részint az egészségi helyzetet meghatározó társadalmi tényezők. Megállapítható tehát, hogy a válaszadók a spontán említéskor – ha nem is implicit módon – számos, az *egészségi állapotukat veszélyeztető tényezőt soroltak fel*. Fontos megjegyezni még, hogy a felsorolt veszélyeztető tényezők közül a legtöbb olyan probléma, amely esetén az önkormányzatnak *valós kompetenciája van* a kockázatok csökkentésére, akár mint rendeletalkotó, akár mint hatóság, vagy éppen egy adott szolgáltatás biztosításáért felelős entitás.

A kérdéskombináció második részét képező, és az egyéni egészségi állapotot veszélyeztető tényezőkre fókuszáló kérdésre öt említésnél nagyobb gyakorisággal a következő válaszok fogalmazódtak meg:

	%
nem tudom	20,6
légszennyezettség emelkedése	14,8
stressz, idegeskedés, feszültség	11,3
egészségtelen életmód, dohányzás, elhízás, túlzott alkoholfogyasztás	6,7
betegségek	4,7
baleset	4,5
orvosi ellátás hiánya, rossz minősége	3,3
munkanélküliség, munkahely elvesztése	2,8
nem megfelelő étkezési szokások, egészségtelen élelem fogyasztása	2,6
káros vegyi anyagok, adalékanyagok, tartósítószer, gyógyszer	2,3
anyagi helyzet romlása, létbizonytalanság	2,2
környezetszennyezés, környezeti ártalom	2,1
közbiztonság hiánya, romlása	1,9
gyógyszerek drágulása	1,9

zaj	1,8
gépjárműforgalom növekedése	1,5
infarktus, szívbetegség, magas vérnyomás	1,4
allergia, allergén növények	1,1
nincs ilyen	1,1
szúnyogok, kullancsok	0,7
mozgásszegény életmód	0,6
munkahelyi ártalmak	0,6

Az egyéni egészségi kockázatok tekintetében megállapítható, hogy szintén a válaszadók ötöde nem tudott ilyen kockázati tényezőt megnevezni. Ugyanakkor fontos információ, hogy a környezet-egészségi kockázatok mellett megjelennek egyrészt az egészség társadalmi meghatározói közé tartozó kockázati tényezők (stressz, munkanélküliség, közbiztonság hiánya, növekvő forgalom), másrészt az életmódbetegségeknek is nevezett kockázatok (egészségtelen életmód, mozgásszegény életmód), amely utóbbi kockázati csoportba tartozó említések összességében meghaladják a válaszok 10%-át. E területeken az önkormányzat illetve a helyi közösségben működő intézmények és társadalmi szervezetek egészség-prevenációs és az egészségfejlesztési tevékenységei jelentős hatással lehetnek a jobb egészségi állapot elérése érdekében.

A spontán válaszadás segítségével feltérképezett egészséget veszélyeztető tényezőként tekintett kockázatok számbavétele után néhány, a város által biztosított közszolgáltatással és egyéb infrastrukturális feltétellel kapcsolatosan kértük a válaszadókat, hogy egy ötfokozatú skála segítségével értékeljék mennyire elégedettek az adott tényezővel. A minta-átlag értékek szerint, az elégedettségi sorrend az alábbiak szerint alakult:

Mennyire elégedett Ön a ...	Elégedettség átlagértéke
hulladékszállítási és kezelési szolgáltatással	3,54
városon belüli zöldterület nagyságával	3,26
vezetékes ivóvíz minőségével	3,18
sétálóutcaák számával	3,14
levegő tisztaságával	3,03
sport és szabadidős lehetőségekkel	2,94
tömegközlekedés minőségével	2,86
kerékpárút-hálózat nagyságával	2,79
közbiztonsággal	2,77
közutak és járdák minőségével	2,33

A válaszok eredményei azt mutatják, hogy a felsorolt tényezők értékelése jellemzően nem mutat magas elégedettséget. További figyelmet érdemlő eredmény, hogy az infrastrukturális tényezőkkel valamint a közszolgáltatásokkal való elégedettség milyensége keveredik, tehát nem lehet egyértelműen lehatárolni, hogy a válaszadók inkább az egyik, vagy inkább a másik csoportba tartozó tényezőkkel elégedettebbek.

A válaszok a vizsgált háttérváltozókat tekintve csakis az önkormányzati választókerületek viszonylatában mutattak szignifikáns különbségeket:

- ⇒ a levegő tisztaságával a 12. és 13. övk lakói a leginkább elégedettek, míg a legkevésbé a 10. övk lakói (diagram6);
- ⇒ a vezetékes ivóvíz minőségével leginkább az 1. övk lakói, míg a legkevésbé a 10. övk lakói elégedettek (diagram7);
- ⇒ a hulladékszállítási és kezelési szolgáltatással a 11., 12., és a 13. övk lakói csekély különbséggel a leginkább elégedettek, míg a 10. övk lakói a legkevésbé (diagram8);
- ⇒ a zöldterület nagyságával a 12. és 14. övk lakói a leginkább elégedettek, míg a 10. övk lakói a legkevésbé (diagram9);
- ⇒ a kerékpátút-hálózat nagyságával a 4. övk lakói a legelégedettebbek, és a legkevésbé elégedettek a 10., valamint a 14., 15. övk lakói (diagram10);
- ⇒ a közutak és járdák minőségével az 1. övk lakói a leginkább elégedettek, és a 10. övk lakói a legkevésbé (diagram11);
- ⇒ a közbiztonsággal az 1. övk lakói a leginkább elégedettek, és a legkevésbé elégedettek az 5., és a 10. övk lakói (diagram12);
- ⇒ a sport és szabadidős lehetőségekkel az 1. övk lakói a legelégedettebbek, míg a legkevésbé elégedettek a 10., 15. választókerületekben élők (diagram13);
- ⇒ a sétálóutcák számával leginkább a 4. övk lakói elégedettek, míg legkevésbé a 10. választókerület lakói (diagram14);
- ⇒ a tömegközlekedés minőségével az 1. övk lakói a leginkább elégedettek, és a 8., 10., 11. övk lakói a legkevésbé (diagram15).

Székesfehérvárral, mint lakóhellyel kapcsolatosan az Önkormányzat működésével való elégedettségre is rákérdeztünk. Ehhez ismét ötfokozatú skála segítségével gyűjtöttük össze a válaszadók értékelését, amely az egyes önkormányzati működési területekre vonatkozóan az alábbi átlagértékeket eredményezte:

Véleménye szerint az Önkormányzat mennyire működik megfelelően a ...	Elégedettség átlagértéke
az oktatás területén	3,47
az egészségügyi szolgáltatások biztosítása területén	2,98
környezetvédelem területén	2,96
szociális ellátások területén	2,89
a helyi sportlehetőségek biztosítása területén	2,89
a helyi gazdaság fejlődésének elősegítése területén	2,78

Az Önkormányzat különböző vizsgált területei közül egyedülként az oktatást értékelték a válaszadók közepesnél jobb minősítéssel. A többi terület esetén közepes körüli értékelés született. Ezek az értékelések feltehetően egy széleskörű általános véleményt tükröznek, mivel egyetlen háttérváltozó tekintetében sem mutatkozott statisztikailag szignifikáns különbség bármely válaszadói csoport tekintetében.

Az Önkormányzat működésével kapcsolatos vélemények összegyűjtése során a stratégiai döntések előkészítésével kapcsolatos véleményekre is rákérdeztünk.

Véleménye szerint az Önkormányzat a stratégiai döntések meghozatalakor ...	átlag
megfelelően tájékoztatja a lakosságot a döntési lehetőségekről	2,87
lehetőségeket biztosít a lakosság számára, hogy véleményt nyilvánítsanak az adott stratégiai kérdéssel kapcsolatban	2,68
figyelembe veszi a lakosság véleményét	2,47

Az eredmények alapján megállapíthatjuk, hogy az értékelések nem érik el a közepes minősítést, így inkább elégedetlenséget fejeznek ki, mintsem elégedettséget a stratégiai döntések előkészítésével kapcsolatban. A háttérváltozók tekintetében az erre a kérdésre adott válaszok sem mutattak szignifikáns különbségeket, így ez az értékelés is egy általános városi vélekedést tükrözhet.

A kérdéscsoport lezárásaként arra kértük a válaszadókat, hogy mindenki képzelje el, hogy ha ő lenne a polgármester, melyek lennének azok az intézkedések, amelyeket a város fejlődése érdekében mindenképpen meghoznának. A következőkben az öt említésnél gyakoribb véleményeket közöljük:

	%
munkahelyteremtés, gazdasági fejlődés előmozdítása	20,3
nem tudja megmondani	18,5
Utak, járdák javítása, építése, karbantartása	8,1
egészségügy fejlesztése, több pénzt, rendelőt	5,2
közbiztonság növelése, bűnözés visszaszorítása	5,1
hátrányos helyzetű családok, rászorulóknak, szegényeknek segítése	2,6
kultúra fejlesztése, létesítményfejlesztés, több rendezvény szervezése	2,4
környezetvédelemre, légszennyezésre több odafigyelés	2,4
köztisztaság fokozása	2,2
közlekedés javítása	2,2
lakossági vélemény bevonása a döntésekbe	2,2
parkosítás, zöldterületek növelése	2,1
külterületek fejlesztése	1,8
sport és tömegsport fejlesztése, támogatása	1,7
fiatalok támogatása, karrierépítés, munkaerőpiacra jutás segítése	1,6
turizmus fellendítése	1,5
oktatási intézmények bővítése, fejlesztése, felújítása	1,5
több figyelem a cigányokra, munkalehetőségek biztosítása számukra	1,4
kerékpárutak fejlesztése, javítása	1,4

szociális bérlakás-fejlesztés, fiatalok lakáshoz jutásának támogatása	1,4
idősek támogatása, nyugdíjas kedvezmények biztosítása	1,2
szociális ellátás javítása	1,2
munkanélküliek foglalkoztatása közmunkában	1,2
csatornázás, csatornák, árkok kitisztítása, közművesítés	1
helyi vállalkozók, kis és közép, helyi kereskedelem segítése	0,9
közpénzek átláthatóságának elszámolási kötelezettsége	0,8
cigányok kitelepítése a városból	0,8
szórakoztató, szabadidő sportcentrum	0,8
tömegközlekedés javítása, átszervezése	0,8
épületek renoválása	0,7
fiatalok egészséges életmódra ösztönzése, egészségvédelmi programok	0,7
korupció megszüntetése	0,6
hajléktalanok segítése, elhelyezése, hajléktalanszálló	0,6
multinacionális cégek visszaszorítása, adóztatása	0,5
egyéb válaszok	2,6

Figyelmet érdemlő eredmény, hogy a polgármesteri pozícióhoz javasolt meghozandó intézkedések között több olyan ötlet is felmerül, amely konkrétan megfogalmaz valamely környezet-egészségi kockázat csökkentésével, egészségfejlesztéssel vagy egészségüggyel kapcsolatos kezdeményezést. Mindez azt jelezheti, hogy a város lakóinak fontos, hogy az önkormányzat, valamint a városvezetés fordítson figyelmet az egészség védelmére, és aktívan vállaljon feladatot az egészséggel kapcsolatos feladatok megoldásában, a felvilágosítástól, a prevención át, a sportolási lehetőségek biztosításáig.

2. Az egyéni egészségi helyzettel és kockázatokkal kapcsolatos vélemények

Az egyéni egészségi helyzettel és kockázatokkal kapcsolatos vélemények megismerését célzó kérdéscsoport elején egy tizenhat itemből álló Lickert-skála szerepelt, amely segítségével azt kívántuk vizsgálni, hogy a felsorolt egyéni egészségkockázatok közül a válaszadó véleménye szerint melyik, milyen mértékben, súlyossággal veszélyezteti az egészségi állapotát. A megkérdezettek az iskolában szokásos módon értékelték az adott kockázati tényezők egészségi állapotukra gyakorolt hatását, mégpedig oly módon, hogy az 1-es érték az „egyáltalán nem veszélyeztet”, míg az 5-ös érték a „meghatározó módon veszélyeztet” válaszokat jelentették. Természetesen a skála egyéb értékeinek használatával e két szélsőérték között is lehetőség nyílt a véleménybeli árnyalatok megjelenítésére.

Az alábbiakban az egyes veszélyeztető tényezőként felsorolt kockázatok értékeléseinek átlagát közöljük:

Veszélyeztető tényező	Értékelés mintaátlaga
a környezeti ártalmak	3,28
stresszes, túlhajszolt életvitel	3,00
mindennapos problémák miatti idegeskedés	2,96
a rossz közbiztonság	2,92
anyagi helyzet	2,86
a munkanélküliség, vagy annak lehetősége	2,81
munkahelyi körülményei	2,46
táplálkozási szokásai	2,42
munkája	2,34
a sportolás és az aktív testmozgás hiánya	2,28
meglévő betegsége(i)	2,25
dohányzási szokásai	2,04
családi körülményei	1,83
lakáskörülményei	1,82
az érzelmi, párkapcsolati problémái	1,66
alkoholfogyasztási szokásai	1,54

A minta egészére jellemző átlagértékek alapján megállapíthatjuk, hogy a válaszadók úgy ítélik ugyan, hogy a felsorolt tényezők akár veszélyt is jelenthetnek az egészségi állapotukra, de tulajdonképpen egyetlen tényezőt sem értékelték úgy, mint súlyosan veszélyeztető kockázatot, mivel a mintaátlagok közül a magasabb értékek is a 3-as érték – mint az ötös skála középső értéke – körül jelennek meg, és a többi átlagérték ez alatt van. A mintaátlagokat értékelve, olyan helyi társadalom képe bontakozhat ki előttünk, amely alapvetően egészséges, hiszen a meglévő betegségei nem igazán veszélyeztetik az egészségi állapotukat, és a káros szenvedélyek, vagy a helytelen táplálkozás sem jelent különösebb egészségi kockázatot, sőt nyilván sportolnak is, mert a mozgásszegény életmód sem probléma. Ugyanakkor az a környezet, ahol élnek, avagy mindennapjaikat töltik, számos – ha nem is túl meghatározó – egészségi kockázatot jelent számukra. Mindenekelőtt a válaszadók a környezeti ártalmakat, mint veszélyeztető tényezőt ítélték a leginkább meghatározónak, továbbá a stresszes, túlhajszolt életvitelt. Ezekhez közeli jelentőségűnek értékelt kockázatként minősítették még a munkahellyel és a közbiztonsággal kapcsolatos tényezőket. Összességében tehát a mintaátlag alapján egy egészséget veszélyeztető környezetben élő, de alapvetően egészséges egyénekből álló közösség tagjainak válaszaire lehet következtetni.

Amennyiben azonban a háttérváltozók szerinti szignifikáns különbségeket vizsgáljuk, az összkép valamelyest árnyaltabbá válik:

- ⇒ nemek szerinti összehasonlításban a munkahelyi tényezőket, a dohányzási szokásokat, az alkoholfogyasztási szokásaikat inkább a férfiak ítélték az egészségükre veszélyes kockázatként (diagram16,17,19,);
- ⇒ a meglévő betegségeiket és a családi körülményeiket inkább a nők ítélték az egészségüket veszélyeztető tényezőként (18,20);
- ⇒ az iskolai végzettség szerinti különbségek vonatkozásában a meglévő betegségeiket a 8. általános osztályt végzett válaszadók ítélték inkább az egészségi állapotukat veszélyeztető tényezőnek, míg az érettségizett megkérdezettek ítélték a legkevésbé veszélyeztetőnek (diagram21);
- ⇒ az anyagi helyzetüket szintén a 8. általános osztályt végzettek tartották a maguk számára inkább egészséget veszélyeztető tényezőnek, míg a legkevésbé a felsőfokú végzettségűek tekintették egészségi kockázatként (diagram22);

- ⇒ a családi körülményeket mind a 8 általános osztály végzett, mind a szakmunkás végzettségű válaszadók komolyabb egészséget veszélyeztető tényezőként ítélték, mint a felsőfokú végzettségű megkérdezettek (diagram23);
- ⇒ a lakáskörülményeket a szakmunkás végzettségű válaszadók értékelték az egészségüket inkább veszélyeztető tényezőként, míg a felsőfokú végzettséggel rendelkezők ezt szignifikánsan kisebb mértékűnek ítélték (diagram24);
- ⇒ a dohányzási szokásait a szakmunkás végzettségű válaszadók ítélték a leginkább egészségükre veszélyt jelentő tényezőként, míg a felsőfokú végzettségűek szerint ez a tényező számukra nem jelent meghatározó egészségi kockázatot (diagram25);
- ⇒ az érzelmi, párkapcsolati probléma, mint egészséget veszélyeztető problémát a szakmunkás végzettségű válaszadók ítélik inkább kockázatként, míg a felsőfokú végzettségűek kevésbé (diagram26)
- ⇒ az alkoholfogyasztási szokásait a 8 általános osztályt végzettek ítélték a leginkább az egészségüket veszélyeztetőnek, és a felsőfokú végzettségű válaszadók a legkevésbé (diagram27);
- ⇒ a munkanélküliség, vagy annak lehetősége a szakmunkás végzettségű és az érettségivel rendelkező válaszadók megítélése szerint jelent nagyobb egészségi kockázatot, míg a 8 általános osztályt végzettek számára ez a tényező kisebb kockázatként jelentkezik (diagram28).

Az iskolai végzettségbeli különbségek alapján megállapítható, hogy ugyanazt a potenciálisan veszélyeztető tényezőt a magasabb iskolai végzettségű válaszadók szignifikánsan alacsonyabb veszélyként értékelték, mint az alacsonyabb iskolai végzettségű válaszadók. Egyetlen tényező, a munkanélküliség vagy annak lehetősége volt kivétel. Ebből következően megállapíthatjuk, hogy a legmagasabb iskolai végzettségűek számára a munkahely elvesztése jelenti az egészségre leginkább veszélyt jelentő tényezőt. A középfokú végzettségűek számára a legjelentősebb veszélyt szintén a munkanélküliség jelenti, de ehhez kapcsolódik még az anyagi helyzet is. A szakmunkás végzettséggel rendelkezők számára a vizsgált tényezők szignifikánsan magasabbra értékelt veszélyeztető tényezők, mint bármely más iskolai végzettséggel rendelkező válaszadói csoport számára. A legfeljebb 8 általános iskolai végzettséggel rendelkező válaszadók csak az érzelmi, párkapcsolati problémákat értékelték – bár igen kis mértékben – az egészségükre statisztikailag szignifikánsan a mintaátlag alatti tényezőként.

Az előzőekben vizsgált háttérváltozókhöz képest az életkor szerinti különbségek csaknem az összes, a kérdésben felsorolt veszélyeztető tényező esetében szignifikáns különbségeket mutatnak:

- ⇒ a táplálkozási szokásait a 40-49 éves korcsoportba tartozó válaszadók ítélik a leginkább egészségre veszélyesnek, míg a 18-29 éves korcsoport tagjai a legkevésbé (diagram29);
- ⇒ a meglévő betegségek egészséget veszélyeztető tényezőként való megítélése az életkor előrehaladtával párhuzamosan emelkedik (diagram30);
- ⇒ a munkahelyi körülményeket a 30-49 éves korcsoport tagjai ítélték leginkább az egészséget veszélyeztető tényezőként (diagram31);
- ⇒ a családi körülmény, mint egészséget veszélyeztető tényező az 50-59 éves korcsoport tagjai számára a leginkább realitásnak ítélt kockázat, míg a 18-29 év korcsoport tagjai számára a legkevésbé (diagram32);
- ⇒ a mindennapos problémák miatti idegeskedést a 40-59 éves korosztály tagjai ítélték a leginkább, míg a 60 év feletti korosztály tagjai a legkevésbé egészséget veszélyeztető tényezőnek (diagram33);
- ⇒ a lakáskörülményeket a 40-49 éves korcsoport tagjai élik meg a leginkább, és a 60 év feletti korcsoport tagjai a legkevésbé egészséget veszélyeztető tényezőként (diagram34);
- ⇒ a stressz, túlhajszolt életvitel a 40-49 éves korcsoport tagjai által értékelődik a leginkább, míg a 60 év feletti korcsoport tagjai számára a legkevésbé egészséget veszélyeztető tényezőként (diagram35);
- ⇒ a dohányzási szokásait a 30-39 éves korcsoport tagjai ítélték a leginkább súlyos, míg a 60 év feletti válaszadók a legkevésbé súlyos egészségi kockázatnak (diagram36);
- ⇒ a sport és aktív testmozgás hiányát a 40-49 éves korcsoport tagjai tekintik a leginkább súlyos egészségi kockázatnak, míg a 60 év feletti válaszadók a legkevésbé súlyos kockázatként (diagram37);
- ⇒ az alkoholfogyasztási szokásai a 30-39 év közötti válaszadók számára jelent a leginkább valós egészségi kockázatot, míg a 60 év feletti megkérdezettek számára a legkevésbé (diagram38);
- ⇒ a munkát, leginkább a 30-49 éves korcsoport tagjai élik meg, mint egészséget veszélyeztető tényezőt, és legkevésbé a 60 év feletti válaszadók (diagram39);

- ⇒ az érzelmi, párkapcsolati problémákat a 60 év feletti korcsoport kivételével minden más korcsoport hozzávetőlegesen azonos mértékű problémaként éli meg (diagram40);
- ⇒ a munkanélküliséget vagy annak lehetőségét a 40-49 éves korcsoport tagjai élik meg a leginkább, mint egészséget veszélyeztető tényező, míg a 60 év feletti korosztály tagjai a legkevésbé (diagram41);
- ⇒ a rossz közbiztonságot a 60 év feletti korcsoport tagjai ítélik a leginkább, míg a 18-29 éves korcsoport tagjai a legkevésbé egészséget veszélyeztető tényezőnek (diagram42).

Összegzésként megállapíthatjuk, hogy a legfiatalabb korcsoport számára a munkanélküliség vagy annak lehetősége jelenti az egészsége számára a legnagyobb veszélyt, míg az alkoholfogyasztási szokásai a legkisebb veszélyt. A 30-39 éves korcsoport tagjai számára legnagyobb veszélyként a stressz és a túlhajszolt életvitel, míg a legkisebb veszélyként szintén az alkoholfogyasztási szokások értékelték. A 40-49 éves korcsoport tagjai ugyancsak a stresszt, és a túlhajszolt életvitelt érzik a legveszélyesebbnek egészségükre, míg a legkisebb egészségi kockázatként az alkoholfogyasztási szokásukat értékelték. Az 50-59 éves korcsoportba tartozó válaszadók a mindennapos problémák miatti idegeskedést tekintették a legjelentősebb veszélyforrásnak, míg az alkoholfogyasztási szokásukat a legkevésbé veszélyeztető tényezőnek. A legidősebb korosztály tagjai számára a meglévő betegségeik jelentik a legnagyobb veszélyt, és az érzelmi, párkapcsolati problémák a legkisebb kockázatot.

Az egyéni egészségi állapottal kapcsolatos információk összegyűjtése során arra is megkértük a válaszadókat, hogy saját egészségi állapotukat értékeljék, mégpedig a velük azonos korú székesfehérvári lakosok egészségi állapotához viszonyítva²³.

nem tudom eldönteni	1,1%
1 (sokkal rosszabb)	0,9%
2	6,9%
3	44,1%
4	38,5%
5 (sokkal jobb)	8,5%

Az értékelés eredményeként megállapítható, hogy a válaszadók csaknem fele, saját egészségi állapotát a vele azonos korú székesfehérvári lakosokéval nagyjából megegyezőnek, több, mint egyharmaduk valamivel jobbnak minősítette. A kortársaik egészségi állapotához

²³ A válaszadók ötfokozatú skálán értékelték saját egészség állapotukat, ahol az 1-es érték a „sokkal rosszabb”, míg az 5-ös érték a „sokkal jobb” véleményt jelezte.

viszonyítva a saját egészségi állapotát sokkal, vagy valamivel rosszabbnak, illetve sokkal jobbnak ítélik aránya mindkét esetben 10% alatt maradt.

Az egyéni egészségi állapottal kapcsolatos véleményt vizsgáló kérdéscsoport utolsó kérdéseként arra kértük a válaszadókat, hogy ismét egy ötfokozatú skálán²⁴ értékeljék, hogy mennyire élnek egészségesen:

nem tudom eldönteni	0,4%
1 (egyáltalán nem)	1,2%
2	7,0%
3	44,9%
4	40,9%
5 (teljes mértékben)	5,6%

Az értékelés eredménye az egészségi állapot megítéléséhez némiképp hasonló eredményt hozta, miszerint a válaszadók túlnyomó többsége (85,8%) hármásra vagy négyesre értékelte, hogy mennyire él egészségesen, míg alig több, mint 5% értékelte úgy, hogy nagyon egészségesen él. Ugyanakkor kevesebb, mint 10% értékelte úgy, hogy nem vagy egyáltalán nem él egészségesen.

Az eredmények értékeléséhez figyelembe kell azonban venni, hogy az egészséges életmód vonatkozásában a válaszadók általában hajlamosak pozitívan megítélni életmódjukat, hiszen csak nagyon kevesen vállalják fel egyértelműen, hogy egészségtelenül élnek. Ennek oka, hogy az emberek általában törekszenek a kognitív disszonancia csökkentésére, mikor is azokkal a dolgokkal kapcsolatban, amelyekről tudják, hogy számukra negatív hatásuk lehet, olyan véleményt formálnak, amely „felmenti” őket a negatív hatások következményei alól. Ebből következően nyilvánvaló, hogy az emberek túlnyomó többsége nem mond negatív ítéletet a saját életmódjáról, különösen nem az egészség, mint védendő érték tekintetében – bárhogy is él egyébként a mindennapokban. Mindazonáltal ez az attitűd számos esetben visszatartó hatást is képes eredményezni az olyan feladatvállalások esetén, amely eredményeként egészségesebb életvitel lenne megvalósítható.

²⁴ A skála 1-es értéke az „egyáltalán nem élek egészségesen”, míg az 5-ös értéke a „teljes mértékben egészségesen élek” véleményt jelezte.

3. A helyi egészségügyi ellátórendszerrel kapcsolatos vélemények

A helyi egészségügyi ellátórendszerrel kapcsolatos vélemények megismeréséhez először a különböző egészségügyi szolgáltatások igénybevételi gyakoriságára kérdeztünk rá. A válaszadók a háziorvosi, körzeti fogorvosi, magánpraxisban rendelő fogorvosi, szakorvosi ellátást jellemzően ritkábban, mint havonta veszik igénybe.

	hetente %	havonta %	ritkábban, mint havonta %
háziorvosi ellátás	1,7	20,7	77,6
körzeti fogorvosi ellátás	0,9	5,0	94,1
magánpraxisban rendelő fogorvosi ell.	0,6	3,1	96,3
szakorvosi ellátás	1,0	7,7	91,3

A válaszadók jellemzően a háziorvosi ellátás esetén jelentek meg jelentősebb arányban, mint a szolgáltatást havi rendszerességgel igénybe vevők. A háttérváltozók elemzése szerint az életkor az egyedüli tényező, amely az orvoshoz fordulás gyakorisága tekintetében szignifikáns különbségeket mutat. Általánosan érvényes tendencia, hogy az életkor előrehaladtával egyre gyakoribbá válik az orvoshoz fordulás:

- ⇒ a háziorvosi ellátást havi szinten igénybe vevők aránya 40 év felett hirtelen meredeken emelkedik; (diagram43)
- ⇒ a körzeti valamint a magánpraxisban történő fogorvosi ellátás legalább havi szinten történő igénybe vétele elsősorban a legfiatalabb vizsgált korcsoport, valamint a középkorosztály (40-49) tagjaira jellemző; (diagram 44,45)
- ⇒ a szakorvosi ellátás havi rendszerességgel történő igénybe vétele 50 év fölött válik egyre gyakoribbá. (diagram46)

Mindezek az eredmények azt tükrözik, hogy a válaszadók egészségi állapota már az aktív életkoruk közepe (40 és 50 év között) időszakától kezdődően egyre emelkedő arányú rendszerességgel szükségelteti az egészségügyi ellátás igénybe vételét.

A szolgáltatás igénybevételének rendszeressége után az egyes szolgáltatásokkal való elégedettségre kérdeztünk rá a már a korábbi kérdéseknél is alkalmazott ötfokozatú skála²⁵ segítségével. Az egyes szolgáltatással való elégedettséget mutató átlagokat az alábbiakban közöljük:

<i>Egészségügyi szolgáltatások</i>	<i>Elégedettség átlaga</i>
háziorvosi ellátás minősége	3,91
háziorvosi ellátás hozzáférhetősége (rendelési idő, megközelíthetőség, stb.)	3,81
szakorvosi ellátás minősége	3,30
szakorvosi ellátás hozzáférhetősége (rendelési idő, megközelíthetőség, stb.)	3,04
körzeti fogorvosi ellátás hozzáférhetősége (rendelési idő, megközelíthetőség, stb.)	2,79
körzeti fogorvosi ellátás minősége	2,74

Az eredmények tükrében megállapítható, hogy a válaszadók összességében a háziorvosi ellátással leginkább elégedettek, míg a körzeti fogorvosi ellátással leginkább elégedetlenek. Az elégedettség szintjét kifejező átlagértékeket tekintve a legmagasabb szintű elismerést a háziorvosi ellátás minősége, míg a legalacsonyabb értékelést a körzeti fogorvosi ellátás minősége kapta. Magas elégedettséget mutat még a háziorvosi ellátás hozzáférhetősége is. A háttérváltozók szerinti különbségekre vonatkozóan a következő összegzések tehetők:

- ⇒ az iskolai végzettség szerinti véleménykülönbségek alapján megállapítható, hogy a körzeti fogorvosi ellátás minőségével, a szakorvosi ellátás hozzáférhetőségével és minőségével egyaránt a leginkább a szakmunkás végzettségű, míg legkevésbé a felsőfokú végzettségű válaszadók elégedettek (diagram47,48,49);
- ⇒ az életkor szerinti véleménykülönbségek tekintetében a háziorvosi ellátás minőségével leginkább a 60 év felett válaszadók elégedett, míg legkevésbé a 30-39 év közötti megkérdezettek (diagram50);
- ⇒ a körzeti fogorvosi ellátás hozzáférhetőségével és minőségével egyaránt a megkérdezett legfiatalabb korcsoport tagjai a leginkább elégedettek, míg a legidősebb korcsoportba tartozók a legkevésbé elégedettek (diagram 51,52)
- ⇒ a szakorvosi ellátás minőségével az 50-59 év közötti válaszadók a leginkább elégedettek, míg a 18-29 év közötti válaszadók a legkevésbé (diagram53)

²⁵ A skála 1-es értéke az „egyáltalán nem vagyok elégedett”, míg az 5-ös értéke a „teljes mértékben elégedett vagyok” véleményt jelezte.

A helyi egészségügyi ellátórendszerrel kapcsolatos vélemények a különböző önkormányzati választókerületekben élők megítélése alapján szintén szignifikánsan eltérő képet mutatnak:

- ⇒ a háziorvosi ellátás minőségével és hozzáférhetőségével az 1. övk lakói a leginkább elégedettek, míg a 10. övk lakói a legkevésbé (diagram54);
- ⇒ a körzeti fogorvosi ellátás minőségével a leginkább elégedettek szintén az 1. övk lakói, míg a legkevésbé elégedettek a 6. övk lakosai (diagram56);
- ⇒ a körzeti fogorvosi ellátás hozzáférhetőségével a leginkább elégedettek ismét az 1. övk lakói, míg a legkevésbé elégedettek a 11. övk lakosai (diagram57);
- ⇒ a szakorvosi ellátás minőségével a leginkább elégedettek szintén az 1. övk lakói, míg a legkevésbé elégedettek a 10. övk lakosai (diagram58);
- ⇒ a szakorvosi ellátás hozzáférhetőségével a leginkább elégedettek az 1. és a 4. övk lakói, míg a legkevésbé elégedettek a 14. övk lakosai (diagram59);

A helyi egészségügyi ellátórendszerrel kapcsolatos vélemények összegyűjtésekor rákérdeztünk arra is, hogy milyen változtatásokat tartanának szükségesnek a válaszadók. A következőkben az egyes ellátásokkal kapcsolatos öt említésnél gyakoribb véleményeket közöljük.

Véleménye szerint milyen változtatásra lenne szükség a háziorvosi ellátás területén?	%
nincs szükség változtatásra, elégedett	36,3
nem tudom megmondani	30,4
kevesebb várakozási idő, gyorsabb ellátás, telefonos bejelentkezés valóban működjön	9,3
rendelési idő hosszabb, rugalmasabb, a munkaidőhöz igazodó legyen	6,9
humánusabb viszony a betegekkel, türelem, odafigyelés, kedvesség, több időt egy emberre	2,9
orvosok, ápolónők, asszisztensek létszámnövelése	2,2
időseket a rendelés elején vagy végén fogadják	2,2
alaposabb kivizsgálás, több időt egy emberre	1,3
több, nagyobb rendelő	1,2
megközelíthetőség javítása, parkolás, lift	1,2
kisebb körzetek	1,1
épületek, rendelők felújítása	0,9
felszereltség modernizálása	0,6
jobb, felkészültebb orvosokat	0,6
nagyobb szervezettség	0,5
gyógyszerfelíratás egyszerűsítése, kevesebb várakozás	0,5
vizitdíj bevezetése	0,5
egyéb javaslatok	1,4

A körzeti fogorvosi ellátás területén a következő változtatási javaslatok fogalmazódtak meg:

Véleménye szerint milyen változtatásra lenne szükség a körzeti fogorvosi ellátás területén?	%
nem tudom megmondani	48,2
nincs szükség változtatásra	26,3
legyen olcsóbb ellátás és több TB támogatott kezelés	6,6
épületek, rendelők felújítása, magasabb ellátási színvonal	3,9
rövidebb várakozási idő, gyorsabb ellátás, bejelentkezési időpont betartása	3,5
éjszakai ügyelet bevezetése	2,7
felszereltség korszerűsítése, jobb alapanyagok	2,6
hosszabb, munkaidőhöz igazodó rendelési idő	2,1
ingyenes fogászati ellátás	0,9
emberségesebb ellátás, kedvesség, figyelmesség, türelem	0,8
jobb megközelíthetőség	0,6
több rendelőre és orvosra lenne szükség	0,5
egyéb javaslatok	1,3

A szakorvosi ellátás területén a következő változtatási javaslatok fogalmazódtak meg:

Véleménye szerint milyen változtatásra lenne szükség a szakorvosi ellátás területén?	%
rövidebb várakozási idő, gyorsabb ellátás, vizsgálati eredményeket gyorsabban adják ki	34,8
nem tudom megmondani	26,6
nincs szükség változtatásra	17,7
betegközpontúság, odafigyelés, kedvesség, rugalmas ellátás	6,3
több orvosra és nővérre lenne szükség	4,8
színvonalasabb, szakszerűbb ellátást, alternatív kezelések	4,2
rendelési idő hosszabb, munkaidőhöz igazodó	1,7
beutaló nélkül is lehessen menni	0,9
behívási időpontok betartása, zsúfoltság megszüntetése, egységes időpontkérés minden területen	0,8
megközelíthetőség javítása, központban parkolás	0,7
vizitdíj bevezetése	0,6
hálapénz megszüntetése	0,5
egyéb javaslatok	0,4

4. A helyi sportolási lehetőségekkel kapcsolatos vélemények

A helyi sportolással kapcsolatos vélemények megismerését az egyéni sportolási szokások feltérképezésével kezdtük. Először a sportolás rendszerességére vonatkozóan fogalmaztunk meg kérdést, amelyre vonatkozó válaszok a következők:

Milyen rendszerességgel sportol Ön?	%
nem sportol rendszeresen	61,7
havonta többször	17,1
hetente többször	12,1
hetente egyszer	9,1

A válaszok alapján megállapíthatjuk, hogy a válaszadók több mint fele nem sportol rendszeresen. Ugyanakkor a bármilyen rendszerességgel sportolók közül a többség havonta több alkalommal sportol. Figyelmet érdemlő eredmény még, hogy a hetente többször is sportoló válaszadók aránya meghaladja a heti egyszeri alkalommal sportolók arányát. Ebből arra lehet következtetni, hogy aki az inkább alkalmi sportolásként tekinthető havonta többszöri mozgásnál aktívabban mozog, az jellemzően heti több alkalommal teszi ezt, semmint egyszer egy héten elmegy edzeni. A háttérváltozók szerinti elemzések alapján a következő megállapítások tehetők:

- ⇒ a férfiak közül magasabb arányban sportolnak hetente többször, mint a nők közül, és alacsonyabb a rendszeresen nem sportolók aránya is (diagram60);
- ⇒ az iskolai végzettség tekintetében az alacsonyabb végzettségű válaszadókra szignifikánsan magasabb arányban jellemző, hogy nem sportolnak rendszeresen, mint a magasabb iskolai végzettséggel rendelkező megkérdezettek, tehát az iskolai végzettségi szint emelkedésével együtt növekszik a sportolás rendszeressége (diagram61);
- ⇒ az életkor vonatkozásában megállapíthatjuk, hogy a 18-29 év közötti korosztály tagjai a leginkább aktívak, míg a 60 évnél idősebb korcsoport tagjainak kevesebb, mint egy tizede sportol valamilyen rendszerességgel, továbbá jelentős sportolási aktivitásbeli visszaesés regisztrálható az 50 éves életkor környékén (diagram62).

Az egyéni sportolási szokásokat követő kérdés a helyi sportolási lehetőségekkel való elégedettségre vonatkozott, amely során ötfokozatú skála²⁶ segítségével mértük fel a különböző helyi sportlehetőségekkel kapcsolatos elégedettséget.

²⁶ A skála 1-es értéke az „egyáltalán nem vagyok elégedett”, míg az 5-ös értéke a „teljes mértékben elégedett vagyok” véleményt jelezte.

Az eredmények az alábbi átlagértékek szerint alakultak:

Helyi sportolási lehetőségek	Elégedettség átlaga
Egyesületi sportolási lehetőségek a gyerekek számára	2,93
Egyesületen kívüli sportolási lehetőségek a gyerekek számára	2,93
Egyesületen kívüli sportolási lehetőségek a felnőttek számára	2,77
Tömegsport lehetőségek	2,51
Egyesületi sportolási lehetőségek a felnőttek számára	2,50

A válaszadók helyi sportolási lehetőségekkel kapcsolatos véleménye inkább elégedetlenséget, mint elégedettséget tükröz. A legmagasabb átlagérték a gyermekek számára biztosított egyesületi sportolási lehetőségekkel kapcsolatban jelenik meg, de ez az érték sem éri el a 3 (közepes) értékelést és minden más érték ez alatt van, bár egyik sem rosszabb, mint az ötfokozatú skála számtani középértéke (2,5). Ugyanakkor a válaszadók leginkább a felnőttek számára rendelkezésre álló egyesületi sportolás, valamint a tömegsport lehetőségekkel elégedetlenek.

A háttérváltozók szerinti elemzések alapján a helyi sportolási lehetőségekkel kapcsolatosan az alábbi összefoglaló megállapítások fogalmazhatóak meg:

- ⇒ a felnőttek számára rendelkezésre álló egyesületi, egyesületen kívüli és tömegsport-lehetőségekkel a férfiak szignifikánsan elégedettebbek, mint a nők, bár az elégedettség mértéke legfeljebb közepesnek mondható (diagram63,64,65);
- ⇒ az iskolai végzettségbeli különbségek szerint a felnőttek számára rendelkezésre álló egyesületen kívüli sportolással az érettségizettek a leginkább elégedettek, míg a 8. általános végzettséggel rendelkezők a legkevésbé (diagram66);
- ⇒ a gyermekek számára rendelkezésre álló egyesületi sportolási lehetőségekkel szintén az érettségizettek – és tőlük alig elmaradva a felsőfokú végzettségűek – a leginkább elégedetlenek, míg a szakmunkás végzettségűek a legkevésbé (diagram67);
- ⇒ az gyermekek számára rendelkezésre álló egyesületen kívüli sportolási lehetőségekkel ugyancsak az érettségizettek a leginkább elégedettek, míg a legkevésbé a felsőfokú végzettségűek – ugyanakkor ez az elégedetlenségi szint mind relatív, mind abszolút értelemben rendkívül alacsony (diagram68);
- ⇒ az életkorok szerinti véleménykülönbségeket tekintve megállapíthatjuk, hogy vizsgált sportolási lehetőségek mindegyikével a 18-29 éves korcsoportba tartozó megkérdezettek a leginkább elégedettek, és az elégedettségük mértéke minden esetben meghaladja a mintaátlagot, ugyanakkor legkevésbé a 60 év feletiek (diagram69,70,71,72,73);

- ⇒ az önkormányzati választókerületek szerinti véleménykülönbségeket vizsgálva megállapíthatjuk, hogy a felnőttek számára rendelkezésre álló egyesületi sportolási lehetőségekkel a 3. övk lakosai elégedettek a leginkább, míg a 14.övk lakosai a legkevésbé (diagram74);
- ⇒ a felnőttek számára egyesületen kívül rendelkezésre álló sportolási lehetőségekkel a leginkább elégedettek az 1. övk lakói, míg a legkevésbé elégedettek a 14. övk lakói (diagram75);
- ⇒ a gyermekek számára nyújtott egyesületi sportolási lehetőségekkel a 12. övk lakói a leginkább elégedettek, míg a 6. és a 14. övk lakói a legkevésbé (diagram76);
- ⇒ a gyermekek számára nyújtott egyesületen kívüli sportolási lehetőségekkel a 12. övk lakói a leginkább elégedettek, míg a 14. övk lakói a legkevésbé (diagram77);
- ⇒ a városi tömegsport lehetőségekkel a leginkább a 8. övk lakói, míg legkevésbé ismét a 14. övk lakói elégedetlenek (diagram78).

A helyi sportolási lehetőségekkel kapcsolatosan szintén rákérdeztünk, hogy a város lakói milyen változtatásokat tartanának szükségesnek e területen. Az öt említésnél nagyobb gyakorisággal előforduló válaszok/javaslatok a következők voltak:

	%
nem tudja megmondani	36,6
tömegsport fejlesztése	12,1
semmit nem változtatna	10,2
ingyenes sportolási lehetőségek és programok	7,6
több és olcsóbb sportolási lehetőség	7,2
reklám, népszerűsítés, tájékoztatás	5,8
uszoda fejlesztése, létesítése, olcsóbb uszodabelépő, élményfürdő	3,4
fiatalok, gyerekek sportra és egészségre nevelése több sportlehetőség	3,2
nagyobb sportközpont létesítése, meglévő sportlétesítmények jobb kihasználása	2,6
szakosztályoknak, egyesületeknek több támogatást	2,1
idősebbeknek is legyen több lehetőségük sportolni	1,8
sportágbővítés: vízi sportok, sportlövészet, jégpályát, gördeszka-pályát	1,4
sportlétesítmények felújítása	0,8
több és jobb kerékpárút	0,8
több szabadidő központ, füves terület, park	0,8
tehetségek támogatása	0,6
több tornaóra, tömegsport az iskolában	0,5
játszóterek, játszóház	0,5
iskolai tornatermek korszerűsítése, több sportfelszerelés	0,5
egyéb javaslatok	1,5

5. Az egészségmegőrzés- és fejlesztés helyi lehetőségeire vonatkozó ismeretek

A kérdőív utolsó kérdéscsoportjaként az egészségfejlesztéssel és megőréssel kapcsolatos véleményekre és a különböző e területen rendelkezésre álló lehetőségekkel kapcsolatos tájékozottságra kérdeztünk rá. Elsőként arra kérdeztünk rá, hogy mennyire érzik magukat a válaszadók tájékozottnak különböző egészségfejlesztéssel, egészségmegőréssel kapcsolatos témákban. Összesen hét, alapvetően az „életmódbetegségek²⁷” közé sorolható betegséget soroltunk fel, mivel ezekben az esetekben az egyéni döntés és felelősség egyértelműen megragadható, és egyéb okok mellett ezért is a prevenció és az egészségfejlesztés eszközeivel az életmódbetegségek kialakulásának kockázatai jelentősen csökkenthetőek.

Mennyire érzi magát tájékozottnak ...	átlagérték
Dohányzás veszélyei, következményei	4,10
Túlzott mértékű alkoholfogyasztás veszélyei, következményei	4,01
Drogfogyasztás és más szenvedélybetegségek jellemzői és veszélyei	3,91
Elhízás, túlsúlyosság veszélyei, következményei	3,87
Magas vérnyomás veszélyei, következményei	3,86
Egészséges táplálkozásra vonatkozó ismeretek	3,85
Cukorbetegség veszélyei, következményei	3,75

Az önértékelés eredményei alapján megállapítható, hogy a megkérdezettek meglehetősen tájékozottnak ítélték magukat a felsorolt egészség-kockázatokkal kapcsolatban, mivel önértékelés átlagai a jobbra a 4-es érték körül szóródnak, csak a cukorbetegségekre vonatkozó ismeretek tűnnek egy kicsit gyengébbnek. Ugyanakkor a háttérváltozók szerinti elemzés szignifikáns különbségeket mutat:

- ⇒ az iskolai végzettségek szerinti elemzés tekintetében általános eredményként állapíthatjuk meg, hogy minél magasabb iskolai végzettséggel rendelkezik a válaszadó, annál tájékozottabbnak ítéli saját magát minden egyes vizsgált egészség-kockázattal kapcsolatban (diagram79,80,81,82,83,84,85);
- ⇒ életkor szerinti elemzés eredményei szerint a drogfogyasztásról és más szenvedélybetegségekről való tájékozottság mértéke a legmagasabb a 18-29 éves korcsoportban, és a legalacsonyabb a 60 év feletti válaszadók között (diagram86);
- ⇒ az elhízás veszélyeiről való tájékozottság mértéke a legmagasabb a 30-39 évesek körében, míg a legalacsonyabb a 18-29 évesek körében (diagram87);

²⁷ Életmódbetegségek azok a betegségek, amelyek alapvetően az életmód miatt jelennek meg és/vagy életmódváltással jelentős pozitív eredmények érhetőek el a gyógyulás területén.

⇒ a túlzott mértékű alkoholfogyasztás és a dohányzás veszélyeiről a 60 év feletti korcsoport kivételével minden más korcsoport tagjai magas szintűnek ítélték tájékozottságukat (diagram88,89);

⇒ a magas vérnyomás és a cukorbetegség veszélyeiről való tájékozottsága mértékét a legmagasabbnak ítélték az 50 év feletti válaszadók, míg legalacsonyabbnak a 18-29 éves korcsoport tagjai (diagram90,91).

A következő kérdés arra vonatkozott, hogy szükségesnek érzi-e a megkérdezett, hogy az egészségfejlesztéssel, egészségvédelemmel kapcsolatosan több információhoz juthasson. Amint az az egészségkockázatokkal kapcsolatos ismeretek magas önértékelése alapján várható volt, a válaszadók meglehetősen alacsony arányban – mindössze 20% – mondták azt, hogy szükségesnek érzik, hogy az egészségvédelemmel, egészséges életmóddal kapcsolatosan több információt kapjanak.

Az adatokból tükröződő, az egészségvédelemmel kapcsolatos információszerzéssel kapcsolatos nagyarányú rezisztencia oka lehet egyrészt, hogy a különböző médiában folyamatosan jelenlévő gyógyszer, gyógyhatású készítmény, valamint egészséges életmódhoz kapcsoltan reklámozott termékekről szóló hirdetések miatt a válaszadók úgy érezhetik, hogy napi szinten találkoznak az egészséges életmód kialakításához szükséges és elégséges információkkal. Másrészt tekintettel arra, hogy a válaszadók sem különböző információforrásokat, sem civil vagy egyéb szakmai szervezeteket, sem olyan ismeretátadó rendezvényeket nem tudtak érdemben megnevezni ahonnan az egészséges életmóddal kapcsolatos ismereteik származhatnak valószínűsíthető, hogy az „igen hajlandóság”-nak nevezett attitűd miatt „jó” választ kívántak adni a kérdezőbiztosnak, és nem akarták azzal a „tudatlanságukat” felvállalni, hogy elismerik, hogy a témával kapcsolatosan több információra lehet szükségük.

Azoktól a válaszadóktól, akik igényt tartanak az egészség-témával kapcsolatosan többletinformációra, azt is megkérdeztük, hogy mely konkrét területhez kapcsolódóan lenne erre igény. Öt említésnél nagyobb számban jelentek meg az alábbi igények:

	%
nincs szüksége több információra	80,1
egészséges táplálkozás	4,4
általános egészségvédelem	3,3
cukorbetegség	2,8
magas vérnyomás	1,6
drogfogyasztás	1,5
sportolási lehetőségek	1,2
allergia	0,9
koleszterin	0,8
elhízás	0,6

szív- és érrendszeri problémák, szívbetegségek	0,6
egészséges életmód, életmódváltás	0,6
terhesség, kismamák helyes táplálkozása	0,6
mentális betegségek megelőzése	0,4
egyéb javaslatok	0,6

A felsorolt ismeret-igények szinte megegyeznek az előző kérdésben tárgyalt életmódbetegségekkel. Ebből következően jól tervezett ismeretátadó és életmód-tanácsadást biztosító szolgáltatásokkal a jelzett tudás- és ismeretigény hatékonyan kielégíthető lehet.

A következő kérdés arra irányult, hogy milyen forrásból szereznek információt a válaszadók, ha egészségvédelemmel, egészségfejlesztéssel kapcsolatos kérdéseik merülnek fel.

	%
házi orvos és/vagy szakorvos	57,1
internet	16,4
nem tudja megmondani	8,7
család	6,9
barátnők, barátok, ismerősök	4,8
gyógyszerész	1,8
senkihez	0,9
televízió	0,9
természetgyógyász	0,7
dietetikus	0,7
szaklapok, szakirodalom	0,4
egyéb válaszok	0,7

A válaszok kettő meghatározó információ-forrást jelöltek meg, egyrészt a házi orvost és védőnőt, másrészt az Internetet. Egyéb lehetséges információforrások – pl. civil szervezetek, informális szerveződések, klubok, stb. – nem kerültek említésre.

A helyi egészségvédelmi, egészségfejlesztési lehetőségekkel kapcsolatos ismeretek feltérképezése érdekében arra kértük a válaszadókat, hogy soroljanak fel az elmúlt egy évből olyan székesfehérvári rendezvényeket, amelyek az egészségvédelemhez, egészséges életmóddal összefüggésben került megszervezésre. Az öt említésnél nagyobb számú válaszok a következők voltak:

	%
nem tud említeni	61,5
Véradás Napja	7,6
ingyenes állapotfelmérés szűrés	11,8
egészségbusz	4,8
vércukorszint-mérés	4,2
egészségnap Kodolányi Főiskolán	3,0
ingyenes vérnyomásmérés	1,9
kerékpáros rendezvény: Velencei tó kerülő kerékpártúra	1,8
ingyenes szemvizsgálat	1,4
ingyenes hallásvizsgálat	0,6

Egyszeri említések: Mentős Nap, Születés Hete, Kihívás Napja, Királyi Vacsora, Egészségmegőrző Nap Maroshegy, Hozd a formád pályázat, Fecskeparti Nap, Bregyó közti sportnapok, Vöröskereszt Gála, Avon futás, Fut a Fehérvár, Füstmentes Világnap, Egészségvonat, Tűzzel-Vassal Fesztivál

A rendezvényekre vonatkozó kérdés után arra kértük a válaszadókat, hogy soroljanak fel olyan székesfehérvári szervezeteket, amelyek egészségvédelemmel, egészséges életmódhoz kapcsolódó tevékenységgel foglalkoznak. A következő szervezetek említése történt:

	%
nem tud említeni	75,5
Vöröskereszt	14,4
ÁNTSZ	1
egészségbusz	0,6
családsegítő	0,6
Zepter	0,6
Egy csepp az Életért	0,4
sportegyesületek	0,4
Máltai Szeretetszolgálat	0,4
táplálékkiegészítők forgalmazói	0,3
Dietetikusok Szövetsége	0,3
Vakok és Gyengénlátók Szövetsége	0,3
Egészséges Életet Alapítvány	0,2
kórház	0,2
Cerogem centrum sono terápia	0,2
Zöld Alma Egészségfejlesztő Alapítvány	0,2
bio boltok, herbáriák	0,2
Viktória Alapítvány, Viktória Rehabilitációs Intézet	0,2
gyógyszertárak	0,2
Nyugdíjasok Szövetsége	0,1
nyugdíjas klubok	0,1
Egyensúlyunkért Alapítvány	0,1
egészségvonat	0,1
RÉV	0,1
Együtt az Egészséges Életért	0,1
agárdi gyógyfürdő	0,1
Frenya szépségszalon	0,1
Szív klub	0,1
A1 szalon A1 Magna	0,1
Fogyatékos és Sérült Emberekért Alapítvány	0,1
Nagycsaládosok Egyesülete	0,1
Food Natural	0,1
Vital Klub	0,1
Stressz Alapítvány Csernus Imre	0,1
Védőnői Egyesület	0,1
Lisztérzékenyek Egyesülete	0,1
Holisztikus Egyesület	0,1
Lenkei Egészségcentrum	0,1

Az említések jelentős számából és egy-egy szervezet alacsony említési gyakoriságából, valamint abból az adatból következően, hogy a válaszadók 75%-a nem tudott említeni olyan szervezetet, amely Székesfehérvár városában egészségvédelemmel, egészséges életmódhoz

köthető tevékenységgel foglalkozna, azt állapíthatjuk meg, hogy nincs a városban olyan civil vagy egyéb formában működő szervezet, amely meghatározó módon ismert lenne a lakosság körében, mint egészség-témával foglalkozó szervezet.

Az adatfelvétel két záró kérdésével ismét spontán véleménynyilvánítás elérése volt a cél, mégpedig először arra vonatkozóan, hogy mit kellene az Önkormányzatnak tenni annak érdekében, hogy Székesfehérvár az ott élők számára minél inkább egészséges települési környezetet biztosítson. Erre a kérdésre az alábbi válaszok fogalmazódtak meg:

	%
több park, zöldövezet létesítése, meglévők megóvása	22,5
nem válaszolt	17,5
fásítás, virágosítás	6,8
tisztán tartani, gondozni a várost	5,4
autóforgalom korlátozása, kivezetése a városból, elkerülő út építése	4,9
kerékpáros közlekedés preferálása, kerékpárutak fejlesztése	3,1
semmit, ennél többet nem tud tenni, nem az önkormányzat dolga	2,3
szelektív hulladékgyűjtés több helyen	1,8
légszennyezés csökkentése	1,6
megfelelő hulladékkezelés	1,5
több közmunka, több ember a város tisztaságáért	1,5
környezettudatos életmódra ösztönzés	1,5
egészséggel kapcsolatos programok szervezése	1,4
környezetvédelemre nagyobb hangsúly	1,4
autók, teherautók műszaki állapotának ellenőrzése, kipufogógáz	1,4
ismeretterjesztő kiadványok, előadások	1,3
szemetesek, kukák számának növelése	1,3
kevesebb autó, régiek kivonása	1,2
munkahelyteremtés, több biztos munkalehetőség	1,2
fokozottabban ellenőrizni és büntetni az illegális szemetelőket	1,2
tömegközlekedés korszerűsítése, bővítése	1,2
lakossággal összefogás, véleményének kikérése	1,2
több sportlétesítményt, sportolásra kialakított terület	1,1
külterületek gondozása, házak renoválása, műemlékvédelem	1,1
egészségre, környezettudatos életmódra nevelés fiatal kortól	1
nem sokat lehet tenni, vidámabb emberek kellenének hozzá	1
sportolási lehetőség több, kedvezményes, ingyenes legyen	0,9
parkok gondozása	0,9
légszennyező gyárak szigorúbb ellenőrzése, kitelepítése a városból	0,8
sport, tömegsport támogatása, reklámozása	0,8
szemétszedés szervezése társadalmi munkában	0,8
csatornázás, hálózat felújítása	0,8
dohányzás korlátozása, tiltása	0,6
fák, környezetvédelmi terület védelme, erdőtelepítés	0,6
közlekedés javítása, fejlesztése	0,6
kutyák kitiltása a parkokból, játszóterekről, kutyatartás	0,6
közbiztonság javítása, polgárőrséget	0,6
játszótereket	0,6

környezetbarát technológiák támogatása, zöld tetők, gázüzemű buszok zajcsökkentés	0,6 0,5
önkormányzatban a lakosság érdekeit képviselők legyenek szakemberek szeméttelen megszűntetése, elköltöztetése	0,5 0,5
szabadidő központot, többet	0,5
szúnyogok, kullancsok irtása	0,5
egyéb válaszok	0,9

Az adatfelvétel utolsó kérdése arra vonatkozott, hogy mit kellene az Önkormányzatnak tenni annak érdekében, hogy a Székesfehérváron élők egészségi állapota javuljon. A kérdésre az alábbi válaszok fogalmazódtak meg:

	%
nem tudja	20,3
egészségügyi ellátás javítása, olcsóbb, szervezettebb	10,4
ingyenes, több szűrés szervezése iskolában, munkahelyen, idősek	7,8
egészségvédő programok szervezése	5,1
nem a város feladata, az egyéni múlik	4,9
több egészségvédő felvilágosítás, előadás, web oldal	4,8
autóforgalom korlátozása, elkerülő út, autók számának csökk.	4,6
munkahelyteremtés, biztos, jól fizetett munkalehetőséget	4,3
több sportolási lehetőség, olcsóbb, ingyenes	4,2
légszennyezés mérséklése	3,4
gyermekkorban egészséges életmódra nevelés	3,1
több tömegsport	2,7
mozgásra ösztönözni a lakosságot	2,4
kerékpárhasználatra buzdítani	2,3
gyermekkorban sportra nevelés	2,3
sportrendezvények szervezése	2,2
egészségügy támogatása	2,1
egészséges, vegyszermentes, olcsó, jó minőségű élelmiszer	1,9
több park, zöldövezet létesítése, megóvása	1,4
életkörülmények javítása, jobb megélhetés, magasabb jövedelem	1,4
kevesebb stressz	1,3
egészséges életmódra buzdítani	1,2
betegségmegelőzés és tájékoztatás ennek lehetőségéről	0,7
köztisztaság, környezetre jobban odafigyelni	0,7
társadalmi változás kellene hozzá, szemléletváltás nyugodtabb	0,6
fásítás, virágosítás	0,6
rendelési idők változtatása, növelése, ügyelet	0,6
allergiások segítése, pollenmentesítés	0,6
több sportolásra alkalmas hely, sportlétesítmény, szabadidő kp.	0,5
dohányzás visszaszorítása	0,5
egyéb válaszok	1,1

Összegzés

Székesfehérvár város egészségfejlesztési tervének kidolgozását támogató véleményfelmérés eredményeinek összefoglalásaként megállapíthatjuk, hogy a városban élők számára fontos az egészségi állapotuk megőrzése, fokozása, és fontos, hogy ennek érdekében egészséges körülmények között éljenek.

A várossal, mint lakóhellyel kapcsolatosan megfogalmazott kritikák és elvárások alapvetően olyan területeket és problémákat érintettek, amelyek megváltoztatása vagy befolyásolása területén a városvezetésnek valós kompetenciái vannak. Ezáltal a koncepcionális szintű tervezés, jövőkép-alkotás során képes lehet az önkormányzat megfelelni az elvárások jelentős részének, amelyeket a város lakosai az adatgyűjtés során igényként, problémaként megfogalmaztak.

A véleményfelmérés tapasztalataira is építő egészségfejlesztési terv elősegítheti, hogy mindazokra az elvárásokra, amelyek a lakosság részéről megjelentek, megfelelő kezdeményezésekkel reagáljon a városvezetés.

**Székesfehérvár Megyei Jogú Város Önkormányzatának
Egészségfejlesztési Terve**

2. sz. melléklete

Székesfehérvár MJV

stratégiai dokumentumainak elemzése

**a helyi egészségközpontú közpolitika kialakításának elősegítése
érdekében**

Girán Tanácsadó Iroda

2010.

Bevezetés

Székesfehérvár MJV aktuálisan érvényes szakpolitikai koncepciók, középtávú tervek, jövőképek dokumentumelemzése a város egészségfejlesztési tervének kidolgozását eredményező munkafolyamat részét képezte. E feladat elvégzését két egymástól független, de egymással mégis kapcsolatban lévő hatás is motiválta:

- egyrészt az Európai Unió egyre jelentősebb hangsúlyt helyez annak a célnak az elérésére, hogy lehetőleg minden szakpolitikai koncepcióban jelenjen meg az egészség, mint érték, mint külön figyelmet érdemlő prioritás;
- másrészt az Egészségügyi Világszervezet (WHO) Egészséges Városok mozgalma – amely mozgalomnak az Egészséges Városok Magyarországi Szövetségében való tagságán keresztül Székesfehérvár MJV is tagja – szintén alapvető fontosságot tulajdonít annak, hogy a várossal, mint a mindennapi élet egyik meghatározó színterével kapcsolatos szakpolitikai döntésekben az egészség meghatározó prioritásként érvényesüljön.

Ezen háttérösszefüggések mentén került kidolgozásra az alábbi dokumentumelemzés. A tanulmány először azokat az elméleti alapokat ismerteti röviden, amelyek a koncepcionális szintű tervezés és az egészségközpontú közpolitika összefüggéseit tárják föl, majd a dokumentumelemzés módszertanának és eredményeinek bemutatása következik, végül az elemzés eredményeinek értelmezését segítő mellékletek találhatóak.

Az egészségközpontú szakpolitikai környezet kialakítására való törekvések az Európai Unióban

Az Európai Unió fontos feladatként tekinti az egészségi állapot védelmét, így időről-időre megfogalmazza azokat a garanciákat és stratégiai célkitűzéseket, amelyek az egészséget támogató társadalmi-gazdasági-politikai környezet kialakítását segíthetik elő. Iránymutató jogforrásként először a Maastrichti Szerződés (1992) népegészségüggyel kapcsolatos rendelkezéseit tartalmazó 129. szakaszában jelenik meg az egészség védelmével kapcsolatos utalás. Az Unió gazdasági versenyképességének fokozását támogatni hivatott Lisszaboni Stratégia (2000) külön kiemeli a gazdasági jólét és az egészség összefüggéseit. Ide vonatkozóan hangsúlyozza, hogy a hosszú távú fejlődés érdekében *modernizálni kell a szociális ellátásokat*, amely keretében *kiemelt figyelmet szükséges fordítani az elöregedés, a társadalmi kirekesztettség és az esélyegyenlőség problémáinak kezelésére, valamint az egészségügyi ellátórendszer minőségi működésére*. A javasolt intézkedések között meghatározó szerepet kap az a

megközelítés, miszerint az egészséggel kapcsolatos intézkedések *minden ágazat feladatvállalásai között jelenjenek meg.*

Az egészség döntést meghatározó prioritásként történő kezelésével kapcsolatosan az alapjogok és gazdasági érdekek mellett kiemelt fontossággal bírnak az aktuális, a társadalom folyamatos változása révén előálló feladatok – pl. előregedés, egészségi állapotbeli egyenlőtlenségek növekedése, életmódbetegségek gyorsuló terjedése, stb. – amelyek *önálló egészség-stratégia kidolgozását indokolták.* Az ezen irányú intézkedések első lépéseként tekinthető az *Európai Bizottság Első Közegészségügyi Keretprogramjának* 1993-ban történt meghirdetése. A Keretprogram ekkor még elsősorban a *betegségcsoportonkénti megközelítésen* alapuló tevékenységekre helyezte a hangsúlyt, és a szektoronként önálló problémakezelésre fókuszált. Ez a megközelítés 2000-től az Unió első Egészségstratégiájának elfogadásától kezdve megváltozott, mivel az Egészségstratégia a beavatkozási területek fentiek szerinti kijelölésével már főként az *egészségi állapotot meghatározó tényezők és körülmények komplex kezelésén alapuló tevékenységek támogatását preferálta,* így valóban új irányt adott a köz- és népegészségügyi tevékenységeknek. A problémamegoldás eme átfogó szándékát támogatták azok az Egészségstratégia által körvonalazott új elvárások is, amelyeknek való megfelelés elősegíthette, hogy az egészség védelme, mint *prioritás* az Unió döntéshozatali gyakorlatában integrálódhasson, és részévé válhasson a mindennapi igazgatási gyakorlatnak. Ennek érdekében az Egészségstratégia a következő elvárásokat fogalmazta meg:

- 2001-től az egészséggel kapcsolatos előterjesztések tartalmazzanak olyan nyilatkozatot, amely bemutatja, hogy az egészséggel kapcsolatos kérdések miként és miért kerültek figyelembe vételre az előterjesztés kidolgozása során, valamint térjenek ki a várható egészségi hatásokra;
- prioritásként kell tekinteni olyan eszközök és módszerek kidolgozásának feladatát, amelyek az egészség szempontjából teszik értékelhetővé az előterjesztéseket és a megvalósításuk szándékolt módját, továbbá alkalmasak a különböző szakpolitikák és intézkedések egészségi állapotra gyakorolt hatásainak részletes értékelésére;
- az egészségvédelmi kezdeményezések során biztosítani kell a lehetőséget, hogy azokhoz más uniós programok és ügynökségek kezdeményezései csatlakozhassanak;

- az Európai Bizottság működési rendjébe olyan új elemeket kell beépíteni, amelyek garantálják, hogy az egészségvédelemmel kapcsolatos tevékenységek koordinációja a Bizottság munkájában erősödik²⁸.

Mindezek az intézkedések tovább erősítették azokat a szándékokat, amelyek az egészség, mint prioritás döntés-előkészítési és döntéshozatali szinten történő minél szélesebb körű érvényesítését célozták és a szektorok közötti együttműködést erősítették. E folyamat meghatározó része volt 2006-ban a *Health in All Policy*²⁹ (Az egészséget minden szakpolitikában) című elemzés publikálása, amely rámutatott arra, hogy a különböző szakpolitikák a tervezési folyamatuk, a lehetséges szakmai döntések közötti választásaik, továbbá azok megvalósítása során *hogyan lehetnek képesek* hatást gyakorolni az egészségi állapotot meghatározó tényezőkre, és ily módon befolyásolni az egészségi állapot alakulását. A szerzők fő célja volt támogatni a szakpolitikai döntések tényeken alapuló meghozatalát azáltal, hogy a döntéshozók számára *egyértelművé teszik a kapcsolatot a szakpolitikák megvalósítása során tett beavatkozások, valamint az egészségi állapotot meghatározó társadalmi-gazdasági tényezők és a következményként megjelenő egészségi hatások között*. E feladatok irányába azért fordult kiemelt figyelem, mivel minden szektornak megvan a maga prioritás-rendszere, de számos esetben ezeket nem egyszerű összeegyeztetni az egészségmegőrzést és az egészségi helyzetbeli egyenlőtlenségek csökkentését eredményező döntések prioritásaival.

Az „egészséget minden szakpolitikába” megközelítés két módon jelenhet meg a mindennapi gyakorlatban: *„egyrészt abban az esetben, ahol az egészségpolitika és az adott szakpolitika saját céljai között kölcsönös érdekek határozhatóak meg, így az egészség, mint prioritás viszonylag könnyen integrálható a szakpolitikába mivel „győztes-győztes” helyzet alakítható ki. Más esetben, ha a közös érdekek hiányoznak, az egészség, mint prioritás nem, vagy csak nagyon nehezen integrálható az adott szakterület céljai közé, így a leggyakrabban csak a szakterületek közötti multiszektorális együttműködés kínálkozik megoldásként, de ekkor létre kell hozni egy „önálló” egészségpolitikai stratégiát is”*³⁰.

A WHO Egészséges Városok mozgalom módszerével készített egészségfejlesztési terv egyrészt elősegíti az Unió által megfogalmazott „Egészséget minden szakpolitikába” törekvés megvalósulását, másrészt önálló egészségpolitikai stratégiaként is funkcionálhat.

²⁸ Health Strategy of the European Community. COM(2000) 285 <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2000:0285:FIN:EN:PDF> (letöltve: 2008.09.10.)

²⁹ Ståhl, T-Wismar, M-Ollila, E.-Lahtinen, E.-Leppo, K. (eds) (2006). Health in All Policies. Prospects and potentials. Ministry of Social Affairs and Health and European Observatory on Health Systems and Policies, Helsinki <http://gaspp.stakes.fi/NR/rdonlyres/10953639-A2E7-4795-82FB-C67D742D597C/6800/HealthinAllPolicies.pdf> (letöltve: 2008.09.10)

³⁰ Ståhl et al., 2006:13

Az egészségközpontú szakpolitikai környezet kialakításának támogatása az WHO Egészséges Városok mozgalom egészségfejlesztési tervezési módszere segítségével

Az 1990-es évek elején az Egészséges Városok mozgalom második öt éves ciklusában a legfontosabb előrelépésként volt tekinthető, hogy az addig egységes módszer nélkül végzett települési egészségiállapot-bebecslések helyett, a WHO Európai Irodája által felkért szakértők közreműködésével a résztvevő városok szakmai koncepciót dolgoztak ki, a településen élő lakosok egészségi állapotának feltérképezéséhez, és a továbbiakban ez alapján készültek a felmérések. Ez volt az *Egészségkép* koncepció, amely elsősorban az egyéni egészségi kockázatok – dohányzás, alkoholfogyasztás, tartós betegségek, stb. – általi veszélyeztetettség meghatározására szolgált. Így az Egészségkép – mint a települések által elkészített „egészségi önarckép” – a közép, illetve hosszú távú *Egészségtervet*, vagyis adott település egészségfejlesztési tevékenységét jelentő cselekvési programjának kidolgozását szolgálhatta.

Az Egészségképre alapozott Egészségtervek alapvetően az egyéni egészségi kockázatokat kívánták csökkenteni, de ezt a célt önkormányzati döntések – rendeletek, szabályozás, stb. – segítségével szándékozták elérni. Az e szakmai alapokon nyugvó munka azonban *nem lehetett hatékony*, mivel a helyi önkormányzatok számos területen képesek döntéseikkel befolyásolni a helyi közösség tagjait veszélyeztető egészségi kockázatok alakulását, de az egyéni egészségmagatartások által meghatározott kockázatok tekintetében szinte elenyésző ez a kompetencia. Példa erre, hogy az önkormányzat, mint döntéshozó, képes rendelettel szabályozni a forgalomcsillapított övezetek kijelölését, ezáltal csökkentve például a légszennyezésből adódó egészségi kockázatokat. Arra azonban csak közvetett és korlátozott módon képes hatást gyakorolni, hogy a településen élők milyen étkezési szokásokat képviselnek, és ezáltal hányan válnak túlsúlyossá.

Mindebből az a felismerés következett, hogy a helyi egészségpolitika alakítása során az önkormányzatoknak azokra a területekre kellett a feladatvállalásaikat koncentrálniuk, amelyek *befolyásolásában valós kompetenciákkal rendelkeznek*. E területek közé elsősorban az *egészségi helyzet társadalmi meghatározói* tartoznak. Így a 2000-es évek elejétől kezdődően az Egészségterv koncepciót fokozatosan felváltotta az *Egészségfejlesztési tervezés* módszerének alkalmazása.

Az új alapokra helyezett egészségfejlesztési tervezés lényege röviden a következők szerint foglалható össze:

- 1. a tervezési folyamat során az aktuális egészségfejlesztési, egészségpolitikai értékek és alapelvek eljuthatnak a döntéshozói szintekre, ezáltal megjelenhetnek a különböző területek távlati terveiben, jövőképében;*
- 2. ennek eredményeként a multiszektorális együttműködés alapján, a különböző területeken működő döntéshozók és szakemberek már koncepcionális szinten is összehangoltan, azonos értékek és alapelvek mentén tehetnek meg mindent az egészségi helyzetet befolyásoló társadalmi tényezők javítása érdekében.*

Az Egészségfejlesztési terv alapvetően nem önálló szakterülethez köthetően készül, hanem az egyes elemei lesznek szakterületekhez köthetőek. Ily módon elkerülhető az is, hogy ugyanaz a feladat egymástól függetlenül több különböző szakterület stratégiájában vagy távlati tervében is megjelenjen, illetve, hogy adott területeken a szükséges fejlesztés elmaradjon. Lényeges továbbá, hogy a szakmai megalapozottság mellett, jelenjen meg minden, a helyi közösség életének formálásában érdekelt illetve érintett potens résztvevő, és működjön közre az egészségfejlesztési tervezéssel és annak megvalósításával kapcsolatos feladatok megfogalmazásában és végrehajtásában. Ily módon megvalósulhat az a cél, hogy az egészség – és ehhez kapcsolódóan az életminőség kérdése – ne elszigetelt, egymással nem kommunikáló szakterületek ügye legyen, hanem olyan közös ügy, amely meghatározóan jelenik meg a helyi közösség tagjait érintő minden döntésben.

A helyi szintű egészségtervezés új alapokra helyezése, a lokális erőforrások hatékonyabb kihasználása területén is változásokat indukál, mivel egyrészt a multiszektoralitást jelentő, együttműködések alapuló „kapcsolati tőkében” rejlő erőforrások válhatnak optimálisan kihasználhatóvá, másrészt az önkormányzatoknál és más kulcsszereplőknél az egyébként is fejlesztésre szánt anyagi források képezhetik a szakpolitikai koncepciókban foglalt célok megvalósításához szükséges anyagi háttérrel. Ebből következően az egészségi helyzet javítása nem igényel jelentős plusz forrásokat, mivel az amúgy is fejlesztendő területek fejlesztése, és az egyébként is fejlesztésre szánt anyagi eszközök felhasználása egy egészségközpontú tervezés alapján történik meg.

Ezáltal a helyi szakpolitikai tervezésben és gyakorlatban a megvalósítandó szemléletváltás a legegyszerűbben, mint a már meglévő – szellemi és anyagi – erőforrások egészségközpontú allokációját értelmezhetjük. A megközelítés abból indul ki, hogy az önkormányzati döntéshozatal alapját azok a szakpolitikai koncepciók, fejlesztési tervek, akcióprogramok képezik, amelyek közép- és hosszú távon meghatározzák az egyes szakpolitikák/szakterületek tevékenységének irányvonalait, jövőképét.

Amennyiben tehát a koncepcionális célok az egészségi állapot támogatása, mint prioritás figyelembe vételével kerülnek megfogalmazásra, akkor lényegesen nagyobb az esély arra, hogy az adott szakpolitika/szakterület – a koncepciókra alapozott operatív döntések révén – az egészséget támogató módon működik. Ennek megfelelően az *egészségfejlesztési tervezés lényege*: elősegíti, hogy az egészségfejlesztéssel kapcsolatos *aktuális értékek* és *alapelvek* már a koncepcionális tervezés során eljuthassanak a döntéshozói szintekre, ezáltal prioritásokként jelenhessenek meg a különböző cselekvési területek koncepcióiban, távlati terveiben, jövőképében. Ennek eredményeként a multiszektorális együttműködés alapján, a különböző területeken működő döntéshozók és szakemberek már koncepcionális szinten is összehangoltan, azonos *értékek*, *alapelvek* és *prioritások* mentén tehetnek meg mindent az egészségi helyzetet befolyásoló társadalmi tényezők javítása érdekében.

Aktuális irányelvek az egészségfejlesztési tervezéshez

Az Egészséges Városok Mozgalom tagvárosai számára a helyi szintű egészségpolitika kialakítását támogató egyik meghatározó tényező – a nemzeti egészségfejlesztési dokumentumokban foglaltak mellett – az Egészségügyi Világszervezet adott időszakra aktuálisan érvényes értékpreferenciája, és az ehhez kapcsolódó irányelvek összessége. Az e tekintetben jelenleg érvényes értékpreferenciák és irányelvek az „Egészséget mindenkinek a 21. századra”³¹ stratégiai dokumentumban fogalmazódtak meg a következők szerint:

Alapvető érték:

- az egészség alapvető emberi jog;
- esélyegyenlőség az egészségvédelem terén, és szolidaritás az ehhez kapcsolódó programok esetében, az országok között és az egyes országokon belül egyaránt;
- résztvevő felelősségvállalás az egyének, a csoportok, az intézmények és közösségek részéről az egészségfejlesztés érdekében.

A felsorolt három értékre épülve fogalmazódott meg négy alapelv, amelyek a helyi közösségek egészségfejlesztésre fókuszáló stratégiai tervezési folyamataiban kell, hogy meghatározó szerephez jussanak.

³¹ WHO (1999): *Health 21 – health for all in the 21st century*. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.

Alapelvek az egészségközpontú stratégiai tervezés, és akciók számára

- Az egészségi kockázatok kezelésére irányuló tevékenységek során megkülönböztetett figyelem forduljon a fizikai, gazdasági, társadalmi, kulturális és nemek közötti eltérésekből adódó sajátosságokra, a multiszektorialitás elvének hangsúlyozására, az egészségi helyzetről képet adó felmérések eredményeinek felhasználására;
- az egészségre gyakorolt hatások által vezérelt programok és beruházások jelenjenek meg az egészségfejlesztési tevékenység és a kórházi ellátás területén;
- integrált család-, és közösség-orientált egészségügyi ellátórendszer működtetése, rugalmas és felelősségteljes kórházi háttér biztosítása valósuljon meg;
- az egészségfejlesztési célok megvalósítása során az olyan, részvételen alapuló egészségfejlesztési folyamat kell, hogy prioritást kapjon, amelyben partnerként jelennek meg a családok, iskolák, munkahelyek valamint a helyi közösség képviselői, továbbá amely támogatja a döntéshozatali és megvalósítási folyamatokat, ezzel is erősítve a közös célokért való felelősségvállalást.

A nemzetközi szakmai műhelyek által megfogalmazott értékekkel és elvekkel állnak összhangban a hazai egészségfejlesztési irányelvek, amelyek a jelenleg is érvényes „Egészség Évtizedének Nemzeti Népegészségügyi Programjában” a következők szerint fogalmazódnak meg:

„Az 'Egészség Évtizedének Nemzeti Népegészségügyi Program' célja, hogy minden magyar állampolgár a lehető legegészségesebben éljen. Ennek eredményeként tíz év távlatában legyen három évvel hosszabb a születéskor várható élettartam Magyarországon mindkét nem esetében.

Ennek két fő útja van:

- az egyes állampolgárok egészségének védelme és fejlesztése egész életük során;
- a főbb betegségek, sérülések, halálokok gyakoriságának csökkentése, az ezekkel járó szenvedés mérséklése.

A Nemzeti Program kidolgozását három alapvető érték vezérli:

- az egészség alapvető emberi jog
- az egyenlőtlenségek csökkentése és a szolidaritás
- az egyének, csoportok, intézmények és közösségek részvétele és felelőssége az egészség fejlesztésében.”³²

A Program a célok megvalósítása érdekében a következőket hangsúlyozza:

„Az egészség fejlesztése csakis hatékony ágazatközi együttműködésben valósítható meg. Ennek főbb vonásai a következők:

- Az együttműködés az egészség társadalmi-gazdasági meghatározóinak kedvező befolyásolását célozza.
- Az ágazatközi együttműködés országos, regionális és helyi szinten egyaránt elengedhetetlen. Hazánk uniós csatlakozásával meghatározóvá válik a nemzetközi koordináció jelentősége.
- Az ágazatközi együttműködés ki kell, hogy terjedjen az egyes tárcákra, önkormányzatokra, közintézményekre, a magánszektorra, a civil szférára és a médiára.
- Folyamatosan figyelemmel kell kísérni az egyes politikai döntések, a társadalmi-gazdasági változások hatását a lakosság egészségi állapotára, különös tekintettel az egyes lakossági csoportok eltérő, egyenlőtlen helyzetére.”³³

Az egészségfejlesztéssel kapcsolatos hazai és nemzetközi stratégiákat meghatározó alapelvek számos vonatkozásban egyezést mutatnak azáltal, hogy kiemelt fontosságot tulajdonítanak a *multiszektorális együttműködés, a széleskörű és több szintű partnerségen alapuló feladat-, és felelősségvállalás, valamint az esélyegyenlőség biztosítása* tényezőkre, mint az eredményes egészségfejlesztési kezdeményezések ismérveire.

Az eddigiekben említett értékek, elvek és prioritások alapján az Egészséges Városok Magyarországi Szövetségének szakértői az egészségfejlesztés módszerének hazai adaptációja során olyan alapelveket határoztak meg, amelyek beépítése javasolt minden készülő vagy átdolgozásra kerülő szakpolitikai koncepcióba annak érdekében, hogy az adott szakterület egésze minél inkább az egészséget támogató módon működhessen, ezáltal segítve elő az egészségközpontú közpolitika helyi szintű kialakítását.

³² „Egészség Évtizede Nemzeti Népegészségügyi Program” pp. 2.

³³ „Nemzeti Népegészségügyi Program” pp. 3.

Az egészségfejlesztési tervezés alapelveiként a következők kerültek meghatározásra:

- *Multiszektoralitás*: több szakmai terület (pl. hivatali főosztályok), szervezet, intézmény közös feladatvállalásának, együttműködésének megjelenítése a koncepcionális célok elérése érdekében illetve azzal összefüggésben.
- *Kimenet oldali vezérlés – általában*: a koncepcionális céloknak a felhasználói (pl.: lakosság) igények figyelembe vételével történő megfogalmazása³⁴.
- *Az egészségre gyakorolt hatások általi vezérlés*: egészségvédelemmel, egészségfejlesztéssel kapcsolatos célok koncepcionális szintű megjelenítése, akár önálló célként, akár az adott szakterület egyéb koncepcionális céljaival összefüggésben.
- *Közösségi részvétel*: a különböző közösségi szintek és csoportok (pl. civil szervezetek, üzleti szektor, egyházak, informális szerveződések, stb.) részvételének megjelenítése a koncepcionális célok elérésével összefüggésben.
- *Esélyegyenlőség biztosítása*: speciális csoport (nők, nemzeti kisebbségek, fogyatékkal élők, megváltozott munkaképességűek, szociálisan hátrányos helyzetben lévők, stb.) sajátos igényeinek nevesítése a koncepcionális célokkal összefüggésben.
- *Környezeti, és környezet-egészségi kockázatok csökkentése*: környezeti, és környezet-egészségi kockázatok csökkentését segítő intézkedések megjelenítése a koncepcionális célokkal összefüggésben.

Az egészségfejlesztési tervezés során elsődleges cél, hogy minden szakterület koncepciójában minden egyes alapelv explicit módon legyen jelen. E feladat megvalósítását segíti az egészségfejlesztési terv előkészítésekor alkalmazható dokumentumelemzés eredményeinek felhasználása, mivel az egyes szakpolitikák/szakterületek vonatkozásában kijelöli azokat a területeket, amelyeken az egészségközpontú döntéshozatalai gyakorlat érdekében változtatások szükségesek.

³⁴ A felhasználói igények figyelembevétele nélkül is megtörténhet a koncepcionális célok megfogalmazása, pl. ha azok objektív feltételekhez és elvárásokhoz igazodnak (törvényi előírás, EU elvárások, pénzügyi korlátok, stb.) és így nem a valós helyi igényeket szolgálják ki.

A dokumentumelemzés módszere

Székesfehérvár MJV jelenleg érvényes koncepcióinak³⁵ vizsgálatához a *szemantikus tartalomelemzés, attribúció-analízis*³⁶ módszerét alkalmaztuk.

Az attribúció-analízis során a *multiszektoralitás, a kimenet oldali vezérlés – általában, az egészségre gyakorolt hatások általi vezérlés, a közösségi részvétel, az esélyegyenlőség biztosítása, és a környezeti, környezet-egészségi kockázatok csökkentése* fogalmak explicit és implicit megjelenéseinek (attribúcióinak) keresése történt meg, a következő kérdések megválaszolása segítségével:

Multiszektoralitás: megjelenik-e a dokumentumban több szakmai terület szervezet és/vagy intézmény közös feladatvállalásának, együttműködésének nevesítése a koncepcionális célok elérése érdekében illetve azzal összefüggésben.

Kimenet oldali vezérlés – általában: a koncepcionális célok a felhasználói (pl.: lakosság) igényeit figyelembe véve fogalmazódnak-e meg, vagy az objektív feltételekhez és elvárásokhoz (törvényi előírás, EU csatlakozási elvárások, pénzügyi korlátok, stb.) igazodnak, azokat szolgálják ki.

Az egészségre gyakorolt hatások általi vezérlés: megjelennek-e a dokumentumban az egészségvédelmi, egészségfejlesztési igények szempontjából meghatározott koncepcionális célok, prioritások.

Közösségi részvétel: megjelenik-e a dokumentumban a különböző közösségi szintek és csoportok (pl. civil szervezetek, üzleti szektor, egyházak, informális szerveződések, stb.) részvételére történő utalás a koncepcionális célok elérése érdekében.

Esélyegyenlőség biztosítása: megjelenik-e a dokumentumban valamilyen speciális csoport (nők, nemzeti kisebbségek, fogyatékkal élők, megváltozott munkaképességűek, szociálisan hátrányos helyzetben lévők, stb.) sajátos igényeinek nevesítése a koncepcionális célok között, vagy azzal összefüggésben.

Környezeti, és környezet-egészségi kockázatok csökkentése: megjelenik-e a dokumentumban olyan koncepcionális cél, amely a környezeti, és környezet-egészségi kockázatok csökkentésén keresztül törekedne az életminőség javítására.

³⁵ Az elemzésbe bevont dokumentumok köre előzetes egyeztetések során került kialakításra, és a dokumentumelemzés árajánlatának elfogadásával együtt került jóváhagyásra.

⁹ Bővebben lásd: Krippendorff, K. [1995]: *A tartalomelemzés módszertanának alapjai*. Balassi Kiadó, Budapest. pp. 23-69.

Abban az esetben tekintettük a megjelenést explicitnek, ha szövegszerű, konkrét utalás történt a vizsgált dokumentum szövegében a keresett fogalomra. Abba az esetben, ha bizonyos szövegrészek konkrétan nem tartalmazták a keresett fogalmat, de jelentéstartalmukban azt magukban foglalták, implicit megjelenésként tekintettük.

Az attribúció-analízis módszerével vizsgált dokumentumok – összesen 14 dokumentum – a következők voltak:

Dokumentum megnevezése

1. Integrált Városfejlesztési Stratégia Székesfehérvár (2008)
2. Székesfehérvár Drogellenes Stratégiája (2003)
3. Székesfehérvár Önkormányzata Sportkonceptiója (2004) és Javaslat Módosításra (2007)
4. Székesfehérvár Belvárosának és Közvetlen Környezetének Közlekedési Rendjére Vonatkozó Konceptió (1999)
5. Székesfehérvár Humán Erőforrás Fejlesztési Stratégiája (2001)
6. Székesfehérvár Megyei Jogú Város Önkormányzata Bűnmegelőzési és Közbiztonsági Konceptiója
7. Székesfehérvár Megyei Jogú Város II. középtávú Környezetvédelmi Programja (2006-2011)
8. Székesfehérvár Megyei Jogú Város Önkormányzat Közoktatási Intézményrendszere Működésének Minőségirányítási Programja (2008)
9. Székesfehérvár Megyei Jogú Város Önkormányzatának Ifjúsági Konceptiója (2000)
10. Székesfehérvár Megyei Jogú Város Önkormányzatának Civil Konceptiója (2001)
11. Székesfehérvár Megyei Jogú Város Önkormányzatának Oktatási feladat-ellátási, Intézményhálózat-működtetési és fejlesztési terve (2007-2012)
12. Székesfehérvár Megyei Jogú Város Szociális Szolgáltatástervezési Konceptió 2010-2015
13. Székesfehérvár Megyei Jogú Város Önkormányzata Települési Közoktatási Esélyegyenlőségi Intézkedési Terve 2007-2013
14. Székesfehérvár Turisztikai Fejlesztési Konceptiója (1999)

Az attribúció-analízis eredményeinek összefoglalása

Az attribúció-analízis *összefoglaló eredményeit az 1. számú táblázat* jelzései mutatják. A *dokumentumonkénti eredményeket az elemzés mellékletében* található táblázatokban közöljük. A táblázatokban idézet és oldalszám-hivatkozás formájában pontosan megtalálható, hogy a vizsgált dokumentum szövegében miként jelenik meg egy-egy keresett fogalom implicit vagy explicit attribútuma. A mellékletben szereplő idézetek tanulmányozása – reményeink szerint – a későbbiekben történő koncepcióalkotás során elősegíti, hogy a koncepciókat megfogalmazó szakemberek e példák felhasználásával is még pontosabb információkkal rendelkezessenek arra vonatkozóan, hogy miként jeleníthető meg egy-egy alapelv szövegszerűen is az adott koncepcióban.

1. számú táblázat

Szakpolitikai koncepciók attribúció-analízisének eredményeit összefoglaló táblázat

	multi- szektoralitás	kime- neti oldali vezérlés - általában	egészsé- gre gyakorolt hat. általi vezérlés	közö- sségi részvétel	esélyegy- enlőség biztosítása	körny. és körny.-eg- kockázatok cs.
1. Integrált Városfejlesztési Stratégia Székesfehérvár (2008)	+	+	-	+	+	+
2. Székesfehérvár Drogellenes Stratégiája (2003)	+	+	+	+	+	-
3. Székesfehérvár Önkormányzata Sportkoncepciója (2004) és Javaslat Módosításra (2007)	-	-	+	+	+	-
4. Székesfehérvár Belvárosának és Közvetlen Környezetének Közlekedési Rendjére Vonatkozó Koncepció (1999)	+	+	+	-	-	+
5. Székesfehérvár Humán Erőforrás Fejlesztési Stratégiája (2001)	-	+	-	-	+	+
6. Székesfehérvár Megyei Jogú Város Önkormányzata Bűnmegelőzési és Közbiztonsági Koncepciója	+	+	+	+	+	-
7. Székesfehérvár Megyei Jogú Város II. középtávú Környezetvédelmi Programja (2006-2011)	+	-	-	+	-	+
8. Székesfehérvár Megyei Jogú Város Önkormányzat Közoktatási Intézményrendszere Működésének Minőségirányítási Programja (2008)	+	+	+	+	+	-
9. Székesfehérvár Megyei Jogú Város Önkormányzatának Ifjúsági Koncepciója (2000)	+	+	+	+	+	-
10. Székesfehérvár Megyei Jogú Város Önkormányzatának Civil Koncepciója (2001)	+	+	-	+	-	-

11. Székesfehérvár Megyei Jogú Város Önkormányzatának Oktatási feladat-ellátási, Intézményhálózat-működtetési és fejlesztési terve (2007-2012)	+	+	-	-	+	-
12. Székesfehérvár Megyei Jogú Város Szociális Szolgáltatástervezési Konceptió 2010-2015	+	+	-	+	+	-
13. Székesfehérvár Megyei Jogú Város Önkormányzata Települési Közoktatási Esélyegyenlőségi Intézkedési Terve 2007-2013	+	+	-	+	+	-
14. Székesfehérvár Turisztikai Fejlesztési Konceptiója (1999)	+	-	+	-	+	+

A vizsgált dokumentumok tekintetében megállapítható, hogy jelenleg nincs olyan koncepció, amelyben mind a hat fogalom attribútuma megtalálható lenne.

Másrészt nem találtunk olyan koncepciót, amelyben legalább három fogalom attribútuma elő ne fordult volna. Az egyes fogalmak attribútumainak koncepciókon belüli előfordulási gyakorisága az alábbi sorrend szerint alakult:

1. multiszektoralitás	12 koncepció
2. kimenet oldali vezérlés – általában	11 koncepció
2. esélyegyenlőség biztosítása	11 koncepció
3. közösségi részvétel	10 koncepció
4. az egészségre gyakorolt hatások általi vezérlés	7 koncepció
5. környezeti kockázatok csökkentése	5 koncepció

Az elemzés objektivitása érdekében azonban hangsúlyozni szeretnénk, hogy az elemzett koncepciók kidolgozásakor a koncepcióalkotást végző szakemberek felé nyilvánvalóan nem fogalmazódott meg az az elvárás, igény, avagy ajánlás, hogy a jelenleg vizsgált fogalmak – illetve azok az értékek és/vagy prioritások, amelyeket ezek a fogalmak reprezentálnak – kerüljenek beépítésre a koncepció szövegébe.

A dokumentumok többségében a *multiszektoralitás*, a *kimenet oldali vezérlés* és az *esélyegyenlőség biztosítása* fogalmak attribútumai voltak megtalálhatóak. A legalacsonyabb számban a *környezeti és környezet egészségi kockázatok csökkentése* fogalom attribútumai jelentek meg.

A *multiszektoralitás* fogalmának attribúciói rendkívül magas megjelenési gyakorisággal fordulnak elő a vizsgált dokumentumokban, hiszen mindössze kettő olyan dokumentum volt, amelyben nem szerepel. Ez az eredmény egy olyan helyi döntéshozatali folyamatra enged következtetni, amely során már jelenleg is erős alapja van annak a döntés-előkészítési egyeztetési gyakorlatnak, miszerint az egyes szakterületek képviselői nem egymástól függetlenül hozzák meg döntéseiket. A multiszektoralis együttműködés jelenlegi szintjének megtartása – és ha lehet fokozása – nagyon stabil alapot jelenthet az egészségfejlesztési terv javasolt metódusának megvalósításához, hiszen evidenciaként fogalmazható meg, hogy egy helyi közösséget érintő döntés meghozatala esetén nem lehet figyelmen kívül hagyni azt a tényt, hogy egy városban nem szeparált szakmai, szakpolitikai területek egymásmelletti működik, hanem minden részterület szükségszerűen kapcsolatban áll más részterületekkel is.

Az együttműködés fokozása érdekében eredményes megoldásként kínálkozik az a lehetőség, ha már az adott szakpolitikai koncepcióban nevesítve is megjelölésre kerülnek azok az önkormányzati bizottságok, társszervek, amelyekkel együttműködésben történhet a koncepcionális célok megvalósítása. Ezáltal egyértelműen kifejezésre juttatható, hogy a koncepcióalkotó számít a más területekkel történő együttműködésre, és azokat pontosan meg is jelöli, továbbá jelzi azt is, hogy mely területekkel milyen típusú együttműködés – egyeztetés, véleményeztetés, részek közös kidolgozása, stb. – kialakítása vagy működtetése a cél.

Külön kiemelendő eredmény, hogy a Települési Közoktatási Esélyegyenlőségi Intézkedési Terv már jelen formájában is – természetesen a maga szakterületére vonatkoztatva – szövegszerűen tartalmazza azt az alapelvet, amely alkalmazását az egészségfejlesztési tervezési gyakorlat is alapvetőnek tart, nevezetesen, hogy minden szakterület véleményezze a más szakterületek koncepcióit annak érdekében, hogy az egészség, mint prioritás a koncepcionális célok közé beépülhessen. A Közoktatási Esélyegyenlőségi Terv mindezt a következők szerint fogalmazza meg:

„Székesfehérvár Megyei Jogú Város Önkormányzata biztosítja, hogy az Oktatási Iroda munkatársai vagy közoktatási szakértők vizsgálják, hogy minden, a közoktatási intézmények működését és pedagógiai munkáját érintő, és az esélyegyenlőségi szempontból fontos egyéb közszolgáltatásokat meghatározó stratégiai dokumentumba és iránymutatásba beépüljenek és érvényesüljenek az egyenlő bánásmódra és esélyegyenlőségre vonatkozó kötelezettségek és az intézkedési terv célkitűzései. Vállalja a folyamatos értékelést, eredmények visszacsatolását, az intézkedési terv ellenőrzése során szerzett információk beépítését. Biztosítja az önkormányzati döntéshozók, tisztségviselők és közoktatási intézményvezetők felkészítését az intézkedési tervben végrehajtandó feladatokra, felkészültségük értékelését és folyamatos továbbképzésüket az érintett területeken”.
(76-77)

Az egészségfejlesztési terv az egészségközpontú multiszektorális közpolitika kialakításának elősegítése érdekében ugyanezt az elvet képviseli, de természetesen az egészség kontextusában. Ugyanakkor az a tény, hogy már létezik egy olyan koncepció, amely a bevezetni kívánt elvet szövegszerűen tartalmazza, nagyban valószínűsíti az egészségfejlesztési tervezés gyakorlatának ezirányú sikerét.

A *kimenet oldali vezérlés* – *általában* prioritás szintén igen magas megjelenési gyakorisága olyan koncepció-alkotói – és ebből valószínűsíthetően döntéshozatali – gyakorlatot tükröz, amely alapvető fontossággal veszi figyelembe a valós lakossági igényeket, és törekszik arra, hogy ezeket megismerje, és ennek megfelelően működjön. Ebből következően feltételezhető, hogy a helyi közösséget érintő döntések során az objektív meghatározottságok (pl. törvényi szabályozás) kényszerei és a lakosság igényei közötti kompromisszumkeresés a döntés-előkészítők és döntéshozók számára meghatározó feladatként értelmeződik. Ugyanakkor mindez azt is jelenti, hogy az egyes területek munkáját meghatározó stratégiai tervezési feladatokkal kapcsolatban az adott szakpolitikák területén tevékenykedő döntéshozók, bizottságok, szakemberek pontosan ismerik és betartják az adott jogszabályi előírásokat és az ebben foglalt kötelezettségeket.

A koncepcióalkotás során az aktuális közösségi igények pontos megismerése tehát meghatározó feladatként értelmeződik. Abban az esetben, ha a későbbi döntések, avagy koncepcióalkotás során lakossági adatgyűjtés mellett döntene a döntéshozó, célszerű lehet – különös tekintettel a véleménykutatás magas költségeire – összehangolni az egyes szakterületek információ-igényét, és közös városi véleménykutatás keretében minden szükséges területre tematikus kérdéscsoportot megfogalmazni a mérőeszközben, és/vagy különböző rendszeres véleménynyilvánítási fórumokat szervezni. Ezáltal lényegesen csökkenthetőek az adatfelvétel költségei, továbbá a témák egyeztetése alapját képezheti a szakterületek, bizottságok közötti munka szorosabb összehangolásának (multiszektoralitás) is, ami egyben az egészségfejlesztési tervezés új alapokra helyezésének is fontos komponense lehet.

Az *esélyegyenlőség* alapelvének szintén nagyon hangsúlyos megjelenése feltételezhetően azzal a helyzettel együtt értelmezhető objektívan, hogy a kirekesztődés, a társadalom egyre gyorsuló ütemű és jelentősebb mértékű széttagolódása a közelmúltban jelent meg a köztudatban, mint fokozott figyelmet követelő probléma. Ebből következően az erről történő gondolkodás és az ehhez kapcsolódó problémakezelési módok is jelenleg fokozott jelentőséget kapnak. Ugyanakkor az elemzés alapján megállapíthatjuk, hogy Székesfehérvár városában az esélyegyenlőség biztosítása „spontán módon” is működő értéknek jelenik meg a koncepcióalkotók és a döntéshozatal képviselőinek munkája során, mivel mindössze három olyan koncepció volt a vizsgált dokumentumok között, amelyből hiányzott az esélyegyenlőség attribúciója.

Ebben az esetben az elemzés egy lehetséges feladata, hogy ráirányítja a figyelmet az esélyegyenlőség, mint minden közösségi cselekvés alapelveinek deklarálása fontosságára, továbbá jelzéssel szolgálhat azokról a területekről, ahol ez az alapelv explicit formában jelenleg még nem jelent meg. Mindez nem azt jelenti, hogy implicit módon az adott területeken folyó munkába ne lehetne jelen e fogalom, sokkal inkább az lehet a helyzet, hogy a vizsgált koncepciók szövege alapján mindez nem egyértelműsíthető. Ennek okán célszerű lehet minden koncepcióban a koncepcionális célok között explicit módon is megfogalmazni az adott területhez kapcsolódó esélyegyenlőségi értékeket, célokat és elvárásokat, valamint az ezek tekintetében szükséges együttműködések.

A *közösségi részvétel* fogalom szintén magas előfordulási gyakorisága feltételezhetően azt jelenti, hogy a helyi döntéshozatal kiemelten fontosnak tartja, hogy valós, folyamatos és élő kapcsolat működjön a helyi közösség különböző szintű és formájú képviselőivel. E szemléletmód kiteljesedését támogatja a kimenet oldali vezérlés szintén hangsúlyos megjelenése. E két fogalom együttesen magas előfordulási gyakorisága tovább erősíti azt a korábbi megállapítást, miszerint a helyi döntéshozatal a közösség tagjainak véleményét meg kívánja ismerni és azokat a koncepcionális célok kijelölésekor kellő fontossággal veszi figyelembe.

Mindazonáltal a közösségi részvétel minél hatékonyabb és szélesebb körű biztosítása érdekében célszerű lehet minden egyes szakpolitika vonatkozásában pontosan számba venni, hogy melyek azok a közösségi szerveződések, amelyekkel kapcsolatot kíván tartani az önkormányzat vagy a képviselő testület, és ezt – amennyiben lehetséges – a koncepciók szövegében megjeleníteni. A kapcsolatok milyenségének differenciálása (pl. tájékoztatás, programokba történő bevonás, közös pályázat, stb.) és ennek kinyilvánítása tovább mélyítheti az egyes szervezetekkel történő kapcsolattartás minőségét is meghatározni, hiszen a különböző szervezetekkel történő kapcsolattartásnak nem szükségszerűen kell ugyanolyannak lennie.

A közösségi részvétel prioritás minél hatékonyabb gyakorlati megvalósítása érdekében tehát, a koncepciók szövegében továbbra is célszerű deklarálni, hogy az egyes szakpolitikák koncepcionális céljainak elérése érdekében milyen közösségi együttműködések segíthetik a közös gondolkodást és feladatvállalást.

Az *egészségre gyakorolt hatások általi vezérlés* a vizsgált dokumentumok mintegy felében jelenik meg. Ez az eredmény azt jelezheti, hogy a döntéshozókban a döntéseik potenciális egészség-hatásaira nem fordítanak kiemelt figyelmet, hiszen a koncepciók felében nem nevesítődnek a koncepcionális célok között. Ez a helyzet az egészségfejlesztési tervezési

módszer alkalmazásával, valamint az egészséghatás-vizsgálat döntéselőkészítési folyamatba történő beépítésével jelentősen változtatható pozitív irányba.

Annál is inkább szükséges ez a változtatás, hiszen az egészségközpontú közpolitika kialakításához elengedhetetlen, hogy az egészség, mint horizontális prioritás minden szakpolitikai koncepció célrendszerének kialakításakor megjelenessen.

A jelenlegi helyzet megváltoztatása érdekében releváns célként fogalmazódhat meg minden egyes szakpolitikai koncepció esetében, hogy a koncepcióalkotók dolgozzák ki, találják meg azokat a lehetséges egészségcélokat, amelyek eléréséhez az adott szakterület tevékenysége – a koncepcionális célok megvalósításán keresztül – hozzájárulhat. Ezáltal megvalósítható az az egészségpolitikai cél, hogy a városi döntéshozatal részéről forduljon fokozott figyelem a településen élők egészségi helyzetének javítására, és ez az intenció legyen jelen folyamatosan a városi közpolitikába.

A *környezeti és környezet egészségi kockázatok csökkentése* fogalom meglehetősen alacsony megjelenési gyakorisága feltehetően abból következik, hogy a környezettudatos gondolkodás, mint egyre inkább releváns szemlélet meglehetősen lassan hatja át a mindennapok problémaértelmezését, különösen a nem környezetvédelemmel foglalkozó szakterületek esetében. Napjainkban azonban ez a környezeti problémákra érzékeny felfogás – különösen a fenntartható fejlődés igényének a közösségek minden szintjén való érvényesülése révén – egyre inkább jelentőséget nyer az élet minden területén, és alakítja át a korábbi közgondolkodást is. Ebből következően a különböző szakpolitikai koncepciók átdolgozása során nyilván spontán módon is ez az a prioritás, amely egyre fokozottabb megjelenéssel kerülne beépítésre, míg ha tudatos törekvés és elvárás fogalmazódik meg ebbe az irányba, akkor ez a folyamat megerősítést és motivációt nyerhet. Különösen fontos azonban mindez az egészségfejlesztés területén, hiszen az egészségi állapot milyensége szoros összefüggésben van a környezet-egészségi kockázatokkal.

A gondolkodásmód – valamint a célzott koncepcionális tervezés – remélhető változása feltehetően egyre inkább a környezet-egészségi kockázatok csökkentésének irányába hat, különösen akkor, ha a koncepcióalkotók felé elvárásként jelenik meg, hogy vegye figyelembe. Hogy a saját szakterülete milyen módon járulhat hozzá a környezet-egészségi kockázatok csökkentéséhez.

A dokumentumelemzés kritikai összegzése és javaslatok

A vizsgált fogalmak attribúcióinak a szakpolitikai koncepciókon belüli jelenlegi előfordulási gyakorisága bizonyos esetekben nyilván valamiféle spontaneitást, véletlenszerűséget jelent, más esetekben azonban tudatos, koncepcionális megfontolás eredménye. A jelenlegi információk birtokában nem vállalkozhatunk az előbbi kérdés eldöntésére. Ugyanakkor az adatok alapján egyértelműen megállapítható, hogy jelenleg is már öt olyan dokumentum van, amelyben a vizsgált hat fogalom közül öt megtalálható, kettő olyan dokumentum van, amely négy fogalmat tartalmaz, és a többi hét dokumentumban is három fogalom megtalálható.

Az egyes dokumentumokból jellemzően „hiányzó” prioritások az egészségre gyakorolt hatások általi vezérlés, valamint a környezeti és környezet egészségi kockázatok csökkentése. Szükséges tehát a koncepcióalkotás során megtalálni azokat a kapcsolódási pontokat, ahol ezek a prioritások az adott szakpolitika koncepcionális célrendszerébe, vagy azzal összefüggésben integrálhatóak.

Ezek az eredmények azt jelzik, hogy Székesfehérvárott nagyon jó alapokról indulhat az egészségfejlesztési tervezés, mivel már jelenleg is a vizsgált koncepciók többségében számos vizsgált fogalom – és annak mögöttes tartalma – fellelhető. Ennek az eredménynek az értékeléséhez ismételten hangsúlyozni szeretnénk, hogy a koncepciók kidolgozása során nyilvánvalóan nem jelent meg elvárásként ezeknek a fogalmaknak és a mögöttes cél- és prioritásrendszerüknek a koncepciókba való beépítésére vonatkozó igény.

Az egészségközpontú közpolitika kialakítása érdekében *javasoljuk*, hogy minden szakterületen értesüljenek koncepcióalkotásban résztvevő szakemberek – akár erre a célra szervezett tréning vagy egyéb egyeztetések keretében – az eddigiekben tárgyalt prioritásokról, és arról az elvárásról, hogy ezek kerüljenek beépítésre a jelenlegi koncepciók átdolgozása, aktualizálása, valamint a későbbiekben kidolgozásra kerülő koncepciók megalkotása során.

A kritikai összegzés részeként szükségesnek tartunk néhány általános észrevételt megfogalmazni a vizsgált dokumentumokra vonatkozóan. A koncepciók elemzése során kitűnt, hogy a koncepcióalkotók felé valószínűleg nem fogalmazódott meg ezidáig egy olyan elvárásrendszer, amely egységesen határozná meg a koncepciók tartalmi – esetleg formai – kritériumait. Ebből következően a vizsgált koncepciók meglehetősen eltéréseket mutatnak például abban a tekintetben is, hogy azok az értékek és alapelvek megfogalmazásra kerülnek-e egyáltalán, amelyek az adott szakpolitika tevékenységét a koncepcióban való deklarálás révén meghatározzák. Javasoljuk egy olyan általánosan érvényes elvárásrendszer – pl. sillabusz – kidolgozását is, amely minden koncepció esetében egységesen meghatározott tartalmi

keretfeltételként érvényesülhet, hogy legalább a helyzetelemzés, az értékek és alapelvek megfogalmazása, a koncepcionális célok meghatározása részek karakteresen és egyértelműen azonosítható módon jelenjenek meg a dokumentumokban. Mindez hozzájárulhat egyrészt annak a munkának a sikerességéhez, amely az adott szakpolitikai területen zajlik, továbbá amelyet az egészségfejlesztési terv kidolgozása jelenthet mivel a koncepciók véleményezése során az egységes formai-tartalmi feltételek megkönnyítheti a dokumentumokban foglaltak szakterületek közötti egyeztetését, összehangolását, ezáltal is elősegítve a multiszektoralitás prioritás érvényesülését.

A vizsgált koncepciókkal kapcsolatos további észrevételek a következők:

- A koncepciók szövegében a vizsgált fogalmak attribúciói túlnyomórészt implicit megjelenési formában találtuk. Javasoljuk, hogy a koncepciók aktualizálása során a koncepció-alkotók törekedjenek az adott szakpolitika célrendszerén belül az egészségi állapot javítását befolyásoló konkrét célkitűzések és/vagy intézkedések explicit megjelenítésére.
- A koncepcionális célok explicit megjelenését jelentheti, ha az elérendő célállapot – lehetőség szerint számszerűsített formában kifejezett – „kemény” indikátorok és konkrét fejlesztési elképzelések mentén határozódik meg. Az ilyen jellegű célmeghatározás egyértelművé, és egyben egzakt módon kontrollálhatóvá teszi a koncepcióban foglaltak megvalósulásának mértékét. A konkrét célok ismeretében minden szakmai terület pontosan el tudja dönteni, hogy milyen módon és mértékben tud hozzájárulni a célállapot eléréséhez.
- A jelenlegi és a jövőbeni koncepciókkal való munka során a tárgyalt prioritások mellett hangsúlyt kell fektetni olyan indikátor-rendszer kialakítására is, amelyek segítségével számszerűsíthető módon fejezhetőek ki a koncepcionális célok, és azok megvalósulása, használata már a koncepcionális tervezés, a koncepciókészítés szakaszában. A WHO Egészséges Városok indikátorok alkalmasak lehetnek egyrészt a koncepcionális célterületek meghatározására, másrészt kiindulópontként szolgálhatnak az indikátorként használható mutatók kidolgozásához annak érdekében, hogy meghatározott időszakonként regisztrálni lehessen a null-állapothoz történt eltérést, és a megfelelő korrekció meghatározható legyen.

A dokumentum-elemzés összefoglalásának záró gondolataként ismételten hangsúlyozni kívánjuk, hogy már a jelenlegi elemzés eredményei is azt mutatják, a városi döntéshozatal elkötelezett a városlakók életminőségének javítása terén. Ez a szándék azonban véleményünk szerint akkor teljesebben ki, ha sikerül a különböző területeken érvényes jelenlegi koncepciókat

oly módon átdolgozni, hogy azokban irányszámok és egyéb indikátorok segítségével kifejezve, időkeretek, együttműködési formák megjelölésével, stb. jelenjenek meg az egészségi helyzet javítására vonatkozó célkitűzések is. Ezek kidolgozásához szolgálhatnak segítségül a korábban ismertetett alapelvek.

Mindezen gondolatokhoz szükségszerűen kapcsolódik az a tény, miszerint bármely koncepció, akcióprogram, terv, annyiban megvalósítható amennyiben a megvalósításhoz szükséges anyagi háttér rendelkezésre áll. Javasoljuk, hogy a költségvetésben nevesítődjenek azok az összegek, amelyek az egészségfejlesztési tervhez kapcsolódó kezdeményezések anyagi háttérét jelenthetik, annak minél hatékonyabb megvalósulása érdekében.

MELLÉKLET

1. TÁBLÁZAT: Integrált Városfejlesztési Stratégia Székesfehérvár (2008)

ALAPELV ÉRTELMEZÉSE	ALAPELV DOKUMENTUMON BELÜLI ATTRIBÚCIÓJA
<p>Multiszektoralitás: megjelenik-e a dokumentumban több szakmai terület szervezet, intézmény közös feladatvállalásának, együttműködésének nevesítése a koncepcionális célok elérése érdekében illetve azzal összefüggésben.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • A dokumentum elkészítéséhez felhasználtuk a város elfogadott településfejlesztési koncepcióját és középtávú gazdasági programját. (4) • A környezettudatos nevelés programjának kidolgozása az iskolákkal és civil szervezetekkel együttműködve. (73) • A program szempontjából horizontális célként, minden beavatkozásra megfogalmazható az érdekegyeztetés szükségessége. Az anti-szegregációs terv ezt a célt egyrészt a városban működő szociális intézmények, érintett civil szervezetek, az önkormányzat Szociális Bizottsága, a Szociális, Egészségügyi és Gyermekvédelmi Iroda, illetve a Cigány Települési Kisebbségi Önkormányzat bevonásával kívánja elérni. (83)
<p>Kimenet oldali vezérlés – általában: a koncepcionális célok a felhasználói (pl.: lakosság) igényeit figyelembe véve fogalmazódnak-e meg, vagy az objektív feltételekhez és elvárásokhoz (törvényi előírás, EU csatlakozási elvárások, pénzügyi korlátok, stb.) igazodnak, azokat szolgálják ki.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Városfejlesztési kérdésekben (pl. közlekedés, környezetvédelem, energiatakarékosság), fórumok és tájékoztató kampányok szervezése. (89) • Eddig lefolytatott lakossági fórumok. (104)
<p>Az egészségre gyakorolt hatások általi vezérlés: megjelennek-e a dokumentumban az egészségvédelmi, egészségfejlesztési igények szempontjából meghatározott koncepcionális célok, prioritások</p>	<ul style="list-style-type: none"> • -
<p>Közösségi részvétel: megjelenik-e a dokumentumban a különböző közösségi szintek és csoportok (pl. civil szervezetek, üzleti szektor, egyházak, informális szerveződések, stb.) részvételére történő utalás a koncepcionális célok elérése érdekében.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • A programokat részben saját keretén belül, részben civil szervezetek bevonásával kívánja megvalósítani. (79) • Megjelenő pályázati kiírás esetén az Önkormányzat civil szervezetekkel együttműködve, a szükséges fedezetet a Pályázatok előkészítése, pályázatok önrésze alap terhére biztosítva, tanoda jellegű programokra pályázik. (83) • Eddig lefolytatott lakossági fórumok. (104)
<p>Esélyegyenlőség biztosítása: megjelenik-e a dokumentumban valamilyen speciális csoport (nők, nemzeti kisebbségek, fogyatékkal élők, megváltozott munkaképességűek, szociálisan hátrányos helyzetben lévők, stb.) sajátos igényeinek nevesítése a koncepcionális célok között, vagy azzal összefüggésben.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • A terület fejlesztésére a szociális célú város-rehabilitációs támogatások felhasználására az alábbi célokat, főbb beavatkozásokat fogalmaztuk meg: Az önálló jövedelemmel nem rendelkező aktív korúak munkaerő-piaci reintegrációjának támogatása. (64).
<p>Környezeti, és környezet-egészségi kockázatok csökkentése: megjelenik-e a dokumentumban olyan koncepcionális cél, amely a környezeti, és környezet-egészségi kockázatok csökkentésén keresztül törekedne az életminőség javítására.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Végül a városrész elhelyezkedéséből adódóan jelentős környezeti terhelést kap. Ennek csökkentése kiemelt infrastruktúrafejlesztési feladat, például zajvédő falak építésével. (65) • A történelmi belváros gépjármű forgalmának olyan mértékű lecsökkentése, amely kedvezően hat az ott élők környezetére, közérzetére, ugyanakkor nem lehetetleníti el a célforgalmat. (65) • A városszerkezet és a beépítési és morfológiai sajátosságok elsősorban az átszellőzési viszonyokon keresztül a környezeti levegő minőségét befolyásolják, ami az átgondolt és a környezet-egészségügyi szempontokat figyelembe vevő településtervezés fontosságát támasztják alá. (71) • Cél: egy kevesebb környezeti stressz hatást eredményező, jobb környezeti állapotjellemezőkkel rendelkező települési környezet kialakítása. Ehhez alapvető fontosságú a város és az érintettek közötti, a környezetminőség javítását célzó együttműködés kialakítása, a környezeti nevelés hatékonyságának növelése. (72)

2. TÁBLÁZAT: Székesfehérvár Drogellenes Stratégiája (2003)

ALAPELV ÉRTELMEZÉSE	ALAPELV DOKUMENTUMON BELÜLI ATTRIBÚCIÓJA
<p>Multiszektoralitás: megjelenik-e a dokumentumban több szakmai terület szervezet, intézmény közös feladatvállalásának, együttműködésének nevesítése a koncepcionális célok elérése érdekében illetve azzal összefüggésben.</p>	<ul style="list-style-type: none"> A munka során nagyon fontos a nyitott partneri légkör, mely alapja a magas szintű koordinációnak is. Ez utóbbi az egyik gyengéje a városnak, a nem összehangolt tevékenységek (pályázatok, prevenció programok), a hiányzó koordináció, melyet egy szélesen legitimált aktívan működő Kábítószerügyi Egyeztető Fórum erősséggé fordíthat át. (3)
<p>Kimenet oldali vezérlés – általában: a koncepcionális célok a felhasználói (pl.: lakosság) igényeit figyelembe véve fogalmazódnak-e meg, vagy az objektív feltételekhez és elvárásokhoz (törvényi előírás, EU csatlakozási elvárások, pénzügyi korlátok, stb.) igazodnak, azokat szolgálják ki.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Adatgyűjtés, és hiányzó helyi kutatások szervezése (6).
<p>Az egészségre gyakorolt hatások általi vezérlés: megjelennek-e a dokumentumban az egészségvédelmi, egészségfejlesztési igények szempontjából meghatározott koncepcionális célok, prioritások</p>	<ul style="list-style-type: none"> Esélyt kell teremteni arra, hogy a felnövekvő generációk képessé válhassanak egy produktív és aktív életstílus kialakítására valamint a legális és illegális drogok visszautasítására. (6) Folytatni és kiszámíthatóvá tenni az iskolai prevenció programokat szülői fórumok és családi prevenció programok, iskolai drogkoordinátorokat tömörítő hálózat létrehozása, alternatív prevenció módszerek alkalmazása, kurrikulumszerű és nem kurrikulumszerű programok. (6) Szabadidős programok bővítése, újjászervezése rendszeres és változatos (délutáni és hétfégi) programkínálatához a működési és szervezeti feltételrendszer biztosítása a javaslatok és közreműködők figyelembe vételével, a szabadidő eltöltései lehetőségek kínálatában ösztönözni, támogatni az egészséget szolgáló, közösségfejlesztő programokat. (6)
<p>Közösségi részvétel: megjelenik-e a dokumentumban a különböző közösségi szintek és csoportok (pl. civil szervezetek, üzleti szektor, egyházak, informális szerveződések, stb.) részvételére történő utalás a koncepcionális célok elérése érdekében.</p>	<ul style="list-style-type: none"> A társadalom váljon érzékenyebbé a drogkérdések hatékony kezelése iránt, a városi helyi társadalom növelje problémamegoldó képességét a drogprobléma visszaszorításában (közösség, együttműködés). (5) A városban élő humán szakos (orvos, szociális munkás, teológus, pedagógus, pszichológus stb.) főiskolai, egyetemi hallgatók aktív és szervezett bevonása a városi drogprevenció munkába. (6) Társadalmi szervezetek aktivizálása, civil kontroll erősítése (6).
<p>Esélyegyenlőség biztosítása: megjelenik-e a dokumentumban valamilyen speciális csoport (nők, nemzeti kisebbségek, fogyatékkal élők, megváltozott munkaképességűek, szociálisan hátrányos helyzetben lévők, stb.) sajátos igényeinek nevesítése a koncepcionális célok között, vagy azzal összefüggésben.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Segíteni kell a drogokkal kapcsolatba kerülő és a drogproblémákkal küzdő egyéneket és családokat (szociális munka, gyógyítás, rehabilitáció) a szenvedély leküzdésében. (6)
<p>Környezeti, és környezet-egészségi kockázatok csökkentése: megjelenik-e a dokumentumban olyan koncepcionális cél, amely a környezeti, és környezet-egészségi kockázatok csökkentésén keresztül törekedne az életminőség javítására.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -

3. TÁBLÁZAT: Önkormányzata Sportkonceptiója (2004) és javaslat módosításra (2007)

ALAPELV ÉRTELMEZÉSE	ALAPELV DOKUMENTUMON BELÜLI ATTRIBÚCIÓJA
<p>Multiszektoralitás: megjelenik-e a dokumentumban több szakmai terület szervezet, intézmény közös feladatvállalásának, együttműködésének nevesítése a koncepcionális célok elérése érdekében illetve azzal összefüggésben.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -
<p>Kimenet oldali vezérlés – általában: a koncepcionális célok a felhasználói (pl.: lakosság) igényeit figyelembe véve fogalmazódnak-e meg, vagy az objektív feltételekhez és elvárásokhoz (törvényi előírás, EU csatlakozási elvárások, pénzügyi korlátok, stb.) igazodnak, azokat szolgálják ki.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -
<p>Az egészségre gyakorolt hatások általi vezérlés: megjelennek-e a dokumentumban az egészségvédelmi, egészségfejlesztési igények szempontjából meghatározott koncepcionális célok, prioritások</p>	<ul style="list-style-type: none"> Székesfehérvár Megyei Jogú Város Önkormányzata abból a felismerésből kiindulva, hogy a város sportegyesületei, illetve az abban sportolók a sport sajátos értékeinek megjelenítésével városunk társadalmi életének meghatározó tényezői, – az egészséges életmód kialakításának, a szabadidő kulturált eltöltésének hasznos színterei – ezen tevékenységükhöz erkölcsi és anyagi támogatást biztosít. (1) Az elmúlt évek gyakorlatához hasonlóan folytatni kívánja az iskolaudvarokon meglévő – többféle sportágra használható – szabadtéri pályák új felülettel történő ellátását. Ezzel is elősegítve, hogy elsősorban az iskoláskorú fiatalok tanórán kívüli testmozgásának megfelelő színvonalú helyszínei legyenek. (3) A sportot élettani, erkölcsi hatásai miatt, mint jellemformáló-, személyiségfejlesztő tényezőt az ifjúság testi, lelki, szellemi fejlődéséhez elengedhetetlenül fontosnak tartjuk. Ennek megfelelően az ifjúság (21 éves korig) sportolási lehetőségeinek biztosítása elsőrendű feladat. (5)
<p>Közösségi részvétel: megjelenik-e a dokumentumban a különböző közösségi szintek és csoportok (pl. civil szervezetek, üzleti szektor, egyházak, informális szerveződések, stb.) részvételére történő utalás a koncepcionális célok elérése érdekében.</p>	<ul style="list-style-type: none"> A sportlétesítmények használatát a versenysportban és a szabadidősportban résztvevők számára is elérhetővé kell tenni. (4)
<p>Esélyegyenlőség biztosítása: megjelenik-e a dokumentumban valamilyen speciális csoport (nők, nemzeti kisebbségek, fogyatékkal élők, megváltozott munkaképességűek, szociálisan hátrányos helyzetben lévők, stb.) sajátos igényeinek nevesítése a koncepcionális célok között, vagy azzal összefüggésben.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Az Önkormányzat a Sportbizottságán keresztül támogatja a fogyatékosok sportját. (1) Főbb célok: A mozgássérültek, fogyatékosok sportjának – elsősorban szervezeteiken keresztül történő – támogatása. (5)
<p>Környezeti, és környezet-egészségi kockázatok csökkentése: megjelenik-e a dokumentumban olyan koncepcionális cél, amely a környezeti, és környezet-egészségi kockázatok csökkentésén keresztül törekedne az életminőség javítására.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -

4. TÁBLÁZAT: Székesfehérvár Belvárosának és Közvetlen Környezetének Közlekedési Rendjére Vonatkozó Koncepció (1999)

ALAPELV ÉRTELMEZÉSE	ALAPELV DOKUMENTUMON BELÜLI ATTRIBÚCIÓJA
<p>Multiszektoralitás: megjelenik-e a dokumentumban több szakmai terület szervezet, intézmény közös feladatvállalásának, együttműködésének nevesítése a koncepcionális célok elérése érdekében illetve azzal összefüggésben.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • A megvalósítást a koncepció téziseiben megfogalmazott célokra alapozva, részrendszeri fejlesztési terveken, programokon keresztül kell biztosítani. (1)
<p>Kimenet oldali vezérlés – általában: a koncepcionális célok a felhasználói (pl.: lakosság) igényeit figyelembe véve fogalmazódnak-e meg, vagy az objektív feltételekhez és elvárásokhoz (törvényi előírás, EU csatlakozási elvárások, pénzügyi korlátok, stb.) igazodnak, azokat szolgálják ki.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • A Székesfehérvár belvárosának és közvetlen környezetének közlekedési rendjére vonatkozó koncepció a jelenlegi helyzet elemzése alapján, a fejlesztési lehetőségek figyelembevételével került meghatározásra. (1)
<p>Az egészségre gyakorolt hatások általi vezérlés: megjelennek-e a dokumentumban az egészségvédelmi, egészségfejlesztési igények szempontjából meghatározott koncepcionális célok, prioritások</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Székesfehérvár belvárosa és közvetlen környezetének közlekedési lehetőségei feleljenek meg az elkövetkező 5 –10 év igényeinek: a történelmi belváros gépjármű forgalmának olyan mértékű lecsökkentése, amely kedvezően hat az ott élők környezetére, közérzetére, ugyanakkor nem lehetetleníti el a célforgalmat. (1)
<p>Közösségi részvétel: megjelenik-e a dokumentumban a különböző közösségi szintek és csoportok (pl. civil szervezetek, üzleti szektor, egyházak, informális szerveződések, stb.) részvételére történő utalás a koncepcionális célok elérése érdekében.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • -
<p>Esélyegyenlőség biztosítása: megjelenik-e a dokumentumban valamilyen speciális csoport (nők, nemzeti kisebbségek, fogyatékkal élők, megváltozott munkaképességűek, szociálisan hátrányos helyzetben lévők, stb.) sajátos igényeinek nevesítése a koncepcionális célok között, vagy azzal összefüggésben.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • -
<p>Környezeti, és környezet-egészségi kockázatok csökkentése: megjelenik-e a dokumentumban olyan koncepcionális cél, amely a környezeti, és környezet-egészségi kockázatok csökkentésén keresztül törekedne az életminőség javítására.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Székesfehérvár belvárosa és közvetlen környezetének közlekedési lehetőségei feleljenek meg az elkövetkező 5 –10 év igényeinek: a történelmi belváros gépjármű forgalmának olyan mértékű lecsökkentése, amely kedvezően hat az ott élők környezetére, közérzetére, ugyanakkor nem lehetetleníti el a célforgalmat. (1)

5. TÁBLÁZAT: Székesfehérvár Humán Erőforrás Fejlesztési Stratégiája (2001)

ALAPELV ÉRTELMEZÉSE	ALAPELV DOKUMENTUMON BELÜLI ATTRIBÚCIÓJA
<p>Multiszektoralitás: megjelenik-e a dokumentumban több szakmai terület szervezet, intézmény közös feladatvállalásának, együttműködésének nevesítése a koncepcionális célok elérése érdekében illetve azzal összefüggésben.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • -
<p>Kimenet oldali vezérlés – általában: a koncepcionális célok a felhasználói (pl.: lakosság) igényeit figyelembe véve fogalmazódnak-e meg, vagy az objektív feltételekhez és elvárásokhoz (törvényi előírás, EU csatlakozási elvárások, pénzügyi korlátok, stb.) igazodnak, azokat szolgálják ki.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Oktatás és képzés terén igazodjon a gazdaság követelményeihez, segítse a munkaerő szükségleteknek megfelelő átstrukturálódását, figyelembe véve a jövőben várható munkaerő-keresletet, a jövőben jelentkező igényeket is. (87) • Bár a szakképzés átalakulásának általános céljait és ütemezését elsősorban országos jogszabályok határozzák meg, helyi intézményrendszerének összhangban kell lennie – különösen a képzési szerkezet és a területi megfelelés vonatkozásában – a helyi gazdaság munkaerőigényével, továbbá követnie kell a térségi, települési gazdaságfejlesztés tervezett irányait is (93)
<p>Az egészségre gyakorolt hatások általi vezérlés: megjelennek-e a dokumentumban az egészségvédelmi, egészségfejlesztési igények szempontjából meghatározott koncepcionális célok, prioritások</p>	<ul style="list-style-type: none"> • -
<p>Közösségi részvétel: megjelenik-e a dokumentumban a különböző közösségi szintek és csoportok (pl. civil szervezetek, üzleti szektor, egyházak, informális szerveződések, stb.) részvételére történő utalás a koncepcionális célok elérése érdekében.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • -
<p>Esélyegyenlőség biztosítása: megjelenik-e a dokumentumban valamilyen speciális csoport (nők, nemzeti kisebbségek, fogyatékkal élők, megváltozott munkaképességűek, szociálisan hátrányos helyzetben lévők, stb.) sajátos igényeinek nevesítése a koncepcionális célok között, vagy azzal összefüggésben.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 1.3.2. Intézkedéscsoport: Idősebb munkavállalók foglalkoztatásának segítése. (96) • 1.3.3. Intézkedéscsoport: A hátrányos helyzetű rétegek foglalkoztatási szintjének emelése (96) • 1.4.2. Komplex munkaerő-piaci programok kidolgozása hátrányos helyzetű rétegekre. (96)
<p>Környezeti, és környezet-egészségi kockázatok csökkentése: megjelenik-e a dokumentumban olyan koncepcionális cél, amely a környezeti, és környezet-egészségi kockázatok csökkentésén keresztül törekedne az életminőség javítására.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Az életkörülmények javításával hozzon létre olyan miliőt, ahol a jelenlegi és betelepülő városlakók jól érzik magukat, törekedjen a lakók „komfortérzetének” folyamatos jobbítására. (87) • A fizikai és a szellemi egészség megőrzésének, a kényelmes és minőségi életkörülmények kialakításának, a társadalmi fejlődés fő folyamataiba történő bekapcsolódás lehetőségeinek egyik fontos eleme a környezetfejlesztés, fásítás és parkosítás. Az erdőtelepítés folytatása kívánatos a Sármentellei Parkerdőnél és a Sóstó környékén, ami arra is lehetőséget ad, hogy összefüggő erdőfoltok alakuljanak ki a város szélén. A Sóstó rekultivációját el kell indítani, és egy kiránduló, pihenőparkot kell kialakítani. (95)

**6. TÁBLÁZAT: Székesfehérvár Megyei Jogú Város Önkormányzata Bűnmegelőzési és
Közbiztonsági Konceptiója**

ALAPELV ÉRTELMEZÉSE	ALAPELV DOKUMENTUMON BELÜLI ATTRIBÚCIÓJA
<p>Multiszektoralitás: megjelenik-e a dokumentumban több szakmai terület szervezet, intézmény közös feladatvállalásának, együttműködésének nevesítése a koncepcionális célok elérése érdekében illetve azzal összefüggésben.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Konstruktív módon tisztázzák – a hatáskörök, lehetőségek és rendelkezésre álló eszközök figyelembe vételével – azt, hogy kik, mivel, hogyan járulhatnak hozzá a probléma kezeléséhez. A cselekvési hajlandóságok alapján egyezzenek meg a reálisan teljesíthető feladati optimumban. A feladatokban való megállapodás azt a célt szolgálja, hogy az adott problémá/k/ra röviddel a felmerülést követően közös erővel reagáljanak. Kívánatos, hogy a résztvevők ne csak azt tegyék, ami feltétlenül kötelező, hanem az ügy iránt elkötelezettséget és kezdeményezőkézséget tanúsítva önként vállaljanak feladatokat. (19) • Rögzítsék írásban az elfogadott megoldási alternatívákat és a résztvevők vállalásait tartalmazó cselekvési programot vagy projektet konkrét felelősökkel és határidőkkel, majd kezdjék meg a közösen elhatározott feladatok végrehajtását. (19) • Meghatározott idő eltelte után a projekt értékelése céljából újra üljenek össze és a folyamatos helyzetelemzésből származó információk alapján állapítsák meg, hogy a megtett intézkedések hatékonyak, célravezetők-e. Ha a cselekvési programban meghatározott intézkedések nem vezettek a kívánt eredményre, akkor a tapasztalatok értékelését és összegzését követően új projekt kidolgozása történjék meg, a fenti módon. (19) • A bizottság feladata, hogy elemezze a folyamatosan változó közbiztonsági viszonyokat, kidolgozza, illetve véleményezze a középtávú közbiztonsági stratégiákat, aktualizálja a rövidtávú célokat, véleményezze a közgyűlési előterjesztéseket, javaslatokat dolgozzon ki az önkormányzat és a biztonsági láncolat egyéb tagjai számára, meghatározza azokat az irányvonalakat, amelyek mentén a lehető leghatékonyabban használhatók fel a rendelkezésre álló erők és eszközök, továbbá végezze és koordinálja a biztonság közösségi gondozását. (22) • A levont következtetéseket meg kell osztani a többi érintett szervezettel is, kezdeményezve az együttműködést. A Közbiztonsági Bizottság feladata az „érintettek” együttműködésének összehangolása, a partnerség szervezése. (23) • Koordinációs fórum létesítése és működtetése szükséges a gyermekvédelemben, valamint a bűn- és baleset-megelőzésben érintett valamennyi szervezet és intézmény együttműködésének elősegítésére. A bűnmegelőzés alapvető feladata a kriminogén tényezők kiszűrése és felszámolása, ami kizárólag a jóléti, szociális és jogalkalmazó szervek harmonikus, koordinált együttműködésével érhető el. (27) • Az önkormányzatnak és a biztonságkezelésben érintett más szervezetnek az oktatási intézmények segítségére kell lenniük a pedagógusok részére történő továbbképzések szervezésében, közösségi programok rendezésében és a stratégiák, irányelvek kidolgozásában. (28) • Koordinációs fórum létesítése és működtetése szükséges, melynek keretében szervezni és koordinálni kell az ágazati, szakmaközi, civil és egyházi szervezetek közötti jelzőrendszert. (29)
<p>Kimenet oldali vezérlés – általában: a koncepcionális célok a felhasználói (pl.: lakosság) igényeit figyelembe véve fogalmazódnak-e meg, vagy az objektív feltételekhez és elvárásokhoz (törvényi előírás, EU csatlakozási elvárások, pénzügyi korlátok, stb.) igazodnak, azokat szolgálják ki.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • A koncepció célja: Székesfehérvár Megyei Jogú Város Önkormányzata bűnmegelőzési és közbiztonsági filozófiájának megfogalmazása, a stratégiai célok és prioritások - konkrét helyzetelemzés alapján történő – kijelölése. (1) • Feleljünk meg a lakosság elvárásainak. (21) • Az önkormányzatnak ezért folyamatosan „képbe kell kerülnie” az aktuális helyzettel kapcsolatban egyfelől a rendőrkapitány éves beszámolóit, másfelől közvélemény-kutatási adatok alapján. (23)

<p>Az egészségre gyakorolt hatások általi vezérlés: megjelennek-e a dokumentumban az egészségvédelmi, egészségfejlesztési igények szempontjából meghatározott koncepcionális célok, prioritások</p>	<ul style="list-style-type: none"> • A szenvedélybetegek és krónikus pszichiátriai betegségben szenvedő, saját otthonukban történő megtartása érdekében fejleszteni kell a közösségi szolgáltatásokat a város területén, amelyek a háziorvosi szolgálatokkal együttműködve biztonságot nyújtanak a beteg emberek és a lakóközösségek számára egyaránt. (26) • A Kábítószerügyi Egyeztető Fórum működtetése és továbbfejlesztése kiemelt feladat, különös tekintettel a fiatalok alkohol- és kábítószer fogyasztása jellemzőinek feltárására, valamint a helyi megelőzést szolgáló cselekvési programok koordinálására.
<p>Közösségi részvétel: megjelenik-e a dokumentumban a különböző közösségi szintek és csoportok (pl. civil szervezetek, üzleti szektor, egyházak, informális szerveződések, stb.) részvételére történő utalás a koncepcionális célok elérése érdekében.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • A koncepció megfelelő keretet kell, hogy nyújtson a széleskörű összefogásra, a közös feladatok eredményes ellátására. (1) • Az integrált biztonság nemcsak pozitív gondolkodásmódot, hanem sajátos módszert is jelent, a biztonság közösségi gondozását. A szemlélet – mint elméleti tétel – mellett annak gyakorlatát is indokolt célul tűzni, mivel a kettő együttesen jelenthet paradigmaváltást. [...] A módszer az összefogás, az együttműködés elvére épül. (18) • Végezzenek folyamatos bűnelemzést és helyzetértékelést, melynek alapján állapítsák meg a közbiztonsági helyzetet befolyásoló valós tényezőket, deviáns magatartásokat. Vonjanak következtetést az objektív adatokból, tárják fel és nevezzék nevén a lakosság biztonságérzetét zavaró konkrét problémákat, negatív jelenségeket. (19) • Biztosítani kell, hogy a lakosság a Közbiztonsági Bizottság részére bejelentést, figyelemfelhívást, illetve javaslatokat tegyen. A bizottság az Interneten és e-mail útján is legyen megszólítható! Az önkormányzat biztosítsa, hogy a problémák tényszerű feltárása és közzététele mellett a visszajelzések is eljussanak a lakosokhoz. (23) • Koordinációs fórum létesítésére és működtetése szükséges, melynek keretében szervezni és koordinálni kell az ágazati, szakmaközi, civil és egyházi szervezetek közötti jelzőrendszert. (29)
<p>Esélyegyenlőség biztosítása: megjelenik-e a dokumentumban valamilyen speciális csoport (nők, nemzeti kisebbségek, fogyatékkal élők, megváltozott munkaképességűek, szociálisan hátrányos helyzetben lévők, stb.) sajátos igényeinek nevesítése a koncepcionális célok között, vagy azzal összefüggésben.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Azokon az érintett területeken, ahol nagy számban laknak önkormányzati bérlakásokban szociálisan hátrányos helyzetű emberek, javasoljuk beilleszkedési programok indítását. A családok átmeneti otthona kiléptető rendszerének alapja további önkormányzati bérlakás biztosítása a legrászorultabb és legegységesebb családok részére. Lehetőséget teremtve ezzel a családok tartós visszailleszkedésére, megelőzve ezzel a családok széthullását és utcára kerülését. (26) • Óvjuk meg a potenciális visszaesőket az újabb bűnelkövetéstől. A büntetőjogi szankció hatálya alatt álló személynél a további bűnelkövetés feltételeinek befolyásolására a közvetlen környezet, annak formális és informális szerveződései hivatottak. (26) • Hangsúlyt kell fektetni ezért a gyámhatóság, a pártfogói szolgálatok, a rendőrség, az ügyészség és a családsegítő szolgálatok közötti jelzőrendszer és napi kapcsolat kialakítására, illetve fenntartására. Meg kell szervezni a devianciák kockázati tényezőinek jelzését és a korai pszichoszociális beavatkozásokat. A veszélyeztetett gyermekek és fiatalok számára segélyprogramokat kell kidolgozni szegregációjuk megelőzésére. (27)
<p>Környezeti, és környezet-egészségi kockázatok csökkentése: megjelenik-e a dokumentumban olyan koncepcionális cél, amely a környezeti, és környezet-egészségi kockázatok csökkentésén keresztül törekedne az életminőség javítására.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • -

7. TÁBLÁZAT: Székesfehérvár Megyei Jogú Város II. középtávú Környezetvédelmi Programja (2006-2011)

ALAPELV ÉRTELMEZÉSE	ALAPELV DOKUMENTUMON BELÜLI ATTRIBÚCIÓJA
<p>Multiszektoralitás: megjelenik-e a dokumentumban több szakmai terület szervezet, intézmény közös feladatvállalásának, együttműködésének nevesítése a koncepcionális célok elérése érdekében illetve azzal összefüggésben.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • A program megalkotását, ellentétben az I. középtávú környezetvédelmi programunkkal, nem bíztuk külső szakirányú cégre, hanem mi magunk (Környezetvédelmi Bizottság, Környezetvédelmi és Kommunális Iroda) végeztük a kidolgozást, irányítottuk a munkát, és kértük fel a városban működő szakmai intézmények, cégek, civil szervezetek, valamint a Polgármesteri Hivatal illetékes irodáinak szakembereit a program közös kimunkálására. (1) • 3.3 <i>Kapcsolódási pontok a város más programjaihoz,</i> terveikhez alfejezet egésze a multiszektoralitás alapelv érvényesülését fejezi ki. • Legyen összehangolt, céltudatos együttműködés a Polgármesteri Hivatal irodái (Egészségügyi, Környezetvédelmi, Oktatási), az önkormányzat bizottságai (Egészségügyi, Környezetvédelmi, Oktatási, Sport, stb.) között a program megvalósítására. A település oktatáspolitikai koncepciójában érvényesüljenek a környezeti nevelés követelményei. (108)
<p>Kimenet oldali vezérlés – általában: a koncepcionális célok a felhasználói (pl.: lakosság) igényeit figyelembe véve fogalmazódnak-e meg, vagy az objektív feltételekhez és elvárásokhoz (törvényi előírás, EU csatlakozási elvárások, pénzügyi korlátok, stb.) igazodnak, azokat szolgálják ki.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • -
<p>Az egészségre gyakorolt hatások általi vezérlés: megjelennek-e a dokumentumban az egészségvédelmi, egészségfejlesztési igények szempontjából meghatározott koncepcionális célok, prioritások</p>	<ul style="list-style-type: none"> • -
<p>Közösségi részvétel: megjelenik-e a dokumentumban a különböző közösségi szintek és csoportok (pl. civil szervezetek, üzleti szektor, egyházak, informális szerveződések, stb.) részvételére történő utalás a koncepcionális célok elérése érdekében.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 5.9 <i>Együttműködés civil szervezetekkel, lakossággal</i> alfejezet egésze a közösségi részvétel alapelveinek érvényesülését fejezi ki. • A Hulladékgazdálkodási Terv megvalósításához kapcsolódó feladatok felelőseként megjelenik a civil szervezetekkel való együttműködés. (113-114) • Alakuljon ki hatékony együttműködés a helyi közösség tagjaival, az önkormányzat, a bizottság, a közoktatási intézmények, főiskolák, a termelési szféra vállalatai, a civil szervezetek, más közösségi csoportok és a média bevonásával. (108)
<p>Esélyegyenlőség biztosítása: megjelenik-e a dokumentumban valamilyen speciális csoport (nők, nemzeti kisebbségek, fogyatékkal élők, megváltozott munkaképességűek, szociálisan hátrányos helyzetben lévők, stb.) sajátos igényeinek nevesítése a koncepcionális célok között, vagy azzal összefüggésben.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • -
<p>Környezeti, és környezet-egészségi kockázatok csökkentése: megjelenik-e a dokumentumban olyan koncepcionális cél, amely a környezeti, és környezet-egészségi kockázatok csökkentésén keresztül törekedne az életminőség javítására.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • A Környezetvédelmi Program célrendszeréből adódóan képviseli a Környezeti, és környezet-egészségi kockázatok csökkentése alapelv érvényesülését.

8. TÁBLÁZAT: Székesfehérvár Megyei Jogú Város Önkormányzat Köznevelési Intézményrendszere Működésének Minőségirányítási Programja (2008)

ALAPELV ÉRTELMEZÉSE	ALAPELV DOKUMENTUMON BELÜLI ATTRIBÚCIÓJA
<p>Multiszektoralitás: megjelenik-e a dokumentumban több szakmai terület szervezet, intézmény közös feladatvállalásának, együttműködésének nevesítése a koncepcionális célok elérése érdekében illetve azzal összefüggésben.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Székesfehérvár Megyei Jogú Város Önkormányzata a helyi társadalom képviselői, az oktatásirányítás szakmai és hivatali képviselői, valamint az intézményvezetők munkaközösségei képviselőinek bevonásával meghatározta a helyi köznevelési szolgáltatásokkal kapcsolatos elvárásait. (8) • Az önkormányzat kiemelt jelentőséget tulajdonít mind az ágazatba tartozó, mind az ágazaton kívüli partnereivel való együttműködésnek, azt folyamatosan fejleszti. (9) • A szakképzés fejlesztése érdekében javul az együttműködés a kamarák, a szakképző intézmények és az önkormányzat között. (11)
<p>Kimenet oldali vezérlés – általában: a koncepcionális célok a felhasználói (pl.: lakosság) igényeit figyelembe véve fogalmazódnak-e meg, vagy az objektív feltételekhez és elvárásokhoz (törvényi előírás, EU csatlakozási elvárások, pénzügyi korlátok, stb.) igazolódnak, azokat szolgálják ki.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Az önkormányzat a jelen dokumentum elkészítésekor figyelembe veszi Székesfehérvár Megyei Jogú Város Önkormányzatának oktatási feladat-ellátási, intézményhálózat-működtetési és fejlesztési tervének (2007-2012) a nevelés-oktatás folyamatára vonatkozó részletes szakmai helyzetelemzését, és ennek megállapításait is felhasználja az ÖMIP aktualizálásához, a minőségirányítási rendszerének továbbfejlesztéséhez. (6) • Székesfehérvár Megyei Jogú Város Önkormányzata a helyi társadalom képviselői, az oktatásirányítás szakmai és hivatali képviselői, valamint az intézményvezetők munkaközösségei képviselőinek bevonásával meghatározta a helyi köznevelési szolgáltatásokkal kapcsolatos elvárásait. (8) • Jogszabályi kereteken belül törekszik a helyi társadalom valamennyi rétege közneveléssel kapcsolatos elvárásainak kielégítésére. (9) • A köznevelési intézmények nevelési/pedagógiai programjai feleljenek meg a mikrokörnyezet igényeinek, a fenntartó elvárásainak. (9) • A köznevelési rendszer rugalmasan, innovatívan alkalmazkodjon a felmerülő változásokhoz. (9)
<p>Az egészségre gyakorolt hatások általi vezérlés: megjelennek-e a dokumentumban az egészségvédelmi, egészségfejlesztési igények szempontjából meghatározott koncepcionális célok, prioritások</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Kiemelt szerepet kapjon a környezeti és az egészséges életmódra nevelés. (9)
<p>Közösségi részvétel: megjelenik-e a dokumentumban a különböző közösségi szintek és csoportok (pl. civil szervezetek, üzleti szektor, egyházak, informális szerveződések, stb.) részvételére történő utalás a koncepcionális célok elérése érdekében.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Az intézmény alkalmazotti, szülői, gyermeki közösségeinek kapcsolatrendszere legyen együttműködő. (11) • Legyenek élő kapcsolataik, és szabályozott együttműködésük a legfontosabb partnereikkel. (11) • A nevelőtestület a szülői szervezet (közösség) véleményének kikérésével évente értékeli az intézményi minőségirányítási program végrehajtását, az országos mérés, értékelés eredményeit, figyelembe véve a tanulók egyéni fejlődését és az egyes osztályok teljesítményét (20)
<p>Esélyegyenlőség biztosítása: megjelenik-e a dokumentumban valamilyen speciális csoport (nők, nemzeti kisebbségek, fogyatékkal élők, megváltozott munkaképességűek, szociálisan hátrányos helyzetben lévők, stb.) sajátos igényeinek nevesítése a koncepcionális célok között, vagy azzal összefüggésben.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ... kiemelten fontosnak tartja a társadalmi esélyegyenlőtlenségek csökkentését, az abból következő hatások mérséklését a hátrányos helyzetű gyermekek, tanulók felzárkóztatása, továbbá a tehetségek felismerése és gondozása révén. (9) • Az oktatási egyenlőtlenségek mérséklése érdekében: a nevelő-oktató munka során érvényesüljön az integráció, a felzárkóztatást és a tehetséggondozást kezeljék kiemelten, nyújtsanak segítséget a mentális problémák megoldásához, kezeljék kiemelt feladatként a prevenció tevékenységét, hatékonyan fejlesszék a sajátos nevelési igényű gyermekeket. (9) • Hatékonyan működjenek együtt a köznevelési és a hozzájuk kapcsolódó intézmények a hátránykompenzációban és a prevencióban egyaránt. (10) • A felzárkóztatás, és az esélyegyenlőséget segítő nevelési formák alkalmazása terén a készség és képesség fejlesztése mérhető eredményességet mutasson a jogszabályi előírások, az intézmény

<p><i>Környezeti, és környezet-egészségi kockázatok csökkentése:</i> megjelenik-e a dokumentumban olyan koncepcionális cél, amely a környezeti, és környezet-egészségi kockázatok csökkentésén keresztül törekedne az életminőség javítására.</p>	<p>lehetőségei és a tervekben vállalt feladatokhoz viszonyítva. (10)</p> <ul style="list-style-type: none"> • -
--	--

9. TÁBLÁZAT: Székesfehérvár Megyei Jogú Város Önkormányzatának Ifjúsági Konceptiója (2000)

ALAPELV ÉRTELMEZÉSE	ALAPELV DOKUMENTUMON BELÜLI ATTRIBÚCIÓJA
<p>Multiszektoralitás: megjelenik-e a dokumentumban több szakmai terület szervezet, intézmény közös feladatvállalásának, együttműködésének nevesítése a koncepcionális célok elérése érdekében illetve azzal összefüggésben.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Az ifjúsági devianciák, az ifjúsági bűnözés növekedésének megállítása szintén együttes fellépést igényel a család, az iskola és más intézmények szakemberei részéről. A megelőzésre - mint a legjobb befektetésre - sokkal nagyobb figyelmet kell fordítanunk. Számítunk a megyei és a városi rendőrkapitányság partnerségére. (3)
<p>Kimenet oldali vezérlés – általában: a koncepcionális célok a felhasználói (pl.: lakosság) igényeit figyelembe véve fogalmazódnak-e meg, vagy az objektív feltételekhez és elvárásokhoz (törvényi előírás, EU csatlakozási elvárások, pénzügyi korlátok, stb.) igazodnak, azokat szolgálják ki.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • A koncepció a szükségletek, a feladatok, a megoldási módok számbavétele, továbbá olyan döntéshozatali elvek, irányok meghatározása, amely megvalósulása során a meglévő értékek megőrizhetők, a hiányosságok pótolhatók és a település adott területén a plurális fejlődési tendenciák továbbra is biztosíthatók. (1) • Ahhoz, hogy megfelelő intézkedéseket hozzunk, az eddigi helyi ifjúsági felméréseket meg kell ismernünk, szükség esetén új kutatásokat célszerű kezdeményeznünk. (3-4)
<p>Az egészségre gyakorolt hatások általi vezérlés: megjelennek-e a dokumentumban az egészségvédelmi, egészségfejlesztési igények szempontjából meghatározott koncepcionális célok, prioritások</p>	<ul style="list-style-type: none"> • A fiatalok egészségi állapota - hasonlóan a felnőtt lakossáéhoz - folyamatosan romlik. A pszichés állapot romlása az ifjúság esetén még kedvezőtlenebb tendenciát mutat. (3)
<p>Közösségi részvétel: megjelenik-e a dokumentumban a különböző közösségi szintek és csoportok (pl. civil szervezetek, üzleti szektor, egyházak, informális szerveződések, stb.) részvételére történő utalás a koncepcionális célok elérése érdekében.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Változatos, partnerségen alapuló kapcsolatra törekszik önkormányzatunk az egyházi, karitatív és civil szervezetekkel. (5)
<p>Esélyegyenlőség biztosítása: megjelenik-e a dokumentumban valamilyen speciális csoport (nők, nemzeti kisebbségek, fogyatékkal élők, megváltozott munkaképességűek, szociálisan hátrányos helyzetben lévők, stb.) sajátos igényeinek nevesítése a koncepcionális célok között, vagy azzal összefüggésben.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • A szabadidő hasznos és értelmes eltöltéséhez nincs városunkban megfelelő számú, illetve minőségű intézmény, program. Különös súllyal jelentkezik ez a probléma az iskolai szünidőkben, illetve a más vagy fogyatékkal élők esetében. (3)
<p>Környezeti, és környezet-egészségi kockázatok csökkentése: megjelenik-e a dokumentumban olyan koncepcionális cél, amely a környezeti, és környezet-egészségi kockázatok csökkentésén keresztül törekedne az életminőség javítására.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • -

10. TÁBLÁZAT: Székesfehérvár Megyei Jogú Város Önkormányzatának Civil Koncepciója (2001)

ALAPELV ÉRTELMEZÉSE	ALAPELV DOKUMENTUMON BELÜLI ATTRIBÚCIÓJA
<p>Multiszektoralitás: megjelenik-e a dokumentumban több szakmai terület szervezet, intézmény közös feladatvállalásának, együttműködésének nevesítése a koncepcionális célok elérése érdekében illetve azzal összefüggésben.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • A továbblépéshez kértük, vártuk el a civil szervezetek egymás közötti, az önkormányzat és a civil szervezetek közötti, és egyáltalán a szektorok közötti (civil – önkormányzati - vállalkozói szféra - a sajtó) együttműködését. (6) • Az önkormányzat döntéshozatali mechanizmusának (szervezeti és működési szabályzatának) átalakításával meg lehet teremteni annak feltételét, hogy az egyes döntések rendeletek megszületése előtt a magát érintettek valló valamennyi társadalmi csoport, szervezet kifejezhesse véleményét, álláspontjával befolyást gyakorolhasson a döntések, rendeletek tartalmára. (9)
<p>Kimenet oldali vezérlés – általában: a koncepcionális célok a felhasználói (pl.: lakosság) igényeit figyelembe véve fogalmazódnak-e meg, vagy az objektív feltételekhez és elvárásokhoz (törvényi előírás, EU csatlakozási elvárások, pénzügyi korlátok, stb.) igazodnak, azokat szolgálják ki.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Átfogó, méréseken alapuló vizsgálatra van szükség, mely alapján pontosítható, felülvizsgálható az önkormányzat civil stratégiája. (10)
<p>Az egészségre gyakorolt hatások általi vezérlés: megjelennek-e a dokumentumban az egészségvédelmi, egészségfejlesztési igények szempontjából meghatározott koncepcionális célok, prioritások</p>	<ul style="list-style-type: none"> • -
<p>Közösségi részvétel: megjelenik-e a dokumentumban a különböző közösségi szintek és csoportok (pl. civil szervezetek, üzleti szektor, egyházak, informális szerveződések, stb.) részvételére történő utalás a koncepcionális célok elérése érdekében.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • A Civil Koncepció célrendszeréből adódóan képviseli a közösségi részvétel alapelv érvényesülését.
<p>Esélyegyenlőség biztosítása: megjelenik-e a dokumentumban valamilyen speciális csoport (nők, nemzeti kisebbségek, fogyatékkal élők, megváltozott munkaképességűek, szociálisan hátrányos helyzetben lévők, stb.) sajátos igényeinek nevesítése a koncepcionális célok között, vagy azzal összefüggésben.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • -
<p>Környezeti, és környezet-egészségi kockázatok csökkentése: megjelenik-e a dokumentumban olyan koncepcionális cél, amely a környezeti, és környezet-egészségi kockázatok csökkentésén keresztül törekedne az életminőség javítására.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • -

11. TÁBLÁZAT: Székesfehérvár Megyei Jogú Város Önkormányzatának Oktatási feladat-ellátási, Intézményhálózat-működtetési és fejlesztési terve (2007-2012)

ALAPELV ÉRTELMEZÉSE	ALAPELV DOKUMENTUMON BELÜLI ATTRIBÚCIÓJA
<p>Multiszektoralitás: megjelenik-e a dokumentumban több szakmai terület szervezet, intézmény közös feladatvállalásának, együttműködésének nevesítése a koncepcionális célok elérése érdekében illetve azzal összefüggésben.</p>	<ul style="list-style-type: none"> A formális és nem formális együttműködés rendjének strukturálása. A párhuzamos és átfedő tevékenységek integrálása (62)
<p>Kimenet oldali vezérlés – általában: a koncepcionális célok a felhasználói (pl.: lakosság) igényeit figyelembe véve fogalmazódnak-e meg, vagy az objektív feltételekhez és elvárásokhoz (törvényi előírás, EU csatlakozási elvárások, pénzügyi korlátok, stb.) igazodnak, azokat szolgálják ki.</p>	<ul style="list-style-type: none"> A közoktatás közszolgáltatás, ezért érzékenyen kell alkalmazkodnia az igénybevevők, az érintettek igényeihez és szükségleteihez. (4) A város közoktatási rendszerét a törvényi és szakmai előírások alapján a helyi társadalmi igényeket figyelembe véve alakítja ki és folyamatosan összehangolja nevelő-oktató tevékenységét a városban működő nem önkormányzati oktatási intézmények fenntartóival. (63)
<p>Az egészségre gyakorolt hatások általi vezérlés: megjelennek-e a dokumentumban az egészségvédelmi, egészségfejlesztési igények szempontjából meghatározott koncepcionális célok, prioritások</p>	<ul style="list-style-type: none"> -
<p>Közösségi részvétel: megjelenik-e a dokumentumban a különböző közösségi szintek és csoportok (pl. civil szervezetek, üzleti szektor, egyházak, informális szerveződések, stb.) részvételére történő utalás a koncepcionális célok elérése érdekében.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -
<p>Esélyegyenlőség biztosítása: megjelenik-e a dokumentumban valamilyen speciális csoport (nők, nemzeti kisebbségek, fogyatékkal élők, megváltozott munkaképességűek, szociálisan hátrányos helyzetben lévők, stb.) sajátos igényeinek nevesítése a koncepcionális célok között, vagy azzal összefüggésben.</p>	<ul style="list-style-type: none"> A 2005/2006-os tanévtől működtetik utazószakember-hálózatukat, melynek feladata sajátos nevelési igényű gyermekek integrált oktatásának, nevelésének segítése. (26) Az iskola terveinek egyike a kistérségi szerepvállalás a középsúlyos értelmi fogyatékos tanulók ellátása, illetve a fejlesztő iskola létrehozása. (27) Sajátos nevelési igényű tanulók gyógypedagógiai ellátása (46-52) Célkitűzések az átfogó stratégiai cél megvalósítása érdekében: a humán erőforrás-fejlesztésre fordítható források növelése, különös tekintettel a munkaerő-állomány foglalkoztathatóságának sikerességére és a társadalmi esélykülönbségek csökkentésére. (60) A szerepvállalás fokozása az esélyteremtésben, a társadalmi és területi különbségek mérséklésében, a társadalmi kirekesztés, kirekesztődés elleni aktív küzdelemben, a szociális, etnikai vagy egyéb okokból hátrányos helyzetű társadalmi csoportok felzárkóztatásában, életesélyeinek javításában. (62) A hátrányos helyzetű társadalmi csoportok, mindenekelőtt a fogyatékosokkal élők integrált oktatásának, és nevelésének támogatása. A feltételek biztosítása a felzárkóztatás elősegítésére, az iskoláskor előtti készségfejlesztéshez, az óvodai nevelés kiterjesztéséhez, az iskolai lemorzsolódás csökkentéséhez. A szakképzési lehetőségek biztosítása a hátrányos helyzetű csoportok számára. (62) Meg kell teremteni az alapfokon tanulók egységes logopédiai szűrésének a Beszédjavító Intézet által történő ellátásának feltételét. (65) A növekvő létszámot mutató autista tanulók elhelyezésére megfelelő körülményeket kell biztosítani. (65) Önálló státuszú fejlesztő pedagógus hálózatot tovább kell bővíteni, lehetőség szerint valamennyi intézményre kiterjesztve. (65)
<p>Környezeti, és környezet-egészségi kockázatok csökkentése: megjelenik-e a dokumentumban olyan koncepcionális cél, amely a környezeti, és környezet-egészségi kockázatok csökkentésén keresztül törekedne az életminőség javítására.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -

12. TÁBLÁZAT: Székesfehérvár Megyei Jogú Város Szociális Szolgáltatástervezési Konceptió 2010-2015

ALAPELV ÉRTELMEZÉSE	ALAPELV DOKUMENTUMON BELÜLI ATTRIBÚCIÓJA
<p>Multiszektorialitás: megjelenik-e a dokumentumban több szakmai terület szervezet, intézmény közös feladatvállalásának, együttműködésének nevesítése a koncepcionális célok elérése érdekében illetve azzal összefüggésben.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Erősödjön a civil szervezetek és vállalkozások részvétele a szociális ellátásban. (5) Javasolt a jövőben az egyházi és civil szerveződések minél szélesebb körű bevonása a szociális alap- és szakellátások működtetésébe. (72)
<p>Kimenet oldali vezérlés – általában: a koncepcionális célok a felhasználói (pl.: lakosság) igényeit figyelembe véve fogalmazódnak-e meg, vagy az objektív feltételekhez és elvárásokhoz (törvényi előírás, EU csatlakozási elvárások, pénzügyi korlátok, stb.) igazodnak, azokat szolgálják ki.</p>	<ul style="list-style-type: none"> A koncepció célja, hogy lehetőség szerint a szükségletek irányából közelítve meghatározza a szociális szolgáltatások alapelveit, a fejlesztések ütemét és finanszírozási lehetőségeit. (5) Differenciáltan kell nyújtani a szociális szolgáltatásokat és ellátásokat annak érdekében, hogy mindenki olyan szolgáltatásban és ellátásban részesüljön, melyet szükségletei indokolnak és a jogosult ott és olyan mértékben kapja meg a támogatást, ahol az számára a legmegfelelőbb. Fontos elv, hogy az ellátás minden esetben egyénre szabott legyen. (6) Törekedni szükséges arra, hogy az ellátás igazodjon a lakosság szükségleteihez. (12) Székesfehérvár Megyei Jogú Város Önkormányzatának törekedni kell arra, hogy a szociális szolgáltatások jellemzőit szem előtt tartva, annak sajátosságaira tekintettel alakítsa ki a lakosság igényeinek megfelelő szociális szolgáltatásokat (71)
<p>Az egészségre gyakorolt hatások általi vezérlés: megjelennek-e a dokumentumban az egészségvédelmi, egészségfejlesztési igények szempontjából meghatározott koncepcionális célok, prioritások</p>	<ul style="list-style-type: none"> -
<p>Közösségi részvétel: megjelenik-e a dokumentumban a különböző közösségi szintek és csoportok (pl. civil szervezetek, üzleti szektor, egyházak, informális szerveződések, stb.) részvételére történő utalás a koncepcionális célok elérése érdekében.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Az önkormányzat koordináló, szervező, együttműködő szerepet kíván betölteni a nem állami, egyházi és civilszervezetekkel. (6) A szociális szolgáltatásokban és ellátásokban a szektorsemlegesség elve érvényesül, azonos esélyekkel és feltételekkel kapcsolódhatnak be a szociális szféra működtetésébe az állami, nem állami, civil és egyházi szervezetek. (6) Törekedni szükséges arra, hogy az ellátás a lehető legszélesebb körbe bevonható legyen a civil szervezetek, a vállalkozások, a szociális válsághelyzetben lévők társadalmi rétegéért tenni szándékozók az ellátó rendszerbe. (12) Székesfehérvár Megyei Jogú Város Önkormányzat Közgyűlése lehetőséget biztosít a közmunka program keretében a civil szervezetek számára, hogy feladat-átvállalási szerződés alapján bekapcsolódjanak az önkormányzat közfoglalkoztatási tervének végrehajtásába. (18)
<p>Esélyegyenlőség biztosítása: megjelenik-e a dokumentumban valamilyen speciális csoport (nők, nemzeti kisebbségek, fogyatékkal élők, megváltozott munkaképességűek, szociálisan hátrányos helyzetben lévők, stb.) sajátos igényeinek nevesítése a koncepcionális célok között, vagy azzal összefüggésben.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Napjainkban elengedhetetlen a társadalmi befogadásra épülő szemlélet, a társadalmi kirekesztés elleni küzdelem. E sajátos szemlélet alapvető rendező elvei elsődlegesen a társadalmi esélyegyenlőség biztosítása, a szolgáltatások, támogatások elérhetőségéhez kapcsolódó elvárások teljesítése, a minőségi szolgáltatások nyújtása. Ezek alapján a koncepció célja, hogy Székesfehérvár városban a szociális ellátás olyan minőségi rendszere működjön, melynek középpontjában a támogatásra szoruló egyén, illetőleg család és szüksége áll, hogy a szolgáltatások mindenki számára egyaránt hozzáférhetőek és a segítségnyújtás egyénre szabott legyen. (5) Székesfehérvár város valamennyi polgárának joga van az emberhez méltó életre, mindenki számára biztosítani kell a szociális minimumot. (5) Székesfehérvár város valamennyi polgára számára biztosítani szükséges, hogy törvényben rögzített jogaival – élni tudjon. (5) Székesfehérvár város polgárai – nemre, vallásra, nemzeti, etnikai hovatartozásra, politikai vagy más véleményre, korra, a

	<p>cselekvőképesség hiányára vagy korlátozottságára, fogyatékoságára tekintet nélkül – jogosultak igénybe venni a szociális szolgáltatásokat és ellátásokat. (5)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Székesfehérvár Megyei Jogú Város Önkormányzata elutasít mindennemű hátrányos megkülönböztetést és előítéletet. (5)
<p><i>Környezeti, és környezet-egészségi kockázatok csökkentése:</i> megjelenik-e a dokumentumban olyan koncepcionális cél, amely a környezeti, és környezet-egészségi kockázatok csökkentésén keresztül törekedne az életminőség javítására.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • -

**13. TÁBLÁZAT: Székesfehérvár Megyei Jogú Város Önkormányzata Települési
Közoktatási Esélyegyenlőségi Intézkedési Terve 2007-2013**

ALAPELV ÉRTELMEZÉSE	ALAPELV DOKUMENTUMON BELÜLI ATTRIBÚCIÓJA
<p>Multiszektoralitás: megjelenik-e a dokumentumban több szakmai terület szervezet, intézmény közös feladatvállalásának, együttműködésének nevesítése a koncepcionális célok elérése érdekében illetve azzal összefüggésben.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Biztosítja, hogy a település minden lakója, valamint a kötelező és a vállalt szolgáltatásokat igénybe vevők teljes köre, de főként az oktatási intézmények, szülők és az érintett szakmai és társadalmi partnerek számára elérhető legyen a Települési Közoktatási Esélyegyenlőségi Intézkedési Terv, illetve, hogy az önkormányzat döntéshozói, tisztségviselői és a településen működő közoktatási intézmények dolgozói ismerjék és kövessék a benne foglaltakat. (55) • Gondoskodik arról, hogy az önkormányzat, illetve az egyes intézmények vezetői minden ponton megkapják a szükséges felkészítést és segítséget az intézkedési terv végrehajtásához. (55) • A Települési Közoktatási Esélyegyenlőségi Intézkedési Terv készítésébe a közoktatási intézmények vezetőit tevőlegesen bevontuk, az adattáblák kitöltése alapján létrejött helyzetelemzés alapozta meg az intézkedési terv akciótervét. (77)
<p>Kimenet oldali vezérlés – általában: a koncepcionális célok a felhasználói (pl.: lakosság) igényeit figyelembe véve fogalmazódnak-e meg, vagy az objektív feltételekhez és elvárásokhoz (törvényi előírás, EU csatlakozási elvárások, pénzügyi korlátok, stb.) igazodnak, azokat szolgálják ki.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Támogatjuk oktatási intézményeiket abban, hogy fejleszthessék szolgáltatásaik minőségét, a szakmai szolgáltatások igénybevételi lehetőségének biztosításával segítjük őket olyan új kezdeményezések elindításában, amelyek a tanítás és a tudás minőségének javítását eredményezik, hogy ennek következményeként csökkenjen az iskolából (különösen a szakképző évfolyamokról) idő előtt kieső fiatalok száma. (73) • A közoktatás-fejlesztés fókuszában lévő egész életen át tartó tanuláshoz szükséges motivációk, képességek kialakítása biztosítja a tudásalapú társadalom létrehozásának egyik feltételrendszerét, amelyhez szükséges, hogy a székesfehérvári közoktatási intézmények is a "kompetencia-alapú" nevelés, oktatás és képzés irányába fejlődjenek. A nevelő-oktató munka és a helyi programok összeállítása során kerüljön előtérbe a kompetencia-alapú képzéshez kapcsolódó minőségfejlesztési, intézményértékelési, pedagógiai mérési - értékelési ismeretek fejlesztése, az ezekhez szükséges eszközök, módszerek bevezetése. (75) • A középfokú nevelés, oktatás és képzés szintjein az alapvető képességek és készségek továbbfejlesztését, az idegen nyelvi kommunikációs képességek, az alkalmazás specifikus infokommunikációs készségek, képességek, a középszintű karrierépítési kompetenciák és az alkalmazásképes nyelvi kommunikáció fejlesztését szolgáló (akkreditálható) oktatási programcsomagok fejlesztése és/vagy (akkreditált) oktatási programcsomagok befogadása, adaptálása, kipróbálása, korrigálása, véglegesítése és terjesztése, a kapcsolódó módszertani szolgáltatási feladatok ellátása (mesteriskola funkciók) kerüljön a helyi programtervezés fókuszába. (75)
<p>Az egészségre gyakorolt hatások általi vezérlés: megjelennek-e a dokumentumban az egészségvédelmi, egészségfejlesztési igények szempontjából meghatározott koncepcionális célok, prioritások</p>	<ul style="list-style-type: none"> • -
<p>Közösségi részvétel: megjelenik-e a dokumentumban a különböző közösségi szintek és csoportok (pl. civil szervezetek, üzleti szektor, egyházak, informális szerveződések, stb.) részvételére történő utalás a koncepcionális célok elérése érdekében.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Az érintettek (pedagógusok, szülők és társadalmi partnerek, pl. helyi cigány kisebbségi önkormányzat, civil szervezetek) bevonásán, meggyőzésén alapuló intézkedési és kommunikációs terv készítése. (63) • Az intézmény és a társadalmi, szakmai partnerek közötti kapcsolat rendszeres, az együttműködés hatékony. A társadalmi partnerek (egyeztető fórum) bevonása azonban még hatványozottabban szükséges az esélyegyenlőség növelése érdekében tervezett intézkedések, programok véleményezésébe, nyomon követésébe és értékelése kapcsán. (65) • A véleményformálásra lehetőséget biztosítunk valamennyi érintett szakmai és társadalmi partner (szülői szervezetek, civil szféra, helyi kisebbségi önkormányzat, stb.) bevonásával, véleményüket írásban is várjuk. E vélemények benyújtására az Oktatási Irodában van lehetőség,

	az észrevételeket az Oktatási Bizottság tárgyalja meg. (77)
<p>Esélyegyenlőség biztosítása: megjelenik-e a dokumentumban valamilyen speciális csoport (nők, nemzeti kisebbségek, fogyatékkal élők, megváltozott munkaképességűek, szociálisan hátrányos helyzetben lévők, stb.) sajátos igényeinek nevesítése a koncepcionális célok között, vagy azzal összefüggésben.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • A Települési Közoktatási Esélyegyenlőségi Intézkedési Terv alapvető célja, hogy biztosítsa a településen a szegregációmentesség és az egyenlő bánásmód elvének teljes körű érvényesülését (54)
<p>Környezeti, és környezet-egészségi kockázatok csökkentése: megjelenik-e a dokumentumban olyan koncepcionális cél, amely a környezeti, és környezet-egészségi kockázatok csökkentésén keresztül törekedne az életminőség javítására.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • -

14. TÁBLÁZAT: Székesfehérvár Turisztikai Fejlesztési Koncepciója (1999)

ALAPELV ÉRTELMEZÉSE	ALAPELV DOKUMENTUMON BELÜLI ATTRIBÚCIÓJA
<p>Multiszektorális: megjelenik-e a dokumentumban több szakmai terület szervezet, intézmény közös feladatvállalásának, együttműködésének nevesítése a koncepcionális célok elérése érdekében illetve azzal összefüggésben.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -
<p>Kimenet oldali vezérlés – általában: a koncepcionális célok a felhasználói (pl.: lakosság) igényeit figyelembe véve fogalmazódnak-e meg, vagy az objektív feltételekhez és elvárásokhoz (törvényi előírás, EU csatlakozási elvárások, pénzügyi korlátok, stb.) igazodnak, azokat szolgálják ki.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Szakértői megkérdések (54-64)
<p>Az egészségre gyakorolt hatások általi vezérlés: megjelennek-e a dokumentumban az egészségvédelmi, egészségfejlesztési igények szempontjából meghatározott koncepcionális célok, prioritások</p>	<ul style="list-style-type: none"> -
<p>Közösségi részvétel: megjelenik-e a dokumentumban a különböző közösségi szintek és csoportok (pl. civil szervezetek, üzleti szektor, egyházak, informális szerveződések, stb.) részvételére történő utalás a koncepcionális célok elérése érdekében.</p>	<ul style="list-style-type: none"> A civil turisztikai szerveződések menedzsmentje (78-79)
<p>Esélyegyenlőség biztosítása: megjelenik-e a dokumentumban valamilyen speciális csoport (nők, nemzeti kisebbségek, fogyatékkal élők, megváltozott munkaképességűek, szociálisan hátrányos helyzetben lévők, stb.) sajátos igényeinek nevesítése a koncepcionális célok között, vagy azzal összefüggésben.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -
<p>Környezeti, és környezet-egészségi kockázatok csökkentése: megjelenik-e a dokumentumban olyan koncepcionális cél, amely a környezeti, és környezet-egészségi kockázatok csökkentésén keresztül törekedne az életminőség javítására.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -

**Székesfehérvár Megyei Jogú Város Önkormányzatának
Egészségfejlesztési Terve**

3. sz. melléklete

**SZÉKESFEHÉRVÁR MJV
EGÉSZSÉGFEJLESZTÉSI TERVÉNEK KIDOLGOZÁSÁT
MEGALAPOZÓ, A HELYI POLITIKAI
KULCSSZEREPLŐKKEL FELVETT INTERJÚK ÖSSZEGZÉSE**

Girán Tanácsadó Iroda

2010.

Bevezetés

Székesfehérvár város egészségfejlesztési tervének kidolgozást előkészítő adatgyűjtés során a lakossági kérdezés, a dokumentum-elemzés és a WHO Egészséges Városok indikátorrendszer segítségével végzett állapotfelmérés mellett a helyi politikai döntéshozatal kulcsszereplői körében is adatgyűjtés történt. A kérdezés 2010. augusztus hónapjában zajlott. A megkérdezett válaszadók a város 12 önkormányzati bizottságának elnökeiből – illetve alelnökeiből vagy elnökhelyetteseiből – kerültek felkérésre.

A bizottsági elnökök megkérdezésére azért esett a választás, mivel a helyi döntéshozatali struktúrában betöltött helyük meghatározó, a szakpolitikák döntéselőkészítése alapvetően a döntési kompetenciájukba tartozik. Ezáltal ha az egészségfejlesztési tervben foglalt célok eléréséhez és az egészségközpontú közpolitika kialakításához szükségesnek tartjuk a különböző szakpolitikai területek közötti multiszektorális együttműködés kialakítását, akkor célszerű minél pontosabban ismerni, hogy a bizottságok szakpolitikai koncepcióik célrendszerét:

- milyen mértékben veszik figyelembe a napi döntéshozatali gyakorlatban;
- történik-e egyeztetés a különböző szakterületek között akár a koncepcionális tervezés, akár a napi döntéselőkészítés során;
- milyen módon viszonyulnak a jelenlegi döntéshozók az egészség, mint prioritás döntéshozatali rendszeren belüli hangsúlyos megjelenéséhez.

Mindezen információk összegyűjtése érdekében az interjúk során a következő négy témakörre vonatkozóan fogalmazódtak meg kérdések:

1. az egészség, mint prioritás megjelenése a városi döntéshozatali struktúrában;
2. a szakpolitikai koncepciók és a döntéshozatal viszonya;
3. a koncepcióalkotáshoz kapcsolódó szakmai és társadalmi egyeztetés jelenlegi gyakorlatának jellemzői;
4. a településen élők egészségi állapotának javítása érdekében szükséges kezdeményezések.

Az interjúk összegzése a témakörök struktúrájának megfelelően tagolódik.

1. Az egészség, mint prioritás megjelenése a városi döntéshozatali struktúrában

Az egészség, mint prioritás a városvezetés döntéshozatali struktúrájával való viszonyának megismeréséhez először arra vonatkozóan fogalmaztunk meg kérdést, hogy *feladata-e a település vezetésének, hogy foglalkozzon a településen élők egészségi állapotának javításával.*

A megkérdezett kulcsszereplők egyértelműen meghatározó feladatként értékelték a városvezetés számára az egészség prioritásként történő kezelését. A vélemények összegzéseként megfogalmazható, hogy a városban élők életminőségének egyik legfontosabb jellemzője a saját egészségi állapotuk, amelyek összessége képezi az adott város egészségi állapotát. Mindez visszahat arra, hogy az adott város milyen életminőség megéléséhez alkalmas feltételeket biztosít. Ezáltal kölcsönhatás jön létre az egyéni egészségi állapot és a városi környezet között, ami meghatározza, hogy ki hogyan érzi magát egy városban, és mennyire elégedett az életminőségével, de ezen keresztül áttételesen a város, mint lakóhely biztosította lehetőségekkel. Ezért nyilvánvalóan komoly felelősséget jelent a városvezetés részére, hogy az egészség kérdését a működése, döntéshozatala során milyen fontosságú kérdésként kezeli.

A városvezetés viszonya az egészség, mint prioritással kapcsolatban annál is inkább meghatározó, mivel az egészség feltehetően a legfontosabb érték minden ember életében. Ezzel összefüggésben a válaszadók szerint az is jogos igényként tekinthető, hogy a város lakói olyan körülmények között éljenek, olyan egészségügyi szolgáltatás álljon rendelkezésükre, amely abban is segíthet, hogy egészségi állapotukat miként őrizték meg, illetve abban az esetben, ha már valamilyen egészségi probléma megjelent, annak a szakszerű és megfelelő szakmai színvonalon történő kezelését biztosítsa.

A döntéshozatali egészség-prioritással kapcsolatos viszonyának milyenségéről ad képet annak a kérdésnek a megválaszolása is, hogy a bizottsági döntések meghozatalakor általában milyen tényezőket vesznek figyelembe a bizottság tagjai. Egységesülni látszanak a vélemények abban a tekintetben, hogy a szorosán vett szakmai, valamint a pénzügyi tényezők javarészt azonos súllyal jelennek meg a döntéshozatal során, azonban nyilvánvalóan számos esetben a pénzügyi lehetőségek a szakmai elképzelések érvényesülésének korlátokat szabhatnak. Abban is egységesek voltak a vélemények, hogy amennyiben a döntéshozatal során ezen szempontok mellett egyéb releváns döntést befolyásoló tényezők is prioritásként jelennek meg, úgy azokra is a megfelelő figyelem fordul. Mindebből következően az egészségfejlesztési terv segítségével elő kell segíteni, hogy az egészség, mint prioritás minden szakterület döntéshozatali gyakorlatába olyan releváns tényezőként épüljön be, amely ráirányítja a döntéshozók figyelmét, hogy minden döntésnek akár közvetett, akár közvetlen módon, akár rövidtávon, akár hosszú távon mindenképpen megjelenik a közösség tagjainak egészségi állapotát befolyásoló hatása. Amennyiben a döntéshozók tudatosan figyelmet fordítanak döntéseik ezen konzekvenciájára, az egészséget támogató közpolitika működése megvalósulhat.

A következő kérdés az *egészségfejlesztési célok a település fejlesztését és jövőjét meghatározó tervekben, koncepciókban való integráltságára* kérdezett rá. A válaszadók véleménye szerint az egészséggel, egészségfejlesztéssel összefüggő célok a jelenleg is érvényben lévő stratégiai dokumentumok többségében megtalálható. Számos válaszadó ugyanakkor – ahogy ez a következő kérdéscsoport kérdéseire adott válaszok alapján ki is derül – kételkedését fejezte ki arra vonatkozóan, hogy a mindennapi döntéshozatali feladatokat és a bizottsági munkát tekintve milyen mértékben játszik irányadó, meghatározó szerepet az adott terület szakpolitikai koncepciója.

2. A szakpolitikai koncepciók és a döntéshozatal viszonya

A szakpolitikai koncepciók és a döntéshozatal viszonyának feltérképezése, a multiszektorális együttműködések az egészségfejlesztési tervben foglalt egészség központú közpolitika kialakítását eredményező multiszektorális együttműködés megvalósítása érdekében meghatározó fontosságúak. Elsődleges cél volt megismerni, hogy mennyire használják jelenleg a döntéshozók tudatosan a saját szakpolitikai koncepciójukat, valamint a város egyéb szakpolitikai stratégiáit.

A megkérdezett döntéshozók véleménye szerint jelenleg a különböző bizottságok munkájában figyelembe veszik ugyan az adott szakterület koncepcióját vagy stratégiai tervét, de ennek hatásához képest sokkal jelentősebb az a hatás, amit egy-egy bizottsági tag képes kifejteni a döntéshozatali folyamatra. Abban az esetben, ha van egy olyan elkötelezett személy – különösen, ha ez a személy a bizottsági elnök – akkor „van gazdája” az adott ügynek és ő végigviszi azt a döntéselőkészítéstől a döntés meghozataláig. Ez a gyakorlat működik ugyan, de a válaszadók ezt nem tekintették a jövőben is követendő példaként.

A jelenlegi gyakorlat megváltoztatását minden megkérdezett szükségesnek tartotta, különösen annak az új helyzetnek az ismeretében, hogy a jelenleg 33 fős képviselő-testület a helyhatósági választásokat követően 21 főre csökken, és ez a helyzet új bizottsági struktúra kialakítását is eredményezi. Ebből következően az egyes szakpolitikai területeket összefogottabb módon lesz szükséges kezelni. Újra kell gondolni a döntési kompetenciákat és az ezekhez tartozó felelősségi szinteket. A bizottsági munka önmagában is átalakítást, összehangoltabb működési kereteket igényel az egyes bizottsági területek között.

A továbblépés lehetőségeként fogalmazódott meg, hogy az egyes szakterületeken dolgozó szakemberek fogalmazzák meg a saját elképzeléseiket, majd a politikának lehet az a feladata, hogy elindítson a várospolitikai célok teljesülése érdekében generált egyeztetési és döntéselőkészítési folyamatot. Ennek lezárása után a szakmai elképzelések egy koherens

döntéshozói állásponttá alakítva kerülhetnek a végső döntéshozatali fórum, a Közgyűlés elé, amely megerősítheti vagy elvetheti az előterjesztést. Amennyiben megtörténik a jóváhagyás, úgy végrehajtási tervet, ütemezést és forrást is rendelhet hozzá. Ennek az optimális – és egyenlőre hipotetikus – rendszernek jelenleg számos eleme nem működik. Ugyanakkor a döntéshozók véleménye szerint ennek megteremtése és működtetése csak egységes és hatékony városvezetés kérdése. Ha van egy egyértelmű döntési mechanizmus, és ott van egy politikai és szakmai szándék, akkor egy bizonyos programot rendszerszerűen végre lehet hajtani. Mindez érvényes az egészségfejlesztési tervre és az annak hatására kialakítandó multiszektorális együttműködésre is.

Az egészségfejlesztési terv céljainak várható jövőbeni megvalósulása és prioritásainak érvényesülési hatékonyságára vonatkozóan vonhatóak le előzetes következtetések azokból a válaszokból, amelyek arra a kérdésre fogalmazódtak meg, hogy a koncepcionális célok milyen hatékonysággal valósultak meg az eddigi döntéshozatali gyakorlat során.

A vélemények megegyeznek abban, hogy a városvezetés számára az elmúlt évtizedben számos koncepció került kidolgozásra, de ezek céljaiból viszonylag kevés valósult meg. Ennek ellenére minden érintett hangsúlyozta, hogy koncepciókra nyilvánvalóan szükség van, de ha nem történik meg a koncepcionális célok végrehajtása, ha a döntéselőkészítés során nem fordul kellő figyelem annak ellenőrzése, hogy a tervezett döntés illeszkedik-e a koncepció által kijelölt cselekvési irányba, akkor a koncepcióalkotás pusztán öncélként tekinthető.

3. A koncepcióalkotáshoz kapcsolódó szakmai és társadalmi egyeztetés jelenlegi gyakorlatának jellemzői

A koncepcióalkotáshoz kapcsolódó egyeztetés jelenlegi gyakorlatának áttekintése lehetőséget adhat annak megítélésre, hogy a multiszektorális együttműködés kialakítása érdekében milyen aktuálisan működő formális vagy informális rutinok hasznosíthatóak, valamint hogy milyen új interakciók kialakítása szükséges.

Az egyes szakterületek koncepcióinak kidolgozása során a más szakterületek képviselőivel, szaktanácsadók tagjaival történő egyeztetés jelenleg formálisan kialakult és minden szereplőre érvényes gyakorlata nincs. Ez a helyzet azonban nem jelenti azt, hogy ne lenne egyeztetés a koncepcióalkotás vagy az azt követő döntéselőkészítés során, csak annyit jelent, hogy esetleges, és személyek egyéni szándékán, belátásán, döntésén múlik, hogy mikor, kivel, milyen ügyben valósul meg véleménycsere.

Az egyeztetési folyamat esetlegességéhez hasonló, ad hoc módon alakuló folyamatok jellemzik a különböző szakmai szereplőktől származó vélemények készülő koncepciókba vagy előkészítés alatt lévő döntésekbe történő beépülésének gyakorlata is. Alapvetően szintén egy-egy

személyhez köthető egyéni döntések, szándékok alapján kerülnek figyelembe vételre a külső vélemények.

Ugyanakkor annak ellenére, hogy a bizottságok és szakterületek közötti egyeztetés nem rendelkezik formális gyakorlattal, a megkérdezettek túlnyomó többsége arról számolt be, hogy rendszeres egyeztetés működik a bizottságok és a szakterületek között, és a felmerült javaslatok és vélemények beépítésre is kerülnek a dokumentumokba, döntésekbe. Megfogalmazódott azonban az a markáns vélemény is, hogy szükséges lenne egy általános protokoll, amely szabályozná és keretet adna az egyeztetéseknek, és így mind a szakterületek munkája, mind a városvezetés döntéshozatali gyakorlata nyilvánvalóan hatékonyabban működhetne.

Az intézményesült keretek között zajló egyeztetés gyakorlatának hiánya – a szakterületek képviselőivel való egyeztetés mellett – a formális és informális társadalmi csoportokkal való egyeztetést is jellemzi. Ebből következően nem működnek kialakult formák és/vagy fórumok ahol a civil szervezetek vagy lakóközösségi, szomszédsági csoportok képviselői akár a választott képviselőkkel, akár a koncepciók kidolgozásával vagy adott esetben a döntéselőkészítéssel megbízott szakértőkkel érdekegyeztetéseket folytathatnának. A válaszadók elmondása alapján megállapítható, hogy e helyzetet terheli még az érdektelenség is, mivel több esetben annak ellenére, hogy a véleménynyilvánításra rendelkezésre állnak a lehetőségek, lakossági csoportok tagjai nem élnek a véleménynyilvánítás lehetőségeivel. Példaként hangzott el egy koncepció véleményezésének esete, amikor a város honlapján került a dokumentum közzétételre, és alig tíz észrevétel érkezett a lakosság részéről. Ebből következően az együttgondolkodás érdekében a lakosság számára is nyilvánvalóvá kell, hogy váljon, hogy joga van a saját érdekeinek érvényesítésére, és ehhez a megfelelő egyeztetési formák is rendelkezésre állhatnak, de ehhez a tudatos informáló és ismeretátadó tevékenység elengedhetetlen.

4. A településen élők egészségi állapotának javítása érdekében szükséges kezdeményezések

A településen élők egészségi állapotának javítása érdekében szükséges kezdeményezések egyik meghatározó feltétele, az egészség, mint prioritás döntéshozatalon belüli érvényesülése. Az ehhez szükséges feltételekkel kapcsolatos vélemények alapján megállapítható, hogy a megkérdezettek egybehangzóan támogatják, hogy minden olyan döntés esetén, ahol ennek relevanciája lehet, az egészség prioritásként jelenjen meg. Ehhez elsődlegesen az szükséges, hogy ez az elvárás a döntéshozó testületek felé egyértelműen megfogalmazásra kerüljön.

Mindehhez szükség van egy társadalmi felelősségvállalást is tükröző hozzáállásra mind a civil szféra, mind az üzleti szervezetek, mind a helyi döntéshozók részéről. A civil szférának ki kell kényszeríteni, hogy a döntések esetén az egészség-szemponatok prioritásként érvényesüljenek, az üzleti szervezeteknek ezt el kell fogadniuk, míg a döntéshozóknak meg kell felelniük ezen elvárásnak. Mindez csak kölcsönös és folyamatos kommunikáció és konszenzuskeresés segítségével érhető el.

Az egészségi állapot javítása érdekében szükségesnek tartott kezdeményezések egy másik csoportjába tartoznak azok a kezdeményezések, amelyek egyrészt a környezet egészségi-kockázatok, másrészt az egészségmegőrzés és egészségtudatos életvezetés megélésének lehetőségeit jelentik.

A környezet-egészségi kockázatok csökkentése körébe tartozó intézkedésként a legtöbb vélemény a közúti közlekedéssel kapcsolatos kockázatokat említette. Ide tartozóan került szóba az oktatási intézmények környékén történő forgalomcsökkentés, a tömegközlekedési rendszer átszervezése és a belvárosi forgalmi rend újraszabályozása a belváros forgalmának csökkentése érdekében, a zajvédő falak és egyéb zajterhelés-csökkentő intézkedések, valamint a védőerdősávok kialakítása, a közbiztonság fokozása, továbbá átfogó megoldásként a belvárosi lakótelepi részek újratervezése és újraépítése is.

Az egészségtudatos életvezetés feltételeinek biztosítása érdekében a tömegsport és szabadidősport infrastrukturális feltételeinek megteremtése, a jelenlegi sportpályák felújítása, továbbá olyan elárúsítóhelyek – piac – kialakítása, ahol a helyi termelők a helyi termelésű élelmiszereiket árusíthatják, így biztosítva egyrészt az egészséges élelmiszerekhez való hozzájutás, másrészt a helyi termelők áruinak piachoz jutását.

Szinte minden válaszadó érintette a kórház-város viszonyrendszer valamely szegmensét. Az egészséget támogató városi környezet kialakítása tekintetében nyilvánvalóan figyelembe kell venni az egészségügyi ellátórendszer működését is. Számos ellentmondásos és félreérthető helyzetet teremt, hogy a kórház fenntartója nem a város, de az ellátottak és a dolgozók jelentős része a város lakói közül kerül ki, de a városvezetés fenntartói jogosultság hiányában nem tud közvetlen befolyást gyakorolni a kórház működésére, az ellátási színvonal milyenségére. Véleményként fogalmazódott meg, hogy ki kell tudni alakítani azt a konszenzusos megoldást, amely keretében a város adott esetben biztosítja a kórház finanszírozásának egy részét, de ezért arányos döntési kompetenciát kell kapnia a kórházzal kapcsolatos ügyek tekintetében. E feltételek teljesülése esetén az egészségügyi ellátórendszer területén is lehetőségeihez mérten mindent megtesz a város, hogy a város egészséget támogató módon működjön.

**Székesfehérvár Megyei Jogú Város Önkormányzatának
Egészségfejlesztési Terve**

4. sz. melléklete

**Székesfehérvár MJV állapotfelmérése
a WHO Egészséges Városok indikátor-rendszer
alkalmazásával**

Girán Tanácsadó Iroda
2010.

Bevezetés

Az Egészséges Városok mozgalom tagvárosainak - valamint minden felelősen gondolkodó városvezetésnek - bizonyítania kell a helyi közösségük tagjai számára, hogy tevékenységükkel valós eredményeket képesek elérni a települési egészségi kockázatok csökkentése területén. Az eredmények hitelt érdemlő bemutatása különböző módokon történhet. Ennek egy lehetséges módja a helyi egészségfejlesztési és egészségpolitikai kezdeményezések (projektek, akciók, programok, stb.) hatásainak rendszeres nyomon követése és az eredmények közzététele. A hatások számos módon, más és más koncepcionális alapon kialakított megközelítés és módszer alkalmazásával vizsgálhatóak. Ugyanakkor fontos megjegyezni, hogy az egészségfejlesztési tevékenységek értékelése meglehetősen összetett feladat, mivel az egészségfejlesztés számos tevékenységtípus formájában megjelenhet, az ismeretátadástól kezdve, a kampányokon át, egészen a mozgalmakig bezáróan. Ezért rendkívül nehéz egyetlen módszert, megközelítést vagy technikát megnevezni, amely minden egészségfejlesztési kezdeményezés esetén általános érvénnyel használható lehetne. Annál is inkább, mivel az egészségfejlesztési tevékenységeket végző szakemberek – egészségfejlesztők, orvosok, pedagógusok, közösségfejlesztők, szociális szakemberek, stb. – a saját elsődleges szakterületük által képviselt értékelési metódust, valamint az annak szabályai szerint előállított eredménytípust preferálják, és az attól eltérő módokat nem minden esetben fogadják el, mint „tudományosan megalapozott és legitim” módszereket, eredményeket.

Az értékelés feladatát jelentősen megnehezíti továbbá az a kihívás is, miszerint a döntéshozók gyakran kérnek vagy várnak számszerűsíthető indikátorokra épülő számszerű adatokat, továbbá az egészségügy területén dolgozó vagy annak eredményességét értékelő szakemberek is általában a kvantitatív adatok szolgáltatásához és értelmezéséhez szoktak hozzá. Ily módon elsősorban számokra tekintenek a „bizonyíték zálogaként”³⁷, és elsősorban azokat fogadják el „érvényes” vagy „pontosan értelmezhető” eredményként³⁸. Mindebből következően, az egészségfejlesztési tevékenységek értékeléséhez jelenleg számos különböző módszertan alkalmazása történik³⁹, és ez a probléma folyamatosan foglalkoztatja mind a WHO szakértőit,

³⁷ Erre példa az olyan általános egészségmutatók, mint a QALY (Quality-Adjusted Life Years) és a DALY (Disability Adjusted Life Years) egyre népszerűbbé válása, amelyek alkalmazása azonban - a WHO és a Világbank ajánlása ellenére - még nem egységesen elfogadott.

³⁸ McQueen, V. D.-Anderson, M.L. (2004): *Mi számít bizonyítéknak? Kérdések és viták*. In Kutatás-monitorozás, értékelés az egészségfejlesztésben. OEFI, Budapest

³⁹ v.ö. Nutbeam, D. (1998): *Evaluating health promotion – progress, problems, and solutions*. = Health Promotion International vol.13. no.1.

mind az eredmény-értékeléssel foglalkozó kutatókat. Különösen fontos mindez az Egészséges Városok mozgalom tagvárosaiban, hiszen ez a mozgalom volt az *első* olyan kezdeményezés, amely a helyi közösség *különböző szegmenseit* érintve és *különböző közösségi alapú egészségfejlesztési módszereket egymással párhuzamosan alkalmazva hosszú távú folyamatos tevékenységként* célozta az egészségi állapot javítását eredményező változtatások elindítását és megvalósítását. E sajátossága miatt már a korai értékelések tapasztalatai alapján egyértelművé vált, hogy ez a kezdeményezés nem alkalmas sem a kísérleti típusú vizsgálati módszerekkel történő, sem pedig az elért eredményeket a korábban kitűzött célokkal összehasonlító metódust alkalmazó értékelésre⁴⁰.

Az Egészséges Városok mozgalom értékelésével kapcsolatos vélemények⁴¹ már az indulás utáni időszaktól kezdődően *megegyeznek* abban, hogy inkább a mozgalom céljainak megvalósulását segítő *folyamatnak* és annak a *hosszú távú változást előidéző hatásainak*, mintsem egy-egy projekt rövidtávú eredményeinek a vizsgálata szükséges. Ennek oka, hogy a projekt-típusú helyi kezdeményezések gyakran egymáshoz kapcsolódnak, így összetett és szerteágazó tevékenységrendszerként működnek, azzal együtt, hogy egyes elemeik eltérő rendszerességgel vagy éppen csak egy-egy alkalommal tűnnek fel a helyi közösség életében. Így a minden egyes tevékenység vizsgálata csak rendkívül bonyolult módon, *nagyon nagyszámú indikátor* alkalmazásával lenne megoldható, amelyek szakszerű kezelése a legtöbb tagváros esetében a helyi menedzsment szervezeteknek *megoldhatatlan* feladatot jelentene⁴².

E problémával szembesülve, a WHO által felkért szakértők az Egészséges Városok mozgalom II. ötéves munka-ciklusában (1993-1997) kidolgoztak egy olyan indikátor-rendszert, amely az egészséget meghatározó társadalmi tényezők szempontjából vizsgálja egy adott város jellemzőit. Ez az indikátor-rendszer *alkalmas* arra, hogy *robosztus, megbízható, és jól értelmezhető* adatokat produkáljon egy *leíró jellegű*, elsősorban egy adott helyzet – null-állapot regisztrálása, részeredmények értékelése, eredményállapot meghatározása, stb. – vizsgálatát

³⁹ Ouellet, F.-Durand, D.-Forget, G. (1994): *Preliminary results of an evaluation of three Healthy Cities initiatives in the Montreal area.* = Health Promotion International vol.9. no.3. 153-159.

³⁹ Kickbusch, I. (1989): *Healthy Cities: a working project and a growing movement.* = Health Promotion International vol. 4, no. 2.; Tsouros, A.-Draper, R.A. (1993): *The Healthy Cities project: new developments and research needs.* In Davies, J.-Kelly, M. (eds.) *Healthy Cities: Research and Practice.* Routledge, New York; Hancock, T. (1993): *The Evolution, Impact and Significance of the Health Cities/Healthy Communities Movement.* = Journal of Public Health Policy, Vol.14, No. 1

⁴⁰ Ouellet, F.-Durand, D.-Forget, G. (1994): *Preliminary results of an evaluation of three Healthy Cities initiatives in the Montreal area.* = Health Promotion International vol.9. no.3. 153-159.

⁴¹ Kickbusch, I. (1989): *Healthy Cities: a working project and a growing movement.* = Health Promotion International vol. 4, no. 2.; Tsouros, A.-Draper, R.A. (1993): *The Healthy Cities project: new developments and research needs.* In Davies, J.-Kelly, M. (eds.) *Healthy Cities: Research and Practice.* Routledge, New York; Hancock, T. (1993): *The Evolution, Impact and Significance of the Health Cities/Healthy Communities Movement.* = Journal of Public Health Policy, Vol.14, No. 1

⁴² O'Neill, M.-Simard, P. (2006): *Choosing indicators to evaluate Healthy City project: a political task?* = Health Promotion International. vol.21. no.2. 145-152.

célzó elemzés elvégzéséhez⁴³. Alkalmas továbbá arra is, hogy változtatási javaslatok – például egészségfejlesztési terv – megfogalmazása esetén egységes viszonyrendszer megteremtésével támogassa a kiinduló helyzet és az ehhez képest való célállapot elérésének rögzítését. Az indikátor-rendszer a következő indikátor-csoportokat tartalmazza: (1) mortalitási és morbiditási mutatók, (2) egészségi és egészségügyi ellátórendszer humán-erőforrás kapacitásainak mutatói, (3) környezet-egészségi állapotot és kockázatok mutatói, (4) az egészség társadalmi meghatározó tényezőire vonatkozó mutatók, amelyek részletesen az alábbiakban találhatók.

WHO Egészséges Városok Indikátor-rendszer⁴⁴

1. Halálozási okok (betegség)
2. Egyéb leggyakrabban előforduló halálokok (összes halálok százalékában)
3. Alacsony testsúllyal születés (2000 gr. alatt) (1000 szülésre vetítve, évenként)
4. Védőoltásban részesült gyermekek száma (fő, illetve % a teljes gyermekszámhoz képest)
5. *Egészségügyi oktatási programok száma*
6. *Az egy háziorvosra jutó betegek száma (átlagosan, fő)*
7. *Az egy nővérre jutó betegek száma (fő)*
8. *Társadalombiztosítási kártyával rendelkezők száma (fő)*
9. *Idegen nyelvet beszélő háziorvosok száma (fő)*
10. *Az önkormányzat által tárgyalt, az egészségügyhöz kapcsolódó esetek, felszólalások stb. száma*
11. Légszennyezettségi adatok
12. Víztisztaságra vonatkozó adatok
13. A szennyvíz általi vízszennyezés mértéke a vízszennyező tényezőkön belül (%)
14. A háztartási hulladékgyűjtésbe bekapcsolt háztartások száma és aránya a teljes háztartásokhoz képest
15. Háztartási hulladék kezelésének minőségi indexe
16. A városon belüli zöldfelületek aránya (%)
17. A városi zöldfelületekhez való hozzáférés lehetősége a lakosság számára
18. Elhagyott (nem használt) ipari területek aránya a teljes területhez képest
19. Sport és szabadidős intézmények, lehetőségek száma
20. Sétálóutcaik száma, hossza
21. A kerékpáros közlekedés helyzete a városban (kerékpárutak hossza)
22. A tömegközlekedés helyzete a városban
23. A tömegközlekedés által lefedett városrészek aránya (%)
24. A lakóövezet nagysága a város területén belül (m²)
25. *A komfort nélküli lakásokban élők (háztartások) száma (fő)*
26. *A hajléktalanok becsült száma (fő)*
27. *Munkanélküliségi ráta (%)*

⁴³ McQueen, V. D.-Anderson, M.L. (2004): *Mi számít bizonyítéknak? Kérdések és viták*. In Kutatás-monitorozás, értékelés az egészségfejlesztésben. OEFI, Budapest

⁴⁴ Forrás: Doyle, Y.-Webster, W. Price, C. (eds) (1997): *Healthy Cities Indicators: Analysis of Data from Cities Across Europe*. WHO, Regional Office for Europe, Copenhagen

- 28. *Létminimum alatt élők száma (fő)*
- 29. *Bölcsődei, óvodai férőhelyek száma (fő)*
- 30. *Élveszülések száma a 20 évnél fiatalabb, 20-24 éves és a 35 év feletti nők csoportjaiban (1000 szülésre vetítve, évenként)*
- 31. *Az abortuszok száma a szülések számához képest (évenként)*
- 32. *A rokkantak foglalkoztatottsági mutatói (arányuk az egészséges munkavállalókhöz képest)*

A nemzetközileg elfogadott indikátor-rendszer használatakor a korábbi kutatások tapasztalatai⁴⁵ alapján figyelembe kell azonban venni azt a nehézséget is, hogy nem lehetséges, hogy egyetlen mérőeszköz minden sajátos helyi viszonyrendszerben azonos módon legyen alkalmazható. Ily módon a jelenlegi helyzetelemzés során is van néhány olyan mutató, amelyre vonatkozóan nem, vagy csak részben lehetséges érvényes adatokat közölni. Ennek oka az országonként – és azon belül akár intézményrendszerenként – eltérő adatgyűjtési, adatszolgáltatási és adatfeldolgozási gyakorlatokkal magyarázható. A jelenlegi állapotfelmérés során az indikátor-rendszerben szereplő összes mutató megjelenítésre kerül, azonban azon esetekben, ha az adott mutatóra vonatkozóan nem sikerült adatot szerezni, azt – és lehetőség szerint annak okát – külön közöljük.

Az állapotfelmérés során a 2008. év adatait gyűjtöttük össze, mivel ez az időben legközelebbi év, amelyre vonatkozóan a potenciális adatszolgáltatók (pl. KSH, ÁNTSZ, stb.) mindegyike már feldolgozott és lezárt adatbázisokkal rendelkezik. Ugyanakkor vannak olyan mutatók, amelyekre vonatkozó adatgyűjtés nem éves rendszerességgel történik (pl. népszámláláshoz köthető adatok), így ezekben az esetekben a legutóbbi hozzáférhető adatot közöljük. Az adatok minél hatékonyabban értelmezése érdekében azokat egyrészt standardizált formában – jellemzően ezer főre vetítve – közöljük, másrészt a viszonyrendszerbe illesztés és értelmezés érdekében – ahol ez lehetséges – az ország egészére jellemző értékekkel együtt adjuk közre. Ezen okból adódóan, az állapotfelmérés során használt mértékegységek és viszonyszámok bizonyos esetekben eltérnek a nemzetközileg ajánlott indikátor-rendszer mértékegységeitől, viszonyszámaitól.

Záró gondolatként ismételten hangsúlyozni kívánjuk, hogy az állapotfelmérés egy pillanatfelvétel, amely eredményeinek egy későbbi időpontban végzett hasonló felmérés adataival való összevetése mutathatja meg azokat a változásokat – illetve azok elmaradását –, amelyek a vizsgált időpontok közötti időszak(ok)ban történtek, így teremtve lehetőséget a tervezett folyamatok értékelésére, és az eredmények hitelt érdemlő bemutatására.

⁴⁵ v.ö. de Leeuw, E. (2001): Global and local (glocal) health: the WHO healthy cities programme = Global Change & Human Health, Vol. 2, No. 1

1. Mortalitási és morbiditási mutatók

A mortalitás és morbiditás mutatók között elsőként Székesfehérvár városában a *halálozási okokként* leggyakrabban előforduló öt tényező vizsgálata történt, amelyek 2008. évben az alábbiak szerint alakultak:

		2008
IX. Keringési rendszer betegségei (I00-I99) (ezer főre vetítve)	országos	6,45
	helyi	4,87
II. Daganatok (C00-D48) (ezer főre vetítve)	országos	3,27
	helyi	2,85
XI. Emésztőrendszer betegségei (K00-K92) (ezer főre vetítve)	országos	0,84
	helyi	0,78
X. Légzőrendszer betegségei (J00-J99) (ezer főre vetítve)	országos	0,62
	helyi	0,70
XX. Morbiditás és mortalitás külső okai ⁴⁶ (V01-Y98) (ezer főre vetítve)	országos	0,45
	helyi	0,35

Forrás: ANTSZ Dél-Dunántúli Regionális Intézet adatbázis és saját számítás

A vizsgált halálozási okok tekintetében megállapítható, hogy Székesfehérvár lakói, egyetlen tényező – a légzőrendszer betegségei – kivételével az ország egészére jellemző mutatókhoz képest előnyösebb helyzetben van. Különösen meghatározó a különbség az első számú vezető halálokok, a keringési rendszer betegségeit tekintve, ahol helyben csaknem két fővel kevesebb haláleset jut ezer főre, mint országosan. A többi mutató esetén a különbség jellemzően tizedekben mérhető, mindazonáltal az adott kockázat erősségét jól szemlélteti.

A légzőrendszer betegségei esetén az országos értéket meghaladó helyi viszonyszám értelmezéséhez mindenképpen figyelembe kell venni a lakossági kérdezés során feltárt eredményeket is, miszerint a városban élők a veszélyeztető problémák spotán említése és az előre megfogalmazott egészségi kockázatok értékelése esetén is egyaránt jelentős problémaként értékelték a légszennyezést illetve a levegő tisztaságát.

Az *alacsony testsúllyal születés* tekintetében a székesfehérvári helyzet szintén jelentősen jobb értéket mutat, mint az országosan jellemző adat.

		2008
ezer születésre jutó alacsony testsúllyal születettek száma ⁴⁷	országos	82,91
	helyi	62,00

Forrás: ANTSZ Dél-Dunántúli Regionális Intézet adatbázis és saját számítás

⁴⁶ Ez a mutatót az Egészséges Városok indikátor-rendszerben az „egyéb leggyakrabban előforduló halálok” megfelelője, amely alapvetően a baleseti halál és az öngyilkosság, mint halálokok adatait tartalmazza.

⁴⁷ Az Egészséges Városok indikátor-rendszer 2000g alatti súlyt tekinti az alacsony testsúllyal születés határértékének. A magyarországi klasszifikáció az alacsony testsúllyal születés határértékét 2500g értékben jelöli meg és az adatgyűjtés is ennek megfelelően történik. Így a közölt adatok a 2500g-nál kisebb súllyal születettekre vonatkoznak.

A védőoltásban részesült gyermekek számát tekintve a város lakosságára a teljes körű átoltottság a jellemző a tuberkulózis elleni BCG védőoltás, a diftéria-tetanusz-acelluláris pertussis elleni 2, 3, 4, 18 hónapos és 3 éves korhoz kötött oltás, valamint a morbilli (kanyaró)-mumpsz-rubeola oltások esetén⁴⁸.

2. Az egészségi és egészségügyi ellátórendszer humán-erőforrás kapacitásainak mutatói

Az egészségügyi oktatási programok számát tekintve a szakiskolai, szakközépiskolai és OKJ képzéseket együttesen tekintve 2008/2009 tanévben összesen 21 képzési lehetőség állt rendelkezésre, amelyek felsorolását az 1. melléklet tartalmazza.

Az egy háziiorvosra jutó betegek száma vonatkozásában a székesfehérvári helyzet az országos helyzethez képest a felnőtt háziiorvosok tekintetében kedvezőtlenebb képet mutat, mivel több mint 200 beteggel nagyobb ellátandó létszám jut egy háziiorvosra. Ugyanakkor a házi gyermekorvosi praxisok esetén kedvezőbb a helyzet, mivel több mint 500 fővel kisebb ellátotti létszám jut egy háziiorvosra. A körzeti betegápolók esetén az egy főre jutó betegek száma megközelítőleg azonos az ország egészére jellemző értékkel.

		2008
Az egy felnőtt háziiorvosra jutó betegek száma (fő)	országos	1609,8
	helyi	1883,9
Az egy gyermek háziiorvosra jutó betegek száma (fő)	országos	1270,3
	helyi	769,2
Az egy körzeti betegápolóra jutó betegek száma (fő)	országos	1759,5
	helyi	1730,1

Forrás: KSH T-Star adatbázis, és Egészségügyi Statisztikai Évkönyv 2008

Az társadalombiztosítási kártyával rendelkezők száma tekintetében nem áll rendelkezésre információ.

Az idegen nyelvet beszélő háziiorvosok számára vonatkozóan nem áll rendelkezésre információ.

Az önkormányzat által tárgyalt az egészségügyhöz kapcsolódó napirendek mint indikátor vonatkozásában megállapítható, hogy Székesfehérvár város önkormányzata a 2008. évben 592 előterjesztést tárgyalt a Közgyűlés, amelyből 14 (2,36%) állt különböző módon kapcsolatban az egészségüggyel, illetve az egészséggel, mint prioritással. Az előterjesztések felsorolását a 2. melléklet tartalmazza.

⁴⁸ Forrás: ÁNTSZ Dél-Dunántúli Regionális Intézet

3. A környezet-egészségi állapot és kockázatok mutatói

A légszennyezettségi adatok azt mutatják, hogy Székesfehérvár város levegőminőségét feltételezhetően a termelő üzemek légszennyező pontforrásaiból, a közlekedésből és a fűtésből származó levegőszennyezés együttesen határozzák meg. A 2008. évre vonatkozóan a levegőminőség alakulását a 24 órás (az ózon és a szén-monoxid esetén 8 órás) automata mérőhálózat éves átlagai alapján az alábbi adatok mutatják:

		2008
szén-monoxid ($\mu\text{g}/\text{m}^3$, éves átlag)	határérték	5000
	helyi adat	658
nitrogén-dioxid ($\mu\text{g}/\text{m}^3$, éves átlag)	határérték	85
	helyi adat	21,2
szálló por (PM10) ($\mu\text{g}/\text{m}^3$, éves átlag)	határérték	50
	helyi adat	28
nitrogén-oxidok ($\mu\text{g}/\text{m}^3$, éves átlag)	határérték	150
	helyi adat	38,5
ózon ($\mu\text{g}/\text{m}^3$, éves átlag)	határérték	120
	helyi adat	78,4
benzol ($\mu\text{g}/\text{m}^3$, éves átlag)	határérték	10,0
	helyi adat	0,4

Forrás: OMSZ 2008. évi összesítő értékelés hazánk levegőminőségéről az automata mérőhálózat adatai alapján

Az Országos Meteorológiai Szolgálat által kiadott „2008. évi összesítő értékelés hazánk levegőminőségéről az automata mérőhálózat adatai alapján” értékelésben szereplő megállapítások szerint, Székesfehérvár városának levegőminősége a 2008. évre vonatkozóan „jó” minősítéssel értékelhető. Az automata mérőhely elhelyezkedése: Palotai u. – Mészöly u. sarok. Határérték túllépés a szálló por esetén 22 alkalommal fordult elő a 24 órás mérések alapján, továbbá a benzol esetén 45 alkalommal a 8 órás mérések alapján. A többi vizsgált szennyezőanyag tekintetében éves szinten nem fordult elő határérték-túllépés. E helyen utalnánk ismételten a lakossági kérdezés azon eredményére, miszerint a megkérdezettek mind a veszélyeztető problémák spotán említése, mind az előre megfogalmazott egészségi kockázatok értékelése esetén egyaránt jelentős problémaként értékelték a légszennyezést, illetve a levegő tisztaságát.

A város vízminőségére vonatkozó adatok szerint a városi ivóvízellátás vízminősége és mennyisége megfelelő, a külső lakott területek (Kisfalud, Börgönd, Csala) vezetékes vízellátása is biztosított. Vízhány, vagy a vezetékes ivóvíz minőségével összefüggésbe hozható megbetegedés – pl. methaemoglobinaemia – egészségkárosodás 2008. évben nem fordult elő. A városban a közüzemi ivóvízhálózatot a Fejérvíz Rt üzemelteti, saját akkreditált laboratóriummal rendelkezik ivóvíz, szennyvíz és fürdővíz vizsgálatokra. A vízművek zömében K-permanganátot,

Na-hypokloritot, aktívszén, klór-gázt, TRACO W 028 és Albaphos K82 L NEU vízkő gátló vegyszert használnak⁴⁹.

A szennyvíz általi vízszennyezés mértéke a vízszennyező tényezőkön belül a szennyvíz-csatornázottság mértéke Székesfehérvárott 2008. évben megközelítőleg 90%-os lefedettségű volt. Tisztítatlan szennyvizet sem az ipari termelők, sem a lakosság nem enged élővizekbe. A szennyvíz általi vízszennyezés elsődleges forrása – a havaria helyzeteket és üzemzavarok hatását nem számítva – a szikkasztókból elszivárgó tisztítatlan szennyvíz, valamint az illegális szennyvízelhelyezés. 2008. évben az akkor még csatornázatlan vagy részben csatornázott városrészekből (Felsőváros, Órhalmi szőlők, Öreghegy jelentős része, Ráchegy egyes utcái, Börgönd, Csala, Kisfalud) becsülhetően 800-1000 m³/nap mennyiségű szennyvíz kerül a talajba, mint szennyező forrás⁵⁰.

A háztartási hulladékgyűjtésbe bekapcsolt háztartások száma és aránya a teljes háztartásokhoz képest indikátor értéke lényegében 100%-nak tekinthető, mivel a város teljes területén a lakossági szilárdhulladék-szállítási és kezelési rendszer kiépített, míg a szelektív hulladékgyűjtési rendszer fejlesztése folyamatosan történik.

A háztartási hulladék kezelésének minőségi kódexe indikátor a hazai viszonyok között önálló tényezőként nem értelmezhető, mivel a hulladékkezelés módját az 1995. évi LIII. törvény a környezet védelmének általános szabályairól, valamint a 2000. évi XLIII. törvény a hulladékgazdálkodásról jogforrások kötelező érvénnyel pontosan szabályozzák, és az ezektől való eltérést szankcionálják. A városban működő hulladékkezelési rendszer az említett jogszabályi előírásoknak megfelel.

A városon belüli zöldfelületek aránya 2008. évben az ezer főre jutó települési zöldfelület nagysága tekintetében az országos helyzettel közel megegyező értéket mutat, azonban a város területéhez képest arányított zöldfelület nagysága jelentősen elmarad az ország egészére jellemző értéktől.

		2008
településen belüli zöldfelületek aránya a település területéhez képest (%)	országos	5,16 %
	helyi	1,6 %
ezer főre jutó települési zöldfelület nagysága (hektár)	országos	2,46 ha
	helyi	2,69 ha

Forrás: KSH T-Star adatbázis és saját számítás

⁴⁹ Forrás: Székesfehérvár MJV Környezetvédelmi Program 2006-2011

⁵⁰ Székesfehérvár MJV Környezetvédelmi Program 2008-2011 alapján.

A városi zöldfelületekhez való hozzáférés lehetősége a lakosság számára 100%, mivel nincsen egyetlen olyan városi gondozásban lévő zöldfelület sem, amely mint közterület, a város lakóitól elzártan vagy akár korlátozott hozzáféréssel funkcionálna.

Az elhagyott ipari területek aránya a teljes területhez képest az utolsó rendelkezésre álló információ (2003) szerint 59 ha volt, ami a város területének mintegy 0,34%-át tette ki⁵¹.

A sport és szabadidős intézmények, lehetőségek száma indikátorral kapcsolatban megállapítható, hogy 2008. évben mintegy 10 létesítmény állt a sportolni és kikapcsolódni vágyók rendelkezésére (Városi Uszoda, Volán Lovarda, Sóstói Stadion, Alba Regia Sportcentrum, Kőfém Sportcsarnok, Műjégpálya, Alba Volán Jégkorong szakosztály, Cosmic Bowling Club, VOK Velence tavi Vízisport Iskola), valamint a „Nyitott tornatermek” kezdeményezés keretében további 14 oktatási intézmény tornaterme biztosított a lakosság számára sportolási, testedzési lehetőséget⁵². Mindazonáltal a lakossági véleménygyűjtés alapján megállapítható, hogy a város lakói legfeljebb közepes mértékben elégedettek a városban rendelkezésre álló sportolási lehetőségekkel.

A sétálóutcák szám összesen 4 utca: Basa u., Fő u.; Országalma u.; Oskola u., melyek együttes hossza: kb. 1800 méter. A lakossági véleménygyűjtés alapján megállapítható, hogy a megkérdezettek a sétálóutcák számával közepes mértékben elégedettek,

A lakóövezet nagysága a város területén belül indikátor vonatkozásában nem áll rendelkezésre információ.

A tömegközlekedés helyzete a városban, a tömegközlekedés által lefedett városrészek aránya indikátor tekintetében megállapítható, hogy a város közigazgatási területén tömegközlekedés szolgáltatást összesen 41 autóbusz-vonal biztosítja. A külvárosi területeken jellemzően 500 méteres, míg a Belvárosban 300 méteres rágyaloglással érhetőek el a buszmegállók, így a tömegközlekedés által lefedett városrészek aránya 100%. A városi tömegközlekedés üzemideje napi 18 óra⁵³. Ugyanakkor a lakossági véleménygyűjtés eredményei alapján megállapítható, hogy a megkérdezettek közel harmada a „nem megfelelő tömegközlekedés problémát” az öt leginkább súlyos probléma közé sorolta, továbbá a spontán megfogalmazott problémák között is minden alkalommal előkerült a tömegközlekedés fejlesztésének megoldandó feladata.

⁵¹ Forrás: Nagy, Á és mtsi. (2003): Az EU Strukturális Alapok keretében barnamezős rehabilitációra kiírandó pályázatok szakmai megalapozása. Előkészítő tanulmány. VÁTI Kht. Településtervezési és Tájtervezési Iroda Budapest, p. 54.

⁵² Forrás: szekesfehervar.hu (letöltve 2010. 07.30)

⁵³

A kerékpáros közlekedés helyzete a városban indikátorhoz tartozó adatok a következők: 2009-ben Székesfehérvárott 30 km⁵⁴. Az országos átlagot tekintve az ezer főre jutó kerékpárutak hossza 131,44 méter, míg Székesfehérvárott ez az érték 294,96 méter, ami több, mint a duplája az országos értéknek. A kerékpáros közlekedés lehetőségeivel a város lakossága a véleménygyűjtés alapján a kerékpárút nagyságával közepesen elégedett, és több spontán megfogalmazott javaslatkérés esetén is említésre került a városi kerékpárút-hálózat fejlesztésének igénye.

4 Az egészség társadalmi meghatározó tényezőire vonatkozó mutatók

A komfort nélküli lakásokban élő háztartások tekintetében a Népszámlálás mikrocenzusának adatai állnak rendelkezésre, amelyek szerint Székesfehérvár városában az ezer – legalább félkomfortos lakásban élő – háztartásra jutó komfort nélküli lakásban élő háztartás száma jóval kedvezőbb helyzetet mutat az országos értékekhez képest, mivel annál csaknem 25%-kal alacsonyabb értékkel jelenik meg.

		2005
ezer – legalább félkomfortos lakásban élő – háztartásra jutó komfort nélküli lakásban élő háztartás száma (db)	országos	125,09
	helyi	99,14

Nepszamlalas.hu

A hajléktalanok becsült száma 2008. évben a regisztrált utcai hajléktalan személyek száma kb. 580 fő volt, melyből aktív utcai hajléktalan személy kb. 210 fő volt. Ezek a számok az utóbbi öt évben közel azonosak voltak⁵⁵.

A munkanélküliségi ráta tekintetében a székesfehérvári helyzet az ország egészére jellemző értékhez képest jóval kedvezőbb képet mutat, mivel a relatív összehasonlítást tekintve csaknem 1,5% -kal elmarad az országos értéktől, és abszolút viszonylatban is meglehetősen alacsonynak értékelhető. Mindezek alapján feltételezhető, hogy Székesfehérvárott a munkanélküliség a 2008. év tekintetében nem jelent meg problémaként.

		2008
munkanélküliségi ráta (%)	országos	4,41
	helyi	2,98

Forrás: KSH T-Star adatbázis és saját számítás

A létminimum alatt élők számáról sem a város, sem más adatgyűjtésre hivatott szervezet nem vezet nyilvántartást, így ezen indikátorra vonatkozó adat nem áll rendelkezésre.

⁵⁴ http://turizmus.szekesfehervar.hu/_user/11/File/kereparutak.pdf (letöltve 2010. 07.30)

⁵⁵ Forrás: Székesfehérvár MJV Önkormányzatának Szociális Szolgáltatástervezési Koncepciója 2010 – 2015.

A bölcsődei, óvodai férőhelyek száma 2008. évben a bölcsődei férőhelyek tekintetében az ország egészére jellemző értékhez képest jelentősen kedvezőbb helyzetet mutatott, mivel mintegy 4 fővel kevesebb gyermek jutott egy férőhelyre, mint amit az országos adat mutat. Az óvodai férőhelyek tekintetében a helyi lehetőség szintén kedvezőbb képet mutat, mivel az országos adattól való eltérés mértéke nem jelent meghatározó különbséget.

		2008
egy bölcsődei férőhelyre jutó 0-2 év közötti életkorú gyermek száma (fő)	országos	11,3
	helyi	7,4
egy óvodai férőhelyre jutó 3-5 év közötti életkorú gyermek száma (fő)	országos	0,81
	helyi	0,68

Forrás:KSH T-Star adatbázis és saját számítás

Az élveszülések száma a 20 évnél fiatalabb, 20-24 éves és a 35 év feletti nők indikátor vonatkozásában korcsoportos bontásban nem állnak rendelkezésre adatok. A 2008. évben mindösszesen 979 élveszülés került regisztrálásra a városban.

Az ezer születésre jutó abortuszok száma a 2008. évben Székesfehérvárott kedvező képet mutatott, mivel több mint 100 fővel elmaradt az ország egészére jellemző értéktől.

		2008
ezer szülésre jutó abortuszok száma (db)	országos	445
	helyi	330

A rokkantak foglalkoztatási mutatói tekintetében nem állnak rendelkezésre adatok.

ARANYKÉZ SZAKKÖZÉPISKOLA ÉS SZAKISKOLA

- OKJ képzés: fogtechnikus

BELVÁROSI I. ISTVÁN KÖZÉPISKOLA BUGAT PÁL EGÉSZSÉGÜGYI SZAKKÉPZŐ**TAGINTÉZET**

- egészségügyi szakközépfiskolai szak;
- szakképzések:
 1. ápoló,
 2. csecsemő és gyermekápoló,
 3. általános asszisztens;
 4. fogászati asszisztens;
 5. mentőápoló

GYARAKINÉ ÉS TÁRSAI BT.

- OKJ képzés:
 1. ápoló
 2. gyógyszerértési asszisztens
 3. gyógyszerkiadó szakasszisztens
 4. fogászati asszisztens

PRISMA TANODA OKTATÁSI ÉS SZOLGÁLTATÁSI KFT.

- OKJ képzés:
 1. frissítő, (kondicionáló) masszőr
 2. talpmasszőr
 3. gyógymasszőr
 4. betegkísérő
 5. betegszállító
 6. sportmasszőr

KODOLÁNYI JÁNOS KÖZÉPISKOLA ÉS KOLLÉGIUM

- Emelt szintű OKJ képzés:
 1. animátor - rekreációs mozgásprogram-vezető képzés
 2. sportedző

2007 KAPOS FELNŐTTKÉPZŐ KFT.

- OKJ képzés:
 1. gyógyszerértési asszisztens
 2. gyógymasszőr

Az egészség témával kapcsolatos előterjesztések 2008

1. Javaslát fogorvosi feladatok ellátására társulási megállapodás kötésére
Előterjesztő: Dr. Csomán István Egészségügyi Bizottság elnöke
(Közgyűlés 2008. 02. 14.)
2. Javaslát a Mészöly Géza úti Orvosi rendelő és a 7. számú Szeder úti Bölcsőde átalakítási, bővítési munkáira vonatkozó nyílt közbeszerzési eljárás megindítására és az ajánlati felhívás tartalmának jóváhagyására
Előterjesztő: Szigli István Városfejlesztési Bizottság elnöke
(Közgyűlés 2008. 03. 20.)
3. Javaslát a Közép-dunántúli Operatív Program keretében meghirdetett Egészségügyi szolgáltatások fejlesztése/Kistérségi járó beteg szakellátó központok fejlesztése, alap-, járó beteg szakellátás korszerűsítése támogatására kiírt pályázathoz saját erő biztosítására
Előterjesztő: Szigli István Városfejlesztési Bizottság elnöke
(Közgyűlés 2008. 05. 22.)
4. Javaslát a 6. számú gyermek és iskolafogorvosi szolgálat működtetésére kötött Ellátási és Vagyonhasználati szerződések módosítására
Előterjesztő: Dr. Csomán István Egészségügyi Bizottság elnöke
(Közgyűlés 2008. 05. 22.)
5. Beszámoló Székesfehérvár Megyei Jogú Város lakosságának egészségügyi és közegészségügyi helyzetéről
Előterjesztő: Dr. Almási Ferenc városi tisztifőorvos
(Közgyűlés 2008. 05. 22.)
6. Javaslát fogorvosi szolgálat ellátási szerződés módosítására
Előterjesztő: Dr. Csomán István Egészségügyi Bizottság elnöke
(Közgyűlés 2008. 06. 19.)
7. Javaslát a Mészöly Géza úti Orvosi rendelő és a 7. számú Szeder úti Bölcsőde átalakítási, bővítési munkáira vonatkozó nyílt közbeszerzési eljárás ajánlatainak értékelésére
Előterjesztő: Szigli István Városfejlesztési Bizottság elnöke
(Közgyűlés 2008. 06. 19.)
8. Javaslát a „HPV vírus elleni oltóanyag beszerzése” tárgyában nyílt közbeszerzési eljárás megindítására
Előterjesztő: Szigli István Városfejlesztési Bizottság elnöke
(Közgyűlés 2008. 09. 25.)
9. Javaslát a háziiorvosi és fogorvosi szolgálatok működtetésére kötött megállapodások módosítására

- Előterjesztő:** Dr. Csomán István Egészségügyi Bizottság elnöke
(Közgyűlés 2008. 09. 25.)
- 10 Javaslat a Székesfehérvár Egészségügyi Ellátásáért Közalapítvány alapító okiratának módosítására és az egységes szerkezet elfogadására
Előterjesztő: Dr. Csomán István Egészségügyi Bizottság elnöke
(Közgyűlés 2008. 10. 30.)
- 11 Javaslat a „HPV vírus elleni oltóanyag beszerzése” elnevezésű nyílt közbeszerzési eljárás ajánlati felhívásának módosítására
Előterjesztő: Knizse Gyula Gazdasági Bizottság elnöke
(Közgyűlés 2008. 10. 30.)
- 12 Javaslat a házi segítségnyújtás és jelzőrendszeres házi segítségnyújtás szociális alapszolgáltatási feladat Székesfehérvári Többcélú Kistérségi Társulás részére történő átadására
Előterjesztő: Dr. Csapó Csilla alpolgármester
(Közgyűlés 2008. 11. 27.)
- 13 Beszámoló az Egészségügyi Bizottság 2008. évi tevékenységéről
Előterjesztő: Dr. Csomán István Egészségügyi Bizottság elnöke
(Közgyűlés 2008. 11. 27.)
- 14 Javaslat a háziorvosi és fogorvosi szolgálatok működtetésére kötött megállapodások módosítására
Előterjesztő: Dr. Csomán István Egészségügyi Bizottság elnöke
(Közgyűlés 2008. 12. 18.)