

Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat

Észak-alföldi Regionális Intézete

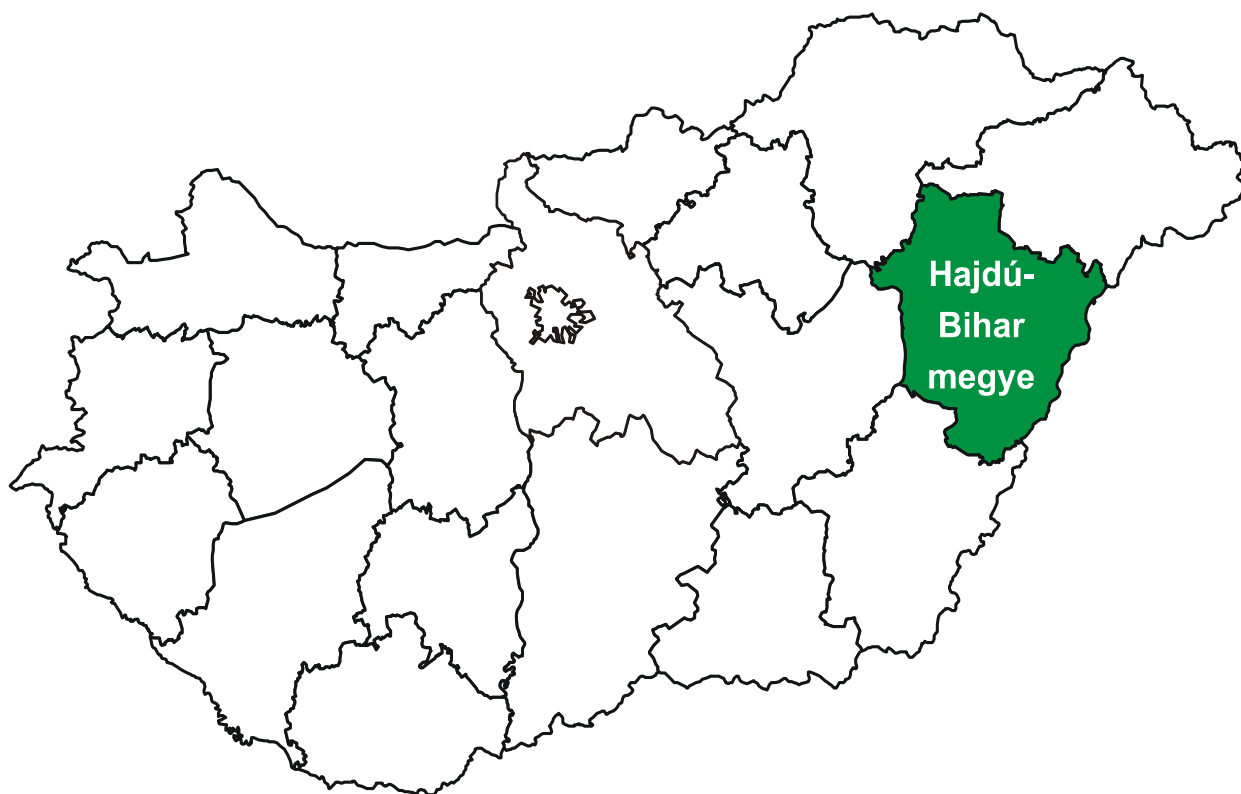
Hajdú-Bihar Megyei Kirendeltsége

4028 Debrecen, Rózsahegy u. 4., 4001 Debrecen, Pf.115.

Tel.: (36-52) 420-015 Telefax: (36-52) 420-022

E-mail: titkarsag@hajdu.antsz.hu

**2009. évi
Tájékoztató
a Hajdú-Bihar Megyei Önkormányzat számára
a megye lakosságának egészségi állapotáról**



*Debrecen, 2010. április
Dr. Pásti Gabriella
regionális tisztifőorvos*

Tartalomjegyzék

1. BEVEZETÉS	4
1.1. ADATFORRÁSOK	4
1.2. ELEMZÉSI MÓDSZEREK	4
2. DEMOGRÁFIAI HELYZETKÉP	5
2.1. HAJDÚ-BIHAR MEGYE DEMOGRÁFIAI HELYZETE	5
2.2. HAJDÚ-BIHAR MEGYE NÉPMOZGALMI MUTATÓI.....	6
2.2.1. Születés, halálozás, természetes szaporodás/fogyás.....	6
2.2.2. A születéskor várható átlagos élettartam	8
2.3. GAZDASÁGI HELYZETKÉP	9
3. MORTALITÁSI /HALÁLOZÁSI/ HELYZETKÉP	10
3.1. HAJDÚ-BIHAR MEGYE LAKOSSÁGA HALÁLOZÁSI ADATAINAK FŐBB JELLEMZŐI.....	10
3.1.1. A keringési rendszer megbetegedése okozta halandóság	11
3.1.1.1. A szív-érrendszeri és az infarktus okozta halandóság	12
3.1.1.2. Az agyérbetegségek okozta halandóság.....	13
3.1.2. Daganatok okozta halandóság	14
3.1.2.1. A légcső, hörgő és tüdő rosszindulatú daganata okozta halandóság	15
3.1.2.2. Az ajak- szájüreg és garat rosszindulatú daganata okozta halandóság	16
3.1.2.3. Az emlő és a méhnyak rosszindulatú daganata okozta halandóság	17
3.1.2.4. A vastagbél, szigmabél és végbél rosszindulatú daganata okozta halandóság	18
3.1.3. Külső okra visszavezethető halandóság	19
3.1.3.1. Öngyilkosság, önsértés okozta halandóság.....	20
3.1.4. Emésztőrendszeri betegségek okozta halandóság	21
4. MORBITÁS	22
4.1. ORSZÁGOS STATISZTIKAI ADATGYŰJTÉSI PROGRAM (OSAP).....	22
4.1.1. Rosszindulatú daganatok.....	23
4.1.2. Cukorbetegség.....	24
4.1.3. Magas vérnyomás.....	25
4.1.4. Osteoporosis.....	26
4.1.5. Idült alsó légúti megbetegedések.....	27
4.1.6. A máj betegségei	28
4.2. ALLERGIÁS MEGBETEGEDÉSEK	29
4.3. A SZERVEZETT LAKOSSÁGI SZŰRŐVIZSGÁLATOK EREDMÉNYEI	31
4.3.1. Emlőszűrés	31
4.3.2. Méhnyak-szűrés.....	32
4.4. HELYZETKÉP A MEGYE 3-18 ÉVES GYERMEKEINEK EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTÁRÓL A 2008/2009-ES TANÉV ISKOLA-EGÉSZSÉGÜGYI VIZSGÁLATAINAK ADATAI ALAPJÁN	34
4.5. FERTŐZŐ BETEGSÉGEK	36
4.5.1. Legionellosis	36
4.5.2. Influenza Pandemia.....	37
4.5.3. Nemzetközi Oltóhely működése	43
4.5.4. Anonim HIV szűrés.....	43
4.5.5. Veszély fertőzésre gyanús sérülés.....	43
4.5.6. Védőoltások.....	44
4.5.7. Kórházhigiéne	44
4.5.8. Tuberculosis	45
5. AZ IFJÚSÁG ÉS A FELNŐTT LAKOSSÁG KÖRÉBEN VÉGZETT EGÉSZSÉGFEJLESZTÉSI TEVÉKENYSÉG	46
6. KÖRNYEZETI TÉNYEZŐK	50
6.1. GYERMEK- ÉS IFJÚSÁG EGÉSZSÉGÜGY	50
6.2. TELEPÜLÉS-ÉS KÖRNYEZET-EGÉSZSÉGÜGY	52
6.2.1. Vízhigiéne, ivóvíz.....	52
6.2.2. Fürdőhigiéne	56
6.2.3. Szennyvízhigiéne	58

6.2.4.	Talajhigiéne.....	58
6.2.5.	Aerobiológiai hálózat működése	59
6.3.	ÉLELMEZÉS-EGÉSZSÉGÜGY.....	60
6.4.	KÉMIAI BIZTONSÁG.....	61
6.5.	SUGÁRBIZTONSÁG	61
7.	EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁS.....	63
7.1.	ÁLTALÁNOS JELLEMZŐK.....	63
7.2.	FEKVŐBETEG SZAKELLÁTÁS	65
7.3.	JÁRÓBETEG SZAKELLÁTÁS.....	67
7.4.	ÁPOLÁS SZAKFELÜGYELET	68
7.5.	GYÓGYSZERELLÁTÁS	69

1. Bevezetés

A lakosság egészségi állapotának folyamatos figyelemmel kísérése, a szükséges preventív intézkedések meghozatala és/vagy azok szorgalmazása a Tisztiorvosi Szolgálat törvényben meghatározott feladatai közé tartozik. Az 1991. évi XI. törvény 6. § szerint „a helyi önkormányzatokat rendszeresen, szükség esetén alkalomszerűen tájékoztatja a lakosság egészségi állapotáról, az egészség romlását kiváltó vélelmezett okokról és a szükséges tennivalókról.”

A népesség egészségi állapotát, halandóságát a genetikai adottság, az életmód, a gazdasági, társadalmi és magatartásbeli tényezők, a szűkebb és tágabb fizikai környezet állapota, valamint az egészségügyi szolgáltatások minősége és hozzáférhetősége döntően befolyásolja.

Az egészség meghatározásában az egyes tényezők súlya nem azonos. Általában elfogadott, hogy a genetikai tényezők 15-30%-ban, az egészségügyi ellátás 10-15%-ban határozzák meg az egészségi állapotot, a fennmaradó 55-75%-ért a társadalmi-gazdasági tényezőkkel és az iskolázottsággal szoros összefüggést mutató életmódtényezők felelősek.

Jelentésünkben felhívjuk a társadalmi-gazdasági-szociális folyamatokra befolyással bíró döntéshozók és egészségpolitikusok figyelmét Hajdú-Bihar megye lakosságának egészségi állapotára és az abban tapasztalható egyenlőtlenségekre. Hangsúlyozni kívánjuk, hogy minden politikai döntés befolyásolja az ott élő lakosok egészségi állapotát is.

Tájékoztatónk célja, hogy a megye lakosságának egészségi állapotát az önkormányzat képviselői megismerjék és a károsan ható tényezők kiszűrésére hatáskörükben megfelelő lépéseket tegyenek.

Az alábbiakban bemutatjuk a megye lakosságának egészségi állapotát, demográfiai helyzetrajzát, a megye morbiditási jellemzőit. Ismertetjük a mortalitási mutatókat, áttekintjük az alap- és szakellátást, bemutatjuk a szervezett lakossági szűrővizsgálatok eredményeit a megye lakosságának körében végzett egészségfejlesztési tevékenységet és az egészségi állapotot befolyásoló környezeti tényezőket.

1.1. Adatforrások

A lakónépességi adatok a Belügyminisztérium alá tartozó Közigazgatási és Elektronikus Közszolgáltatások Központi Hivatalától származnak, a demográfiai adatok forrásai területi statisztikai évkönyvek voltak. A mortalitási helyzet elemzéséhez a nyers halálozási adatokat a Központi Statisztikai Hivatal Népegységstatisztikai Főosztálya bocsátotta rendelkezésünkre. Az Országos Szakfelügyeleti és Módszertani Központ biztosította az országos, a megyei és a regionális *Standardizált Halálozási Arányszámokat*.

1.2. Elemzési módszerek

A halálozás időbeni változásának vizsgálatára korspecifikus *standardizált halálozási arányszámot* (SHA) használtunk. A standard az 1976-os „Európai Standard Populáció” volt. A 0-64 éves életszakaszban bekövetkezett halálozások jellemzőit, törvényszerűségeit elemeztük nemenként, mivel az időskori halálozások túlsúlya miatt az időskori jellegzetességek eltakarnák a fiatalabb korosztályok halálozásának sajátos problémáit.

2. Demográfiai helyzetkép

2.1. Hajdú-Bihar megye demográfiai helyzete

A demográfiai helyzet ismerete fontos, meghatározó a lakosság egészségi állapotának elemzésében.

Magyarország negyedik legnépesebb megyéje Hajdú-Bihar, népesség száma 2009. január 1-jén 542 192 fő, amely az ország népességének 5,4%-át jelenti. Ez 1 610 fővel kevesebb, mint egy évvel ezelőtt. A népsűrűség 87,3 fő/km². A megye igen jelentős mértékben urbanizált, a lakosság 80,19%-a városokban él.

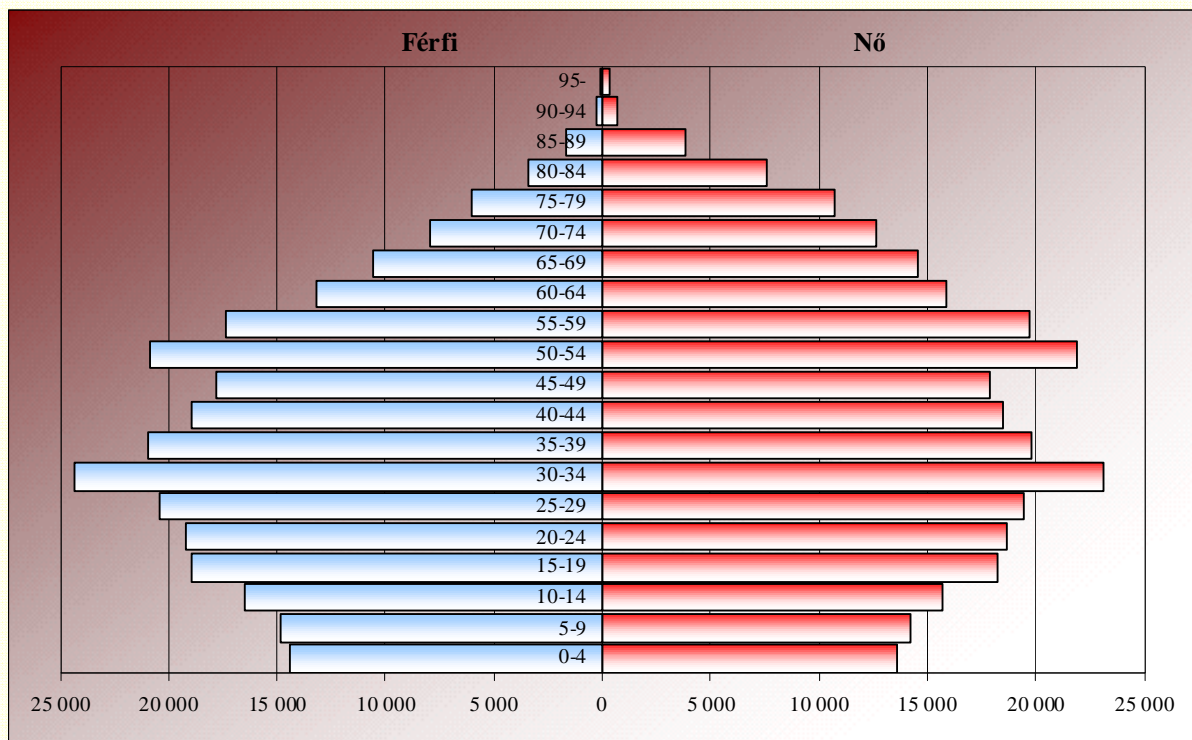
Hajdú-Bihar megyében 9 kistérség, ezeken belül 82 település található, a megyeszékhely Debrecen megyei jogú város, valamint 20 város és 61 község.

A megye népességének túlnyomó részét mindkét nemben a munkaképes korosztály (15-64 évesek) adja, férfiben ez az arány 71,2%, nők esetében pedig 67%.

A lakosságszám alakulását a születés, a halálozás és a vándorlás hármasa határozza meg. Összehasonlítva a különböző korcsoportok megyei sajátosságait láthatjuk, hogy megegyeznek a régió és az egész országra vonatkozó adatokkal, a lakosságszám hasonló tendenciákat követ.

A munkaképes népesség előregedése figyelhető meg. Kiugrás a 30-34 éves korcsoportban figyelhető meg valamint az 50-54 éves korcsoportban. A születéskor a fiúk többen vannak mint a lányok, azonban a férfiak magasabb halandósága miatt ez az életkor előrehaladtával kiegyenlítődik, majd pedig 45 év felett nőtöbblet alakul ki.

1. ábra: Hajdú-Bihar megye népességének korösszetétele 2009. január 1-jén



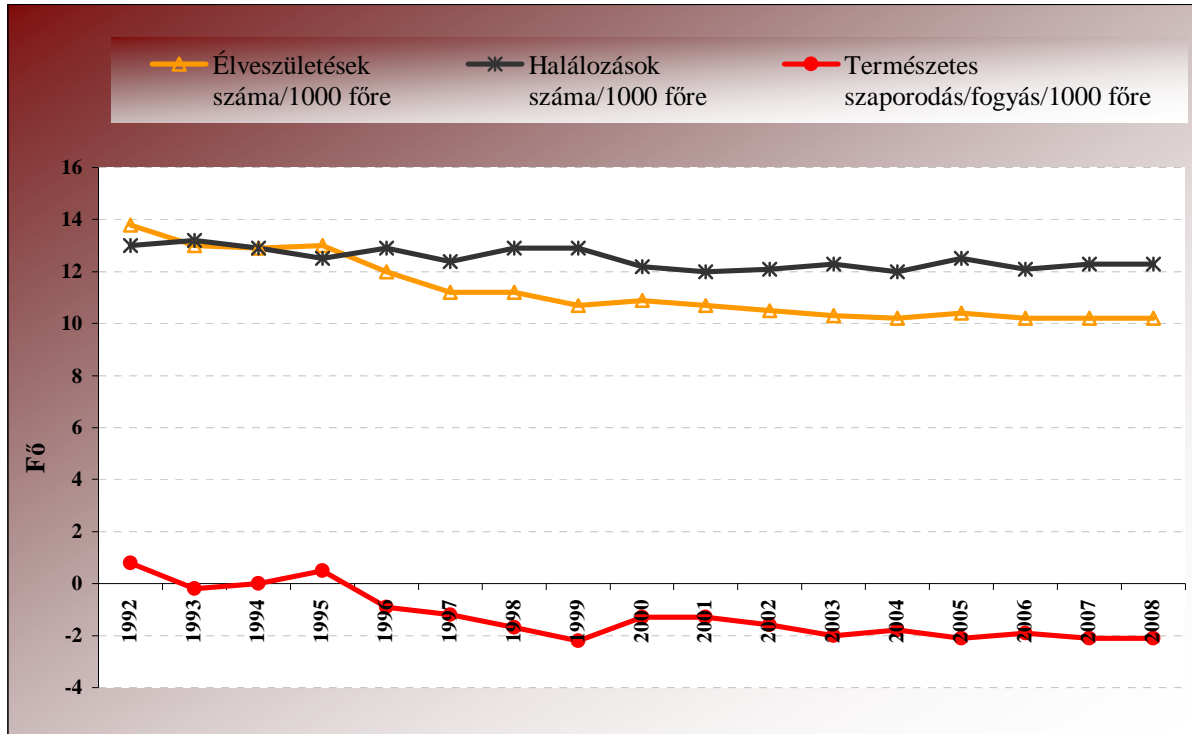
Forrás: OSZMK

2.2. Hajdú-Bihar megye népmozgalmi mutatói

2.2.1. Születés, halálozás, természetes szaporodás/fogyás

A megyében magasabb az élveszületés és alacsonyabb a halálozás, mint Magyarországon. Ennek ellenére a természetes fogyás Hajdú-Bihar megyére is jellemző.

2. ábra: Hajdú-Bihar megye népmozgalmi mutatói 1992-2008



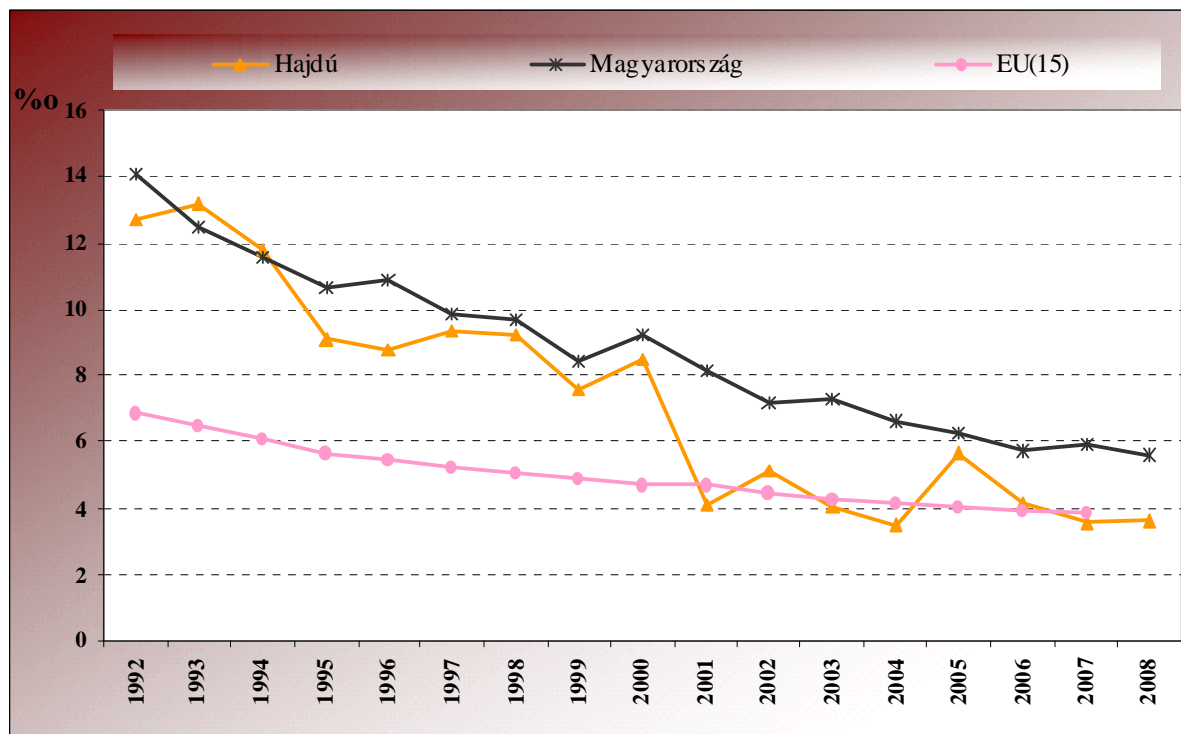
Forrás: KSH

Bármely társadalom fejlettségének fokmérője a csecsemőhalálozás alakulása. A csecsemőhalálozás aránya a megyében kedvezőbb, mint a régióban. Az 1000 élveszületésre számított csecsemőhalálozás 2008-ban 3,6‰ volt, mely a régiós értékhez viszonyítva (4,6‰) igen kedvező. A terhesség-megszakítások száma évről-évre folyamatosan csökken.

2009-es KSH adatok nem állnak még rendelkezésünkre, ezért az ÁNTSZ hivatalos (védőnői) adatait vesszük figyelembe - ezek a KSH adatoknál egyrészt frissebbek, másrészt a gondozottak tényleges tartózkodási (gondozási) helyét veszik alapul.

2009-ben Hajdú-Bihar megyében 5 207 gyermek született, ez 294-gyel kevesebb az előző évhez viszonyítva. A csecsemőhalálozás az előző évihez képest romlott, 4,6‰ míg a régiós érték 5,37‰ lett. A csecsemőhalálozás okaként zömmel az extrém kis súlyú születés és a fejlődési rendellenesség szerepel.

3. ábra: A csecsemőhalálozás alakulása Hajdú-Bihar megyében, Magyarországon és az Európai Unióban 1992-2008-ig



Forrás: KSH és HFA-DB

2006-ban a Hajdú-Bihar megyei csecsemőhalálozás megfelelt az EU (15) országaiban mért értéknek, 2007-ben pedig kedvezőbb is volt a mutató.

Megyénk egészségügyi hatósága rendkívül sokat tesz a halandóság csökkentéséért, a halálokokat rendszeresen monitorozza, a szükséges lépéseket megteszi (pl. ellátásszervezés). Meggyőződésünk, hogy a csecsemőhalandóság csökkentésében óriási szerepe van a Debrecenben működő Neonatális és Perinatális Intenzív Centrumoknak, melyek a koraszülöttek kezelését végzik, valamint a korszerű terhesgondozásnak és szülésvezetésnek. A korai halálozás csökkenése okozza leginkább a csecsemőhalálozás nagymértékű csökkenését. A késői csecsemőhalálozásban jelennek meg azok a klasszikus előidéző tényezők, melyek előrevetíthetik egy csecsemő veszélyeztetettségét. Ezek: alacsony iskolai végzettség, kiszorulás a munkaerőpiacról, rossz lakásviszonyok, sok gyermek, káros szenvedélyek, rendezetlen családi viszonyok, az egészségügyi ellátás negálása.

Míg a korai halálozás csökkentésében elsősorban a magasán képzett szakembereknek és a korszerű diagnosztikának, terápiának van szerepe, addig a késői halálozásban inkább a területi munkát végző szakembereknek (védőnő, háziorvos) és a szociális segítségnyújtásnak (önkormányzatok, családsegítők, gyermekjóléti) jut a főszerep, kiegészítve az oktatással. A fekvőbeteg intézmények és a területi ellátást végzők (kórházak, klinika, háziorvosok, védőnők) szoros együttműködésének köszönhető, hogy Hajdú-Bihar e téren szép eredményeket tud felmutatni.

Az úgynevezett magzati veszteség aránya százalékosan mutatja meg, hogy száz élveszülöttre hány százalék megfogant, de meg nem született újszülött esik. A magzati veszteséget legnagyobb arányban mindig a megszakításokból eredő veszteségek adták, másik két eleme a halvaszülés (ez ismert) és a vetélések (ez nem ismert).

A terhesség-megszakítások miatti magzati veszteség 50% körül van, szinte folyamatosan, a húsz év vonatkozásában. A terhesség-megszakítások száma 2009-ben 2 494 fő volt, 163 fővel több, mint előző évben.

A terhesség-megszakításon átesett nők 66%-a alapfokú, vagy annál kisebb iskolai végzettséggel rendelkezik, az első terhességüket megszakítatók aránya változatlanul 20% körül van. A kérelem indoka a súlyos válsághelyzet, bűncselekmény nem történt. A terhesség-megszakítást kérelmezők között csökkent azok aránya, akik egyáltalán nem védekeznek (2008-ban 48,5%, 2009-ben 37,9%). A beavatkozásért teljes díjat fizetők aránya 30%, a többiek különböző mértékű kedvezményekkel élnek. A megtartott magzatok száma csökkent, arányuk 3,3% (2008-ban 3,9%).

A megyében a családvédelmi feladatokat 6 védőnő végzi 7 tanácsadóban. Munkájuk segítésére szervezzük rendszeresen az ún. „Esetmegbeszélő konzultációkat”, melyeket a védőnők rendkívül hasznosnak ítélnék meg.

A kliensek elégedettségét kérdőívekkel rendszeresen monitorozzuk. Hasonlóan az előző évekhez, a nagyon elégedettek és elégedettek aránya majdnem 100%-os.

A szakterületet 6 kistérségi vezető védőnő és 1 fő regionális vezető védőnő felügyeli. A védőnői szolgálatok száma 299. A védőnőhiány megyszerte kb. 7-8%-os, ez az előző évhez képest nem változott.

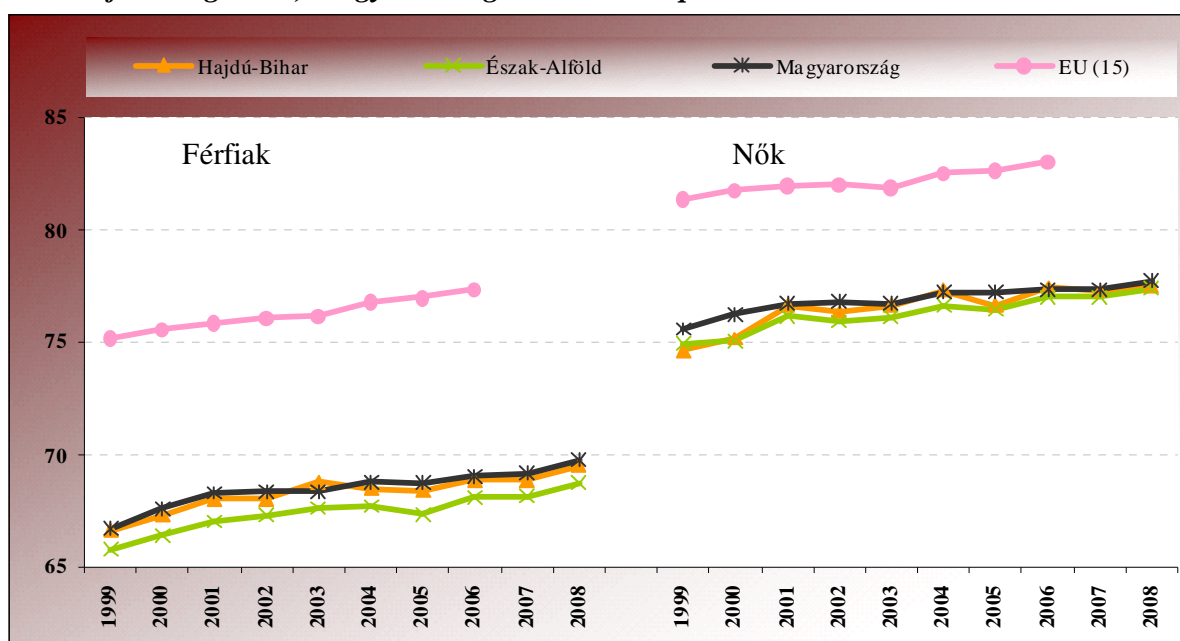
Különösen rossz a helyzet Berettyóújfalu térségében, ahol a védőnői körzetek 40%-a tartós, három hónapon túli helyettesítéssel van ellátva. A védőnői ellátásra kiadott működési engedélyk száma 70, ebből 26 ideiglenes engedély. A 2010. július elsején hatályba lépő módosított 96/2003.(VII. 15.) Kormányrendelet értelmében az ideiglenes engedély nem hosszabbítható meg. Megyénkben 18 szolgáltató végzi vállalkozásban az ellátást, 60 státusszal. A tanácsadók száma: 102. Védőnőink 30 585 családot gondoznak.

2.2.2. A születéskor várható átlagos élettartam

Megyénkben a születéskor várható élettartam jelentős mértékben elmarad az Európai Unió tagállamainak átlagától.

2006-ban az EU₁₅ államaiban a nők születéskor várható átlagos élettartama 83,04 év volt, a férfiaké pedig 77,39 év. Hazánkban 2008-ban a nők ennél 5,28 évvel, a férfiak 7,6 évvel remélhetnek kevesebb életévet (születéskor). Hajdú-Bihar megyében mind a nők, mind a férfiak az országos átlagtól minimálisan (nők 0,24 évvel, férfiak 0,26 évvel) rövidebb várható átlagos élettartamot remélhetnek.

4. ábra: Születéskor várható átlagos élettartam alakulása Hajdú-Bihar megyében, az Észak-alföldi régióban, Magyarországon és az Európai Unióban 1999-2008



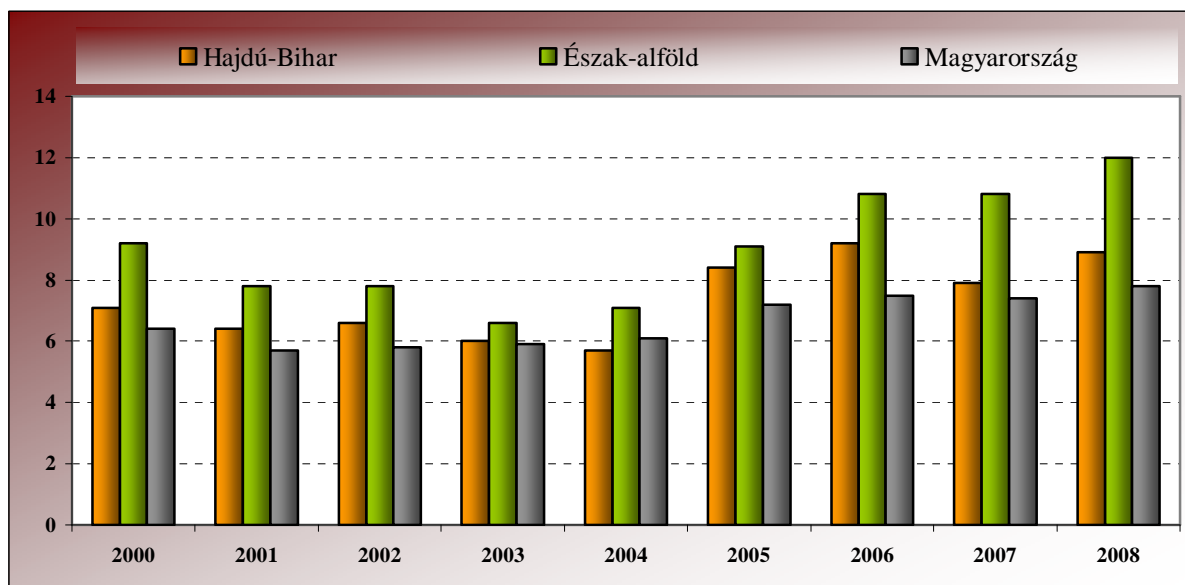
Forrás: KSH és HFA-DB

2.3. Gazdasági helyzetkép

A régió és a megye gazdasági teljesítőképességét jelző mutatók csak kis mértékben javultak, messze elmaradva az Európai Unió fejlett országaitól.

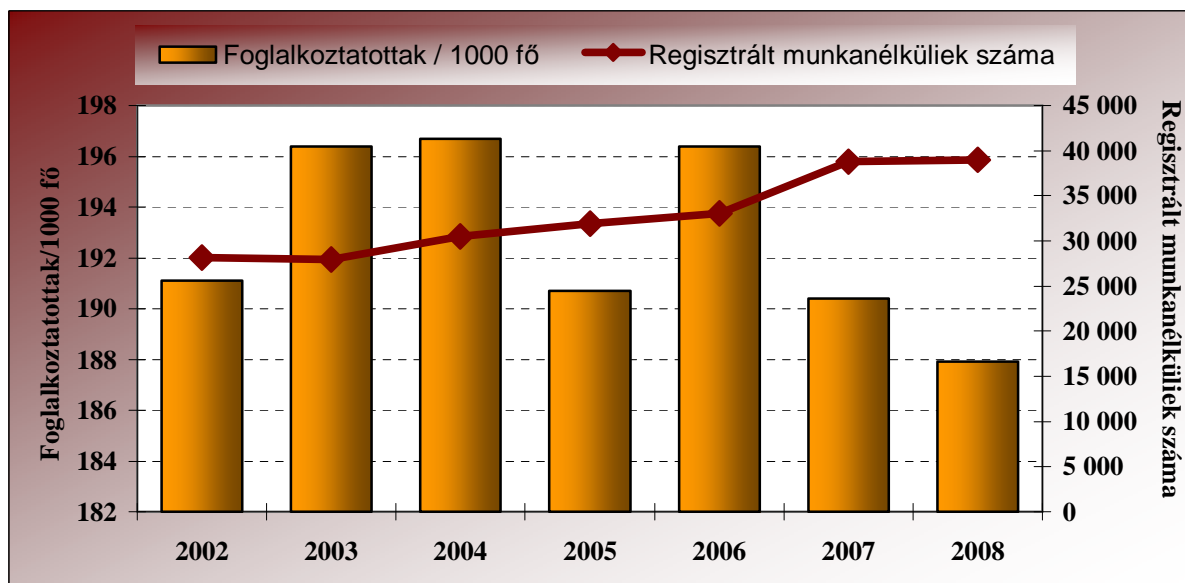
Az iparban, beleértve az építőipart, a foglalkoztatottak 31,7%-a, a kereskedelemben 14,6%-a, a közigazgatásban 8,5%-a, az oktatásban 10,8%-a, az egészségügyben 7,9%-a dolgozik. A regisztrált vállalkozások száma 2008-ban Hajdú-Bihar megyében 84 245, ebből társas vállalkozás 20 422. A vállalkozások kevés alkalmazottal működnek, az alkalmazottak között sok a családtag. Az alkalmazásban állók bruttó átlagkeresete a megyében az egyik legalacsonyabb (163 280 forint), az országos adatokhoz viszonyítva (193 261 forint). Az egészségi állapot szempontjából mind a foglalkoztatottság, mind a munkanélküliség fontos tényező. A regisztrált munkanélküliek számának emelkedését tapasztaljuk, 2004 és 2008 között arányuk 4,2%-kal nőtt Hajdú-Bihar megyében. Ugyanez a növekedés Magyarország átlagában 1,7%-os volt.

5. ábra: Munkanélküliségi arány Hajdú-Bihar megyében, az Észak-alföldi régióban és Magyarországon 2000-2008



Forrás: KSH

6. ábra: Foglalkoztatottsági mutatók Hajdú-Bihar megyében 2002-2008



Forrás: KSH

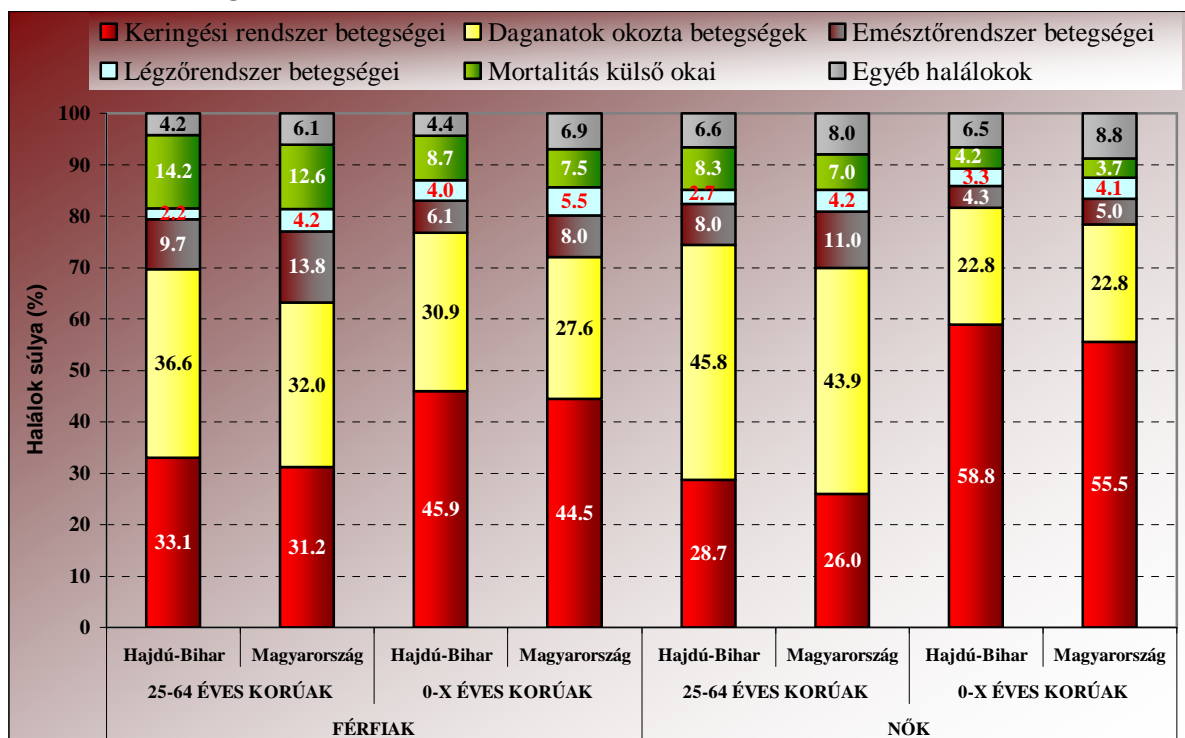
3. Mortalitási /Halálozási/ helyzetkép

3.1. Hajdú-Bihar megye lakossága halálozási adatainak főbb jellemzői

Hajdú-Bihar megyében átlagosan kb. 6 500 ember hal meg évente. A megyében az országoshoz hasonlóan a keringési rendszer betegségei okozta halálozás a vezető halálok. Mindkét nem esetében a második helyen a rosszindulatú daganatos megbetegedések okozta halálozás, harmadik helyen férfiaknál a külső okok (balesetek, öngyilkosság), nőknél pedig az emésztőrendszer betegségei okozta halálokok szerepelnek.

A korai 25-64 éves korcsoportban a halálozást tekintve az első helyen a daganatos megbetegedések okozta halálozás áll mindkét nemből, ezt követi a keringési rendszer betegségei okozta halálozás. A harmadik helyen nem történt változás.

7. ábra: A halálloki struktúra a Hajdú-Bihar megye és Magyarország 25-64 éves és 0-X éves korú lakossága körében 2008



Forrás: OSZMK

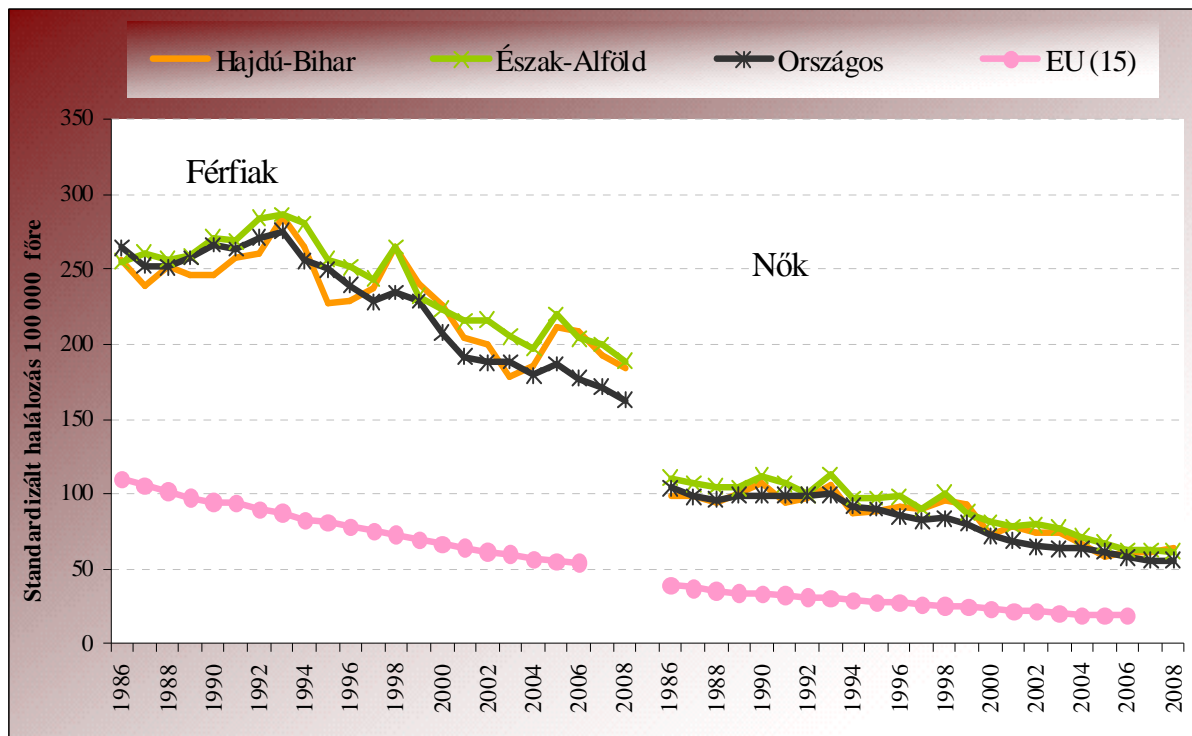
3.1.1. A keringési rendszer megbetegedése okozta halandóság

A halálokok között kitüntetett helyet foglalnak el a keringési rendszer betegségei, közöttük is kiemelten a szív koszorúereinek betegségei, elsősorban a szívinfarktus. 65 évesnél fiatalabb korban minden harmadik haláleset oka a keringési rendszer betegsége.

Az önpusztító életmód – jellemzően a dohányzás, az egészségtelen táplálkozás, a mozgásszegény életvitel – a figyelembe nem vett vagy elégtelenül, illetve rosszul kezelt magas vérnyomás betegség külön-külön és együtt is veszélyeztetik, vagy tovább rontják mindannyiunk esélyét egy teljesebb, egészséges, alkotó életre. A keringési rendszer betegségeire visszavezethető halálozás nagyjából idős korban következik be.

Százezer 65 év alatti férfira a megyében 184, Magyarországon 163 haláleset jutott a keringési rendszer betegségei miatt 2008-ban. A nőknél valamivel kedvezőbb a helyzet, míg 2008-ban a százezer 65 év alatti női lakosra jutó halálozás a megyében 65, addig Magyarországon 56 volt. Az EU (15) átlagához képest a megyében a férfiak halandósága kb. 4-szer, a nőké 3,5-szer rosszabb.

8. ábra: A keringési rendszer betegségei (BNO 10: I00-I99) miatti halálozás Hajdú-Bihar megyében, az Észak-alföldi régióban, Magyarországon és az Európai Unióban a 0-64 éves korcsoportban 1986-2008



Forrás: OSZMK

3.1.1.1. A szív-érrendszeri és az infarktus okozta halandóság

A szív-érrendszeri betegségek között érdemes olyan halálokokat kiemelni, melyek egészséges életvezetés és jó minőségű, könnyen elérhető egészségügyi szolgáltatások mellett nem kellene, hogy a 65 év alattiaknál halálhoz vezessenek. A szívinfarktus tipikusan az a betegség, amely megelőzhető a kockázati állapotok időbeni felismerésével, az életmód megváltoztatásával, szükség esetén a megfelelő gyógyszeres kezelés bevezetésével.

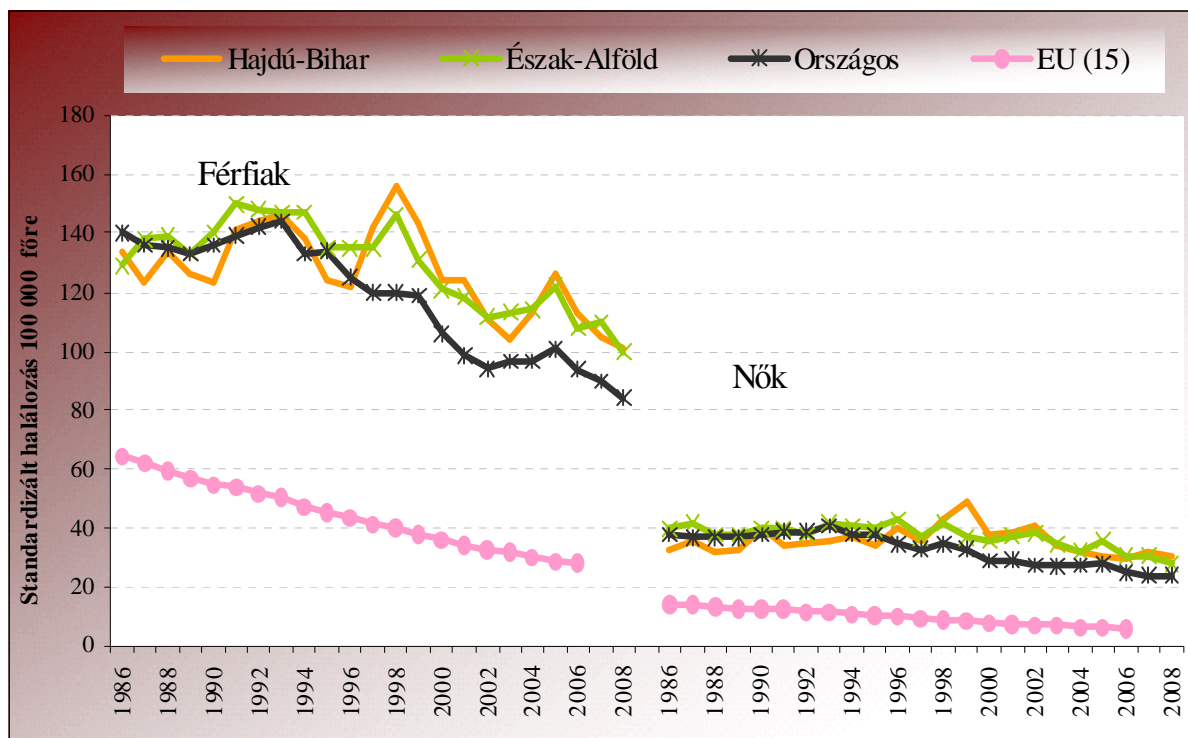
A már kialakult életveszélyes betegség túlélési esélyei jelentősen nőnek a gyors és szakszerű sürgősségi és intenzív ellátás elérése esetén.

Mindezek tükrében nem szorul külön magyarázatra, hogy az aktív korú lakosok szívinfarktus miatti magas halálozásából lehet következtetni a kockázati állapotok szűrtségére, ellátottságuk hatékonyságára, valamint a sürgősségi és intenzív ellátások minőségére és elérhetőségére is.

A keringési rendszerek betegségein belül Hajdú-Bihar megyében a szív-érrendszeri betegségek halálozása okozza a legnagyobb veszteséget. Az ischaemiás szívbetegségek okozta halálozások 2008-ban a 0-64 éves korcsoportban férfiaknál 20,2%-kal, nőknél 29,1%-kal haladják meg az országos átlagot.

Százezer 65 év alatti férfira a megyében 101, Magyarországon 84 haláleset jutott ischaemiás szívbetegségek miatt 2008-ban. A nőknél valamivel kedvezőbb a helyzet, míg 2008-ban a százezer 65 év alatti női lakosra jutó halálozás a megyében 31, addig Magyarországon 24 volt. Az EU (15) átlagához képest a megyében a férfiak halandósága kb. 3,5-szer, a nőké 5-ször rosszabb.

9. ábra: Ischaemiás szívbetegségek (BNO 10: I20-I25) miatti halálozás Hajdú-Bihar megyében, az Észak-alföldi régióban, Magyarországon és az Európai Unióban a 0-64 éves korcsoportban 1986-2008



Forrás: OSZMK

3.1.1.2. Az agyérbetegségek okozta halandóság

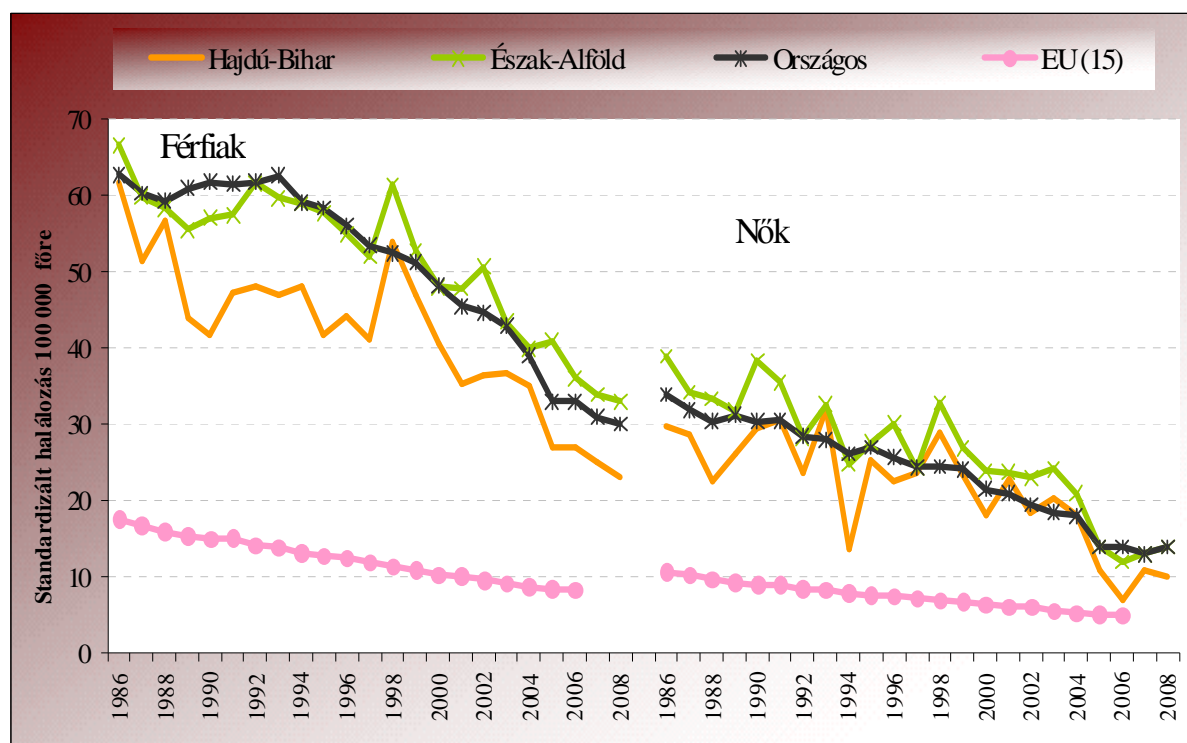
A következő nagy jelentőségű, szintén az elkerülhető halálozások közé tartozó szív-érrendszeri betegség az agyér-betegségek csoportja.

Néhány európai országban az agyér-betegségek okozta halálozásokat az alapellátás egyik minőségi paramétereként tartják számon. Ennek magyarázata, hogy az agyér-betegségek között legnagyobb arányban szereplő agyvérzéseket a nem hatékonyan kezelt, vagy a fel nem ismert magasvérnyomás betegség okozza, melynek felismerése és kezelése a világon mindenhol az alapellátás kompetenciájába tartozik.

Hajdú-Bihar megyében az agyérbetegségek okozta halálozások 2008-ban a 0-64 éves korcsoportban férfiaknál 23,3%-kal, nőknél 28,57%-kal maradnak az országos átlag alatt. Ezen kedvező értékekhez nagymértékben hozzájárult a háziorvosi, a sürgősségi és intenzív ellátás hozzáférhetősége és az ellátandók magas szintű, hatékony kezelése.

Agyérbetegség miatt 2008-ban százezer 65 év alatti férfira a megyében 23, addig Magyarországon 30 haláleset jutott. A nők esetében a százezer 65 év alatti női lakosra jutó halálozás a megyében 10, Magyarországon 14 volt 2008-ban. Az EU (15) átlagához képest a megyében a férfiak halandósága kb. 2,5-szer, a nőké 2-szer rosszabb.

10. ábra: Agyérbetegségek (BNO 10: I60-I69) miatti halálozás Hajdú-Bihar megyében, az Észak-alföldi régióban, Magyarországon és az Európai Unióban a 0-64 éves korcsoportban 1986-2008



Forrás: OSZMK

3.1.2. Daganatok okozta halandóság

A halálozások gyakorisági listáján 2008-ban a rosszindulatú daganatok a második helyet foglalják el. Férfiaknál 30,9%, míg nőknél 22,8%-os gyakorisággal fordulnak elő a megyében (Magyarországon ez az arány 27,6% és 22,8%). Mivel általában daganatban az emberek korábban halnak meg, mint a keringési rendszerek betegségei miatt, ezért az életükből a férfiak kb. ugyanannyi, míg a nők másfélszer annyi évet veszítenek el 70 éves koruk előtt.

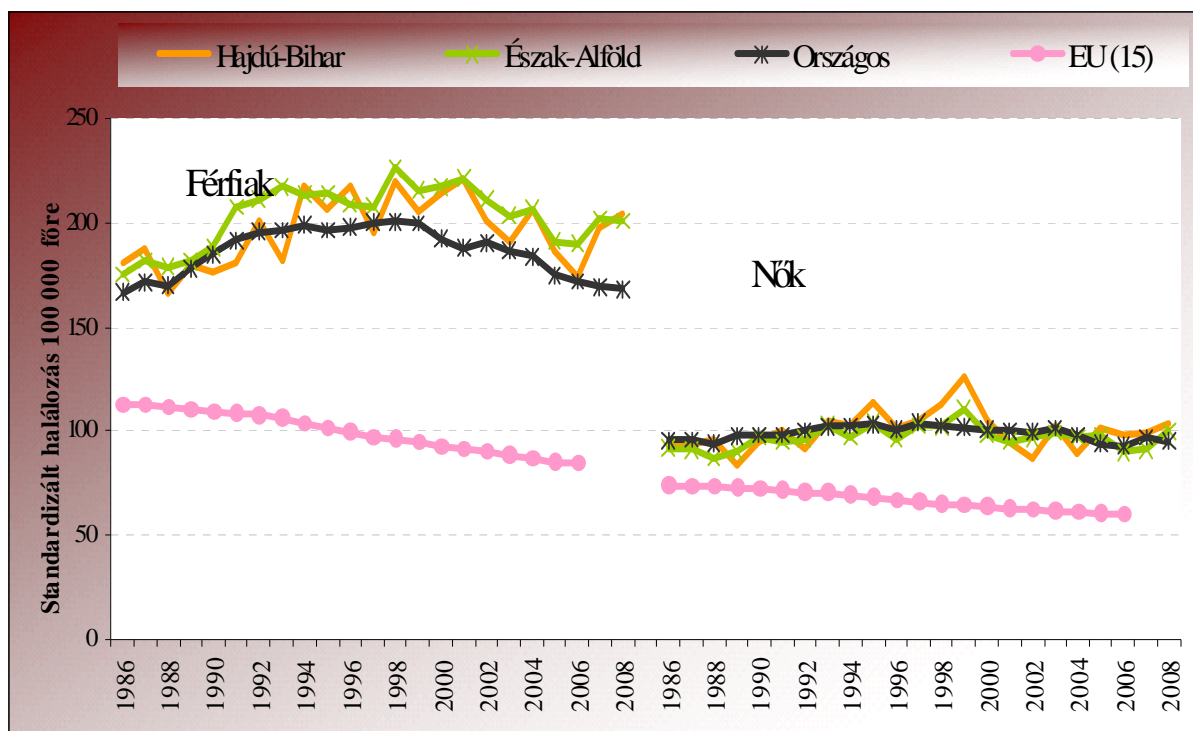
A daganatok kialakulásában ma már sok kockázati tényező ismert, melyek közül számos az életmódra vezethető vissza (pl. dohányzás, alkoholfogyasztás, táplálkozás, stb.). Mindemellett egyéb környezeti, biológiai hatások és a genetikai hajlam is nagy szerepet játszik e betegségek kialakulásában.

Helyes életvezetéssel, körültekintő környezetkímélő magatartással, az embert védő munkakörnyezet biztosításával, valamint az ivóvíz, a levegő és az élelmiszerek biztonságának növelésével sokat tehetünk a rosszindulatú daganatok kialakulása ellen. További fontos tényező lehet egyes daganatok okozta halálozások csökkentésében a szűrővizsgálat. A WHO szerint központilag szervezett lakosságszűrés javasolt az emlő, a méhnyak és a vastagbél daganatok esetén. A prostata, a szájüregi daganat esetén a veszélyeztetettek célzott szűrését ajánlják.

Hajdú-Bihar megyében a daganatos halálozásokat vizsgálva elmondható, hogy férfiaknál az országos szintnél magasabban, nőknél az országos átlag körül alakult a halálozás az elmúlt 10 évben.

Míg százezer 65 év alatti férfira a megyében 204, addig Magyarországon 168 haláleset következett be daganatos betegségek miatt 2008-ban. A nőknél a százezer 65 év alatti lakosra jutó halálozás a megyében 104, Magyarországon 95 volt, 2008-ban. Az EU (15) átlagához képest a megyében a férfiak halandósága kb. 2,4-szer, a nőké 1,7-szer rosszabb.

11. ábra: A daganatos betegségek (BNO 10: C00-D48) miatti halálozás Hajdú-Bihar megyében, az Észak-alföldi régióban, Magyarországon és az Európai Unióban a 0-64 éves korcsoportban 1986-2008



Forrás: OSZMK

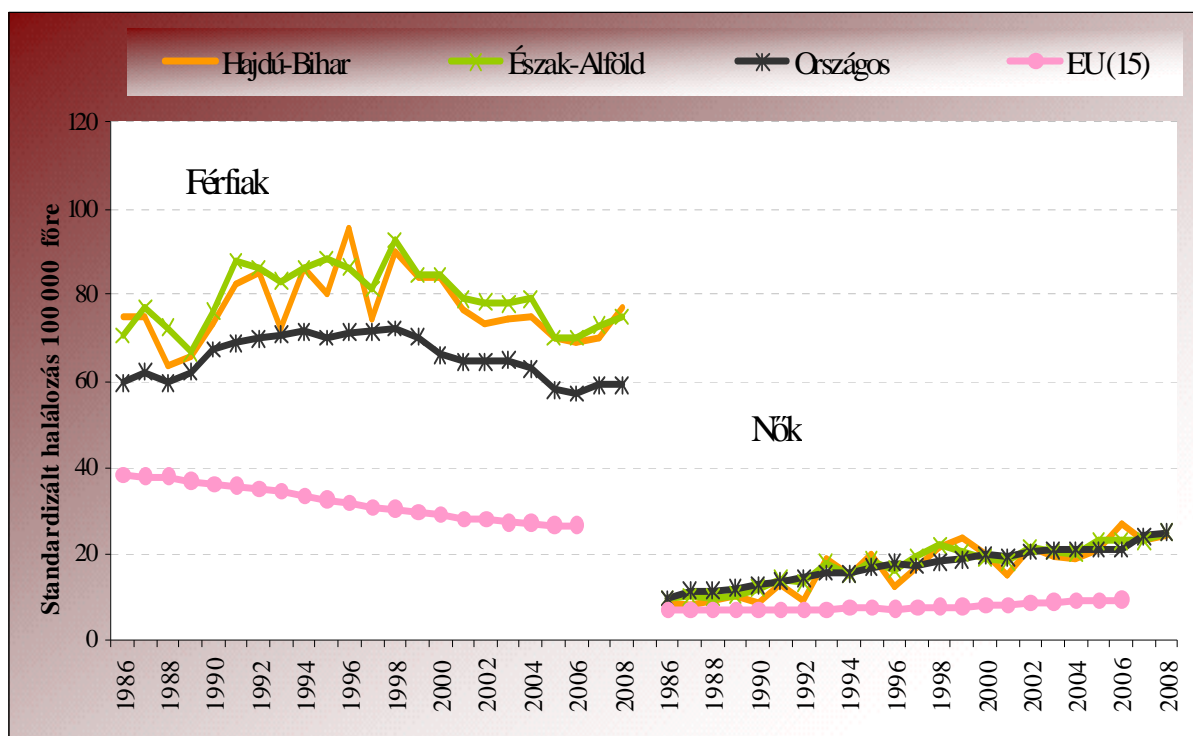
3.1.2.1. A légcső, hörgő és tüdő rosszindulatú daganata okozta halandóság

A magyar férfiak rosszindulatú daganatai között az első helyen a légcső, hörgő és tüdő rosszindulatú daganata állt 2008-ban. E tekintetben a megye halálozási mintázata is megfelel az országosnak. Ennek okaként mintegy 80%-ban a dohányzás tehető felelőssé. A passzív dohányzás ugyancsak növeli a tüdőrák kockázatát.

Hajdú-Bihar megyében a légcső, hörgő és tüdő daganata okozta halálozás 2008-ban a 0-64 éves korcsoportban férfiaknál 30,5%-kal rosszabb, mint az országos átlag, míg a nőknél országos átlag körüli, azonban a halálozás folyamatosan emelkedő értéket mutat.

Míg százezer 65 év alatti férfira a megyében 77, addig Magyarországon 59 haláleset következett be tüdő daganat miatt 2008-ban. Nőknél, a százezer 65 év alatti lakosra jutó halálozás a megyében 24, Magyarországon 25 volt, 2008-ban. Az EU (15) átlagához képest a megyében a férfiak halandósága kb. 2,9-szer, a nőké 2,6-szor rosszabb.

12. ábra: A légcső, hörgő, tüdő rosszindulatú daganata (BNO 10: C33-C34) miatti halálozás Hajdú-Bihar megyében, az Észak-alföldi régióban, Magyarországon és az Európai Unióban a 0-64 éves korcsoportban 1986-2008



Forrás: OSZMK

3.1.2.2. Az ajak- szájüreg és garat rosszindulatú daganata okozta halandóság

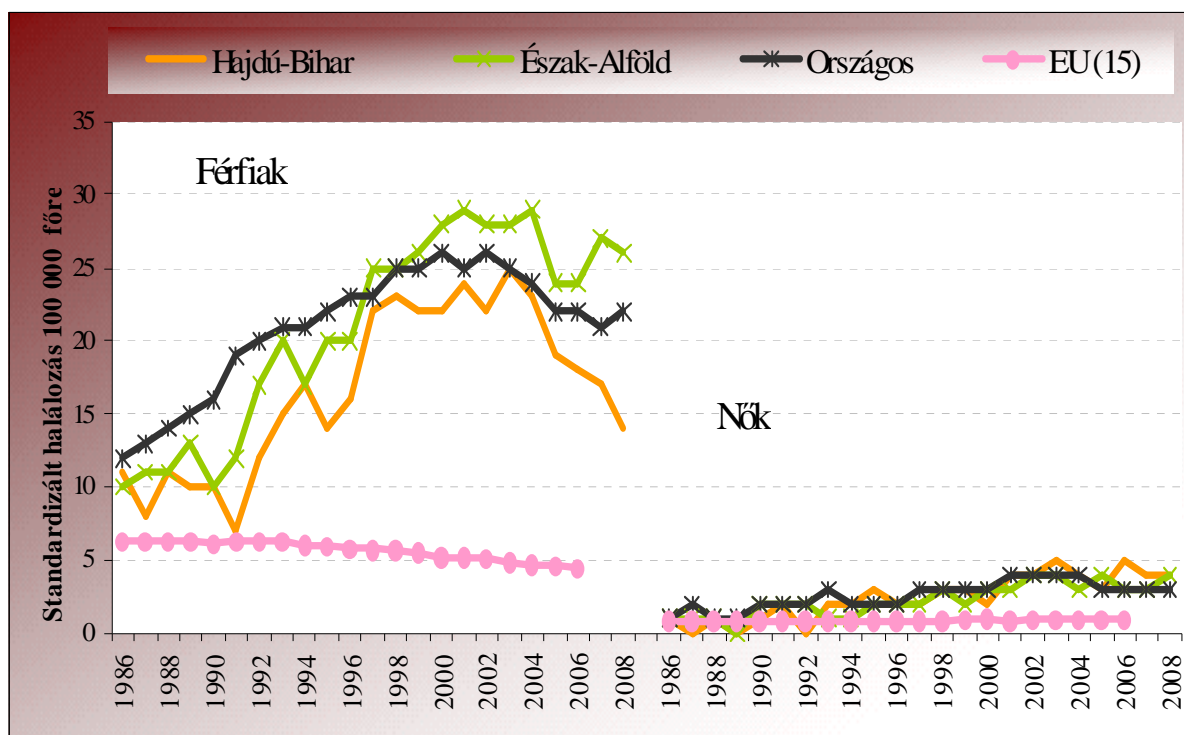
Magyarországon az utóbbi évtizedekben az ajak, szájüreg és garat tumorok előfordulása meredeken emelkedett és csak az utóbbi néhány évben fordult meg ez a folyamat. Ezen daganatok két fő rizikófaktora a dohányzás és az alkoholfogyasztás. Elsődleges preventív feladat az egészséges életmódra nevelés, a dohányzás és a túlzott alkoholfogyasztás visszaszorítása, valamint a megfelelő szájhygiéna betartása. Másodlagos preventív feladat a korai szűrés segítségével idejében megkezdeni a beavatkozást.

A korai halálozást tekintve ma Magyarországon kb. 5-ször több férfi és kb. 3-szor több nő hal meg az ajak és a szájüreg daganatos betegségeiben, mint az EU (15) tagállamaiban.

Hajdú-Bihar megyében a szájüregi daganatos betegségek okozta halálozás 2008-ban férfiaknál a 0-64 éves korcsoportban az országos átlagtól 36,3%-kal kedvezőbb volt, míg nőknél országos átlag körüli érték.

Míg százezer 65 év alatti férfira a megyében 14, addig Magyarországon 22 haláleset következett be szájüregi daganatok miatt 2008-ban. Nőknél 2008-ban a százezer 65 év alatti női lakosra jutó halálozás a megyében 4, Magyarországon 3 volt.

13. ábra: Az ajak, szájüreg és garat rosszindulatú daganata (BNO 10: C00-C14) miatti halálozás Hajdú-Bihar megyében, az Észak-alföldi régióban, Magyarországon és az Európai Unióban a 0-64 éves korcsoportban 1986-2008



Forrás: OSZMK

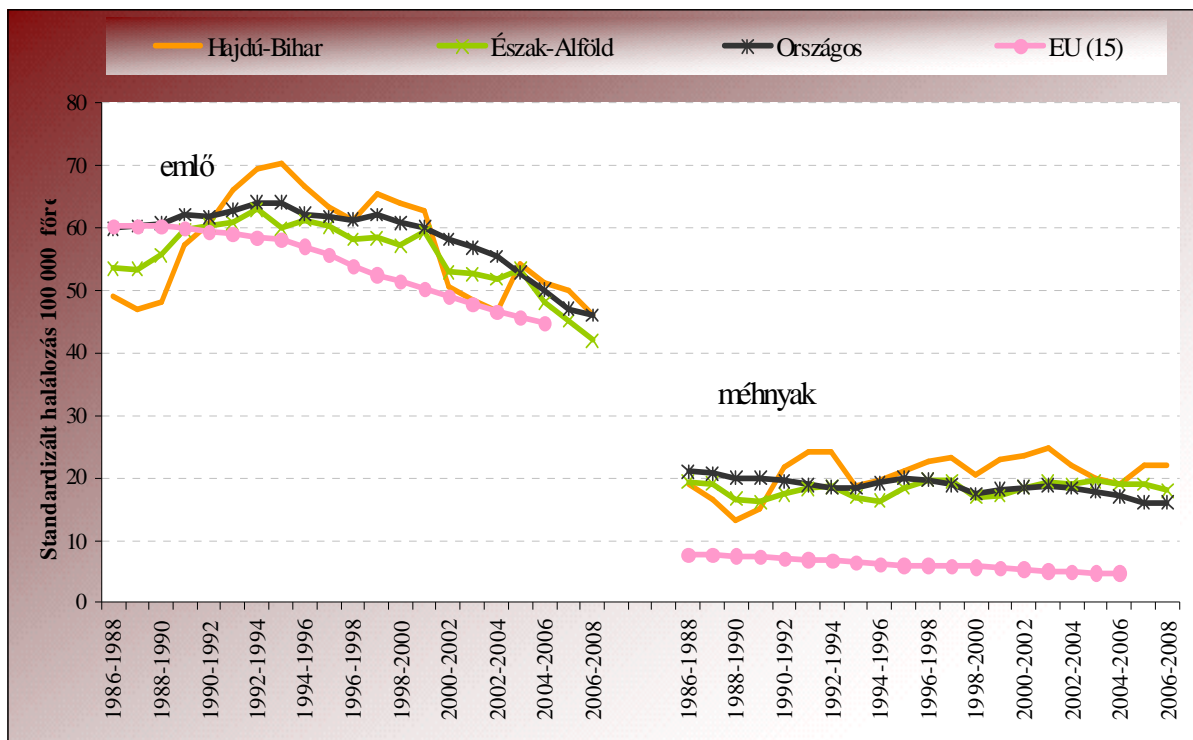
A szájüregi daganatos halálozás csökkentésére az Egészségügyi Minisztérium és az Országos Tisztifőorvosi Hivatal 2007-ben modell programot indított. A program célja a szájüregi rákok rizikócsoportjába tartozó, elsősorban 40 év feletti férfiak és nők rendszeres, évenkénti szájüregi szűrővizsgálata az orvos-beteg találkozások alkalmával, különös tekintettel a dohányzó és rendszeresen alkoholt fogyasztó férfiakra. Hajdú-Bihar megyében 4 háziorvosi praxis vesz részt jelenleg a programban. A 2009. év folyamán Hajdú-Bihar megye területéről 1 054 vizsgálati adatlap érkezett be a központba. A kiszűrt kóros eseteket a megfelelő járóbeteg-szakellátásra utalták és nyomon követték a páciensek megjelenését.

3.1.2.3. Az emlő és a méhnyak rosszindulatú daganata okozta halandóság

Az emlőrák egyike a legnagyobb társadalmi veszteséget okozó női rosszindulatú daganatos megbetegedéseknek. Az okok sokasága miatt az elsődleges prevenció kevésbé hatékony, így a másodlagos prevenció, a szűrés felértékelődik. Az emlőrák halálozásában a 90-es évek közepe óta csökkenő tendencia figyelhető meg. Hajdú-Bihar megyében az országos átlag körüli a helyzet a 65 évnél fiatalabb nők körében. Mind a megyei, mind az országos értékek megközelítik az EU (15) átlagát.

A méhnyak rosszindulatú daganatának elsődleges prevenciójához a genitális fertőzések kerülése, a személyi higiénia betartása tartozik. Másodlagos prevenciót tekintve nagyon fontos a szervezett szűrővizsgálatokon való részvétel. Az utóbbi 15 év halálozását tekintve megyénk az országos átlagnál rosszabb eredményt mutat. Az EU (15) átlagához képest a megyében a nők méhnyakrák miatt bekövetkezett halálozása kb. 3-szor rosszabb.

14. ábra: A női emlő és méhnyak rosszindulatú daganata (BNO 10: C50; C53) miatti halálozás Hajdú-Bihar megyében, az Észak-alföldi régióban, Magyarországon és az Európai Unióban a 0-64 éves korcsoportban 1986-2008



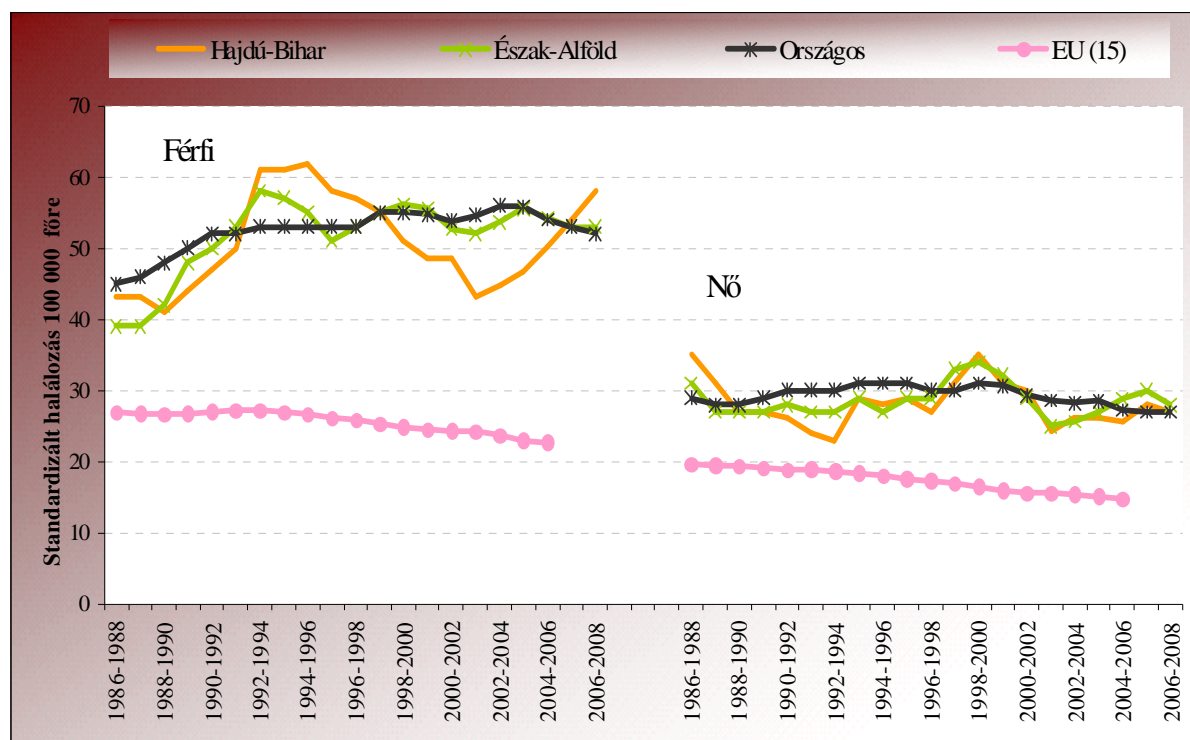
Forrás: OSZMK

3.1.2.4. A vastagbél, szigmabél és végbél rosszindulatú daganata okozta halandóság

Szintén a szűrhető daganatok közé tartozik a vastagbél, szigmabél, végbél rosszindulatú daganata, amelynek időben történő felismerésével a gyógyítás hatékonysága jelentősen javítható. A vastagbél szűrővizsgálat jelenleg Magyarországon nem általánosan bevezetett, önkéntes alapon van lehetőség a modell programként meghirdetett szűrővizsgálathoz csatlakozni. 2010 márciusában, Hajdú-Bihar megyében 32 háziiorvosi praxis jelezte szándékát a programban való részvételre. A program teljeskörű kiterjesztéséig, a háziorvosok feladata, hogy gondoskodjanak az 50 éven felüliek laboratóriumi vizsgálatáról. (51/1997. XII. 18. NM rendelet a szűrővizsgálatokról). A betegség kialakulásának hátterében elsősorban az egészségtelen táplálkozás és a mozgásszegény életmód áll.

A vastagbél, szigmabél és végbél daganatának Hajdú-Bihar megyei halandóságában, az utóbbi években megfigyelt enyhe csökkenést követően, újra emelkedés tapasztalható, a standardizált halálzási arány értéke az országos átlag körüli érték. Az EU (15) átlagához képest a megyében a férfiak halandósága kb. 2,5-szer, a nőké 1,8-szor rosszabb.

15. ábra: A vastagbél, szigmabél, végbél rosszindulatú daganata (BNO 10: C18-C20) miatti halálzás Hajdú-Bihar megyében, az Észak-alföldi régióban, Magyarországon és az Európai Unióban a 0-64 éves korcsoportban 1986-2008



Forrás: OSZMK

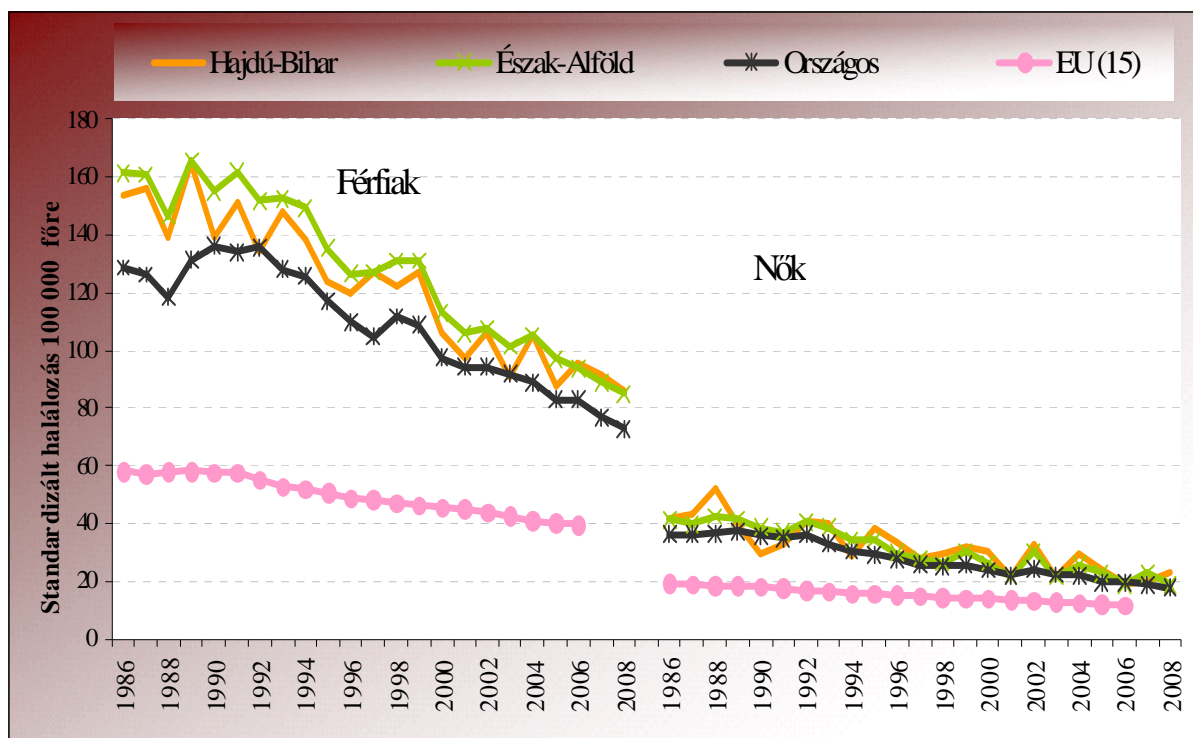
3.1.3. Külső okra visszavezethető halandóság

A halálóki struktúrában férfiaknál 8,7%-kal a harmadik, nőknél 4,2%-kal a negyedik helyen állnak a külső okok miatt bekövetkezett halálozások. Tudatában kell azonban lenni az adatok értékelésénél, hogy ez egy rendkívül heterogén halálóki főcsoportnak tekinthető, hisz ide tartoznak a háztartási, közlekedési és munkabalesetek mellett az erőszak, illetve önsértés következtében bekövetkező halálozások is.

A Hajdú-Bihar megyei halálozási viszonyok elemzésekor a megfigyelhető kedvező tendenciák mellett is figyelemre méltó, hogy a térség férfi lakosságának halálozása rendre magasabb, mint az országos átlag. A nők esetében arányait tekintve megye értékei a férfiak halálozásának mintázatát mutatják.

Míg százezer 65 év alatti férfira a megyében 86, addig Magyarországon 73 haláleset következett be külső okok miatt 2008-ban. A nőknél 2008-ban a százezer 65 év alatti lakosra jutó halálozás a megyében 23, Magyarországon 18 volt. Az EU (15) átlagához képest a megyében a férfiak és a nők halandósága is kb. 2-szer rosszabb.

16. ábra: A mortalitás külső okai (BNO 10: V01-Y98) miatti halálozás Hajdú-Bihar megyében, az Észak-alföldi régióban, Magyarországon és az Európai Unióban a 0-64 éves korcsoportban 1986-2008



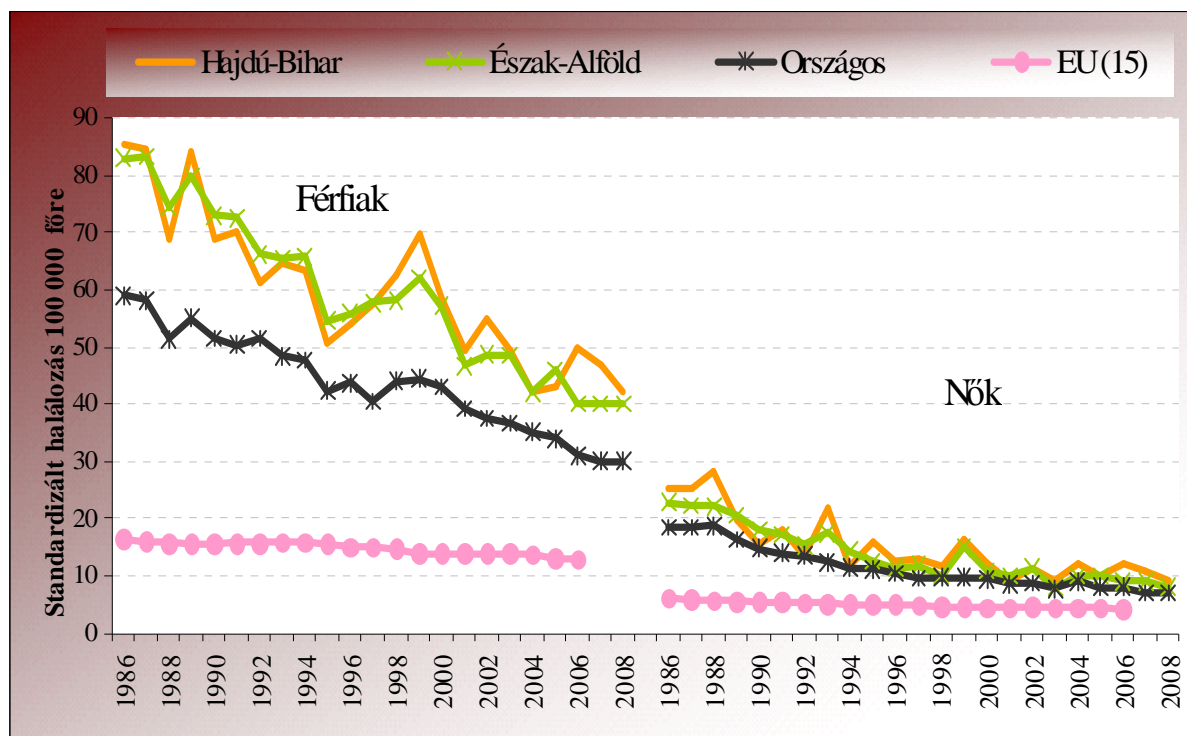
Forrás: OSZMK

3.1.3.1. Öngyilkosság, önsértés okozta halandóság

Az öngyilkosság okozta halálozások csökkentését célzó stratégiákban, a krízis állapotban lévők és/vagy depresszióban szenvedők időben történő felismerése és megfelelő ellátása, hatékony célként megfogalmazható stratégiának tűnik. A halálozás Hajdú-Bihar megyében, mindkét nemben, az országos értéket több mint 30-40%-kal haladja meg a 65 évnél fiatalabb korcsoportban.

Míg százezer 65 év alatti férfira a megyében 42, addig Magyarországon 30 haláleset következett be szándékos önártalom miatt 2008-ban. A nőknél 2008-ban a százezer 65 év alatti lakosra jutó halálozás a megyében 9, Magyarországon 7 volt.

17. ábra: Az öngyilkosság, önsértés (BNO 10: X60-X84) miatti halálozás Hajdú-Bihar megyében, az Észak-alföldi régióban, Magyarországon és az Európai Unióban a 0-64 éves korcsoportban 1986-2008



Forrás: OSZMK

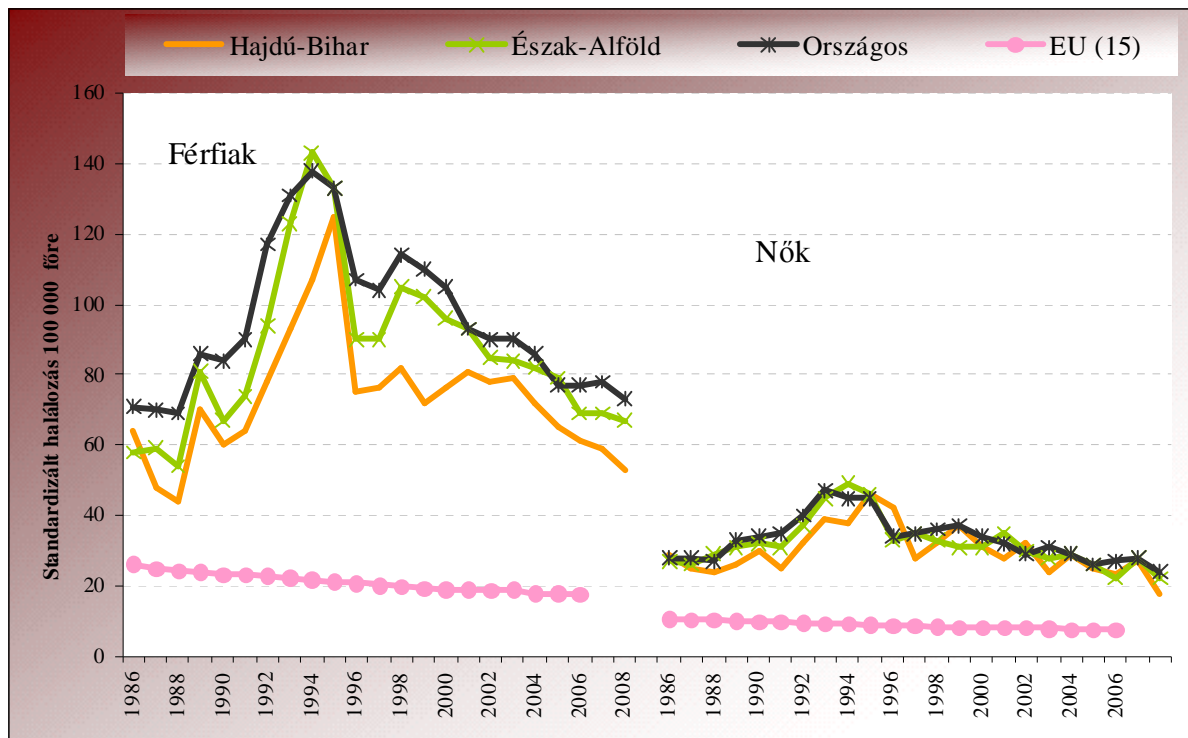
3.1.4. Emésztőrendszeri betegségek okozta halandóság

Az emésztőrendszer betegségei okozta halálozás, az alkoholos májbetegség és májzsugor okozta halálozás Magyarországon kezeletlen probléma. Az Európai Unió átlagától való kedvezőtlen eltérés két- háromszoros.

Az emésztőrendszeri betegségek okozta halálozások ábrázolásakor jellegzetes haranggörbe figyelhető meg. A 90-es évek közepéig meredeken emelkedik, utána meredeken csökken a halálozás előfordulása. A férfiak és a nők halálozásának csökkenő tendenciája azonos, de a férfiak halálozása közel háromszorosa a nők halálozásának. Hajdú-Bihar megyében az emésztőrendszeri betegségek okozta halálozás az országos átlag alatti. 2008-ban férfiaknál 27,4%-kal, nőknél 25%-kal kedvezőbb a 0-64 éves korosztályban.

Míg százezer 65 év alatti férfira a megyében 53, addig Magyarországon 73 haláleset következett be emésztőrendszer betegségei miatt 2008-ban. A nőknél 2008-ban a százezer 65 év alatti lakosra jutó halálozás a megyében 18, Magyarországon 24 volt.

18. ábra: Az emésztőrendszer betegségei (BNO 10: K00-K92) miatti halálozás Hajdú-Bihar megyében, az Észak-alföldi régióban, Magyarországon és az Európai Unióban a 0-64 éves korcsoportban 1986-2008



Forrás: OSZMK

4. Morbiditás

A lakosság megbetegedési viszonyainak ismerete - a halandósági elemzések mellett - elengedhetetlen a hatékony, szükségletekhez alkalmazkodó egészségügyi ellátórendszer, a sikeres egészségfejlesztési stratégiák, valamint szűrő programok tervezéséhez.

Különösen olyan betegségekre igaz ez, melyek időbeni felismerése esetén, a megfelelő egészségügyi szolgáltatás igénybevétele mellett a betegek jó életminősége érhető el, csökkentve ezáltal a betegségek halálozását, s az ebből adódó súlyos társadalmi terheket.

A morbiditási adatok gyűjtésére alapvetően három módszer áll rendelkezésre:

1. fekvőbeteg-intézetekre épülő megbetegedési regiszterek képzése (inkább az igénybevételről közöl információt, mint a szükségletekről)
2. lakossági felmérésekből nyert morbiditási adatgyűjtés (kérdőív)
3. háziorvosi morbiditás, monitorozás működtetése

Tájékoztatónkban a háziorvosi szolgálathoz bejelentettek morbiditását mutatjuk be 2007. évi országos regionális illetve megyei bontásban.

4.1. Országos Statisztikai Adatgyűjtési Program (OSAP)

Az OSAP, nem más, mint a háziorvosi praxisokban vezetett adatbázis, melynek gyűjtése folyamatos, hátránya, hogy nem teszi lehetővé a betegségekre történő korcsoportos bontást. Az adatok 2 évente kerülnek jelentésre a háziorvosi praxisok által, a legutóbbi 2009. évi még feldolgozás alatt van.

1. Táblázat: A háziorvosi szolgálathoz bejelentkezett felnőtt lakosság körében 100 ezer 20 éves, vagy idősebb lakosra jutó megbetegedések száma

Megbetegedés		2001	2003	2005	2007
Rosszindulatú daganatok C00-C97	Magyarország	1996,0	2206,2	2327,9	2967,3
	Észak-alföldi régió	1942,5	2078,0	2152,3	2872,4
	H-B megye	2041,0	2223,8	2234,5	3025,4
Diabetes mellitus E10-E14	Magyarország	5959,3	6376,1	6762,2	8728,3
	Észak-alföldi régió	4928,2	5372,4	5656,9	7851,4
	H-B megye	5067,0	5623,0	5505,5	7555,7
Magas vérnyomás I10-I15	Magyarország	22529,3	23834,9	24833,8	31859,6
	Észak-alföldi régió	22273,5	23678,7	24394,7	31450,6
	H-B megye	22472,2	23828,7	23565,5	30373,7
Osteoporosis M80-M85	Magyarország	3535,1	3607,7	3699,3	4592,6
	Észak-alföldi régió	3107,0	3191,4	3314,5	4224,6
	H-B megye	3046,1	3128,0	2970,8	3768,4
Idült alsó légúti betegségek J40-J44	Magyarország	3519,6	3440,3	3412,9	4088,4
	Észak-alföldi régió	4292,7	4273,1	4146,3	4862,8
	H-B megye	3826,8	3943,1	3879,9	4531,0
Máj betegségek K70-K77	Magyarország	2244,9	2176,6	2045,4	2102,3
	Észak-alföldi régió	2389,2	2379,2	2252,1	2398,8
	H-B megye	2242,2	2235,4	2148,6	2427,3

Forrás: ESKI

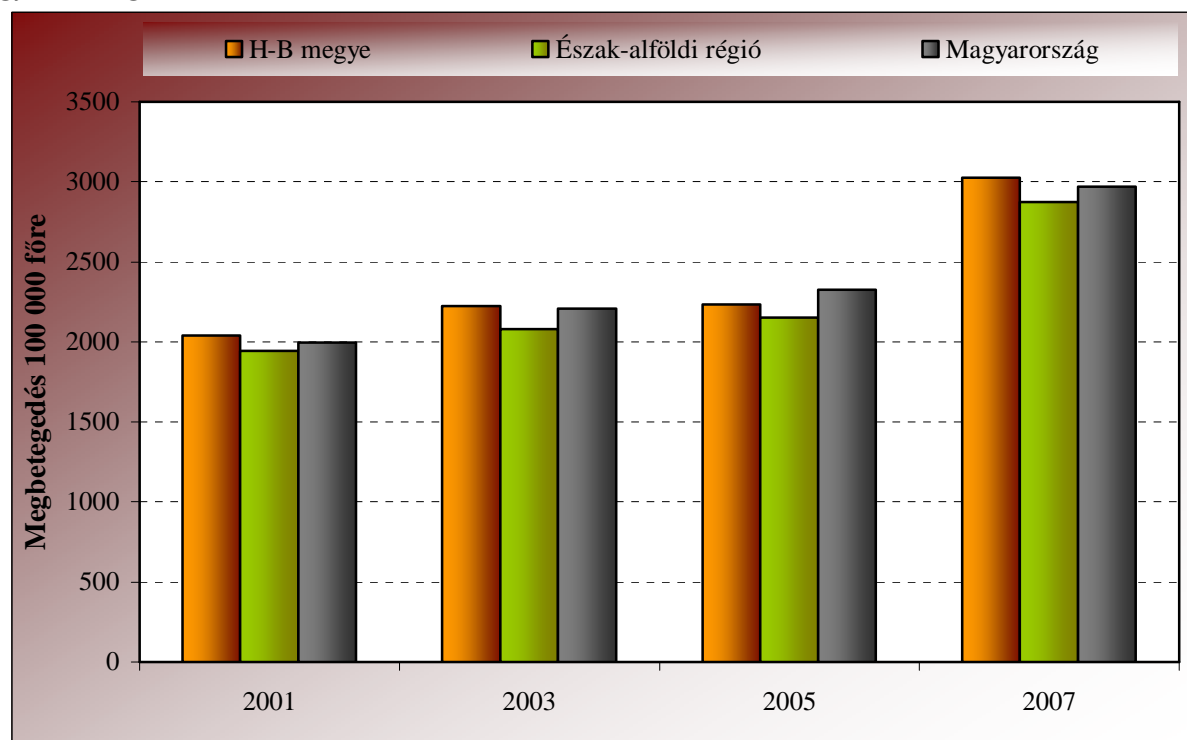
4.1.1. Rosszindulatú daganatok

Daganat bármely szerv bármely szöveteiben és sajnos bármely életkorban keletkezhet. Az egészségügy legfontosabb feladata a megelőzés, így széles körben kell a daganatos betegségeket is megismertetni a lakossággal és felhívni a figyelmet a szűrővizsgálatok jelentőségére és a rendszeres háziiorvosi vizsgálatra.

A daganatos megbetegedések előfordulása 2007. évben ugrásszerűen emelkedett az előző évekhez képest.

Százezer 20 éves, vagy idősebb lakosra jutó rosszindulatú daganat okozta megbetegedés a megyében 3 025, Magyarországon 2 967 fő volt 2007-ben. A 2005. évi adatokhoz képest ez 35%-os növekedésnek felel meg a megyében.

19. ábra: A háziiorvosi szolgálathoz bejelentkezett felnőtt lakosság körében 100 ezer 20 éves, vagy idősebb lakosra a rosszindulatú daganat (BNO 10: C00-C97) előfordulásának gyakorisága



Forrás: ESKI

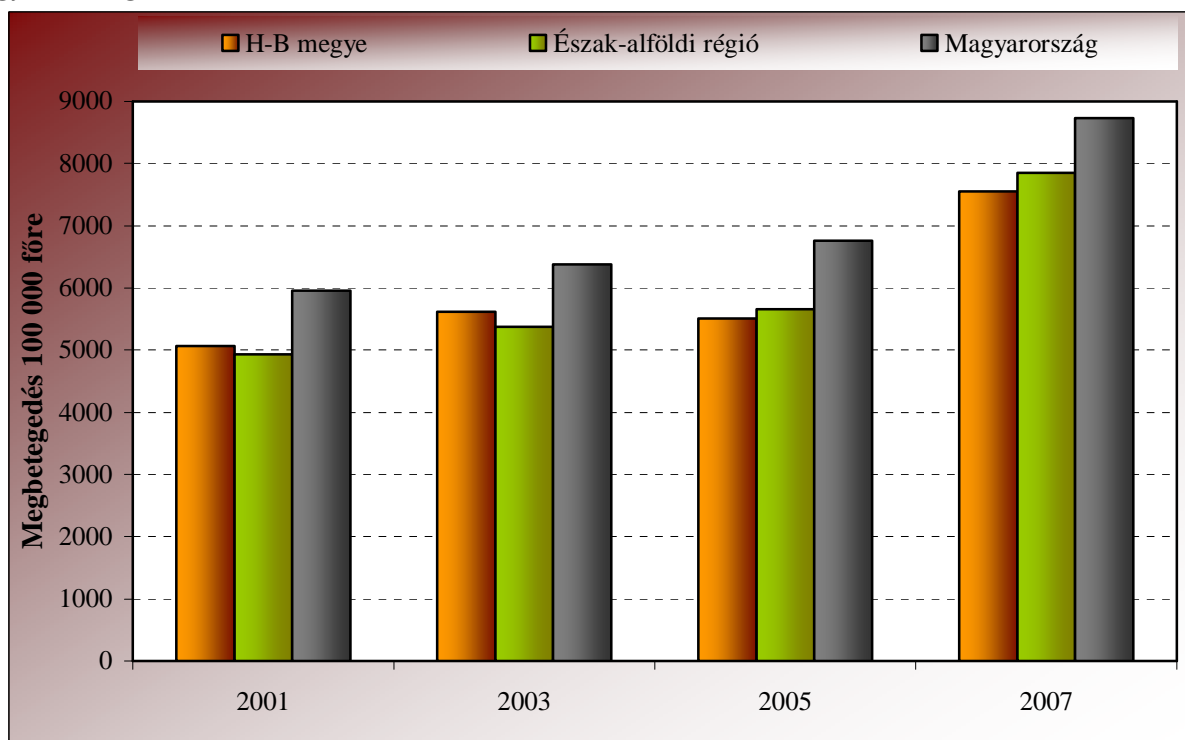
4.1.2. Cukorbetegség

A diabetes korai felismerése rendkívüli fontosságú a diabetes súlyos szövődményeinek megelőzése szempontjából (vesebetegség, cardiovascularis betegségek). A korán felismert diabetes ma már diétával, orális antidiabetikumokkal, illetve inzulinpótló terápiával jól karbantartható. A veszélyeztetett korcsoportok szűrővizsgálat keretében végzett vércukorszint meghatározása javasolt.

A cukorbetegség előfordulása folyamatosan emelkedett az elmúlt években. Magyarországon a háziorvosi szolgálatok által jelentett cukorbetegség száma kb. 700 000, de a fel nem ismert betegek száma is több százezerre becsülhető.

Százezer 20 éves, vagy idősebb lakosra Hajdú-Bihar megyében 7 555, Magyarországon 8 728 cukorbeteg jutott 2007-ben. Míg 2005-ben a megyei érték 5 505 és az országos 6 762 voltak, ez 37%-os növekedésnek felel meg a megyében.

20. ábra: A háziorvosi szolgálathoz bejelentkezett felnőtt lakosság körében 100 ezer 20 éves, vagy idősebb lakosra a cukorbetegség (BNO 10: E10-E14) előfordulásának gyakorisága



Forrás: ESKI

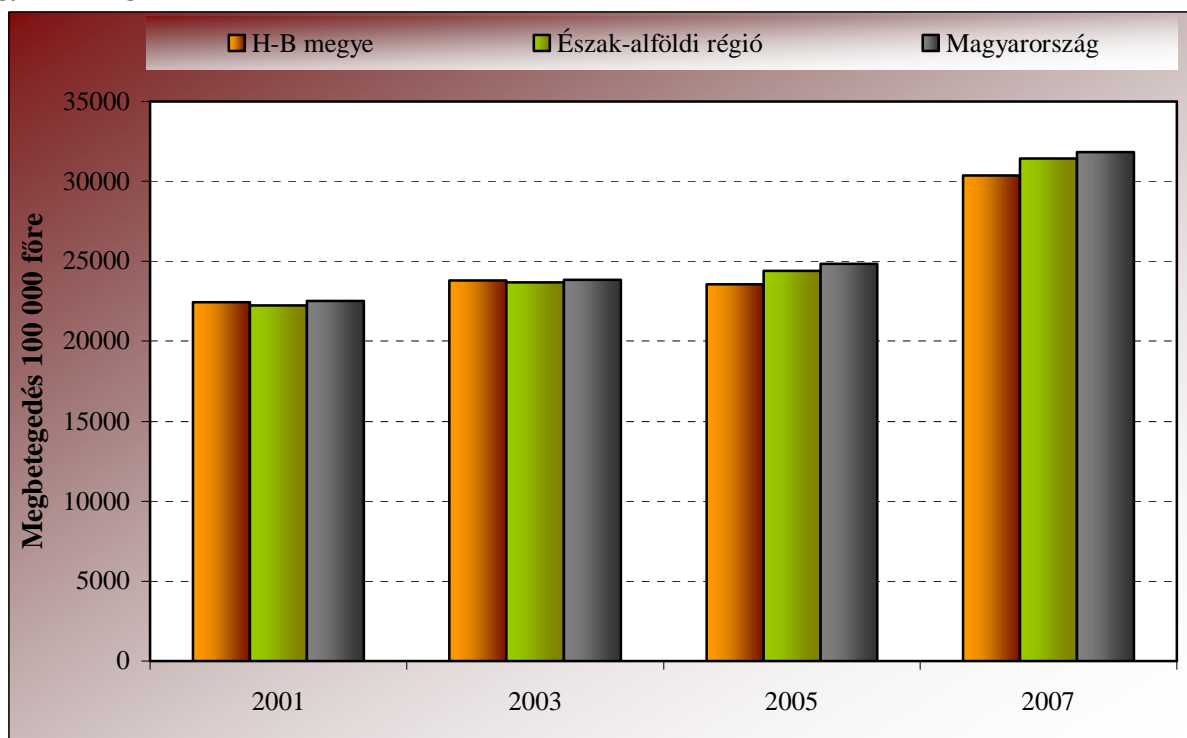
4.1.3. Magas vérnyomás

A szív-érrendszeri halálozások számának csökkenéséhez elengedhetetlen a betegség megelőzése, korai felismerése. Ilyen kockázatot növelő betegségek a magasvérnyomás, a cukorbetegség és az elhízás. Az alapellátásban megvalósuló szív-érrendszeri szűrővizsgálatok, a talált elváltozások hatékony kezelése, valamint az életmódbeli változások csökkentik ezen megbetegedéseket. Az életkor előrehaladásával a betegség kockázata és súlyossága nő. Krónikus lefolyásukkal jelentős terhet rónak az egészségügyi ellátórendszerre. A cardiovascularis betegségek megelőzését célzó programok nem betegség-specifikusak, ide tartoznak a dohányzásellenes programok, az egészséges táplálkozási programok, a fizikai aktivitást növelő programok.

Magyarországon több mint 2,5 millió felnőtt embernek ismert a magas vérnyomása, Hajdú-Bihar megyében legalább 130 000 felnőtt lakost érint. A magasvérnyomás betegség előfordulása az utóbbi években Hajdú-Bihar megyében, a prevalencia növekedése ellenére kedvezőbb értékeket mutat az országosnál.

Százezer 20 éves, vagy idősebb lakosra jutó magasvérnyomás megbetegedés a megyében 30 373, Magyarországon 31 859 fő volt 2007-ben. 2005-ben ezek az értékek 23 565 és 24 833 voltak, ez 29%-os növekedésnek felel meg a megyében.

21. ábra: A háziorvosi szolgálathoz bejelentkezett felnőtt lakosság körében 100 ezer 20 éves, vagy idősebb lakosra a magasvérnyomás (BNO 10: I10-I15) előfordulásának gyakorisága



Forrás: ESKI

4.1.4. Osteoporosis

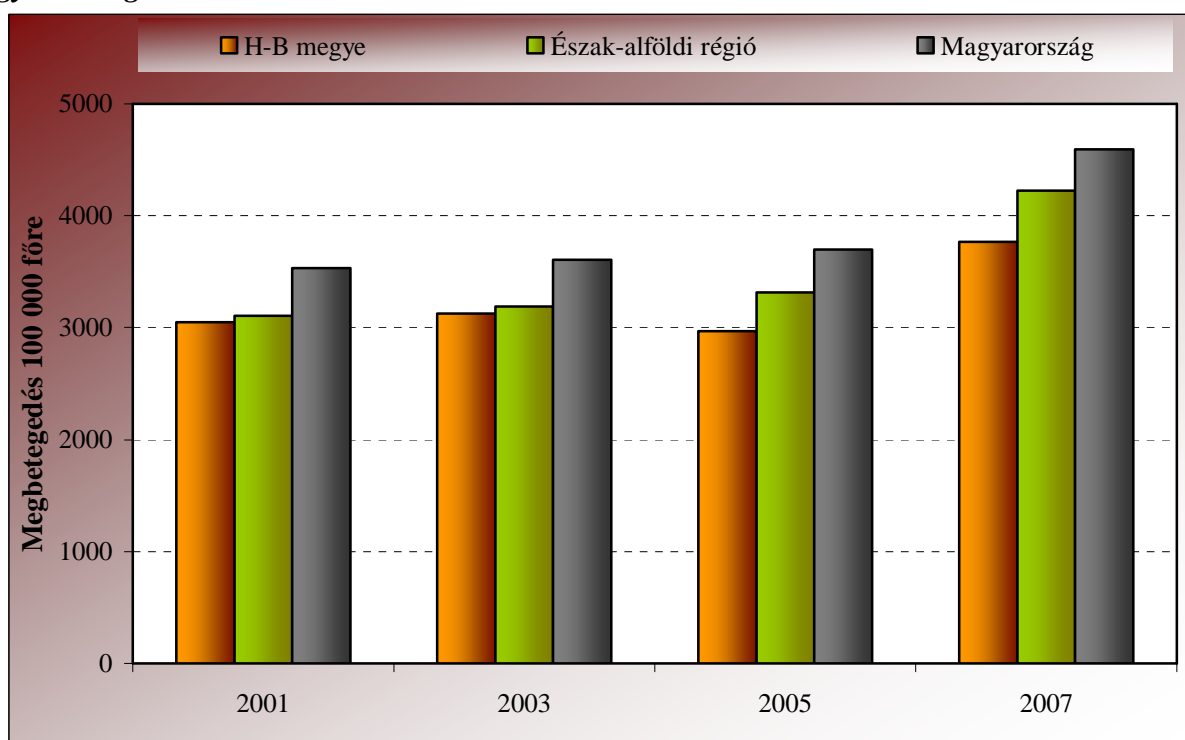
Az osteoporosis (csonttritkulás) megbetegedések legfontosabb szövődménye a csonttörés, és a hozzá kapcsolódó halálesetek jó része csípőtáji törésekből származik. A Magyar Osteoporosis Hálózat működése világszerte elismert, mégis az idős, combnyaktörést szenvedett betegek esetében derül ki, hogy korábban nem részesültek osteoporosis ellenes kezelésben.

A *primer prevenció* fiatal korban a csúcs csonttömeg lehető legmagasabb szintjének elérését jelenti, amely egészséges életmóddal, megfelelő Ca és D-vitamin bevitellel, testedzéssel, úszással jelentősen befolyásolható.

A *szekunder prevenció* a célzott szűrővizsgálatok végzését és a magas rizikójú személyek kiszűrését és mielőbbi kezelésbe vételét jelenti.

Százezer 20 éves, vagy idősebb lakosra jutó csontsűrűség vagy csontszerkezet rendellenesség okozta megbetegedés a megyében 3 768 főnél, Magyarországon 4 592 főnél volt 2007-ben. Hajdú-Bihar megyében a megbetegedés mértéke kb. 18%-kal kedvezőbb, mint az országos átlag. A megyei előfordulás a 2005-ös prevalencia értékeket 26,8%-kal haladja meg.

22. ábra: A háziorvosi szolgálathoz bejelentkezett felnőtt lakosság körében 100 ezer 20 éves, vagy idősebb lakosra az osteoporosis (BNO 10: M80-M85) előfordulásának gyakorisága



Forrás: ESKI

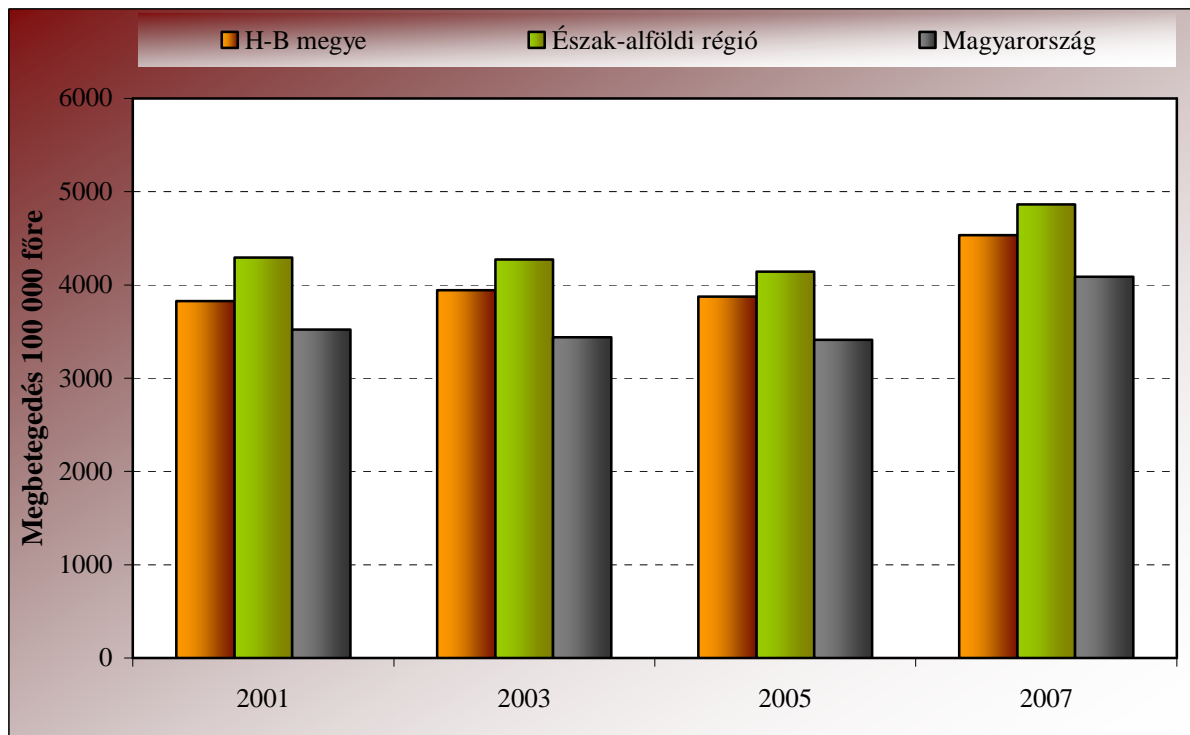
4.1.5. Idült alsó légúti megbetegedések

A krónikus légzőszervi betegségek esetében a természetes és a mesterséges légszennyeződést okozó tényezőknek nagy szerepet tulajdonítanak. Legnagyobb jelentősége a levegő magasabb kén-dioxid- és nitrogén-dioxid- koncentrációjának, valamint pollentartalmának van. Mégis a dohányzás következtében alakul ki a krónikus légúti betegségek jelentős része.

Idősebb korban jelentős a férfi többlet e betegségcsoportban, amiben jelentős szerepe lehet a férfiak dohányzási szokásainak. A 2003-as Országos Lakossági Egészségfelmérés eredménye szerint a nők 27,9%-a, a férfiak 40,5%-a dohányzik napi rendszerességgel Magyarországon.

Százezer 20 éves, vagy idősebb lakosra jutó idült alsó légúti megbetegedés a megyében 4 531, Magyarországon 4 088 fő volt 2007-ben, ez 10,8%-kal rosszabb az országos átlagnál. A 2005-ös prevalencia értékeket 16,8%-kal haladja meg az idült alsó légúti megbetegedések száma Hajdú-Bihar megyében 2007-ben.

23. ábra: A háziorvosi szolgálathoz bejelentkezett felnőtt lakosság körében 100 ezer 20 éves, vagy idősebb lakosra jutó idült alsó légúti betegségek (BNO 10: J40-J44) előfordulásának gyakorisága



Forrás: ESKI

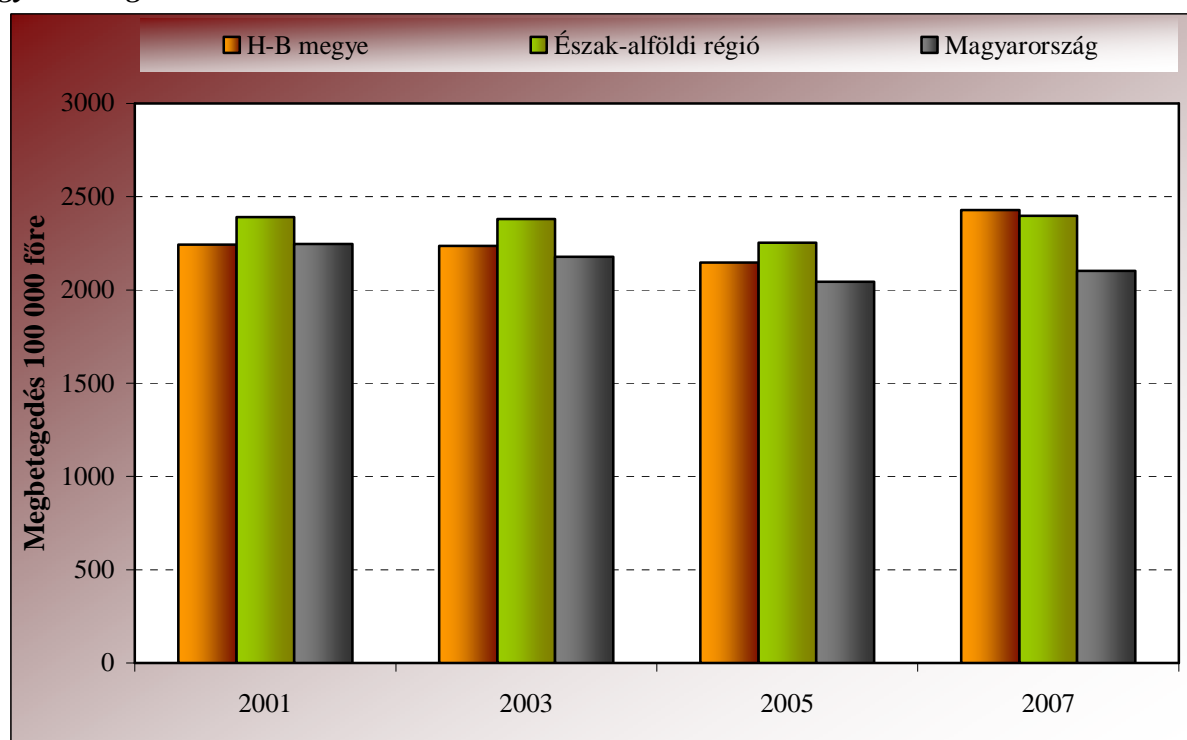
4.1.6. A máj betegségei

A megbetegedés döntő többségét a mértéktelen alkoholfogyasztás következtében kialakult krónikus májbetegség illetve májzsugor jelenti. A májkárosodások kisebbik részéért az egyéb toxikus májártalmak illetve vírusfertőzések a felelősek.

Az alkoholfogyasztás kontrollálása napjaink egyik legnagyobb népegészségügyi kihívása (gyártásának illetve forgalmazásának ellenőrzése, a függőségi kapcsolatba kerültek korai azonosítása és gondozásba vétele). A hepatitis -B vírus-fertőzések okozta májkárosodások elleni immunizálás jelentősége kiemelkedő.

Százezer 20 éves, vagy idősebb lakosra jutó krónikus májbetegek száma a megyében 2 427, Magyarországon 2 102 fő volt 2007-ben, ez 15,4%-kal rosszabb az országos átlagnál. A 2005-ös prevalencia értékeket 13%-kal haladja meg a krónikus májbetegségek és májzsugor előfordulásainak száma Hajdú-Bihar megyében 2007-ben.

24. ábra: A háziiorvosi szolgálathoz bejelentkezett felnőtt lakosság körében 100 ezer 20 éves, vagy idősebb lakosra a májbetegségek (BNO 10: K70-K77) előfordulásának gyakorisága



Forrás: ESKI

4.2. Allergiás megbetegedések

Az obstruktív tüdőmegbetegedések száma világszerte és hazánkban is folyamatosan emelkedik, és ezen belül is a COPD-s betegek számának emelkedése és a velük együtt járó egészségügyi, társadalmi problémák jelentenek egyre nagyobb gondot, felelősséget.

Az elmúlt 25 év asthma prevalenciájának csaknem monoton növekedése néhány legújabb vizsgálat eredménye szerint mérséklődött, felcsillan a remény, hogy az asthma epidémia a végéhez közeledik. A hazai adatok hasonló tendenciát mutatnak, úgy tűnik, hogy 1999-től érdemi növekedés az incidenciában nincs, az évi új betegek száma 16-19 000 között változik. Mindebből egyelőre korai lenne általános következtetéseket levonni és a legfőbb feladat továbbra is azoknak a kockázati tényezőknek a feltárása, amelyek a múlt század utolsó negyedében az asthma epidémiát okozták.

Az asthma kialakulásának és a prevalencia gyors növekedésének az okát pontosan nem ismerjük. Máig legelfogadottabbnak „higiénia hipotézis” látszik, bár a teória sok ponton támadható. A további kockázati faktorok között a környezeti allergének mennyisége, a levegőszennyezés, az életmódbeli és étkezési szokások szerepelnek. Az Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet Évkönyvének adatai alapján az allergiás és a nem allergiás asthma aránya a legtöbb megyében kb. 2/3-1/3.

A hazai asthma epidemiológiai adatok valójában nyilvántartási adatok, a tüdőgondozói hálózatban asthma diagnózissal regisztrált felnőtt betegeket fedik. Következésképpen ezekből az adatokból a valós hazai asthma előfordulási gyakoriságára csak következtetni lehet. Hiányoznak a nyilvántartásból a gyermekkori asthmások, továbbá azok a felnőtt betegek, akiket kórházi asthma ambulancia javaslata alapján a házi orvos gondoz, tekintve, hogy ezeknek az ambulanciáknak nincs jelentési kötelezettsége. Hiányozhat a regisztrált betegkörből az enyhe felnőttkori asthma is.

A tüdőgondozókban az asthma mellett a legnagyobb nyilvántartott betegcsoportot az allergiás rhinitises betegek adják. A rhinitis valós hazai morbiditására azonban ebből az adatból nem következtethetünk, tekintve, hogy a betegség ellátásában, diagnosztizálásában és kezelésében több szakterület is érintett, továbbá ismert, hogy az enyhe rhinitises betegek rendszerint nem fordulnak orvoshoz. Az allergiás rhinitis valódi hazai prevalenciája átlagosan 10 % körül van. A betegek száma emelkedik. Az Észak-alföldi régió adatai az országos átlagnak megfelelők.

Krónikus obstruktív tüdőbetegség, COPD

A nemzetközi adatok egyértelműen a COPD prevalencia emelkedésére, ezzel a betegség jelentőségének fokozódására mutatnak. Újabb, fontos fejlemény, hogy a COPD-hez társuló betegségek a pulmonológián kívül más orvosi specialitások figyelmét is felkeltették. A tüdőgondozói nyilvántartásba vett új esetek számának emelkedését figyelhetjük meg. Világszerte a dohányzás a legfontosabb kockázati tényező a betegség kialakulásában, de a fejlődő világ számos országában a fa és szén égetésének jelentősége felülmúlja a dohányzás hatását. A korábban közölt adatok alapján a COPD gyakoriságát a felnőtt lakosság csoportokban 4-7%-nak ítélték. Két nagy esetszámot értékelő vizsgálat azonban az előbbi prevalenciánál jóval magasabb prevalenciát mutat.

Magyarországon pontos epidemiológiai adatok nincsenek. Becslések szerint kb. 600 000-re tehető a betegek száma. A hazai nyilvántartás főként a súlyos, rendszeresen kórházi kezelést igénylő eseteket tartalmazza, míg az enyhébb, a megelőző illetve hörgőtágító terápia szempontjából ígéretesebb többség ismeretlen, azaz nem kezelt és gondozott beteg. Az új nyilvántartásba vett COPD-s betegek száma megyénként jelentősen eltér, régióinkban magas számot ér el.

A regisztrált COPD megyénkénti különbsége főként a tüdőgyógyászati járóbeteg ellátásban dolgozó orvosok érdeklődésével, munkaterhelésével, a háziorvos tüdőgyógyász együttműködés minőségével függ össze. Nem zárható ki azonban, hogy jelentős helyi eltérések lehetnek a környezeti kockázati tényezők tekintetében.

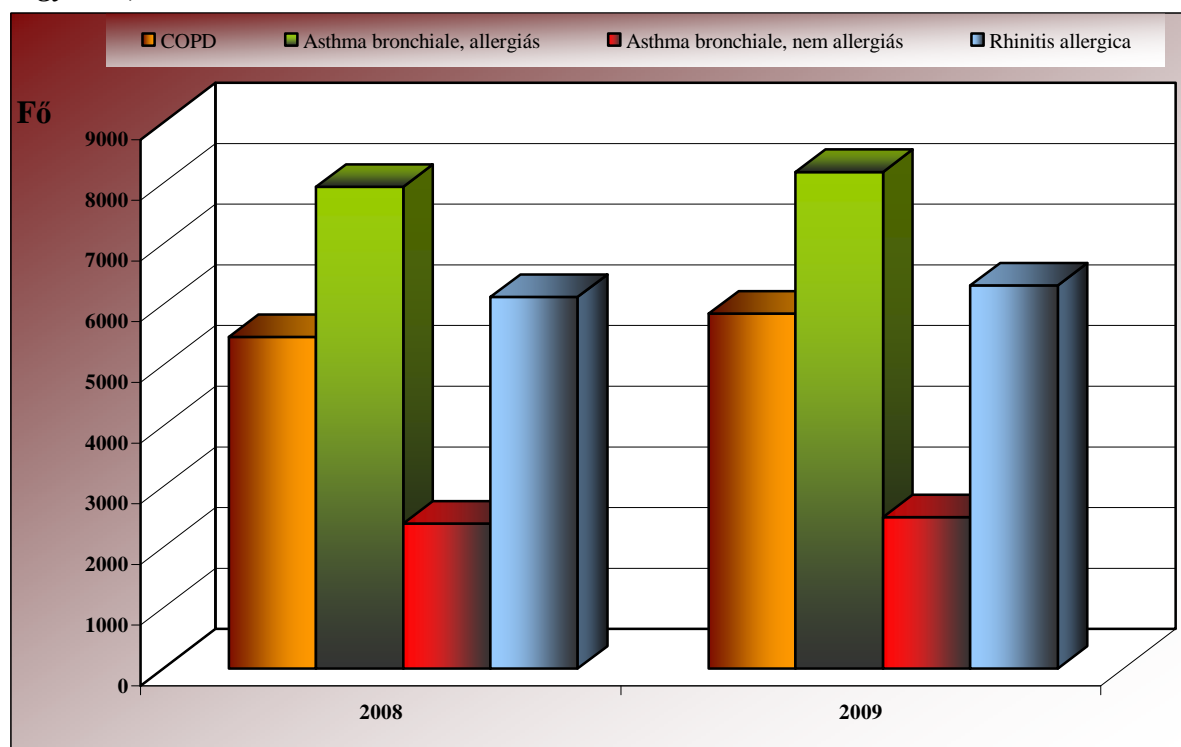
A COPD mint népbetegség, mind az egészségügy és mind a társadalom számára komoly gazdasági kihatással van.

Krónikus nem specifikus légúti megbetegedések incidencia és prevalencia adatai Hajdú-Bihar megyében, 2008-2009

	2008		2009	
	incidencia	prevalencia	incidencia	prevalencia
COPD	769	5 464	564	5 850
Asthma bronchiale, allergiás	494	7 939	358	8 183
Asthma bronchiale, nem allergiás	228	2 387	209	2 493
Rhinitis allergica	489	6 128	348	6 315

Forrás: DE-OEC Tüdőklinika

Krónikus nem specifikus légúti megbetegedések prevalencia adatai Hajdú-Bihar megyében, 2008-2009



Forrás: DE-OEC Tüdőklinika

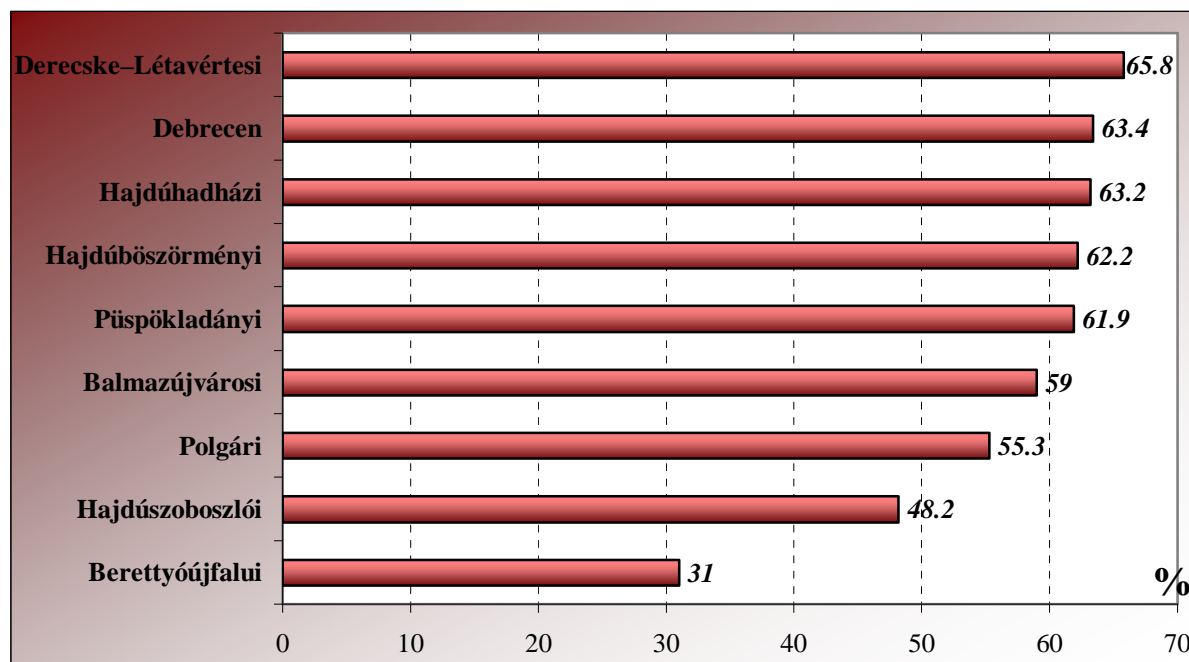
4.3. A szervezett lakossági szűrővizsgálatok eredményei

4.3.1. Emlőszűrés

Az emlőrák évente mintegy 2 000-2 500 nő halálát okozza Magyarországon. A mellrák miatti halálesetek 30%-a megelőzhető lenne, ha a szűrővizsgálaton a céllakosság legalább 70%-a megjelenne.

Hajdú-Bihar megyében az emlőszűrés 2009. évi részvételi aránya 58,7% volt, mely meghaladja a közel 50%-os országos átlagot. A kívánatos 70% megjelenési arányt a Derecske-Létavértesi Kistérség közelítette meg 2009. évben a 65,8%-os megjelenési arányával. A Berettyóújfalui Kistérség településeiből a meghívottak mindössze 31%-a élt a Népegészségügyi Program keretében a lakossági emlőszűrés lehetőségével.

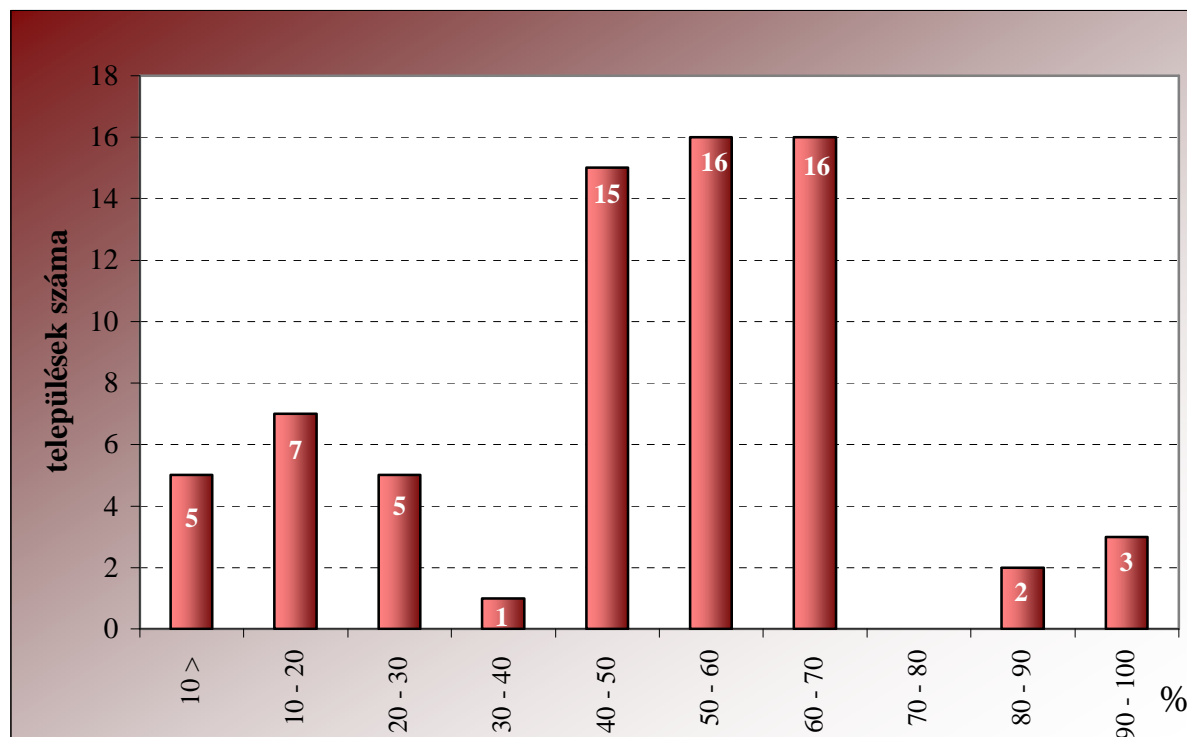
25. ábra: Emlőszűrés megjelenési arányai Hajdú-Bihar megye kistérségeiben 2009. évben



Forrás: ÁNTSZ Észak-alföldi Regionális Intézet Szűrés Koordináció

Az ÁNTSZ, az önkormányzatok, alapellátás dolgozói, média, a civil szervezetek összefogása, együttműködése a lakosság egészsége érdekében kiemelkedő eredményeket hozhat. Az önkormányzatok többsége - a jelentős költségek, és az igen összehangolt jelentős többletmunka ellenére - az elmúlt évben is támogatta a buszos utazások szervezését, 97 alkalommal 2 803 páciens számára biztosították ingyenesen az utazási lehetőséget a szűrővizsgálatra való eljutáshoz.

26. ábra: Az emlőszűrés 2009. évi eredményei Hajdú-Bihar megye településein



Forrás: ÁNTSZ Észak-alföldi Regionális Intézet Szűrés Koordináció

A 70%-ot meghaladó részvételi arányt összesen 5 település érte el: Hajdúdorog, Újtikos, Báránd, Nyíradony, Biharkeresztes.

Debrecen emlőszűrés eredménye 2009-ben tovább emelkedett, 63,4%-ra. Legalacsonyabbak a megjelenések a berettyóújfalui kistérség 17 településén, ahol a compliance 40% alatti.

Az emlőszűrés compliancének növelésére az Egészségügyi Minisztérium által meghirdetett pályázatra a megye 16 települése pályázott sikeresen, mintegy **4 300 000 Ft** összegben. A legmagasabb összegre Hosszúpályi 940 000 Ft-ra, a legkevesebb összegre 100 000 Ft-ra Hajdúszovát, Földes, Sárrétudvari önkormányzatai pályáztak. **A Szűréssel az Életért Program** országos rendezvény keretében további 5 település vett részt, 3 helyszínen az AVON mobil szűrőbusz 317 női lakosnál végzett emlőszűrést.

Összességében **18 935-en jelentek meg** az elmúlt évben népegészségügyi emlőszűrésen. Az 58 816 meghívott közül, közel 26 ezren az első meghívóra nem reagáltak, ők ismételt értesítést kaptak. A szűrővizsgálat alapján műtétet javasoltak 50 asszonynál, akik közül 47-nél végezték el a műtétet 2009-ben. 44 páciensnél az elváltozás rosszindulatú volt. 26 esetben a daganat olyan kisméretű volt, hogy a gyógyulási esély majdnem teljes. A rosszindulatú elváltozások 34%-a a 60-65 éves korosztályból került ki, alig több, mint 10%-a pedig az 50 év alatti korosztály köréből. 2009-ben szűréssel felismert inoperábilis esetről nincs tudomásunk.

4.3.2. Méhnyak-szűrés

A nőgyógyászati szűrővizsgálatok a 25-65 éves hölgyeknek kínálnak háromévente ingyenes méhnyak szűrési lehetőséget. Hajdú-Bihar megye 7 településén 13 OEP által finanszírozott nőgyógyászati szakrendelésen lehet ingyenesen igénybe venni a méhnyak-szűrő vizsgálatot. 2009. évben 79 település 154 praxisából 33 030 asszony kapott meghívó levelet méhnyak-szűrő vizsgálatra. Csupán 1 451 fő vette igénybe, így a megjelenési arány mindössze 4,3%-os.

A méhnyakról vett kenetet akkreditált cytologiai laborokban (Kenézy Gyula Kórház, Berettyóújfalui Területi Kórház) vizsgálják meg.

A levett kenetek 86,9%-a negatív vizsgálati eredményt adott, a továbbiaknál az értékelhetetlenség vagy a kóros elváltozás gyanúja miatt ismételt kenetvételt végeztek.

A szűrővizsgálaton megjelentek körében 2009. évben méhnyakrákos esetet nem fedeztek fel.

A szervezett lakossági méhnyak-szűrő vizsgálati eredmények csak a háromévenkénti szűrésen való megjelenést mutatják a 25-65 éves korosztályban. A valóságban a nők több mint 50%-ának komplex nőgyógyászati vizsgálata háromévenként legalább egy alkalommal megtörténik, részint magánőgyógyászaton, vagy a területileg illetékes nőgyógyászati szakrendeléseken. Ennek ellenére sajnos évente, országosan mintegy 500 nő hal meg méhnyakrák miatt, ugyanakkor a korán felismert méhnyakrák jól gyógyítható.

A **Posta Zrt.** cervix szűrőkamionja az 1 000 fő lakos szám alatti települések, illetve az „Egészséges Településekért Alapítvány” pályázatán nyert önkormányzatok részére nyújtott lehetőséget a 25-65 év közötti női lakosság cervix szűrésére lakóhelyén vagy a szomszédos településen. 2009. április 3.-tól 29-ig, leálló hellyel Hajdú-Bihar megye 44 településén 1 235 nő szűrését végezték el.

A Népegészségügyi Programról szóló 46/2003.(IV.16.) OGY határozat célul tűzte ki a 25-65 év közötti nők méhnyakrák okozta halálzásának 60%-kal való csökkentését 2012-ig.

Az Állami Számvevőszék 2008 májusában „Az egyes onkológiai szűrési programokra fordított pénzeszközök hasznosulásának ellenőrzéséről” szóló jelentésében hangsúlyozza, hogy a méhnyakszűrés rendszerét a nemzetközi gyakorlathoz kell igazítani.

A Védőnői Méhnyakszűrő Mintaprogram a Kormány középtávú munkaprogramjáról szóló kormányhatározat VII. fejezet c. pontjához kapcsolódóan, az Egészségügyi Minisztérium kezdeményezésére és támogatásával, az Országos Tisztifőorvosi Hivatallal kötött együttműködési megállapodás keretében (EüM 16348/2008-003 EGP), az ÁNTSZ Regionális és Kistérségi Intézeteinek aktív közreműködésével indult 2009-ben és sikerrel zárult.

A 110 önként jelentkező védőnő kitartó és áldozatos munkájával a kistépüléseken élő 30 717 meghívott nő 45%-át elérte, és a 13 823 nő 34,5%-nál a kenetvételt elvégezte.

Az Egészségügyi Minőségfejlesztési és Kórháztechnikai Intézet (EMKI) által készített tanulmány szerint „a védőnők elfogadottsága, elérhetősége együtt képes lehet az eddig rejtett csoportok megszólítására és a szűrési lefedettség növelésére a védőnők bevonása tűnik a leghatékonyabb szervezési eljárásnak, mely ráadásul szinkronban van a nemzetközi ajánlásokkal is”.

2009-ben a régió területéről 24 védőnő vett részt ebben a munkában, különösen kifejezett volt Szabolcs-Szatmár-Bereg megye aktivitása. **Hajdú-Bihar megyéből mindössze egy védőnő végzett kenetvételeket (Létavértes).**

A program hatékonysága ismeretében idén folytatódik a Védőnői Méhnyakszűrő Program (VMP II.), ahol újabb 130 védőnő sajátítja el a kenetvételt és kezdi meg szűrési tevékenységét. Sajnálatos módon megyénkből az idén is csak egy területi védőnő jelentkezett a Programba, szintén Létavértesről.

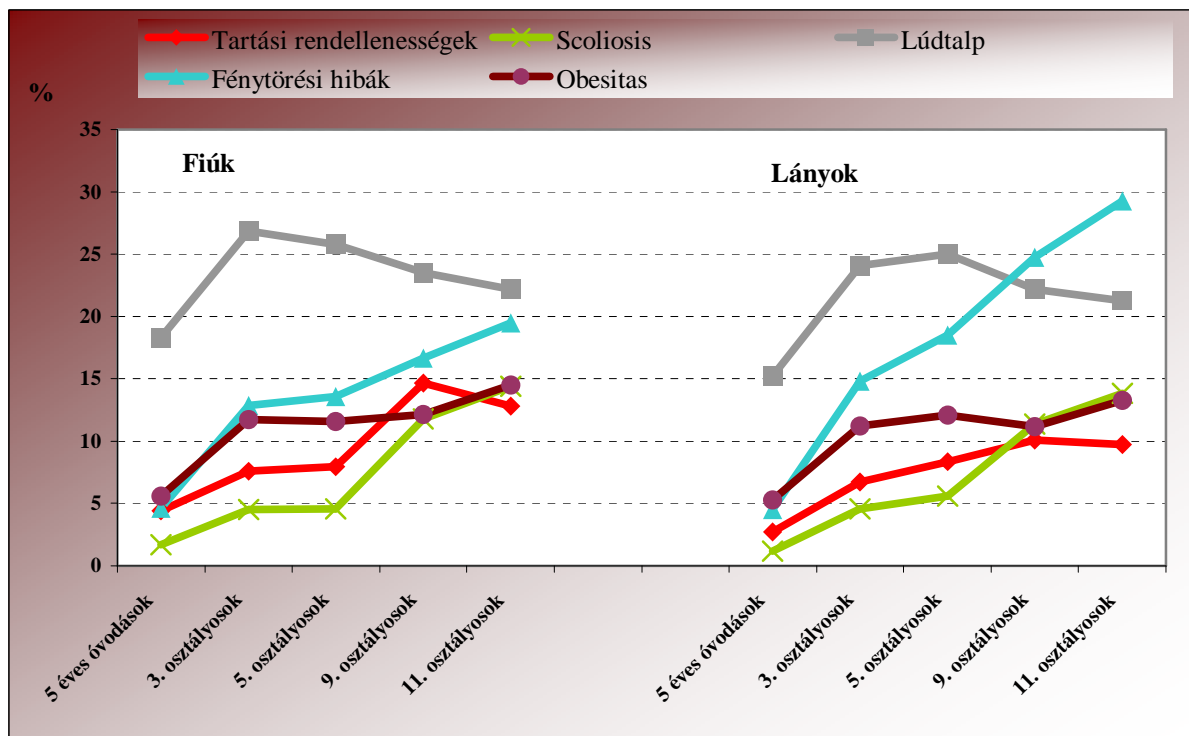
A méhnyakszűréshez való hozzáférés esélyét jelentősen megnöveli a védőnők szűrési tevékenysége, ezért az elkövetkezendő években kívánatos lenne, ha a megye kistépülései élneek ezzel a lehetőséggel.

4.4. Helyzetkép a megye 3-18 éves gyermekeinek egészségi állapotáról a 2008/2009-es tanév iskola-egészségügyi vizsgálatainak adatai alapján

Hajdú-Bihar megyében a 2008/2009-es tanévben az iskola-egészségügyi szolgálatok által elvégzett egészségi állapot vizsgálatok eredményeként összesen 6 elváltozás szerepel a korcsoportonkénti gyakorisági listán. Ha a kancsalságot – mely csak az 5 évesek körében került az első 5 kórkép közé – nem számítjuk, akkor ugyanaz az 5 elváltozás szerepel minden korcsoportban. A leggyakoribb elváltozások: lúdtalp, fénytörési hibák, obesitas, tartási rendellenességek, scoliosis.

Ezek korcsoportos előfordulását és életkor előrehaladtával történő alakulását mutatja az ábra nemenkénti bontásban.

27. ábra: A leggyakrabban előforduló betegségek aránya iskolásoknál az életkor függvényében, a 2008/2009-es tanévben



Forrás: OSZMK

Az iskola-egészségügyi vizsgálatok során talált leggyakoribb elváltozás a **lúdtalp**. Előfordulása a 9. és 11. osztályos lányok kivételével, mindkét nemben, minden korcsoportban a legmagasabb, annak ellenére, hogy gyakorisága fiúknál 3. osztály után, lányoknál 5. osztály után csökken. A legmagasabb értékei fiúk esetében 26,83%, lányoknál 25,01%.

Az országos adatokhoz viszonyítva a lúdtalp előfordulása a megyében az 5 éves óvodások körében mindkét nemben az országos érték alatti (fiúk esetében 18,29%, az országos 23,47%; lányoknál 15,2%, az országos 18,29%), a többi korcsoportban nincs jelentős eltérés a két adatsorban.

A 9. és 11. osztályos lányok esetében a leggyakoribb elváltozás a **fénytörési hibák (látászavarok)**, mely - az 5 éves óvodások kivételével - minden egyéb vizsgált korcsoportban a második helyen áll (14,04%- 29,24%). Előfordulásuk az életkor előrehaladtával jelentős mértékben nő.

A megyei adatokat az országgal összevetve nincs jelentős eltérés a fénytörési hibák előfordulásában a két nemből egyik vizsgált korcsoportban sem.

Az **obesitas** (kövérség) előfordulási gyakorisága is folyamatos növekedést mutat az egymást követő korcsoportokban, kivéve a 9. osztályos lányokat, ahol kismértékű csökkenés figyelhető meg. A legtöbb kövér gyermek a 11. osztályos fiúk körében fordul elő, 14,53%.

A 9. és 11. osztályos fiúk, valamint a 11. osztályos lányok körében kismértékben magasabb megyénkben a kövér gyermekek száma az országos adatokhoz képest, a többi vizsgált korcsoportban mért értékek nem térnek el az országos átlagtól.

A **tartási rendellenességek** fiúknál gyakoribbak, mint lányoknál, csúcsertékét a 9. osztályos fiúk esetében éri el, 14,64%. Fiúknál az 5. és 9. osztály között jelentős mértékben nő a betegség előfordulása. A megye adatai mindkét nemből, minden vizsgált korcsoportban minimálisan alacsonyabbak az országostól.

A **scoliosis** (gerincferdülés) előfordulása hasonlóan alakul mindkét nemből. Az életkor előrehaladtával a betegség gyakorisága nő, ez a növekedés az 5. és 9. osztály között a legnagyobb. A 9. osztályosok körében megduplázódott a betegség előfordulása az 5. osztályhoz képest. Legmagasabb értéke fiúknál 14,39%, lányoknál 13,83%. A megyében mért értékek az országoshoz képest - a 11. osztályos fiúkat kivéve, ahol kismértékben magasabb - alacsonyabbak mindkét nemből, minden vizsgált korcsoportban.

Az 5 éves óvodások tekintetében meg kell említeni a **kancsalságot**, melynek előfordulási gyakorisága ebben a korosztályban meghaladja a scoliosis gyakoriságát.

A 2007/2008-as tanévben is ugyanezen diagnózisok szerepeltek a leggyakoribb elváltozások között Hajdú-Bihar megyében. A lúdtalp előfordulási gyakorisága mindkét nemből emelkedett az elmúlt tanévben, a többieké hasonlóan alakult az elmúlt két tanítási évben.

A lúdtalp, a tartási rendellenességek, a gerincferdülés és a kövérség kialakulásában a mozgásszegény életmód is szerepet játszik. Fontos tehát minden gyermek számára az egészségfejlesztő hatású rendszeres testmozgás, valamint speciális tartásjavító torna megtanítása és rendszeres végzése. Ezek testnevelési óra és szabadidő-sport keretében egyaránt végezhetőek.

4.5. Fertőző betegségek

2009-ben az összes jelentett fertőzőbeteg szám: 5 120, ebből 27% gyomor-bélrendszeri fertőzés, 66% bárányhimlő.

Hajdú-Bihar megyében 2009. évben 1 389 **gyomor-bélrendszeri fertőző** megbetegedés fordult elő (2008-ban 1 409 beteg volt). A laboratóriumi vizsgálat a bejelentett esetek 58%-ában bakteriális, 13%-ában vírusos eredetet igazolt. Bár a bejelentett esetszám az előző évihez hasonlóan alakult, kedvező jelenség volt, hogy az előzőnél jelentősen kevesebb, összesen 8 fő (2008-ban 86 fő) betegedett meg Hepatitis A vírus okozta fertőző **májgyulladásban**.

2008. évben **Hajdúhadház, Hajdúsámson és Nyíradony** településeken is, elsősorban a fiatal korosztályt érintő Hepatitis A járvány zajlott. A fertőzés további terjedésének megakadályozása érdekében az Országos Epidemiológiai Központ, a megbetegedés kockázatának leginkább kitett, 1-14 éves gyermekek részére biztosította a Hepatitis A elleni aktív oltóanyagot. Mivel a tartós védettség kialakulásához két oltás szükséges, ezért 2009-ben ismét megszerveztük a már korábban elkezdett oltási sorozat befejezését. Ennek keretében közel 3 000 fő részesült Hepatitis A elleni védőoltásban az érintett három településen.

Az előző évihez képest közel 50%-kal több **Varicella** (bárányhimlő) megbetegedés fordult elő megyénkben (3 397 beteg /2009.év, 2 092 beteg/2008 év). A **scarlatina** bejelentés az előző évihez hasonlóan alakult (215 beteg).

4.5.1. Legionellosis

2009. évben Hajdú-Bihar megyében 4 fő betegedett meg, mely egy esetben halállal végződött (az irodalomban leírt halálozási arány kb. 13%-os).

A légkondicionálók használatának elterjedésével számolni kell a legionárius betegségben megbetegedettek számának növekedésével. A Legionella baktériummal való fertőződés kockázatát számos tényező együttesen befolyásolja:

- Legionella baktériumok jelenléte, szaporodásukra alkalmas körülmények, például megfelelő hőmérséklet (20-50°C),
- tápanyagforrások, mint az iszap, vízkő, rozsda, algák és más szerves anyagok,
- belélegezhető cseppeket képző és terjesztő eszközök, például vízcsap, zuhany vagy hűtőtorony által kibocsátott aeroszol expozíciója,
- az exponált személyek egészségi állapota és fogékonysága.

Európában, a területi járványokban leggyakrabban hűtőtorony, és szintén gyakran a melegvíz-rendszer és a pezsgőfürdők terjesztették a kórokozókat.

Megelőzés: a víz-, hűtő- és egyéb rendszerekben található legionellák szaporodását elősegítő tényezők kivédése. A Legionella - fertőzés szempontjából kockázatot jelentő rendszerek tulajdonosa vagy üzemeltetője tartozik felelősséggel az adott rendszer kockázatbecslésének elvégzéséért, és a megfelelő szabályozó intézkedések szükség szerinti alkalmazásáért. Amennyiben adott esetben egy rendszer Legionella baktériumokat terjesztő szerepe nem zárható ki, és rendszeres ellenőrzése dokumentáltan nem bizonyítható, a tulajdonos vagy **üzemeltető felelősségre vonható** (ld. az „Európai Útmutató az Utazással Összefüggő Legionárius betegség Felügyeletéhez és Megelőzéséhez” című dokumentum 3. fejezetét és 1. függelékét).

Utazással összefüggő megbetegedést (a szállás nevét, címét) kötelesek vagyunk jelenteni az EU felügyeleti rendszernek. A EWGLINET -(Utazással Összefüggő Legionárius Betegség Európai Surveillance Rendszere) elsődleges célkitűzése az Európai Unió tagországainak felkészítése a legionárius betegség és járványok felismerésére, megelőzésére és felügyeletére.

4.5.2. *Influenza Pandemia*

2009. április 17-én az Egyesült Államok Betegségmegelőzési és Járványügyi Központja (CDC) lázas, légúti tünetekkel járó megbetegedésekről számolt be. A laboratóriumi vizsgálatok eredménye szerint a megbetegedéseket egy új, korábban nem ismert influenza A vírus, a (H1N1)v elnevezésű okozta.

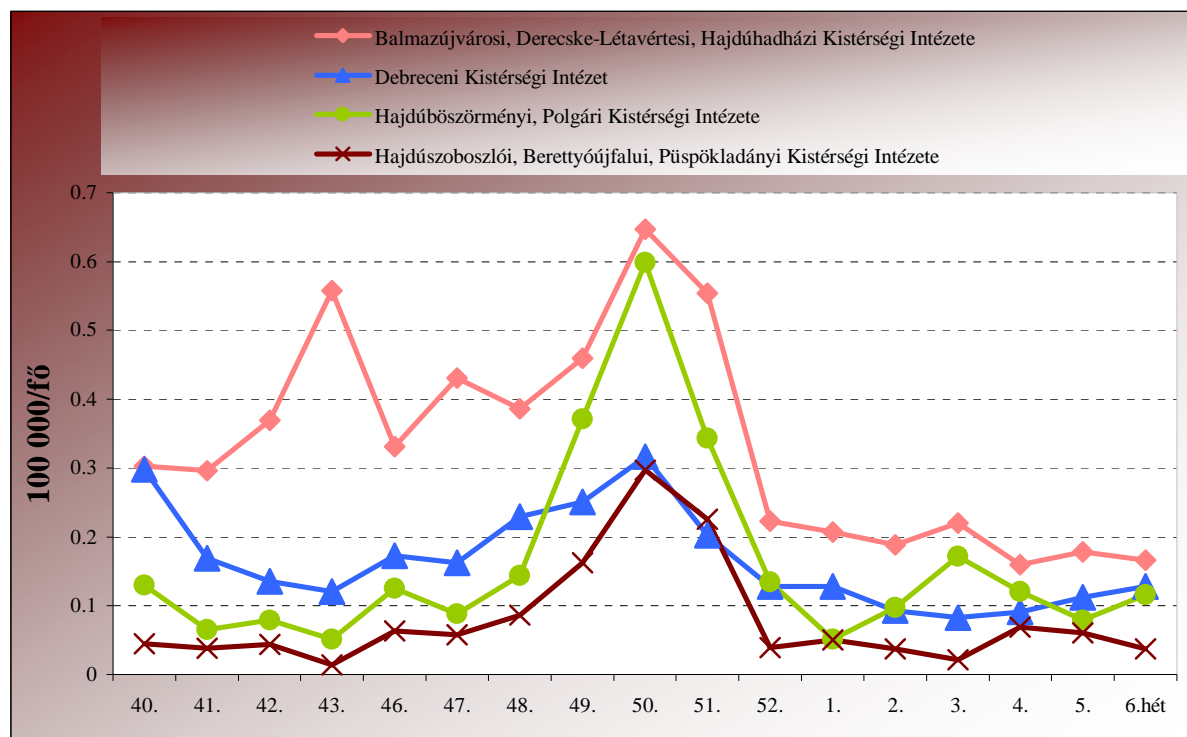
A Mexikóból és Egyesült Államokból induló vírus okozta járvány miatt a WHO a legmagasabb, 6-os szintre emelte a pandémiás riasztást.

A vírus 2009 májusában utazókkal érte el Magyarországot, így az influenza figyelőszolgálat 2008/2009. szezóját a 20. hét után követte az interszezonális, majd folyamatában a 2009/2010 évi jelentési rendszer.

2009. 40. – 2010. 06. hét közötti időszakban az influenza figyelőszolgálat (40.héttől-20. hétig) adatai alapján előzetes értékelés történt Hajdú-Bihar megyére vonatkozóan:

- Hajdú-Bihar megyében a szezonális influenza figyelőszolgálatot 2009. 40. hete óta működtetjük 80 orvos részvételével. A 39 felnőtt háziorvos, 26 gyermek háziorvos és 15 vegyes praxist ellátó orvos, összesen 128 508 fő egészségügyi ellátását biztosítja, mely a megye lakosságának kb. 25%-a.
- A figyelőszolgálat beindításakor Hajdú-Bihar megyében még alacsony, majd a 48. és 51. hét között mérsékelt influenza aktivitást tapasztaltunk, mely az 52. héttől ismét, folyamatosan alacsony szintet mutat a figyelőszolgálatra kijelölt orvosok heti jelentései alapján. A legtöbb megbetegedést, a járvány csúcsát az 50. héten regisztráltuk valamennyi kistérségi intézetre vonatkozóan. Ezt követően megyénkben folyamatosan csökkent a bejelentett betegek száma, az influenza aktivitás alacsony szintet mutat.
- Hajdú-Bihar megyén belül azonban kiemelkedik a Balmazújvárosi, Derecske-Létavértesi, Hajdúhadházi Kistérségi Intézet illetékességi területe, ahol minden héten a megyei átlag fölött volt az influenzaszerű megbetegedések előfordulási aránya. A megye többi kistérségeitől eltérően a járványgörbe itt két csúcspontot mutat. A 43. és az 51. héten is 500%oó fölötti (magas aktivitás) volt e terület morbiditása.

28. ábra: Influenzaszerű megbetegedések alakulása Hajdú-Bihar megyében ÁNTSZ kistérségi intézetek illetékességi területe szerint 2009. 40. – 2010. 06. hét között



Forrás: ÁNTSZ Észak-alföldi Regionális Intézet

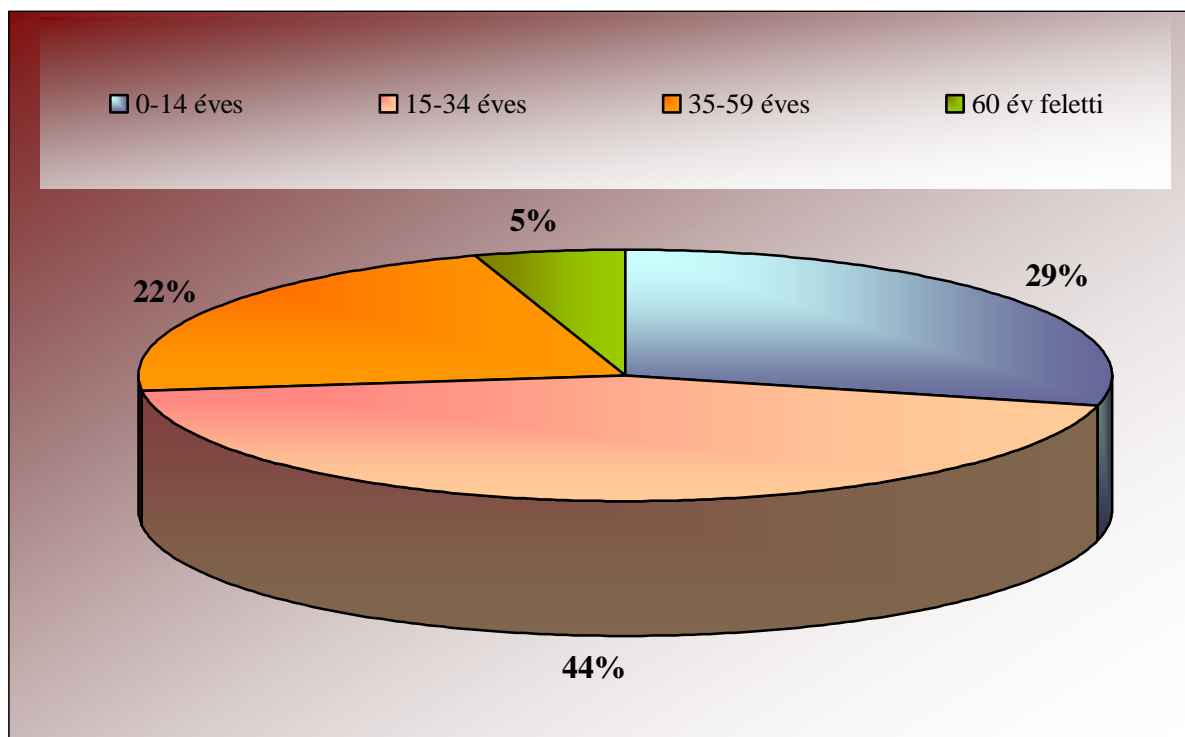
Megyénkben eddig 2 területi és 8 közösségi influenzajárványról érkezett bejelentés. 2009. szeptemberben (az iskolakezdés után) Vámospércs és Hajdúsámson településen jelentették a háziorvosok az influenzaszerű megbetegedések halmozódását a 3-16 éves korosztály körében. A laborvizsgálat mindkét településen igazolta az új típusú Influenza A vírus kóroki szerepét.

Hat esetben óvodai és iskolai közösségben előfordult halmozódást jelentettek. A laboratóriumi vizsgálat négy közösség esetében igazolta az Influenza vírus jelenlétét. A tünetek: köhögés, torokfájás, hőemelkedés, láz, rossz közérzet, néhány esetben hasmenés. A betegek néhány nap alatt meggyógyultak, kórházba nem került senki.

Két családi járvány is bejelentésre került. Mindkét esetben 3-3 fő betegedett meg. Az egyik családnál mindhárman kórházba is kerültek, melyből **egy főnél gépi lélegeztetésre** is szükség volt. A laboratóriumi vizsgálat igazolta a családoknál is az Influenza A H1N1 vírus jelenlétét.

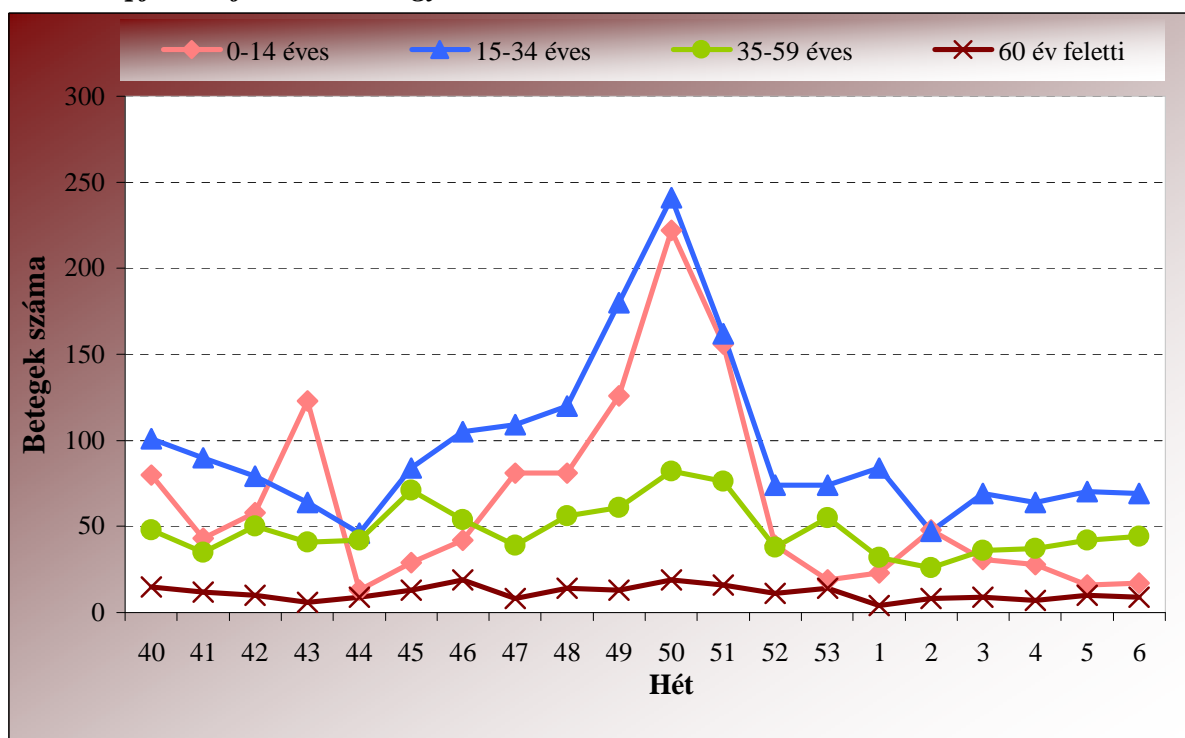
A figyelőszolgálati adatok alapján az influenzaszerű megbetegedések 29%-a fiatal gyermekek (0-14 évesek), 44%-a a 15-34 éves korosztály körében fordult elő. A betegek 22%-a volt 35-59 éves, illetve 5%-a 60 éven felüli. Ez az arány megfelel az országos korcsoportos megoszlásnak is.

29. ábra: Influenzaszerű megbetegedések korcsoportonkénti alakulása Hajdú-Bihar megyében 2009. 40. – 2010. 06. hét között



Forrás: ÁNTSZ Észak-alföldi Regionális Intézet

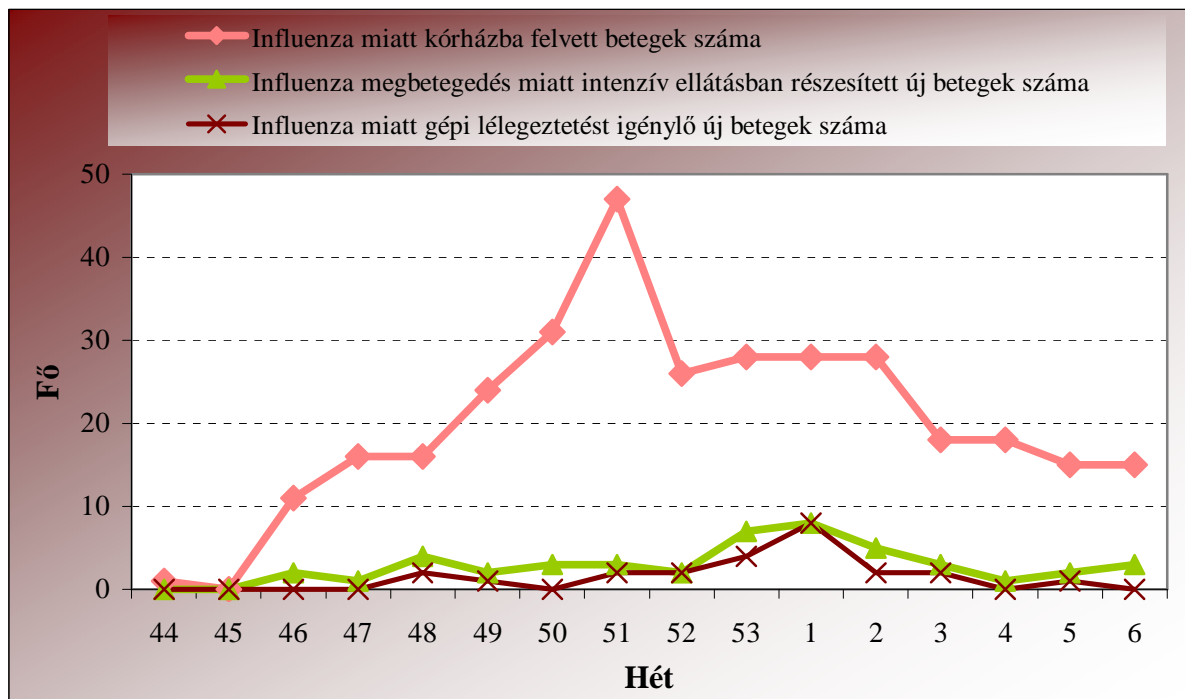
30. ábra: Influenzaszerű megbetegedések száma korcsoportonként a figyelőszolgálat heti adatai alapján Hajdú-Bihar megyében 2009. 40. – 2010. 06. hét között



Forrás: ÁNTSZ Észak-alföldi Regionális Intézet

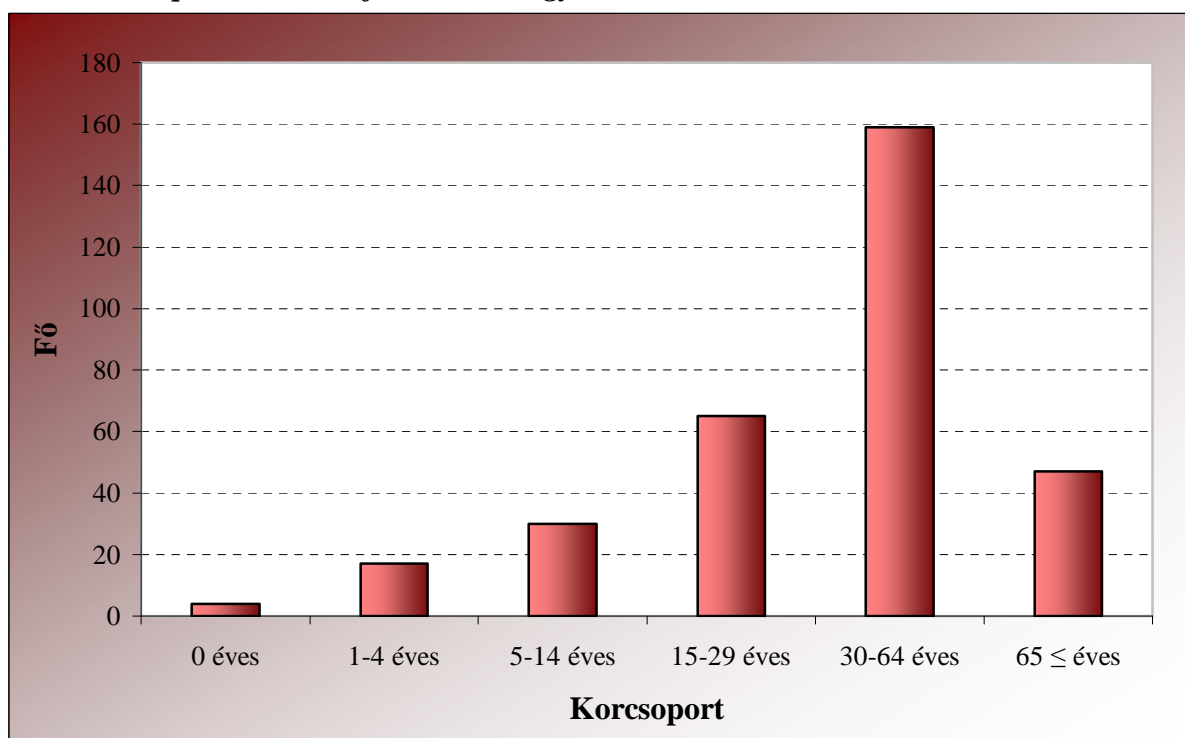
Influenza, illetve influenzaszerű megbetegedés miatt Hajdú-Bihar megyében 322 beteg került kórházi felvételre 2009. 44. hét és 2010. 06. hét között. A kórházba felvett betegek közül 46 fő (16%) részesült intenzív ellátásban, 24 esetben gépi lélegeztetésre is szükség volt. A betegség kimenetele 7 esetben halállal végződött. A kórházi ápolásra szorulóknak közül 1 beteg részesült védőoltásban, akinél a tüdőgyulladást bakteriális fertőzés okozta.

31. ábra: Influenza illetve influenzaszerű kórházi betegek száma Hajdú-Bihar megyében 2009. 40. – 2010. 06. hét között



Forrás: ÁNTSZ Észak-alföldi Regionális Intézet

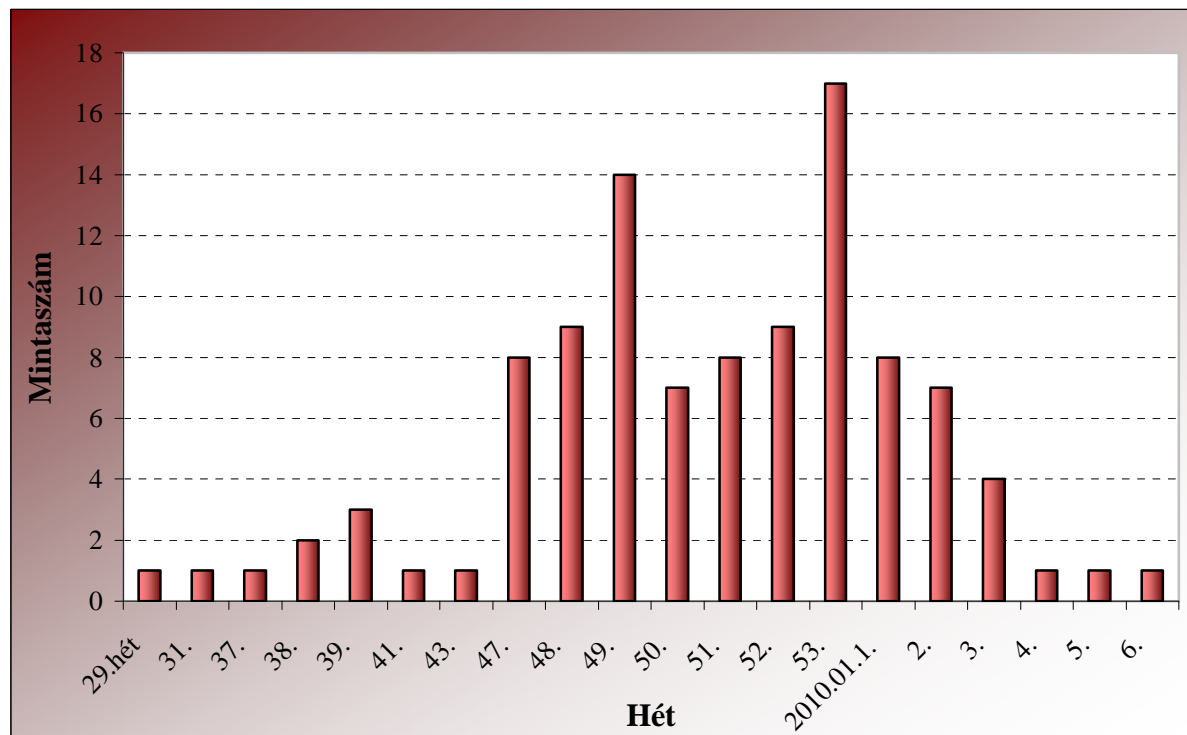
32. ábra: Influenza illetve influenzaszerű megbetegedés miatt kórházba felvett betegek száma korcsoportonként Hajdú-Bihar megyében



Forrás: ÁNTSZ Észak-alföldi Regionális Intézet

A betegek nagy többségénél komplikációmentes influenzaszerű tüneteket okozott az új H1N1 vírus. A betegek kis hányadában hirtelen kifejlődő súlyos tüdőgyulladás alakult ki. A súlyos esetek nagy többsége az oltatlan, ún. rizikó csoportból került ki, a halálos esetek között fiatal, oltatlan, egyébként egészséges egyének is voltak. A betegektől vett garatmosó folyadék laboratóriumi vizsgálata 105 beteg esetében igazolta az Influenza A H1N1 vírus jelenlétét, melynek hetenkénti alakulását az alábbi grafikon mutatja.

33. ábra: Laboratóriumiilag igazolt Influenza pozitív esetek Hajdú-Bihar megyében



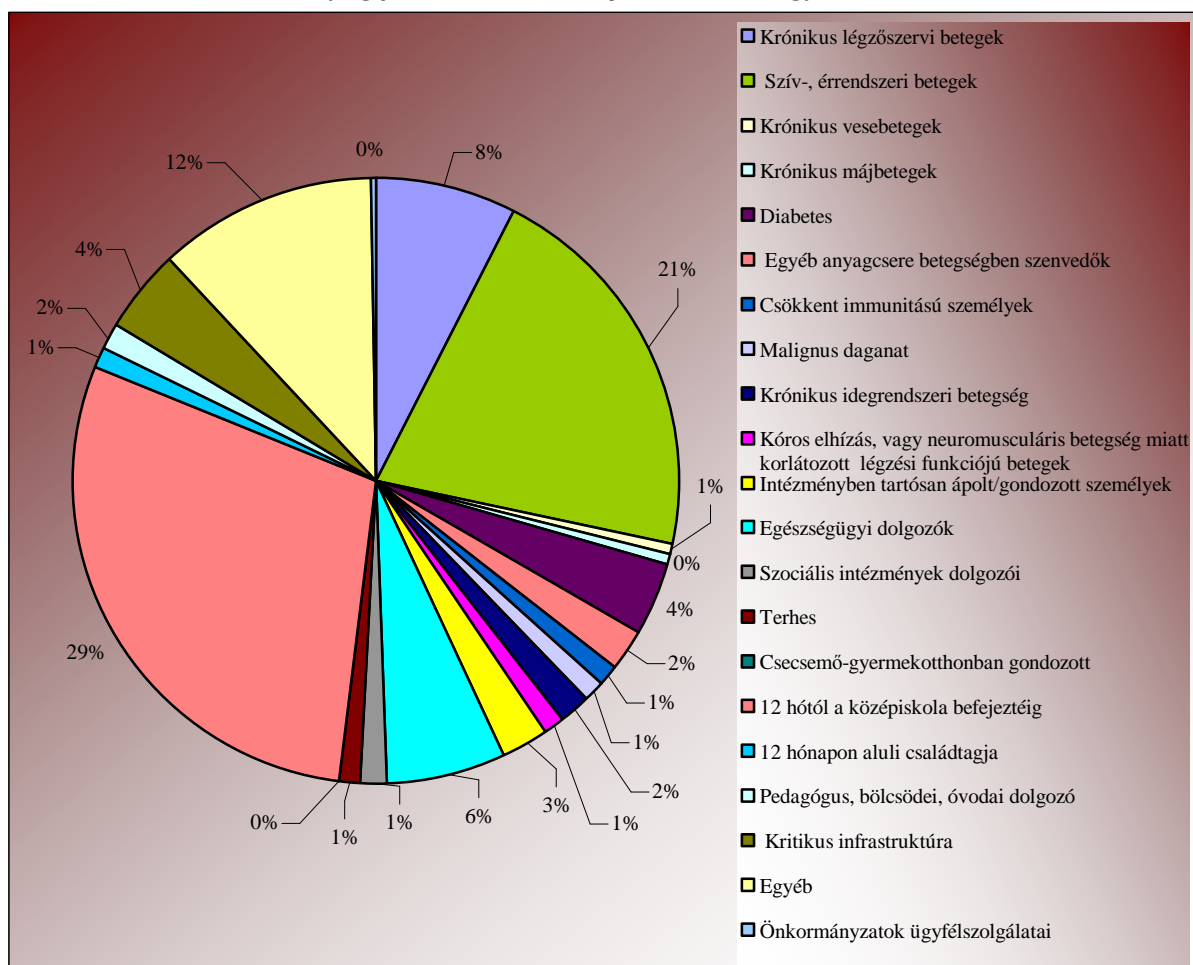
Forrás: ÁNTSZ Észak-alföldi Regionális Intézet

Influenza elleni védőoltás céljára Hajdú-Bihar megye részére 60 800 adag Fluval AB és 145 200 adag Fluval P oltóanyag állt rendelkezésre. A beérkezett jelentések szerint eddig a meghatározott kockázati csoportok részére 48 562 Fluval AB oltóanyag beadása történt meg.

Hajdú-Bihar megye részére átvett 145 200 adag Fluval P oltóanyagból eddig 20 660 adag térítéses, míg 90 457 adag térítésmentes oltás céljára került felhasználásra. Hajdú-Bihar megye átoltottsága 20%. A térítéses oltóanyagból 17 620 adag a gyógyszertárak részére lett kiadva, míg 3 040 adag a 2009. november 20. és 2010. február 4. között működő oltópontokon került beadásra az oltásra jelentkezőknek.

A térítésmentes oltóanyag kockázati csoportonkénti felhasználását az alábbi diagram mutatja.

34. ábra: Fluval P oltóanyag felhasználása Hajdú-Bihar megyében 2009-2010. évben



Forrás: ÁNTSZ Észak-alföldi Regionális Intézet

A 6-35 hónaposok szezonális influenza elleni védőoltásához 560 adag Fluvarix oltóanyagot kaptunk, melyből a beérkezett jelentések alapján ez idáig 344 adagot használtak fel.

Tájékoztatás:

Az influenza pandémiára felkészítésként több előadást, tájékoztatást tartottunk:

- Az iskoláknak, terhes-gondozóknak szeptember elején az általunk szerkesztett, a szakirodalomra hivatkozással tájékoztatót küldtünk, a tájékoztatást frissített információkkal folyamatosan biztosítottuk.
- A házi orvosoknak, gyógyszerészeknek, kórházaknak tájékoztató előadásokat tartottunk infektológus, infektókontroll szakemberek bevonásával.
- A fekvőbeteg intézmények pandémiás bizottsági ülésén részt vettünk.
- A gyógyító orvosoknak a napi informálódást telefonon folyamatosan biztosítottuk.
- A rendelkezésünkre álló információk alapján írásban rendszeres útmutatást kaptak a házi orvosok, fekvőbeteg-intézmények.
- Az iskolaorvosokat a kampányoltás beindulásakor előadás keretében a védőoltási szaktanácsadó bevonásával tájékoztattuk.
- A lakosság informálása, védőoltásra való felhívása az írott sajtóban, helyi és országos rádióban, televízióban heti rendszerességgel, és aktuálisan is megtörtént.

Az ÁNTSZ Észak-alföldi Regionális Intézete Nemzetközi Oltóhelyein az Oltópontok beindulását megelőzően (november 20.előtt) biztosítottuk az érdeklődők oltását.

A Debrecen Rózsashegy utcán működő Oltóponton térítéses, indokolt esetben térítésmentes oltásokat végeztünk munkanapokon 8-20 óra között, 1 595 személy oltása történt meg. A megye többi 8 Oltópontján összesen 1 390 oltás történt.

4.5.3. Nemzetközi Oltóhely működése

A külföldi utazásokkal kapcsolatos védőoltási és tanácsadási tevékenység történik az ÁNTSZ Észak-alföldi Regionális Intézete Hajdú-Bihar Megyei Járványügyi Kirendeltségében.

A tanácsadást nem csupán a megye lakosai igénylik, a legtöbb utas a májgyulladás, sárgaláz, hastífusz, influenza, tetanus elleni védőoltást igényli. A malária megbetegedés megelőzéséhez a készítmények rendelkezésre állnak.

4.5.4. Anonim HIV szűrés

A tanácsadást a kirendeltség epidemiológusa, a vérvételt két szakképzett ápolónő végzi, egyikük HIV Cancelling tanfolyamot végzett.

2009-ben 370 fő szűrése (2008-ban 458 fő) történt, valamennyi negatív eredménnyel zárult.

- A szűrtek 52%-a férfi.
- hat fő kivételével a szűrések anonimak voltak,
- a megjelentek 94 %-a heteroszexuális kapcsolata miatt, ennek kb. 20%-a feltehetően prostitúció miatt jelent meg,
- homoszexuális párok is rendszeresen megjelennek (kb. a szűrtek 5,5%-a),
- bevallott biszexuális kapcsolat miatt a jelentkezők kb.0,5%-át szűrtük,
- a drogambulancia is irányít ügyfeleket a tanácsadóba.

„Kihelyezett” tanácsadás és szűrés működött:

- 2009. július: Campus fesztivál Debrecen
- 2009. szeptember: DEOEC Gyógyszerészeti Tanszék
- 2009. december AIDS Világnap: Debrecen Pláza

A tanácsadást és a felvilágosítást a lehetőségeinkhez mérten igyekszünk kiterjeszteni, ennek ellenére 2009-ben csökkent a szűrtek száma.

- 2009 októberében a DEOEC kortársképzésen előadást tartottunk: A HIV epidemiológiája címmel.
- 2009. december AIDS Világnap DEOEC: felkért előadás a HIV/AIDS-ről

4.5.5. Veszélyesség fertőzésre gyanús sérülés

Jelentett esetek száma 269, ez 10-zel kevesebb a 2008-ban jelentettnél.

Védőoltást indikált az oltóorvos: 222 esetben (2008-ban 236), melyből 188 sérült teljes, 34, töredék oltási sorozatban részesült.

4.5.6. Védőoltások

A folyamatos oltások teljesítése a 2009. évre vonatkozó védőoltási módszertani levél alapján jelentendő korcsoportok esetében 99,8% és 99,96% között van a megyében, mely az előző évhez (99,8% és 100%) viszonyítva lényeges változást nem mutat.

A két hónapnál hosszabb lemaradások gyakoribb okai:

- Elhúzódó lázas, illetve láztalan légúti megbetegedések.
- Fejlődési rendellenesség miatti műtétek.
- Kivizsgálás alatt álló immunológiai és neurológiai megbetegedések.
- Hanyag szülők.
- Huzamos külföldi tartózkodás.

A hanyag szülők esetében a védőnők írásos idézést küldenek a szülőnek, és ha az idézés eredménytelen marad, jelentik a kistérségi ÁNTSZ-nek. Tárgy évben 47 védőoltást elrendelő határozatot adtak ki az illetékes kistérségi intézetek (többségét Hajdúböszörményben). Az indokolatlan lemaradásokat a hanyag szülői magatartás, esetenként a család követhetetlen lakóhely változtatása okozza, amikor jelentős idő telik el, míg megtalálják az oltandót.

4.5.7. Kórházhigiéne

„Az egészségügyi ellátással összefüggő fertőzések megelőzéséről, e tevékenységek szakmai minimumfeltételeiről és felügyeletéről” szóló 20/2009. (VI. 18) EüM rendelet alapján 2009. szeptember 11-én az Észak-alföldi régióban megalakult a Regionális Infekciókontroll és Antibiotikum Bizottság (RIAB). A bizottság tagjai az ügyrendet elfogadták, javaslatot fogalmaztak meg a bizottság munkájával, munkatervével kapcsolatosan.

„Az egészségügyi ellátással összefüggő fertőzések megelőzéséről, e tevékenységek szakmai minimumfeltételeiről és felügyeletéről szóló” 20/2009. (VI. 18.) EüM rendelet 10. § (3) bekezdése szerint a megye **fekvőbeteg szakellátást nyújtó intézeteiben megalakultak** az Intézményi Infekciókontroll és Antibiotikum Bizottságok, melyek feladatai:

- Az infekciókontroll és az aktív surveillance program alapelveinek, stratégiájának meghatározása, tervezetének jóváhagyása.
- Az antibiotikum felhasználás mennyiségi és minőségi mutatóinak elemzése.
- A nosocomialis infekciók alakulásáról gyűjtött adatok epidemiológiai elemzése.
- Javaslattétel az infekciókontroll tevékenység kapcsán feltárt problémák megoldására.
- Egyes új technológiák; új műtéti és gyógyító megoldások bevezetése.
- Építkezések, átépítések tervezése előtt áttekinti a lehetséges infekciós kockázatokat.
- A vonatkozó hazai és nemzetközi ajánlások, és irányelvek helyi adaptálásával elkészíti a szabályozó dokumentumokat.
- Elősegíti és támogatja a személyzet infekciókontroll képzését.

4.5.8. Tuberculosis

A tuberculosis korai felismerése járványügyi érdek, a tüdőszűrés a megelőzés eszköze. A jogszabály a kötelező szűrés elrendelését megbetegedési aránytól teszi függővé, vagyis 100 000 főre számítva 25 új tbc-s beteget kell az adott terület tüdőgondozójának adott évben regisztrálnia. Az értékhatár alatt kötelezés csak közösségi megbetegedés esetén írható elő.

A tüdőgondozók előzetes jelentései alapján:

Debrecen területe:

A Regionális Tüdőgyógyász Szakfőorvos kezdeményezése alapján (2008-ban a területen a tbc megbetegedés meghaladta a 25‰-et) 2009. március 31-én a regionális tisztifőorvos elrendelte a lakosság kötelező szűrővizsgálatát.

Az Egészségügyi Járóbeteg Központ Nonprofit Kft Városi tüdőgondozója 2009. februári jelentéséig 71 864 személyt szűrt le, tbc-vel kiemelték száma 48 személy, 21 fővel kevesebb, mint 2008-ban.

Püspökladány Tüdőgondozó és a Hajdúszoboszló Tüdőgondozó ellátási területén a megbetegedések száma nem emelkedett.

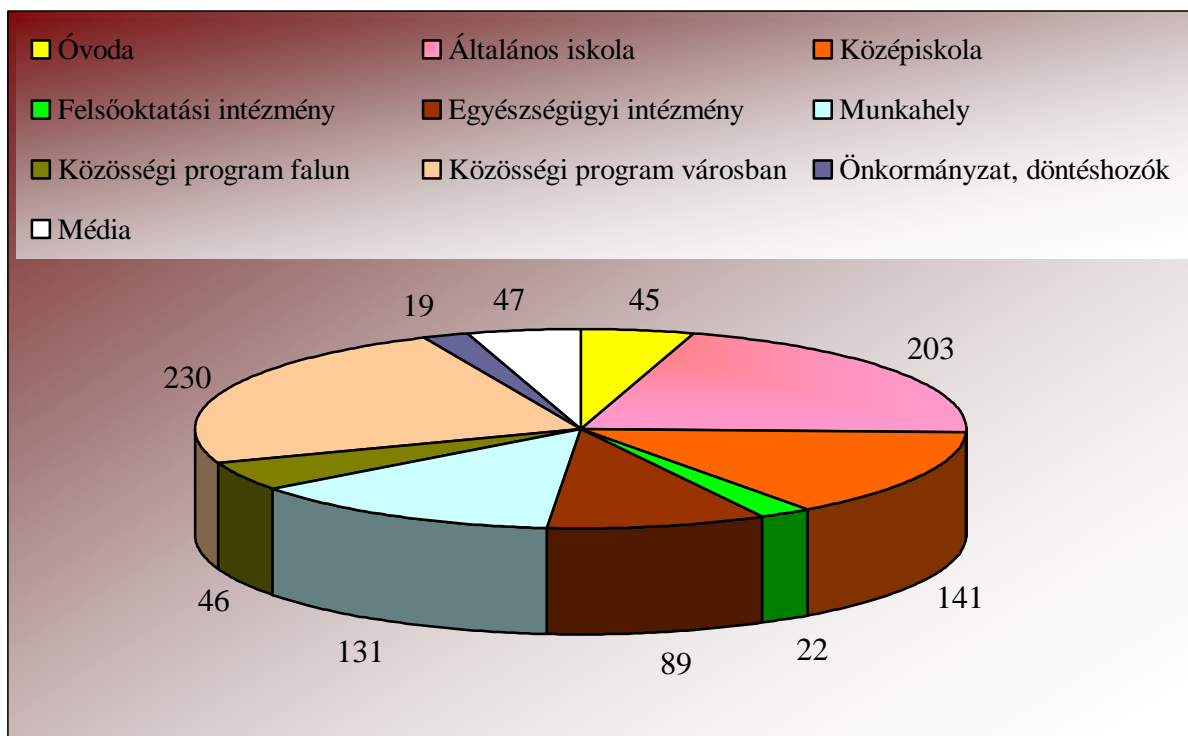
5. Az ifjúság és a felnőtt lakosság körében végzett egészségfejlesztési tevékenység

Ma már széleskörűen ismert és elfogadott, hogy a lakosság egészségi állapotát, a fő megbetegedési- és halálzási mutatókat a keringési és a daganatos betegségek határozzák meg leginkább. Ezen betegségek fő kockázati tényezői: a dohányzás, az egészségtelen táplálkozás, a mozgásszegény életmód és a tartós stressz. A lakosság egészségi állapotában, életminőségében pozitív változást a kockázati tényezőkre irányuló megelőző programok jelenthetnek.

Egészségfejlesztési tevékenységünkben az egészségügyi ismeretek fejlesztését, az egészséget veszélyeztető fő kockázati tényezők megelőzését és csökkentését tűztük ki célul. Ennek érdekében az egészségtudatos magatartásra ösztönző programokat szerveztünk a megye lakossága körében. Az országos programok helyi szervezése és megvalósítása mellett saját kezdeményezésű programokkal és helyi programokhoz történő csatlakozással törekedtünk az egészségügyi ismeretek terjesztésére, a célcsoportok ismereteinek bővítésére, a betegségek megelőzésére.

2009-ben az ÁNTSZ szakembereinek szervezésével és közreműködésével összesen 973 egészségfejlesztési esemény valósult meg a megye településein, 87 299 fő részvételével. Programjaink, rendezvényeink nyitottak voltak a lakosság valamennyi csoportja számára. A különböző szintereken megvalósuló programokon bárki ingyenesen igénybe vehette a meghirdetett szűréseket és szolgáltatásokat.

Egészségfejlesztési események száma színterenként, Hajdú-Bihar megyében, 2009-ben

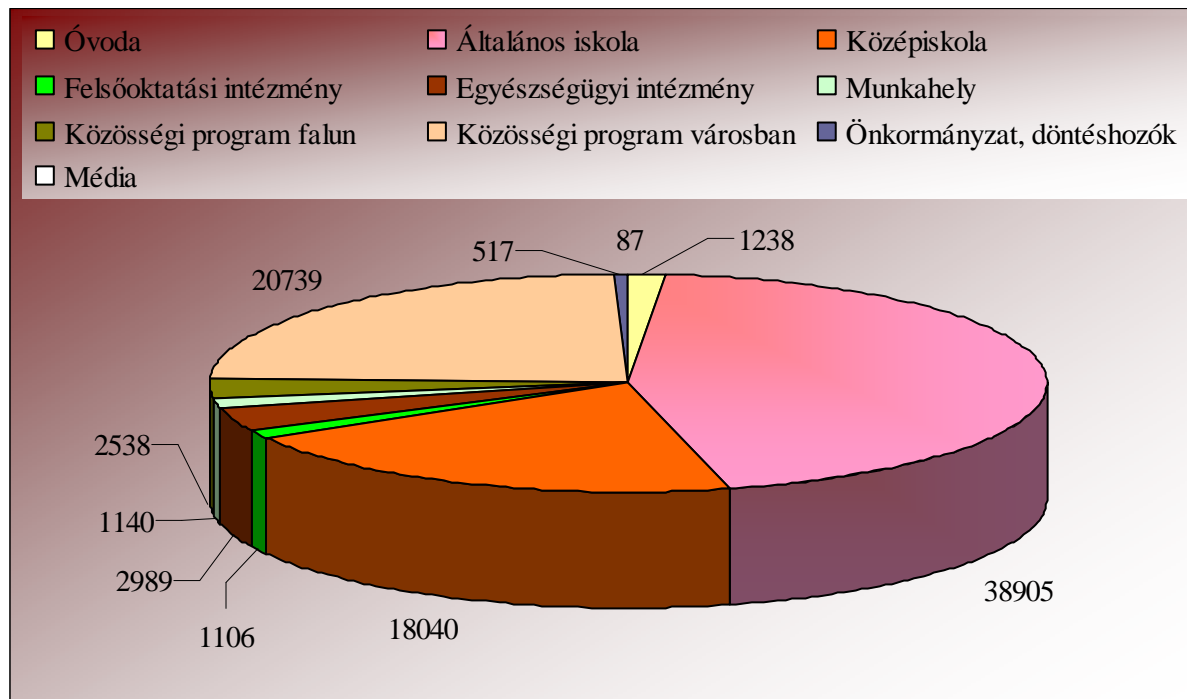


Forrás: ÁNTSZ Észak-alföldi Regionális Intézet

A legtöbb esemény a közösségi program városban szintéren, továbbá az általános- és középiskolai szintereken került megrendezésre.

A legtöbb résztvevő is az általános- és középiskolai, valamint a városi közösségi programokon volt jelen.

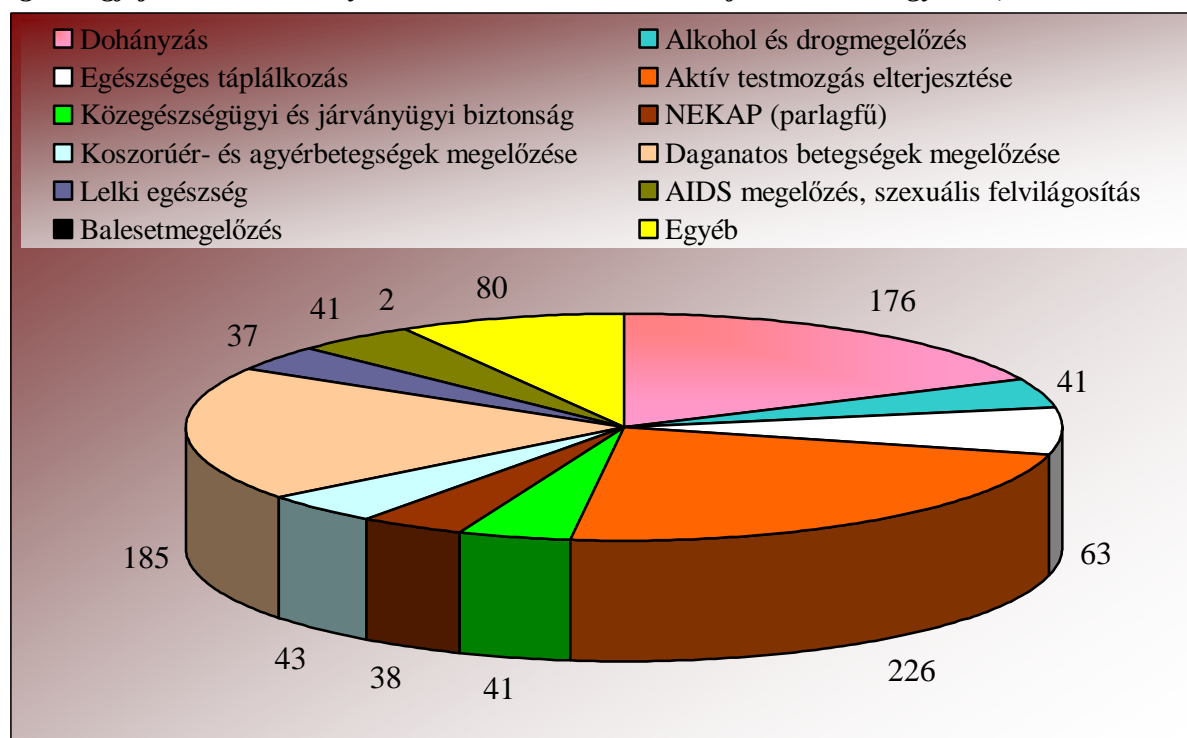
Egészségfejlesztési eseményeken résztvevők száma szinterenként, Hajdú-Bihar megyében, 2009-ben



Forrás: ÁNTSZ Észak-alföldi Regionális Intézet

Az egészségfejlesztési események téma szerinti bontását mutatja a következő ábra:

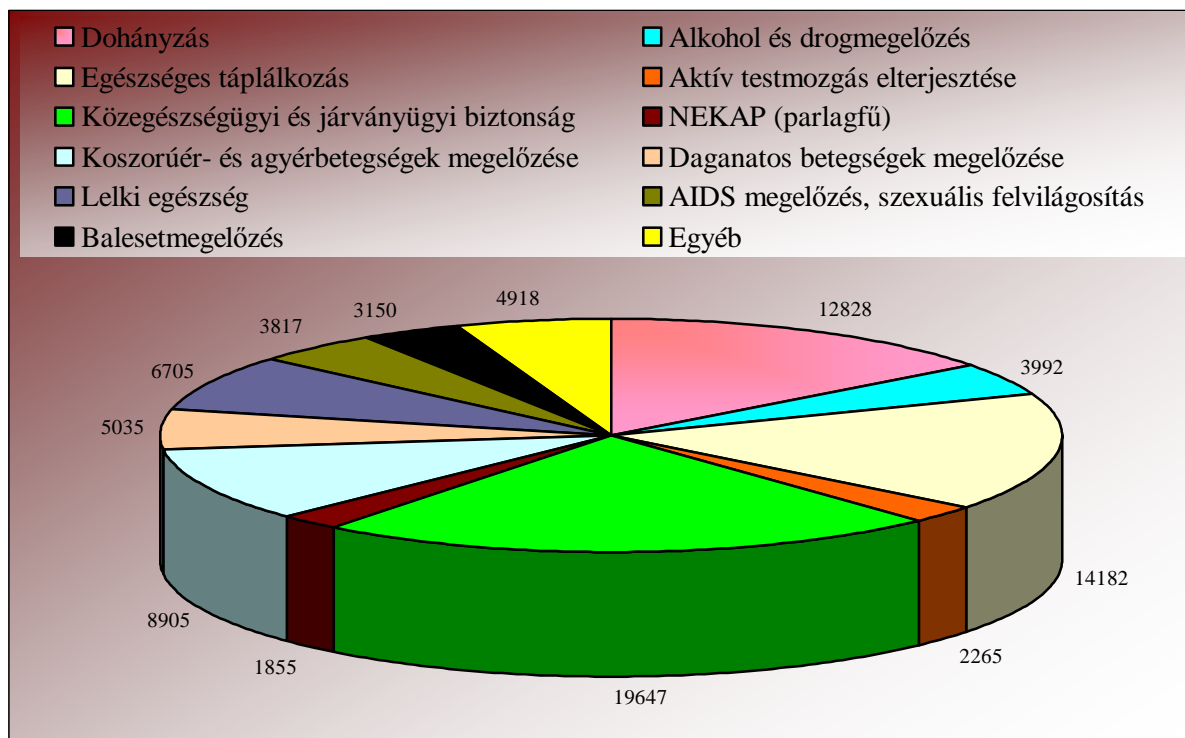
Egészségfejlesztési események téma szerinti bontása Hajdú-Bihar megyében, 2009-ben



Forrás: ÁNTSZ Észak-alföldi Regionális Intézet

Hajdú-Bihar megyében a legtöbb rendezvényt az aktív testmozgás elterjesztése, a daganatos betegségek megelőzése és a dohányzás témakörében szerveztük, jelentős hangsúlyt kapott tevékenységünkben az egészséges táplálkozás népszerűsítése, a szív- és érrendszeri betegségek megelőzése, a parlagfű-mentesítési program megvalósítása is. Az AIDS megelőzésére irányuló munkánk, jellemzően az AIDS Világnap köré összpontosult.

Egészségfejlesztési eseményeken résztvevők száma téma szerinti bontásban, Hajdú-Bihar megyében 2009-ben



Forrás: ÁNTSZ Észak-alföldi Regionális Intézet

2009-ben kiemelt figyelmet fordítottunk a *Helyi Egészség Koalíciók* létrehívására, munkájának elindítására.

A helyi, kistérségi szintereken létrehozandó Egészség Koalíció egy multiszektoriális és multidiszciplináris munkabizottság, partnerségi alapon szerveződő együttműködő csoport, amely alkalmat teremt a kölcsönös tájékoztatásra, a rendszeres és folyamatos partneri együttműködésre, a szűkös anyagi- és természetbeni források egyesítésére, a szektorközi és szakmaközi szinergiák kihasználására, így az egészség szempontjainak érvényesítésére a helyi döntéshozatalban.

A helyi egészség koalíciók lehetőséget biztosítanak helyi együttműködések alapuló intervenciós programok tervezésére, szervezésére és megvalósítására, közösségi egészségtervek készítésére.

A régióinkban, így Hajdú-Bihar megyében is valamennyi ÁNTSZ Kistérségi Intézet illetékességi területén elkezdődött az Egészség Koalíció létrehozása és ezek keretében a helyi együttműködések alapuló intervenciós lehetőségek felkutatása és megvalósítása a helyi lakosság egészségi állapotának javítására.

A 2008-2009-es tanévben újra meghirdettük a „*Füstmentes osztályok versenye*” programot régiókban. Az Egészségügyi Minisztérium által támogatott és az ÁNTSZ koordinálásával megvalósított program verseny időszaka 2009. január 1-től 2009. május 31-ig tartott. A program célja, a még nemdohányzó gyerekek körében késleltetni vagy megelőzni a dohányzás elkezdését, a már dohányzó gyermekek körében elősegíteni a leszokást vagy megakadályozni, hogy rendszeres dohányosokká váljanak. A célcsoportja a 7. és a 8. osztályok tanulói, mivel ez az a korosztály, ahol hirtelen sokan kezdenek el dohányozni. A program internetes portálon keresztül zajlott. Hajdú-Bihar megyében 16 iskola, 26 osztálya (16 hetedik és 10 nyolcadik osztály) nevezett a programba, összesen 547 tanuló részvételével.

2009-ben elsősorban kommunikációval, átfogó lakossági tájékoztatással vállaltunk szerepet a *parlagfű-mentesítéssel* összefüggésben. Tevékenységünket a parlagfű pollenterhelés csökkentése, a lakosság környezettudatos szemléletmódjának formálása érdekében szerveztük. Tájékoztató munkánkban hangsúlyt kapott az emberek figyelmének ráirányítása a gyommentes környezet kialakításának fontosságára, a parlagfű felismerését segítő ismeretek terjesztése, a védekezési lehetőségek megismertetése, a parlagfű és az allergia kapcsolata, az aktuális pollenhelyzet alakulása. Tájékoztató céljából plakátokat, ismeretterjesztő kiadványokat juttattunk el a lakosság által gyakran látogatott helyekre, közintézményekbe. Rendezvényeket, előadásokat szerveztünk és parlagfű információs standokkal vettünk részt nagyobb városi rendezvényeken. A Debreceni Kistérségi Intézet szervezésében, a város kertségeiben élők körében hirdettek gyűjtési akciót.

Szezonnyitó megyei rendezvény megszervezésével segítettük a parlagfű-mentesítéssel kapcsolatos feladatellátásban érintett területi államigazgatási és önkormányzati szervek hatósági- és koordináló tevékenységének összehangolását, ösztönöztük a civil szervezetek bevonását a parlagfű elleni védekezésbe. Tájékoztattuk a helyi önkormányzatokat, civil szervezeteket a parlagfű elleni védekezéssel kapcsolatos pályázati lehetőségekről (fűkaszák beszerzésére kiírt pályázat, civil szervezetek parlagfű-mentesítési tevékenységének támogatására kiírt pályázat)

Aktívan részt vettünk a „Parlagfümentes Magyarországért” Regionális Koordinációs Bizottság és Megyei Albizottságainak munkájában. A bizottsági üléseken az aktualitásoknak megfelelően rendszeresen beszámoltunk a helyi programokról és a legfrissebb polleneredményekről.

Az egészséges életmóddal és az egészségkockázatokkal kapcsolatos *Világnapok* alkalmával, tervezett egészségkommunikációval (programok, sajtóhírek) hívtuk fel a figyelmet az adott népegészségügyi problémára, az egészségmegőrzés fontosságára: Dohányzásmentes Világnap, Rákellenes Világnap, Szív Világnapja, Lelki Egészség Világnapja, „Ne gyújts rá! Világnap, AIDS Világnap.

A lakosság széleskörű tájékoztatásában a tömegkommunikációs eszközök is segítségünkre voltak. A helyi programok vonatkozásában építettünk a helyi újságokra, rádiókra, televíziókra, kábelcsatornákra.

A lakosság körében végzett egészségfejlesztési tevékenység széles partneri együttműködésre épül. Eredményességének feltétele a döntéshozók -helyi szinten az önkormányzatok-, a társadalmi- és civil szervezetek támogatása, együttműködése, szerepvállalásuk az egészségi állapotot befolyásoló tényezők alakításában és a lakosság életminőségének javításában.

6. Környezeti tényezők

6.1. Gyermek- és ifjúság egészségügy

2008-2009. évekre vonatkozóan a hatósági tevékenység számszerű alakulását az alábbi táblázatban foglaltuk össze.

2. Táblázat: Hatósági tevékenységek száma 2008-2009

Tevékenységek	2009.	2008.
Egységek száma	897	1055
Ellenőrzött egységek száma	295	374
Ellenőrzések száma	458	401
Átiratok száma	73	87
Határozatok száma	20	22
Bírságoló határozatok száma	0	0

Forrás: ÁNTSZ Észak-alföldi Regionális Intézet

Az ellenőrzött egységek tárgyi adottságai, higiénés helyzete változó képet mutat. Általánosságban elmondható, hogy az intézmények az évente szükséges tisztasági meszeléseket, kisebb javításokat, karbantartási munkálatokat tudják elvégeztetni, néhány esetben azt is szülői segítséggel. Nagyobb mértékű felújításra, korszerűsítésre leginkább nyertes pályázatok és fenntartói támogatás esetén van lehetőség. Szinte valamennyi kistérségi intézet illetékességi területén fokozott igény mutatkozik a bölcsődei férőhelyek növelésére.

A szűkös anyagi helyzet ellenére az elmúlt évben pozitív irányú elmozdulás is tapasztalható volt az intézmények felújítása, bővítése terén. A kistérségi intézetek jelentéseikben 17 új egység átadásáról számoltak be, melyek egy része azonban meglévő épületben nyert kialakítást. Különböző volumenű felújítási, átalakítási munkálatokat (nyílászáró csere, vizesblokk- tanterem felújítás, fűtés-világításkorszerűsítés, mozgáskorlátozottak számára WC kialakítás, akadálymentesítés, felvonó beszerelés, udvari játékok cseréje, berendezési tárgyak, padozat cseréje stb.) 47 intézményben végeztek.

13 helyen az intézmények tornateremmel, tanteremmel, kiszolgáló helyiségekkel, orvosi rendelővel bővültek.

Az alábbiakban azokat az ellenőrzések során észlelt hiányosságokat, mielőbbi megoldásra váró teendőket, hosszabb ideje fennálló problémákat ismertetjük, melyek a fenntartó önkormányzatok támogatása nélkül nem oldhatók meg:

Évek óta fennálló hiányosságok:

1. A nevelési-oktatási intézmények működéséről szóló 11/1994.(VI. 8.) MKM rendelet 54. § (13) bekezdésében előírt követelmények - a felsorolt hiányosságok miatt - nem teljesülnek az alábbi intézményekben:

- A nyírábrányi és a bagaméri óvodában a létszámhoz képest a mosdóhelyiségek száma nem elegendő.
- A régi építésű óvodákban jellemzően a dolgozók számára nincs megfelelő szociális helyiség biztosítva.
- A püspökladányi Kálvin téri iskolában az alsó tagozatos tanulók részére biztosított tornaszoba állaga kifogásolt, a hozzá kapcsolódó öltözőhelyiség nem megfelelő,

mosdó-zuhanyozó helyiség nincs, kézmosási lehetőség is csak az épület távolabbi részében biztosított, az udvar burkolata szintén kifogásolt (gödrös, egyenetlen). Az iskola épületében a létszámhoz viszonyított WC csoportok száma nem elegendő.

- Továbbra is csak tornaszoba biztosított Debrecen, Eprekert utcai iskolában, valamint Szerep, Váncsod, Újiráz települések iskoláiban.
- Tornaterem, tornaszoba nincs az alábbi iskolákban: Hajdúdorog 2. sz. Iskola, Hajdúvid, Bodaszőlő, Kokad, Konyár általános iskolák, Hajdúhadház Szilágyi Dezső Gimnázium és Közgazdasági Szakközépiskola.
- A Debrecen-Pallagon lévő Balásházy Mezőgazdasági és Közgazdasági Szakközépiskolában a rossz higiénés állapotokra tekintettel a tornaterem használata 2006. évben felfüggesztésre került. A kifogásolt hiányosságok felszámolása azóta sem történt meg.

2. Az üzemelő bölcsődék egy része zsúfolt, férőhely kihasználtságuk meghaladja a 15/1998. (IV. 30.) NM rendelet 40.§ (2) bekezdésében rögzített létszámot. A férőhelyek bővítésére, intézmények létesítésére több településen igény mutatkozik.

A hiányosságokat tartalmazó jegyzőkönyveket munkatársaink minden esetben megküldik a fenntartó önkormányzatoknak, egyeztetnek a problémák mielőbbi felszámolása érdekében. Ennek ellenére - nehéz anyagi helyzetre hivatkozva - több évig elhúzódik azok megoldása.

2009. évben országos felmérés keretében a gyermekjóléti alapellátások és a gyermekvédelmi szakellátások otthont nyújtó formáinak (gyermekotthon, gyermekek átmeneti otthona, különleges gyermekotthon, lakásotthon, családok átmeneti otthona) közegészségügyi helyzetét vizsgáltuk. Megyénkben 71 egység felmérését végeztük el, melynek során 10, Debrecen területén lévő lakásotthon esetében átirati intézkedésre került sor, az épületek szükséges karbantartási munkálatainak elvégzése céljából.

6.2. Település-és Környezet-egészségügy

6.2.1. Vízhigiéne, ivóvíz

Hajdú-Bihar megye területén 86 közüemi vízellátó rendszer üzemel, melyek összesen 104 települést-, illetve településrészt látnak el ivóvízzel. Hajdú-Bihar megye településeinek közműves ivóvízellátása mennyiségi szempontból alapvetően megfelelő.

Az ivóvíz minősége jogszabályban meghatározott, az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat által ellenőrzött, kiemelt fontosságú közegészségügyi kérdés. A közüemi ivóvíz szolgáltatás területén fennálló vízminőségi problémák megoldására 2001. évben országos Ivóvízminőség-javító Program került kidolgozásra. Az Ivóvízminőség-javító Program I. ütemének végrehajtása az eredetileg tervezettnél nagyobb idő- és költségigénye miatt nem a megkívánt ütemben haladt, ezért előrelátható volt, hogy az érintett településeken az ivóvíz minősége az egészségügyi szempontból kiemelten kezelt kémiai összetevők (bór, fluorid, nitrit, ammónium és arzén) tekintetében 2006. december 25-ig nem felel meg a jogszabályban rögzített határértékeknek.

Megyénkben, a 2009. évi önellenőrző és hatósági ivóvíz vizsgálati eredmények alapján a fogyasztási csapnál kifolyó szolgáltatott ivóvíz minősége a fenti kémiai paraméterek vonatkozásában az alábbiak szerint alakult:

3. Táblázat: Határérték feletti kémiai komponensek előfordulása települések és vízművek száma szerint

Határérték feletti kémiai komponensek	Érintett települések és településrészek száma	Érintett vízművek száma
Bór	11	10
Fluorid	0	0
Ammónium	39	36
Nitrit	11	10
Arzén	44	33

Forrás: ÁNTSZ Észak-alföldi Regionális Intézet

A fenti ivóvízszennyezők természetes eredetűek, azaz az ivóvíz forrásául szolgáló földtani rétegekből származnak. Ez azonban nem csökkenti egészségügyi jelentőségüket, és az igényt az általuk okozott vízminőségi probléma soron kívüli megoldására.

- A WHO adatai szerint a bórtartalmú vegyületek a kísérleti állatok szaporodóképességének csökkenését okozhatják, ezen túlmenően a fiatal egyed fejlődésére is káros hatást gyakorolt a bór-adagolás. A bór az ivóvízből gazdaságilag ésszerűen kivitelezhető vízkezeléssel nem távolítható el, ezért a megoldás mindenképpen új vízbázis bekapcsolását jelenti az adott vízellátási körzetben.

- Az ivóvíz határérték feletti arzén tartalma - WHO által végzett vizsgálatok és egy friss hazai epidemiológiai kutatás alapján is - a bőr- és tüdőrák-, nagyobb koncentrációknál pedig ezeken felül még a hólyag- és veserák kockázatának növekedését okozza. Az arzén eltávolítására megfelelő technológiák állnak rendelkezésre, ugyanakkor esetenként gazdaságosabb lehet más megfelelő minőségű ivóvíz bevonása a vízellátásba (vízkeveréssel vagy kizárólagos ivóvíz forrásként).

- Az ammónium egészségügyi szempontból közvetlenül nem veszélyes, réteg eredetű vízszennyező, amelyből kedvezőtlen körülmények között biológiai úton nitrit képződhet a vízkezelésre szolgáló műtárgyakban és vezetékhalózatban. A nitritek egyrészt rákkeltők, másrészt toxikusak lehetnek, különösen veszélyesek az arra érzékeny lakosság - várandós

anyák, újszülöttek és az egy évnél fiatalabb csecsemők - számára. A nitrit a bélből felszívódva a vér hemoglobinjának oxigénszállító képességét csökkentve idézi elő a gyakran életveszélyes, sőt halálos kimenetelű ún. kékkórt, methemoglobinémiát. A nitrit szennyezés esetében is a megelőzés a legjobb megoldás. Az esetek többségében ez a meglévő technológia és a vezetékhálózat gondos üzemeltetését jelenti, azonban szükség lehet a kútvíz ammónium tartalmának eltávolítására, a vezetékhálózatban, ellenőrizhetetlen körülmények között bekövetkező nitritképződés megelőzésére.

- A vas és/vagy mangán határérték feletti előfordulása az ivóvízben egészségügyi szempontból nem aggályos, azonban a víz élvezeti és használati értékét nagymértékben rontó tényező. Településeink 2/3 részében fordul elő határérték feletti érték.

Az egészségügyi kockázatok értékeléséhez kapcsolódóan fontosnak tartjuk hangsúlyozni, hogy a határérték túllépése a betegség kialakulásának emelkedett kockázatát jelenti, és semmiképpen sem annak biztos megnyilvánulását.

Az Észak-alföldi Ivóvízminőség-javító Program I. ütemén belül megyénkben 8 vízművel rendelkező-és 4 ellátott település (Bihartorda, Bihardancsháza, Nagyrábé, Sáp, Csökmő, Darvas, Ebes, Hajdúnánás, Mezősas, Nyíradony, Pocsaj, Esztár) esetében már elindult az ivóvízminőség javítását célzó beruházás, mely befejezésének várható ideje 2010. év első feléve.

A program II. ütemében megyénkben már jóval több település vesz részt. A program II. üteme az előirányzott határidőig (2009. december 25.) nem valósult meg. Ismereteink szerint elsősorban az ivóvízminőség-javító beruházásokhoz szükséges önkormányzati saját forrás magas költsége-, illetve az üzemeltetés többletköltsége miatt több önkormányzat saját hatáskörben, a programból kiválva kívánja megoldani településének ivóvízminőség problémáját.

2009. évben intézetünk - országos akcióellenőrzés keretében - kiemelten figyelemmel kísérte a települések ivóvize nitrit, bór, arzén tartalmának alakulását. Az üzemeltetői és hatósági monitoring program elrendelésére, illetve elvégzésére a fogyasztási helyeken a határérték túllépések lehetőség szerinti megelőzése, illetve az esetszám lényeges csökkentése, és nem utolsósorban a további intézkedések, pl. a részleges vagy teljes körű átmeneti ivóvízellátás elrendelésének megalapozása érdekében került sor. A monitorozásba 57 települést vontunk be, 89 hatósági mintát vettünk le soron kívül.

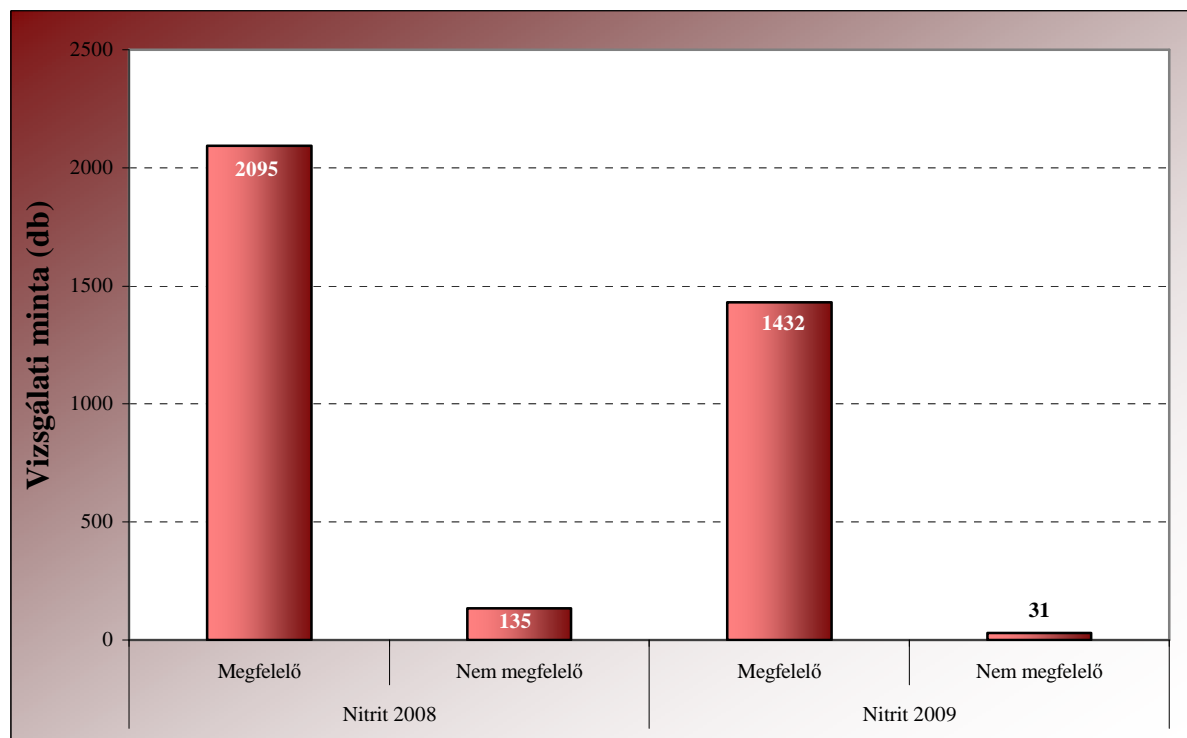
Határérték túllépés esetén átiratban kértünk tájékoztatást a vízszolgáltatótól:

- a túllépés okáról, a várható időtartamáról,
- a szolgáltató intézkedési tervéről, a határérték túllépés megelőzésére tett intézkedésekről,
- a szolgáltató által beállított intézkedési küszöb értékről,
- a szolgáltató saját intézkedéseinek megfelelőségét igazoló, kiterjesztett önellenőrző monitoringról,
- szükség esetén, az átmeneti vízellátás megoldására vonatkozó tervezetről.

A kifogásolt nitrit eredmények többségében a víz magas réteg eredetű ammónium tartalmához kapcsolódnak, a probléma végleges megoldását vízminőség javító műtárgy beépítésében látjuk, ugyanakkor nem elhanyagolható a meglévő technológia, illetve vezetékhálózat gondos üzemeltetésének szerepe sem.

A kifogásolt eredmények aránya 2008. évben 6.4%-, 2009. évben 2.2 % volt. Eddigi tapasztalataink azt mutatják, hogy az időszakosan előforduló határérték túllépések ellenére, az ivóvíz tartósan határérték feletti nitrit tartalma nem jellemző megyénk településeire.

35. ábra: Nitrit vizsgálati eredmények minősítés szerinti megoszlása Hajdú-Bihar megyében 2008-2009 évben

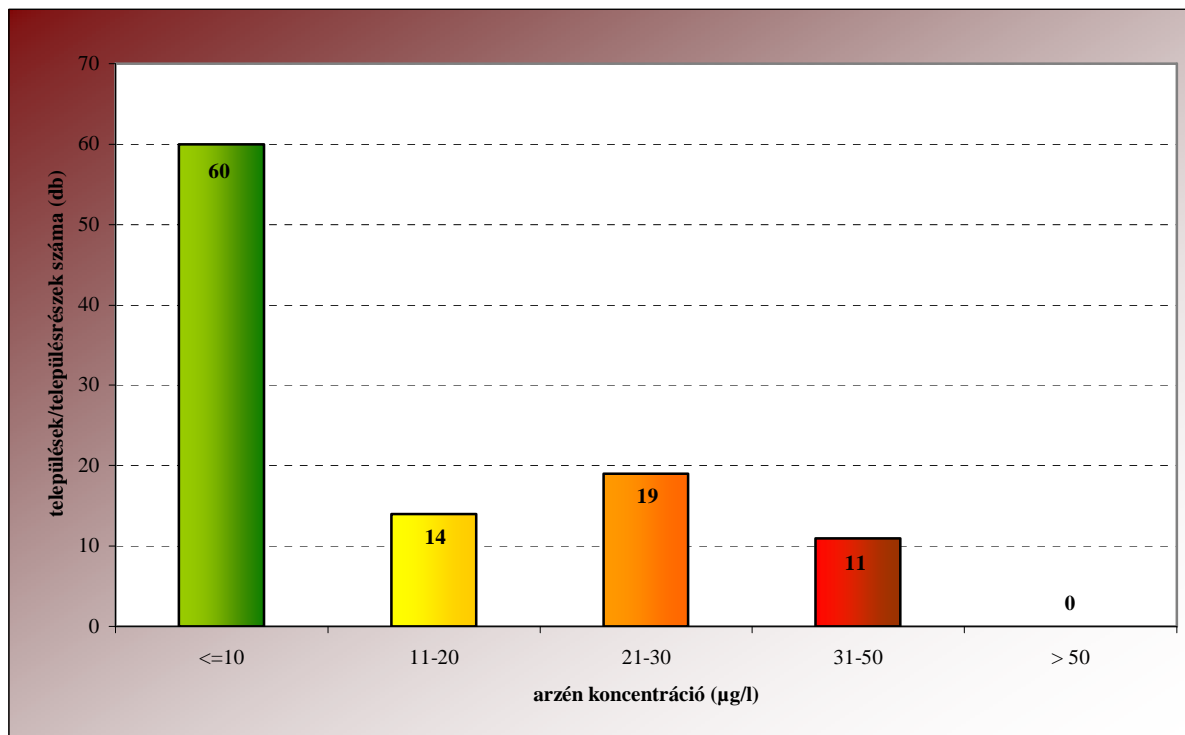


Forrás: ÁNTSZ Észak-alföldi Regionális Intézet

Megyénkben a kémiai vízminőségi jellemzők közül az arzén bír kiemelkedő jelentőséggel a tartósan határérték feletti ivóvizet szolgáltató települések számát tekintve. 60 településen az ivóvíz arzéntartalma határérték alatti, 14 településen 11-20 µg/l-, 19 településen 21-30 µg/l-, és 11 településen 31-50 µg/l közötti. Megyénkben nincs olyan település, ahol az ivóvíz arzéntartalma tartósan meghaladná a korábbi ideiglenes, 50 µg/l-es határértéket. Az Ivóvízminőség-javító Program I. ütemében részt vevő településeken ez a probléma várhatóan 2010. első félévében megoldásra kerül. Konyár és Hajdúsámson település a Programtól függetlenül, önerőből megoldást talált az ivóvíz tartósan magas arzéntartalmának határérték alá történő csökkentésére.

A közüzemi ivóvíz-szolgáltatóktól negyedévente érkező önellenőrző és soron kívül elvégzett vizsgálati eredményeket rendszeresen és folyamatosan áttekintettük, a határértékektől való eltérés függvényében intézkedtünk. Az ivóvíz minőségével és a szolgáltatók jelentési kötelezettségével kapcsolatban 75 rendelkező, 7 szabálysértési határozatot- és 350 felszólítást adtunk ki, a vonatkozó jogszabályban foglaltak végrehajtása érdekében. Az intézetünk által végzett hatósági ivóvíz-vizsgálati eredményekről - a vizsgálati eredmények egy példányának megküldésével - a települési önkormányzatokat rendszeresen és folyamatosan tájékoztatjuk. A vízminőségi adatok korszerű, elektronikus úton történő gyűjtésének, rendszerezésének és továbbításának biztosítására az ÁNTSZ Észak-alföldi Regionális Intézete egy saját fejlesztésű on-line adatbázist (VIVION Program) használ. Ehhez a rendszerhez hozzáférést biztosítottunk a vízművet üzemeltetők részére, de igény szerint a települési önkormányzatok is csatlakozhatnak hozzá.

36. ábra: Arzén ’’pozitív’’ és arzén ’’negatív’’ települések/településrészek száma Hajdú-Bihar megyében



Forrás: ÁNTSZ Észak-alföldi Regionális Intézet

Az indikátor mikrobiológiai vízminőségi jellemzők közül határérték túllépést leggyakrabban a magasabb telepszám, coliform baktérium vagy *Pseudomonas* jelenléte okozott. Mikrobiológiai szempontból „nem ivóvíz” minősítés az elmúlt évben nem fordult elő. Az indikátor kémiai vízminőségi jellemzők közül leggyakrabban ammónium, vas, mangán, KOI esetében fordult elő határérték túllépés, míg nem elfogadható vízminőséget, 2008. évhez hasonlóan, elsősorban magasabb arzén, nitrit, bór és trihalometán tartalom okozott. Biológiai kifogásoltság jellemzően férgek, véglények jelenléte miatt alakult ki. A biológiai vizsgálati eredmények a korábbi évekhez hasonlóan nagy számban estek kifogás alá.

Az elmúlt évekhez hasonlóan a leggyakrabban előforduló szennyeződések tárgyévben is hálózati, úgynevezett másodlagos eredetűek voltak. A jelenség egyik oka, hogy a megyénkben üzemelő ivóvíz hálózatok jelentős részének kora előrehaladott, a vezetékrendszer elöregedett, még azokon a településeken is, ahol viszonylag korszerűnek tekinthető a vízműtelep. A vezetékrendszer karbantartását számos településen megnehezíti a tolózárok rendkívül leromlott állapota, illetve hiánya. A mikrobiológiai, biológiai problémák egy másik oka lehet, hogy a megye vízművei közül nem mindegyik rendelkezik folyamatos fertőtlenítést biztosító berendezéssel, illetve kiegészítő technológiával.

Az év folyamán négy, ivóvíz minőséggel kapcsolatos lakossági panaszbejelentés érkezett Intézetünkhöz, melyek elsősorban a víz érzékszervi kifogásoltságára vonatkoztak. A szükséges intézkedést minden esetben megtettük, hatósági mintavételre 3 esetben került sor. Két alkalommal több települést ellátó távvezetéken történt csőtörés után, hosszabb ideig tartó vízhiányt követően, történt hatósági mintavétel.

A fentiekén túl, az Ivóvízminőség Javító Program keretében folyó rekonstrukciós munkálatokkal összefüggésben Ebes településről lakossági-, Hajdúnánásról pedig üzemeltetői bejelentés érkezett Intézetünkhöz.

Ebesen élő és elpusztult árvaszúnyog-lárva volt a vízben, ami a vízkezelési technológiát is érintő rekonstrukciós munkálatok során fellépő műszaki problémára, a munkálatok elhúzóására volt visszavezethető. A vízmű három kútjából, illetve a két tározó medencéből meghatározott ideig csak egy üzemelt, ez jelentősen megnehezítette a szükséges fertőtlenítés elvégzését, a tározó leengedését és egyidejűleg a lakosság folyamatos vízellátását. Az üzemeltető részéről tett intézkedéseket közegészségügyi szempontból megfelelőnek találtuk, ezért a vizsgálati eredmények kontrollálásán kívül nem tartottuk szükségesnek egyéb intézkedés elrendelését.

Önkéntesen bevezetett szükségvízellátás 2009. évben 1 településrészen (Hajdúböszörmény, Nagy-Bocskai szőlőskert) volt, az ellátottak száma 600-700 fő, mely a településrész (külterület) teljes lakosságát érintette. A szükségvízellátást az indokolta, hogy a településrészen csak nem megfelelő minőségű, nem ivóvizet biztosító ásott kút található.

Megyénkben methaemoglobinaemia vagy más, ivóvízzel kapcsolatba hozható megbetegedés az elmúlt évben nem fordult elő.

6.2.2. Fürdőhigiéne

Intézetünk illetékességi területén 83 töltő-ürítő és 159 vízforgató berendezéssel ellátott fürdőmedence üzemel. Az év során valamennyi közfürdő közegészségügyi ellenőrzését elvégeztük. A szezonálisan működő fürdők esetében nyitás előtt a tápvizek mintavételezése megtörtént, negatív vizsgálati eredmények birtokában került sor a nyitásra. A folyamatosan üzemelő közfürdők tápvizeinek évenkénti vizsgálata is megtörtént.

A helyszíni ellenőrzések tapasztalatait figyelembe véve megállapítható, hogy fürdőinkben az alapvető személyi és tárgyi feltételek biztosítottak voltak. Intézkedést igénylő hiányosságok az üzemeltetés körülményeit rögzítő dokumentumok nem megfelelő adattartalommal történő vezetéséből, technológiai fegyelmezetlenségekből, ph és szabad klórtartalom mérésének elmulasztásából, nem megfelelő gyakoriságú önkontroll vizsgálatok végzéséből, a medencék nem kielégítő takarításából, fertőtlenítéséből, valamint a hatósági fürdővíz vizsgálati eredmények kifogásoltságából adódtak. Egy esetben került sor a nyilvántartásunkban nem szereplő, közegészségügyi szempontoknak nem megfelelő medence közfürdőként történő használatának megtiltására.

A 2009. évi hatósági vizsgálati eredmények alapján a fürdővizek minősítése az alábbiak szerint alakult:

4. Táblázat: Az önkontroll fürdővíz-minták vizsgálati eredményeinek minősítési kategóriák szerinti megoszlása

üzemeltetett töltő-ürítő medencék száma	töltő-ürítő medencék vizsgálatának száma összesen	töltő-ürítő medencék vizsgálatának minősítése						üzemeltetett visszaforgatásos medencék száma	visszaforgatásos medencék vizsgálatának száma összesen	visszaforgatásos medencék vizsgálatának minősítése			
		megfelelő		tűrhető		kifogásolt				megfelelő		kifogásolt	
		db	%	db	%	db	%			db	%	db	%
83	697	420	60.3	80	11.5	197	28.2	159	1342	1141	85	201	15

Forrás: ÁNTSZ Észak-alföldi Regionális Intézet

5. Táblázat: A hatósági fürdővíz-minták kémiai vizsgálati eredményeinek minősítési kategóriák szerinti megoszlása

üzemeltetett töltő-ürítő medencék száma	töltő-ürítő medencék vizsgálatának száma összesen	töltő-ürítő medencék vizsgálatának minősítése						üzemeltetett visszaforgatásos medencék száma	Visszaforgatásos medencék vizsgálatának száma összesen	visszaforgatásos medencék vizsgálatának minősítése			
		megfelelő		tűrhető		kifogásolt				megfelelő		nem megfelelő	
		db	%	db	%	db	%			db	%	db	%
83	111	62	55.9	12	10.8	37	33.3	159	168	139	82.7	29	17.3

Forrás: ÁNTSZ Észak-alföldi Regionális Intézet

Mind a töltő-ürítő, mind a visszaforgatásos rendszerű medencék esetén a nem megfelelést leggyakrabban a határérték feletti Fecal coliform, Staphylococcus aureus, Pseudomonas aeruginosa és Coccus szám okozta. Kémiai paraméterek tekintetében kifogásoltság a határértékektől eltérő pH érték, szabad klór tartalom, THM, ammónium miatt volt.

A töltő-ürítő medencék vízének viszonylag magas százalékban előforduló nem megfelelése feltehetően üzemeltetési hiányosságokra is visszavezethető (nem elegendő frissvíz utánpótlás, nem megfelelő medencetakarítás, illetve a medencék egyidejű terhelésének túllépése). Egészségi állapotra veszélyt jelentő kockázatot továbbra is a töltő-ürítő rendszerű, termálvízű medencék jelentenek.

Illetékességi területünkön egy természetes fürdő, a Látóképi Tófürdő üzemel. A természetes fürdővíz használatát és kijelölését határozattal engedélyeztük. Kifogásolt laboratóriumi eredmény a szezonban nem volt.

6.2.3. Szennyvízhigiéne

Illetékességi területünkön az elmúlt évben új szennyvíztisztító telep nem létesült és a szennyvízcsatornával ellátott települések számában sem történt változás. Több településünk továbbra sem rendelkezik közcsatornával. A településeken, a csatornázott utcákban sem 100%-os a rákötési arány. Ugyanakkor a meglévő csatornahálózat bővítésére került sor Debrecenben. Több település korszerűtlen szennyvíztisztítási technológiával (kétszintes ülepítő) rendelkezik. Az ilyen típusú szennyvíztisztítók esetében az érintett településeknek megoldást kell találni a keletkező szennyvíz megfelelő tisztítására. Hortobágy és Derecske településen vízjogi létesítési engedély került véleményezésre, korszerű szennyvíztisztítási technológia kialakítása tárgyában. Kistérségi intézetünk jelezte, hogy Újtkos-Tiszagyulaháza egyesített rendszerű csatornahálózata, tapasztalatok szerint, továbbra sem tudja elvezetni a hirtelen jelentkező nagy mennyiségű esővizet.

6.2.4. Talajhigiéne

Illetékességi területünkön három korszerű hulladéklerakó telep működik. A bezárásra került települési hulladéklerakó telepek rekultiválása részben megtörtént, részben folyamatban van (a rekultiválás határideje több esetben meghosszabbításra került). A szelektív hulladékgyűjtés néhány település kivételével valamennyi településünkön biztosított. A települési folyékony hulladék elhelyezése túlnyomó többségben a szennyvíztisztító telepek erre a célra kialakított előkezelő műtárgyaiban történik. Ahol erre nincs lehetőség, ott továbbra is működtetik a korszerűtlen leürítő telepeket. Ezek a telepek többnyire műszaki védelem nélkül létesültek. A környezetvédelmi engedély meghosszabbításának feltételeként monitoring kutatást létesítettek a leürítő telepek környékén.

Az állati tetemek gyűjtésére hullakamrát vagy konténert biztosítanak a településeken, ürítésüket az ATEV végzi.

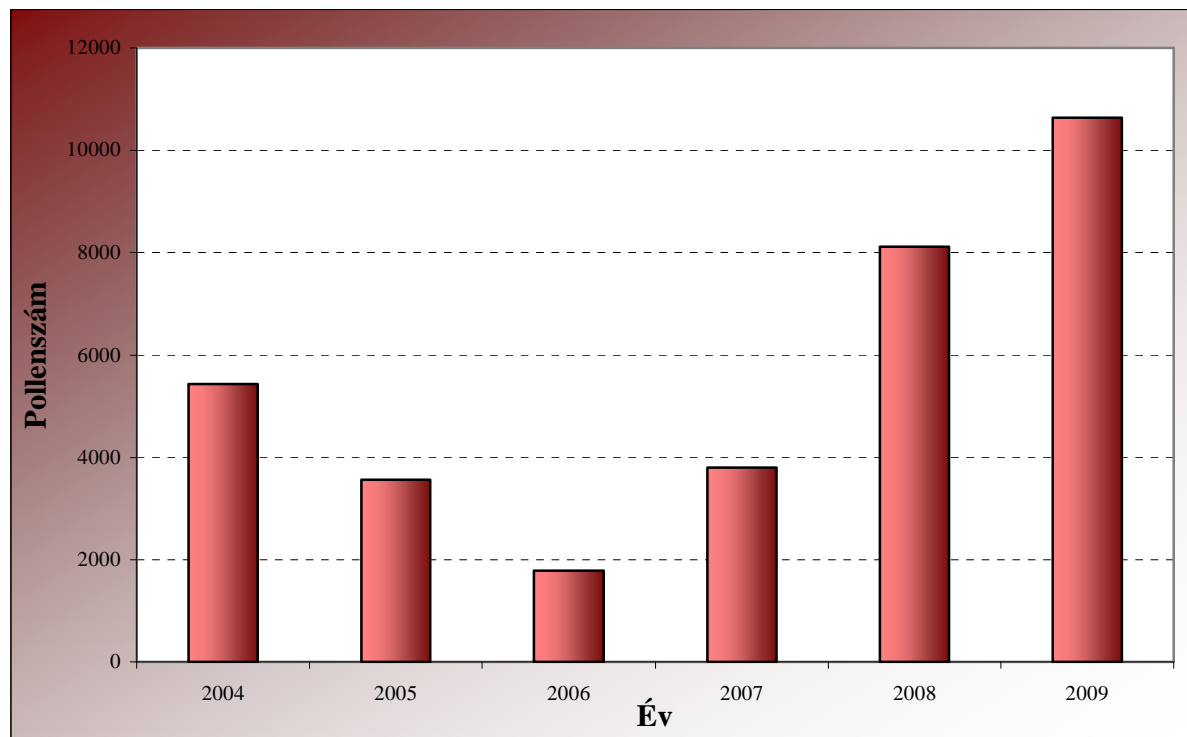
Köztisztasági és állattartási rendelettel az önkormányzatok többsége rendelkezik. Ahol e rendeletek megalkotására nem került sor, ott az állattartással kapcsolatos panaszügyek kivizsgálása, illetve a szükséges intézkedések megtétele gondot okoz, mivel a tárgykörben figyelembe vehető, országos hatályú közegészségügyi jogszabály nincs. Különösen fontosnak tartjuk az önkormányzatok részéről az állattartási rendeletek elkészítését, mivel tapasztalataink szerint az intézeteinkhez érkező lakossági bejelentések jelentős részét az állattartással kapcsolatos panaszok teszik ki.

A temetőkből, hullaházakban és a temetkezési szolgáltatást végzőknél tartott ellenőrzések tapasztalatai azt mutatják, hogy a temetkezési tevékenység többnyire a jogszabályok előírásainak megfelelően folyik, ugyanakkor kisebb súlyú tárgyi hiányosságok továbbra is előfordulnak. A jogszabályban foglaltak betartását rendszeresen ellenőriztük, fokozott figyelmet fordítva a sír- és sírboltnyitással kapcsolatos tevékenységekre és a külföldre történő halott szállítás körülményeire. Egy esetben engedély nélkül végzett sírnyitás miatt szabálysértési bírság kiszabására került sor. Problémát jelent, hogy a 25 éven belül elhunytak hozzátartozói a szükséges halottvizsgálati bizonyítványt nehezen tudják beszerezni.

6.2.5. Aerobiológiai hálózat működése

Az ÁNTSZ Aerobiológiai Hálózata gyűjti, elemzi és értékeli a légköri allergénekre vonatkozó adatokat. Hajdú-Bihar megyében - Debrecenben - 1993. év óta működik pollensapda (földrajzi környezet: Debrecen belvárosa). 2009. évben 32 növény és 2 gomba légköri pollen-, illetve spóra koncentrációjának monitorozását végeztük.

37. ábra: A 30 és 42 hét közötti parlagfű összpollenzszám (Debrecen 2004-2009)



Forrás: ÁNTSZ Észak-alföldi Regionális Intézet

Az ábrán az egyik legismertebb allergén növény, a parlagfű, szezonban mért összpollenzszámának alakulását mutatjuk be, 2004-2009. közötti időszak vonatkozásában. Megállapíthatjuk, hogy az elmúlt három évben a pollenterhelés fokozatos, tendenciaszerű növekedést mutat. 2009. évben a parlagfű pollenterhelése nagymértékben meghaladta a 2008. és 2007. évi terhelést (24-, illetve 64%-al).

Az vizsgált időszak parlagfű pollenterhelésének alakulásában jelentős szerepe volt az adott év időjárásának. A csapadékszegény, ugyanakkor magas hőmérsékletű időszakok - más növényekhez hasonlóan - a parlagfű kiszáradásához vezetnek. A jellemzően hűvös, csapadékos nyár is kedvezőtlen hatással van a pollenszórásra, míg az utóbbi évek időjárási viszonyai (vegetációs időszakban sok csapadék, közepesen magas hőmérséklet) jelentősen magasabb parlagfű terhelést eredményeznek. A pollenterhelés növekedésében szerepet játszhat a nem megfelelően gondozott földterületek arányának emelkedése is.

A parlagfű pollenre különösen érzékeny allergiás személyeknél 10 db pollenszem/m³ feletti közepes-, az érzékenyeknél 30 db pollenszem/m³ feletti magas napi koncentrációnál már jelentkeznek tünetek, 100 db pollenszem/m³ feletti nagyon magas napi koncentráció esetén, már minden parlagfűre érzékeny allergiás személynél erős tünetek jelentkeznek.

A pollenjelentéseket évek óta heti rendszerességgel e-mail-en továbbítjuk az illetékes szakemberek-, intézmények-, az ÁNTSZ kistérségi intézetei- és a média számára.

6.3. Élelmezés-egészségügy

Az elmúlt évben, a táplálkozás-egészségügy vonatkozásában kiemelt feladatként kezeltük a gyermekétkeztetés és a fekvőbeteg-ellátó intézményekben biztosított étkeztetés megfelelőségének ellenőrzését.

Az óvodai táplálkozás-egészségügyi felmérés (OTEF 2009.) tapasztalatai:

Illetékességi területünkön működő óvodák közül összesen 35 intézmény vett részt az országos felmérésben. 1 óvodában (Debrecen) hatósági mintavételezést is végeztünk, illetve valamennyi esetben sor került az étrend 10 napos anyagkiszabatának elemzésére is. A biokémiai vizsgálat alapján az élelmiszerminták megfelelő minősítést kaptak.

A **gyermekétkeztetésre** vonatkozóan általánosságban megállapíthatjuk, hogy a különböző korcsoportok számára biztosított étrend nem vagy nem jelentősen különbözik, eltérés leginkább az adagok mennyiségében mutatkozik (a napi anyagkiszabat nem követi a korcsoport szerinti ajánlást). Tápanyagszámításra alkalmas számítógépes program kevés egységben áll rendelkezésre. A táplálkozási ajánlásokkal összeegyeztethető étrend bevezetését, diétás étkeztetés megvalósítását jellemzően a személyi, illetve tárgyi feltételek hiánya hátráltatja. A fenntartók többsége a korábbi évekhez hasonlóan, pénzünnnyal küszködve, nem alkalmaz dietetikust, az élelmezésvezetők/szakácsok szakmai ismeretei ugyanakkor nem elegendők az elvárható szakmai színvonal teljesítéséhez.

A kórházi alapétrend és szondatáplálás vizsgálatának tapasztalatai:

A szondatáplálás és kórházi alapétrend vizsgálatát 3 fekvőbeteg-ellátó intézményben végeztük el. Mindhárom intézményben elemeztük a normál alapétrend 1 és 10 napos anyagkiszabatát, illetve laboratóriumi vizsgálatra is sor került.

Az 1 napos anyagkiszabat elemzése során megállapításra került, hogy a vizsgált intézményekben a számított napi energia-és tápanyagbeviteli értékek 6 esetben érték el vagy haladták meg a vonatkozó rendelet ajánlásait (elsősorban fehérje- és a zsírtartalom vonatkozásában), míg 6 esetben nem érték el az ajánlott értékeket (5 esetben negatív irányú eltérés 10 % feletti volt). A 10 napos átlagértékek szénhidrát- és energiatartalom tekintetében minden esetben kisebbek voltak az ajánlott értékeknél. A laboratóriumi vizsgálati eredmények alapján a napi energia- és tápanyag-beviteli értékek nem érték el a beviteli ajánlásokat, ugyanakkor meg kell jegyeznünk, hogy a 10 napra vonatkozó számított értékek a laboratóriumi vizsgálati eredményekkel szemben kedvezőbb képet mutattak.

Ételmérgezések, ételfertőzések

Az elmúlt évben megyénkben az élelmezés-egészségügyi helyzet stabil volt. 4 élelmiszer eredetű megbetegedés került bejelentésre, ebből 1 egyedi (1-4 fő), 3 csoportos (5-29 fő). A megbetegedések magánháztartásban, valamint a vendéglátásban fordultak elő.

A magánháztartásban az élelmiszer eredetű megbetegedés kialakulását eredményező szabálytalanságok az alábbiak voltak:

- helytelen konyhatechnológia (palacsinta túróttöltelékébe kevert nyers tojás),
- konyhai higiénés szabályok betartásának mellőzése, személyi higiénés mulasztások.

A vendéglátás területén a megbetegedések élelmiszer-biztonsági szempontú kivizsgálását, a vonatkozó jogszabályi előírásoknak megfelelően, a területileg illetékes MgSzH munkatársai végezték.

6.4. Kémiai biztonság

2009. évben kémiai biztonsági szakterületen az ellenőrzések száma 3 589 volt, ami jelentős eltérést nem mutat a 2008. évben végzett ellenőrzések számához viszonyítva. A feltárt kémiai biztonsági hiányosságok megszüntetése érdekében 68 esetben rendelkező határozat-, 46 esetben kémiai biztonsági jogszabályban foglaltak végrehajtása érdekében felhívás került kiadásra. Kémiai terhelési bírságot 6 esetben szabtak ki kistérségi intézeteink, 750 000 Ft. értékben. A megelőző hatósági tevékenység keretében 1 714 kémiai biztonsági szempontokat is vizsgáló szakhatósági állásfoglalás kiadására került sor.

Az ellenőrzések tapasztalatai alapján a leggyakrabban észlelt hiányosságok a következők voltak:

- veszélyes anyaggal/készítménnyel végzett tevékenység bejelentésének hiánya,
- kockázatbecslés hiánya, nem megfelelő volta,
- biztonsági adatlapok hiánya, nem megfelelő volta.

A megye területén működő, kémiai biztonsági szempontból nyilvántartott egységek közegészségügyi helyzete nem egységes. Egyes ágazatokon belül is vannak közegészségügyi szempontból megfelelő, illetve nagyfokú hiányosságokat mutató munkahelyek.

2008. évben előtérbe helyeztük az 1907/2006/EK rendeletben (továbbiakban: „REACH”) foglalt előregisztrációs lehetőség érintettek számára történő megismertetését. 2009. évben kiemelt figyelmet fordítottunk a „REACH”-ben foglalt előírások (A „REACH” értelmében, meghatározott (un. bevezetett) vegyi anyagokat nagy mennyiségben gyártó, importáló, felhasználó cégeknek 2008. december 02-ig kellett regisztrálni. Regisztráció hiányában - alapszabályként - a fenti dátumot követően az érintett vegyi anyag nem használható fel (nem gyártható, importálható) a tevékenység során. Az előregisztráció egy olyan eljárás, amely lehetővé teszi, az un. bevezetett anyagok késleltetett regisztrációját. Az előzetesen regisztrált anyagokkal kapcsolatos tevékenység megszakítás nélkül folytatható (anyagtól és mennyiségtől függően), akár további 10 éven át. (Az előregisztráció igénybevétele nem kötelezettség, hanem lehetőség volt az érintettek számára.)

6.5. Sugárbiztonság

A sugárzások környezet és egészségkárosító hatásai miatt – különösen a mesterséges források elterjedésével – a rendszeres ellenőrzés, a környezeti monitorozás elkerülhetetlen. Nemcsak a radioaktív anyaggal dolgozó üzem, laboratórium területén, hanem azok környezetében is ellenőrizni kell a sugárzás szintjét, és az ilyen jellegű létesítményektől távol is hatékonyra kell tenni a környezeti monitorozást. Ugyanakkor az esetleges üzemzavarokból, balesetekből eredő és gyorsan megjelenő radioaktív szennyeződés mellett a lassan kialakuló változás követése szintén fontos.

Az Egészségügyi Radiológiai Mérő- és Adatszolgáltató Hálózat az ÁNTSZ keretein belül működik. Az általa – Hajdú-Bihar megyében is – végzett vizsgálatok célja a monitorozás és az esetleges nagyobb szennyeződések kimutatása. Az utóbbi években előtérbe került a lakossági sugárterhelés becslése is.

Hajdú-Bihar megyében a **légkör** radioaktív szennyezettségének vizsgálata során aeroszol és fallout minták mérése történik. 2009-ben az összes béta aktivitás-koncentrációjának átlaga aeroszol mintákban: 10,3 Bq/m³ volt. A fallout minták összegének harminc napra vonatkozó átlagolt összes béta-aktivitás koncentrációja: 18,1 Bq/m²/30 nap volt. A mért aktivitás koncentráció értékek a korábbi években mért eredményekkel egyezést mutatnak, és évről-

évre számottevően nem változnak. Megállapítható, hogy az összes aktivitás koncentráció kb. 99%-a természetes eredetű radioaktív izotópokból származik, és a mesterséges eredetű izotópok mennyiségében évről évre kismértékű csökkenés figyelhető meg.

A Hajdú-Bihar megyei közüzemi **ivóvízmintákban és a felszíni-vízmintákban** a ^{137}Cs aktivitás-koncentrációja 2009-ben a 0,1 Bq/l jelentési szintet nem érte el. Ez megegyezik a korábbi évek tapasztalatával. A Hajdú-Bihar megyei ivóvizek negyedévekre átlagolt összes béta-aktivitása 2009-ben 0,14 Bq/l volt, ami a WHO által ajánlott 1,0 Bq/l összes béta-aktivitás referencia szint alatt van.

Az atomenergia alkalmazása területén - elsősorban az egészségügyben és az iparban – a hatósági ellenőrzés rendszeres. Megyei szinten is megfigyelhető tendencia, hogy a röntgendiagnosztikai és a fogászati röntgenberendezések száma jelentősen nő, többször kiegészülve panorámaröntgen felhasználásával. Leginkább a digitális képalkotásra képes berendezések alkalmazása terjed el.

Hajdú-Bihar megye területén az ipari röntgen és az ipari radiográfia felhasználása folyamatosan visszaszorul, de ugyanez a tendencia észlelhető az iparban használt zárt sugárforrások esetén is. Mindezt magyarázza az ultrahangos vizsgálati módszer elterjedése.

Növekedett a csomagvizsgálók száma (Büntetésvégrehajtási Intézet, Bíróságok, egyéb munkahelyi beléptető).

Kedvező változás, hogy a DE OEC területén felépült a Nukleáris Medicina Központ. Ezáltal megszűnt az egyes funkcionális egységek területi széttagolása, ami korábban problémát jelentett. Új, korszerű, sőt a világon egyedülálló diagnosztikai berendezések kerültek telepítésre, mint pl. az AnyScan, amely magas szinten képes egyesíteni a funkcionális és morfológiai képalkotás nyújtotta lehetőségeket, ráadásul a vizsgálat mind a három modalitással (SPECT - PET – CT) egyszerre elvégezhető.

A Nukleáris Medicinában a betegforgalom jelentős növekedése figyelhető meg, ezért különös figyelmet kellett fordítanunk a munkavállalók sugárvédelmére. Többek között elrendelésre került az érintettek kézdózisának mérése.

Szintén nagy betegforgalmat regisztráltunk az ún. C-íves röntgenberendezések környezetében, ezért az ott dolgozók részére személyi doziméter használatát írtuk elő.

Összefoglalva megállapítható, hogy Hajdú-Bihar megye területén a 2009. évben a sugárbiztonság minden területen megvalósult. Egyrészt az atomenergiát felhasználó munkahelyeken dóziskorlát-túllépés, valamint személyi túlexpozíció nem történt. A környezeti elemekben sem mértek az átlagost meghaladó radioaktivitást.

7. Egészségügyi ellátás

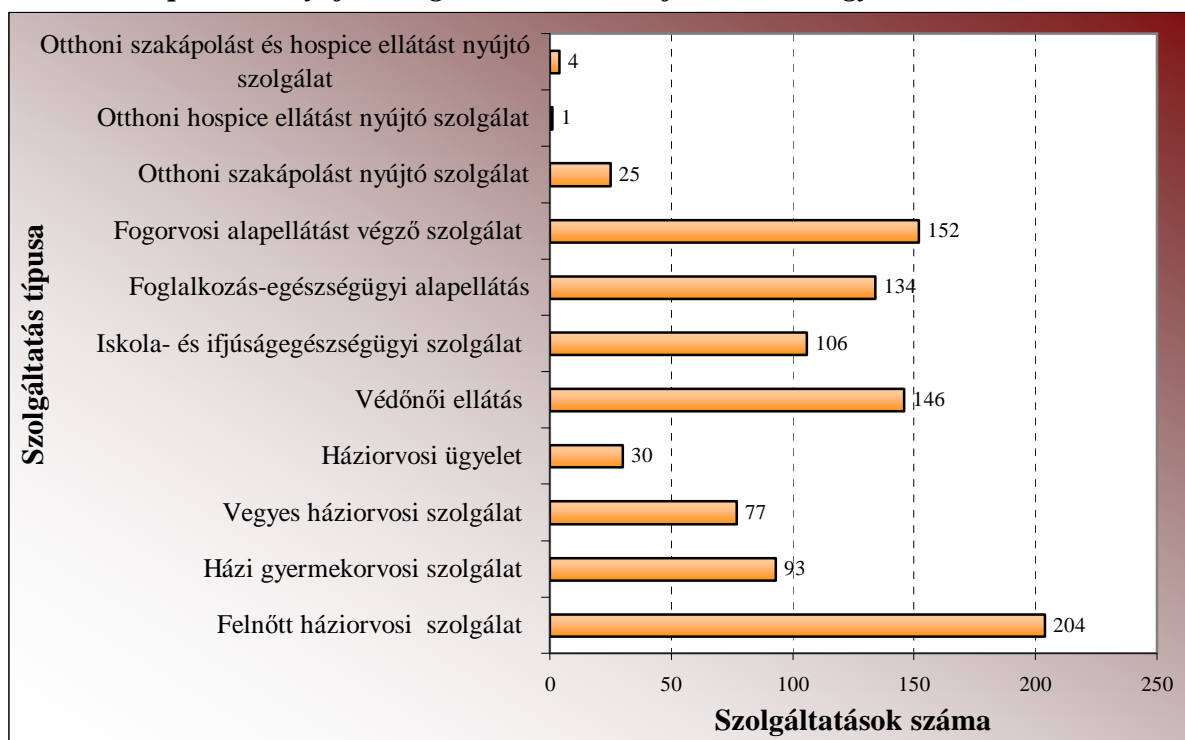
7.1. Általános jellemzők

Az ÁNTSZ Észak-alföldi Regionális Intézete a vonatkozó hatályos jogszabályi rendelkezések alapján meghatározó szerepet tölt be az ország második legnagyobb régiójában az egészségügyi ellátás működését érintő szervezési, irányítási és a hatósági tevékenység körébe tartozó feladatok ellátásában, valamint az egészségügyi ellátórendszer javítását, fejlesztését szolgáló szakmai feladatok ellátásában egyaránt.

A lakosság egészségi állapotát befolyásoló egyik meghatározó tényező az egészségügyi ellátórendszer, amely az alapellátás, a fekvő- és járóbeteg szakellátás különböző progresszivitási szintű szakterületeinek működésével hivatott biztosítani a gyógyító-megelőző ellátást.

Hajdú-Bihar megye lakosságának egészségügyi alapellátását az alábbi szakmai és szolgáltatói szám szerinti megoszlásban biztosítják a hatályos jogszabályi rendelkezések alapján, egészségügyi szolgáltatás nyújtására jogosító működési engedéllyel rendelkező egészségügyi szolgáltatók:

38. ábra: Alapellátást nyújtó szolgáltatók száma Hajdú-Bihar megyében 2009. évben



Forrás: ÁNTSZ Észak-alföldi Regionális Intézet

Megoldásra váró problémák Hajdú-Bihar megye egyes településeinek alapellátási feladataiban:

- Hajdú-Bihar megyében az alábbi településeken lévő háziiorvosi praxis tartósan betöltetlen: Mezősas, Újiráz, Váncsod, Mikepércs. Ezen háziiorvosi praxisok ellátása tartós helyettesítéssel történik évek óta.
- Tiszacsegén egy fogorvosi praxis betöltetlen hosszabb idő óta. A körzethez tartozó lakosok fogászati gyógyító-megelőző alapellátását Balmazújváros egyik alapellátó fogorvosával kötött megbízás alapján biztosítja az Önkormányzat.
- Az ÁNTSZ Hajdúszoboszlói, Berettyóújfalui, Püspökladányi Kistérségi Intézete illetékességi területén a védőnői ellátás több településen csak tartós helyettesítéssel oldható meg ideiglenes működési engedélyek alapján /összesen 18 védőnői körzetben/.
- Mikepércs település vonatkozásában a háziiorvosi rendelő telephelyének bővítése, korszerűsítése mielőbb megoldandó feladat.

A lakosság jobb alapellátását szolgáló változások Hajdú-Bihar megyében:

- Nádudvaron új, területi ellátási kötelezettséggel működő házi gyermekorvosi praxist hozott létre az Önkormányzat, melynek működtetését vállalkozásnak adta át.
- A sok éven át betöltetlen sápi vegyes háziiorvosi praxist sikerült főállású közalkalmazott orvossal betölteni.

A lakosság ügyeleti ellátásának biztosítása és az ügyeleti ellátásban jelentkező nehézségek Hajdú-Bihar megye egyes területein:

- Megyénk településein a háziiorvosi feladatok munkaidőn túli ellátását az önkormányzatok döntése alapján kialakított központi ügyeleti szolgálatok végzik
- Debrecen városban a felnőtt korú lakosok rendelési időn kívüli sürgősségi ellátását, valamint 2009. január 01-től a házi gyermekorvosi ügyelet ellátását is a FŐNIX-CIVIS Kft. szervezi.
- Az ÁNTSZ Hajdúszoboszlói, Berettyóújfalui, Püspökladányi Kistérségi Intézete illetékességi területén a folyamatos betegellátást háziiorvosi rendelési, rendelkezésre állási idők után központi háziiorvosi ügyeletek biztosítják, de a települések nagy részénél a háziiorvosok által biztosított 8 órás ellátás után az ügyelet kezdetéig 2 óra, illetve az ügyelet végétől a rendelési időig 1 óra csak a háziiorvosok készenléti rendelkezésre állásával van biztosítva. Ennek a helyzetnek a megnyugtató megoldása mindenképpen szükséges, amely feltételezi az önkormányzatok – háziiorvosok – ügyeletet ellátó szolgáltató egyeztetését, közös megállapodását.

Otthoni szakápolás, hospice ellátás tapasztalatai Hajdú-Bihar megyében

Az alapellátás köréből kiemelendő a szakápolási szolgáltatók által nyújtott otthoni szakápolási és hospice ellátás.

Hajdú-Bihar megyében kizárólag otthoni szakápolást nyújtó szolgáltatók száma 25, otthoni szakápolást és hospice ellátást nyújtó szolgáltatók száma 4 és csak otthoni hospice ellátást nyújtó szolgáltatók száma 1, mindösszesen 30 szolgálat biztosít ilyen jellegű ellátást megyénkben. Hajdú- Bihar megye területének otthoni szakápolási szolgáltatással való lefedettsége 2009. december 31-ei állapot szerint 99,9%-os.

A gyógyíthatatlan, végső stádiumban lévő daganatos megbetegedésben szenvedő betegek és családtagjaik számára biztosított komplex ellátás a hospice szolgáltatás.

A betegek otthonában végzett hospice szakellátás hiánypótló szolgáltatás Hajdú-Bihar megye területén. 2009. évben a megye területén működő otthoni szakápolási tevékenységet is nyújtó szolgáltató közül 4 szolgálat biztosította az otthoni hospice ellátásra vonatkozó személyi és tárgyi feltételeket, és kapott működési engedélyt a szakápolási tevékenység végzésére.

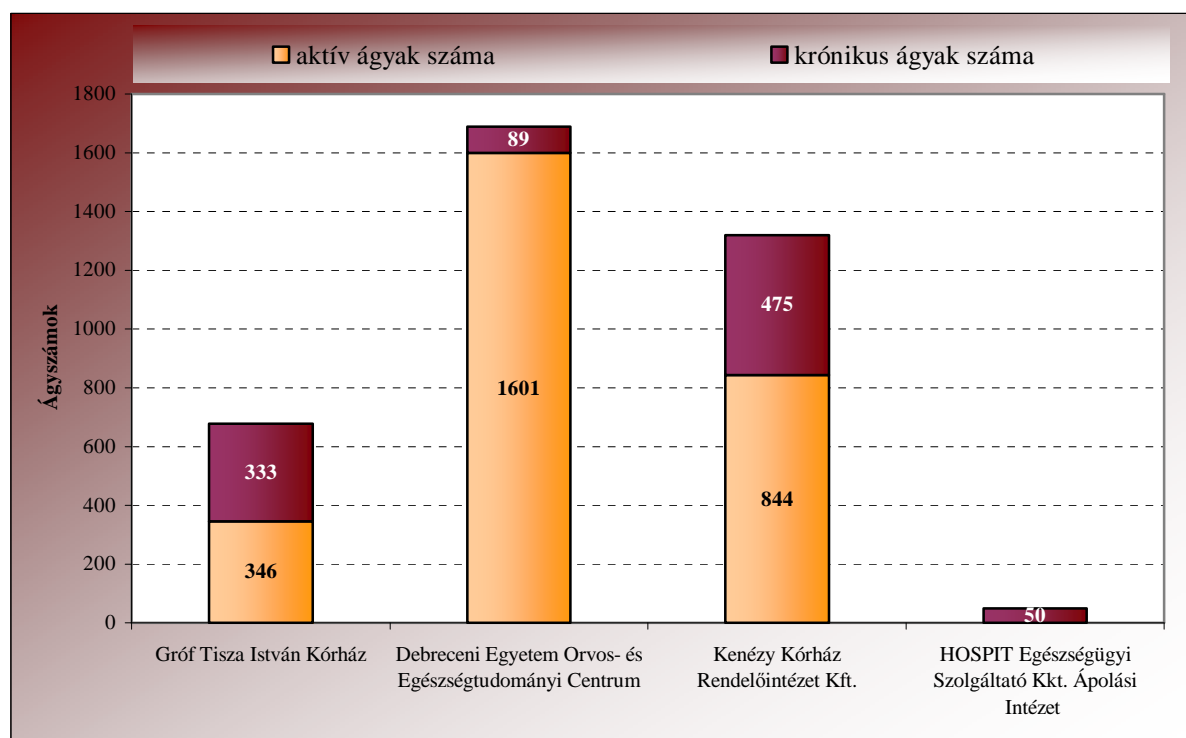
Hajdú- Bihar megye területi lefedettsége e szolgáltatás tekintetében a 2009. december 31-ei állapot szerint elérte a 61,3%-ot.

7.2. Fekvőbeteg szakellátás

Hajdú-Bihar megyében fekvőbeteg-ellátás 4 intézményben történik. Az intézmények ágyszáma 3 738 ágy, melynek 25%-án krónikus ellátás, 75%-án pedig aktív betegellátás folyik.

Az intézmények ágyszám kapacitás adatait az alábbi diagram szemlélteti:

39. ábra: Hajdú-Bihar megye fekvőbeteg-szakellátó intézményeinek ágyszám-struktúrája 2009. évben



Forrás: ÁNTSZ Észak-alföldi Regionális Intézet

A finanszírozott fekvőbeteg-szakellátási kapacitások körét meghatározó 337/2008. (XII. 30.) Korm. rendeletben foglaltak szerint az aktív fekvőbeteg-ellátás körében 65, a krónikus fekvőbeteg-ellátás körében pedig 18 szakma/szakmaterületre köthető le kapacitás az Országos Egészségbiztosítási Pénztárnál. Megyénkben az aktív fekvőbeteg-ellátás körében 35 szakma/szakmaterületre, a krónikus fekvőbeteg-ellátás körében 11 szakma/szakmaterületre történt kapacitás lekötés.

Hajdú-Bihar megye lakossága 10 szakmát csak a DEOEC Klinikáin vehet igénybe, amelyek a következők: allergológia és klinikai immunológia, általános bőr- és nemibeteg-ellátás, angiológia, phlebológia, lymphológia, haematológia, ortopédia, PIC, plasztikai és égési sebészet, szájsebészet/dento-alveoláris sebészet, szívsebészet, tüdő- és mellkas sebészet.

A megye lakosságának III. szintű traumatológiai ellátását, egyedüli szolgáltatóként a Kenézy Kórház Rendelőintézet Egészségügyi Szolgáltató Kft. végzi.

Az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről 2006. évi CXXXII. törvényben megfogalmazott, az éves kapacitás felosztás eljárásban a Regionális Egészségügyi Tanács véleményét elfogadva, az ÁNTSZ Észak-alföldi Regionális Intézete a fekvőbeteg-ellátást nyújtó szolgáltatók kapacitásait nem módosította.

A megye négy fekvőbeteg intézményében a ténylegesen szolgálatot teljesítő szakdolgozói létszám 2009. évben 2 838 fő (2008. évben 2 813 fő), mely minimális emelkedést mutat az előző évihez képest (25 fő).

Az üres állások száma csökkent, míg 2008. évben 75 álláshely volt betöltetlen, addig 2009. évben már csak 68 álláshelyen nem került alkalmazásra szakdolgozó.

A szakdolgozói kvalifikáció tekintetében pozitív változás, hogy a 2008. évi létszámhoz képest 3 fővel emelkedett a diplomás ápolói végzettséggel rendelkezők száma, valamint 20 fővel az ápoló (OKJ), 5 fővel a klinikai szakápoló (OKJ) és 5 fővel a Csecsemő és gyermekápolói (OKJ) emeltszintű szakképesítéssel alkalmazott szakdolgozók száma. Az összesített szakdolgozói létszámadatok a középfokú szakmai képesítéssel rendelkező szakdolgozók létszámának 31 fővel való emelkedését mutatják a 2008. évihez képest.

A szakdolgozói létszámot és az egyes szakmai feladatok ellátásához szükséges szakmai kvalifikációt meghatározó 60/2003.(X.20.) ESZCSM rendelet módosítása megtörtént, amely 2010. július 01-től lép hatályba.

7.3. Járóbeteg szakellátás

A megye járóbeteg-szakellátásának biztosításában 36 szolgáltató vesz részt. Közülük 2 szolgáltató egyházi fenntartásban működik.

A 337/2008. Korm. rendelet szerint járóbeteg szakellátásban 32 szakmacsoportban, ezen belül 149 szakmára/szakmaterületre köthető le járóbeteg-szakellátási kapacitás és köthető finanszírozási szerződés az Országos Egészségbiztosítási Pénztárral.

A járóbeteg szakellátás körében az Országos Egészségbiztosítási Pénztárnál lekötött szakorvosi és gondozási, valamint a nem szakorvosi órák száma megyénkben 20 241 óra, mely érték a régiókat alkotó megyék tekintetében a legmagasabb.

A szakellátási óraszámok tekintetében a megyeszékhelyen működő szolgáltatók rendelkeznek a legnagyobb óraszámmal (16 820 lekötött, finanszírozott óra), amely az összes megyei lekötött óraszám 83%-a.

A 32 szakmacsoport 47 szakma/szakmaterületének kivételével - melyre nem történt kapacitás-lekötés az Országos Egészségbiztosítási Pénztárnál - a megye lakossága a megyében működő egészségügyi szolgáltatóknál veheti igénybe az ellátást. Ezen 47 szakma/szakmaterület tovább-bontása szerint 18 szakma/szakmaterület esetében az Észak-alföldi Régió szolgáltatóinál, a régiót alkotó megyéken belül történt kapacitás-lekötés, és ennek megfelelően vehető igénybe járóbeteg-szakellátó szolgáltatás.

Az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről szóló 2006. évi CXXXII. törvényben kapott felhatalmazás alapján a kapacitás felosztás éves módosításához szükséges adatokat az OEP a Regionális Egészségügyi Tanács és az ÁNTSZ rendelkezésére bocsátotta. A Regionális Egészségügyi Tanács az anyagot véleményezte, és nem tartotta arra érdemesnek az adatbázist, hogy ez alapján a kapacitások módosítása megtörténjen. Az ÁNTSZ a véleményt elfogadta és ennek megfelelően járt el.

2009-ben a járóbeteg szakellátási óraszámokban, szakmai összetételben két szolgáltatót érintő változás következett be, amely lényeges mértékű változást nem eredményezett. Az óraszám növekedés a pszichiátria szakmát heti 30 órában, a fizioterápia szakmát heti 53 nem szakorvosi órában érintette.

A fenti óraszám növelésére az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről szóló 2006. évi CXXXII. törvény végrehajtásáról rendelkező 337/2008. (XII. 30.) Korm. rendelet adott lehetőséget, miszerint az adott szakmákban a 10 000 lakosra jutó kapacitás az OEP-nél rendelkezésre álló, az adott évet megelőző finanszírozási év adatai alapján az országos átlagnál alacsonyabb volt.

A 10 000 lakosra jutó járóbeteg szakellátási kapacitás az Észak-alföldi Régióban 76,15-el kevesebb, mint az országos átlag. (országos átlag 318,65 a régiós átlag 242,50)

Az éves kapacitás felosztás módosítása tárgyában az ÁNTSZ Észak-alföldi Regionális Intézet részéről hozott határozatok mindegyike jogerős.

7.4. Ápolás szakfelügyelet

A fekvőbeteg ellátás területén 2009. évben szülészet-nőgyógyászat, és csecsemő-gyermekgyógyászat és társszakmai körében folytatódott az Országos Tisztifőorvosi Hivatal által elrendelt egészségügyi igazgatási, kórházhygienés, ápolási, valamint az ellenőrzésre kijelölt szakma szakfelügyelő főorvosa által azonos időben, országosan egységes szakmai szempontrendszer szerint elvégzett szakfelügyeleti komplex ellenőrzés.

Hajdú-Bihar megyében a Gróf Tisza István Kórházban (Berettyóújfalun), a Kenézy Kórház Kft (Debrecen) egészségügyi szolgáltatójánál, valamint a DE Orvos-és Egészségügyi Centrum klinikáin történtek szakfelügyeleti ellenőrzések.

A vizsgálat az ellenőrzött szakterületeken hatósági intézkedést igénylő tárgyi, személyi, valamint szakmai minimumfeltételek körében mutatkozó hiányosságot nem tárt fel, a szakmai szabályok, és az ágazatra vonatkozó jogszabályi előírások betartásával folyó egészségügyi tevékenység hozzájárul a biztonságos, minőségi követelményeknek megfelelő egészségügyi szolgáltatás lakosság részére történő biztosításához.

Az egészségügyi szolgáltatás gyakorlásának általános feltételeiről, valamint a működési engedélyezési eljárásról szóló 96/2003. (VII.15.) Kormányrendelet 2010. július 1-jén hatályba lépő módosítását követően az egészségügyi ellátórendszer teljes vertikuma áttekintésre kerül, mivel a Kormányrendelet módosításának hatálybalépését követően megszűnik az ideiglenes működési engedély.

Hajdú-Bihar megyében a működési engedélyek számát illetően 118 szolgáltató rendelkezik ideiglenes típusú engedéllyel, így ezen szolgáltatóknak törekedniük kell a hiányzó szakmai minimumfeltételek megteremtésére.

6. Táblázat: Ideiglenes működési engedéllyel rendelkező szolgáltatók szakma szerinti megbontásban, Hajdú-Bihar megyében 2009. évben

Szakma megnevezése	Szolgáltatók száma
fogászati ellátás	1
addiktológia	2
foglalkozás-egészségügyi alapellátás	1
általános laboratóriumi diagnosztika J1	1
házi orvosi ellátás	9
házi orvosi ügyeleti ellátás	3
körzeti védőnői ellátás	91
csecsemő- és gyermekkardiológia	1
urológia, andrológia, urodinámia	2
klinikai onkológia	2
onkológiai gondozás	1
alkohológia	1
általános laboratóriumi diagnosztika	1
ultrahang- diagnosztika	1
általános korbonctan és kórszövettan	1
Összesen	118

Forrás: ÁNTSZ Észak-alföldi Regionális Intézet

Indokolt felhívni a figyelmet az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről szóló 60/2003.(X.20.) ESzCsM rendelet 2010. július 1-én hatályba lépő módosítására. A jogszabályváltozást követően, valamennyi egészségügyi szolgáltató új működési engedélyt fog kapni az egészségügyi tevékenység végzésére, amennyiben megfelel az új szakmai minimumfeltételben foglalt követelményeknek.

7.5. Gyógyszerellátás

A lakossági gyógyszerellátás területén 2007. január 01-től életbe lépett alapvető jogszabályi változás – liberalizáció (2006. évi XCVIII. törvény) – nyomán lehetővé vált a gyógyszertáron kívüli gyógyszer-forgalmazás, valamint a közforgalmú gyógyszertárak gyakorlatilag korlátlan alapítása és ezzel egyidejűleg megszűnt a területi ellátási kötelezettség. 2009-ben a gyógyszertár létesítések folytatódtak az előző évihez hasonló mértékben, azonban az üzletek létesítése megtorpant. Az év során 1 gyógyszertár és 9 üzleti forgalmazás szűnt meg, míg 11 gyógyszertár létesült, és 4 üzlet kezdett gyógyszer forgalmazni.

Tapasztalatunk szerint a továbbiakban is az előző évhez hasonlóan, a gyógyszerhez jutás térbeli és időbeli lehetőségei csak a megye-székhelyen és a városokban javultak. A megyében változatlanul 4 településen nincs gyógyszerhez jutási lehetőség.

Gyógyszerellátó helyek száma 2006-2009

Gyógyszerellátó helyek	Közforgalmú gyógyszertár	Fiók gyógyszer tár	Orvosi Kézi gyógyszer tár	Intézeti gyógyszer tár	Üzlet	Összesen
2006.	111	24	15	3	–	153
2007.	119	24	14	3	31	191
2008.	120	29	14	3	30	196
2009.	130	29	14	3	25	177

Forrás: ÁNTSZ Észak-alföldi Regionális Intézet

A számbeli növekedés a gyógyszertárak esetében továbbra is csak a városokat érintette, és az üzleti forgalmazás is a városokban gyakoribb, azonban a számuk folyamatosan csökkent.

A működőképesség megtartására, az egy települést egyedül ellátó (28), illetve fiók gyógyszertárat működtető kis forgalmú gyógyszertárak részére folyósított állami támogatás **2007-ben 26, 2008-ban már 33 és 2009-ben még több, összesen 36 közforgalmú gyógyszertárnak jár.**

A közforgalmú gyógyszertárak számának növekedése miatt kialakult **munkaerő elvándorlás** elsősorban az amúgy is szakember hiánnyal küzdő intézeti és kisebb vidéki gyógyszertárakat sújtja, újra és újra szakemberhiányt okozva. Az elvándorlás a rendelkezésre állási időt is csökkentette, ami részben a nyitvatartási idők rövidülésével, részben az ügyeleti, készenléti szolgálat csökkenésével járt.

Megfigyelhető volt a nem megfelelő szakképzettségű dolgozók alkalmazása elsősorban a gyógyszerkiadás során, mely az ellátás minőségét és biztonságát veszélyezteti.

A gyógyszertárak közül 117 gyógyszertárnak a hétköznapi **nyitvatartási** ideje 8 óra, vagy ennél hosszabb (33 település). A hozzáférhetőség ezen túl **készenlét*** formájában hétköznapi zárás után 18 településen, váltott formában folyamatosan 6 településen biztosított. Ezen felül folyamatos **ügyeleti**** ellátást nyújt egyidejűleg a megye 3 településén közforgalmú gyógyszertár. Egy település kivételével az ügyelet váltott formában működik összesen 48 gyógyszertár részvételével. A megyeszékhelyen az év minden napján 08.00 – 22.00-ig nyitva tart ugyanaz a gyógyszertár a városközpontban, emellett még két gyógyszertár működik hosszú nyitvatartási idővel ünnepnapok kivételével. Egy településen

* A gyógyszertár bejáratán kell jelezni a gyógyszerész elérhetőségét, aki szükség esetén legfeljebb fél órán belül köteles a beteg rendelkezésére állni a gyógyszertárban gyógyszerkiadás céljából

** A gyógyszertár bejáratán elhelyezett jelzőcsengővel kérhető azonnali gyógyszerkiadás.

hétfvégén napi 2 órát váltva nyitva tartanak a gyógyszertárak. **Összességében a sürgősségi ellátás** a települések 30%-án elérhető hétköznap, a szolgálat formájában azonban folytatódott az eltolódás a készenlét javára. Hétfvégén és ünnepnap a települések 13%-án van folyamatos (ügyelet vagy készenlét) szolgálat. Az erre vonatkozó aktuális információ minden közforgalmú- és fiókgyógyszertár bejáratánál, a helyi médiában és az ÁNTSZ É-alföldi Regionális Intézete honlapján (www.antsz.hu) és a www.ugyelet.hu honlapon folyamatosan megtalálható.

A gyógyszertárak a készletek minimalizálására törekszenek, mely azzal jár, hogy igen sok gyógyszerért vissza kell térni egy későbbi időpontban. A gyógyszerpiac átfogó szabályozását megvalósító 2006. évi XCVIII. törvény rendelkezései nyomán gyógyszer kiskereskedelmi tevékenységet folytató egészségügyi vállalkozások **működési bizonytalanságának következményeként** a gyógyszertárak szűkebb gyógyszerválasztékot, kisebb gyógyszerkészletet tartanak. Az év során a panaszbejelentések főleg ezzel kapcsolatosak voltak. Mindezek ellenére az influenzajárványra történő felkészülés során a gyógyszertárak részéről a kiemelt gyógyszerek készletezésében nem tapasztaltunk saját hibájából felkészületlen gyógyszertárat.

A megváltozott építészeti feltételeket a gyógyszertárak csak az épület átalakítása útján tudták illetve tudják teljesíteni. Az 1998. évi XXVI. tv. rendelkezéseinek megfelelő, a mozgáskorlátozottak részére is alkalmas bejáratok már a gyógyszertárak kétharmadánál elkészültek, a továbbiakban is folyamatosan figyelemmel kísérjük ennek alakulását, azonban a lehetőségeket a következőkben elsősorban beépítési és műemléki korlátozások csökkentik. Ezek a helyeken különféle hívórendszerek felszerelése és a házhozszállítás megszervezése, elterjedése jelentheti a megoldást. Több gyógyszertár működik önkormányzati tulajdonú ingatlanban, így a bejáratok átalakítása az önkormányzatok részére is feladatot jelenthet.

A lakosság részéről felmerült panaszok száma az év során az előző évekéhez képest átlagos mértékű volt, mely a saját tapasztalatainkkal együtt egyelőre azt igazolja, hogy **a változások ellenére az ellátórendszer alapvetően teljesítette a vele szemben támasztott elvárásokat. Kiemelendő azonban, hogy a panaszok elsősorban a gyógyszerek helyettesítésével, illetve a nem azonnali, készletről történő kiszolgálással voltak kapcsolatban.**