



**Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat**

**Észak-alföldi Regionális Intézete**

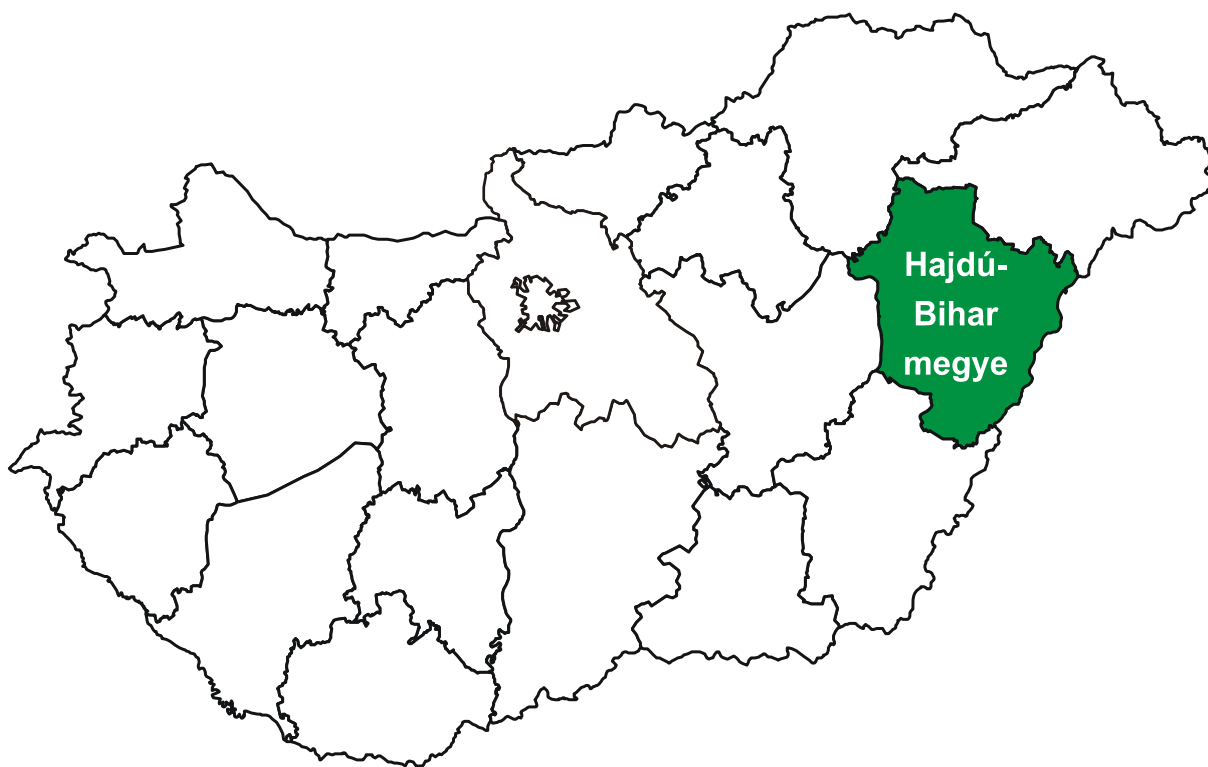
**Hajdú-Bihar Megyei Kirendeltsége**

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

***2008. évi  
Tájékoztató  
a Hajdú-Bihar Megyei Önkormányzat számára  
a megye lakosságának egészségi állapotáról***



*Debrecen, 2009. április  
Dr. Pásti Gabriella  
regionális tisztifőorvos*

<b>1.</b>	<b>BEVEZETÉS.....</b>	<b>3</b>
1.1	Adatforrások.....	3
1.2	Elemzési módszerek.....	4
<b>2.</b>	<b>DEMOGRÁFIAI HELYZETKÉP.....</b>	<b>5</b>
2.1.	Hajdú-Bihar megye népmozgalmi mutatói.. ..	6
2.2.	Gazdasági helyzetkép.....	9
<b>3.</b>	<b>MORTALITÁSI HELYZETKÉP.....</b>	<b>10</b>
<b>4.</b>	<b>A HALÁLOZÁS TERÜLETI EGYENLŐTLENSÉGEI.....</b>	<b>21</b>
<b>5.</b>	<b>MORBIDITÁS.....</b>	<b>26</b>
5.1.	Morbidity kórházi elbocsátások alapján.....	26
5.2.	Allergiás megbetegedések.....	35
5.3.	A szervezett lakossági szűrővizsgálatok eredményei.....	36
5.4.	Gyermekek egészségi állapotának jellemzői.....	38
5.5.	Fertőző betegségek morbiditása.....	39
<b>6.</b>	<b>EGÉSZSÉGFEJLESZTÉS.....</b>	<b>45</b>
<b>7.</b>	<b>KÖRNYEZETI TÉNYEZŐK.....</b>	<b>50</b>
<b>8.</b>	<b>EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁS.....</b>	<b>60</b>

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 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 Népeségstatisztikai Főosztálya bocsátotta rendelkezésünkre. Az Országos Szakfelügyeleti és Módszertani Központ biztosította a kistérségi és régiós standardizált halálozási arányszámokat.

A halálozás időbeni változásának vizsgálatára *standardizált halálozási arányszámot* (SHA) használtunk. A standard az 1976-os „Európai Standard Populáció” volt.

A területi halálozási különbségek kimutatására a *standardizált halálozási hányadost* (SHH) számoltunk. Ez a mutató százalékos formában fejezi ki a vizsgált terület halálozását az országos átlaghoz (100%) viszonyítva. A települési halálozási elemzéshez az 1996-2007 évek, 0-64 éves korcsoport összevont lakónépességi és halálozási adatai kerültek felhasználásra, az alacsony esetszámok okozta torzítás elkerülése érdekében. Ugyanez a mutató kistérségek esetében a 2005-2007-es évek viszonylatában az 1-64 éves korcsoportban került kiszámításra.

A kapott eredményeket a következők szerint értékeltük:

- SHH >115% a vizsgált populációban a halandóság lényegesen magasabb az országos szinthez képest
- SHH 105% - 115% a vizsgált populációban a halandóság magasabb az országos szinthez képest
- SHH 95% - 105% a vizsgált populációban a halandóság az országos átlag körüli érték
- SHH 85% - 95% között a vizsgált populációban a halandóság az országos szinthez képest kedvezőbb
- SHH <85% a vizsgált populációban a halandóság az országos szinthez képest lényegesen kedvezőbb

A véletlen eltérések tesztelésére Z-próbát alkalmaztunk, melynek eredményéből megállapított p-érték alapján a szignifikancia szint megítélhető.

A szignifikancia szintek kiszámolásra kerültek és jelölésük a térképen is megtörtént:

- ★:  $p < 0,05$  szignifikáns eltérés
- ★★:  $p < 0,01$  erősen szignifikáns eltérés
- ★★★:  $p < 0,001$  igen erősen szignifikáns eltérés

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

Magyarország negyedik legnépesebb megyéje Hajdú-Bihar, népesség száma 2008. január 1-jén 543 802 fő, amely az ország népességének 5,4%-át jelenti. Ez 1 839 fővel kevesebb, mint egy évvel ezelőtt. A népsűrűség 87,6 fő/km<sup>2</sup>. A megye igen jelentős mértékben urbanizált, a lakosság 80%-a városokban él.

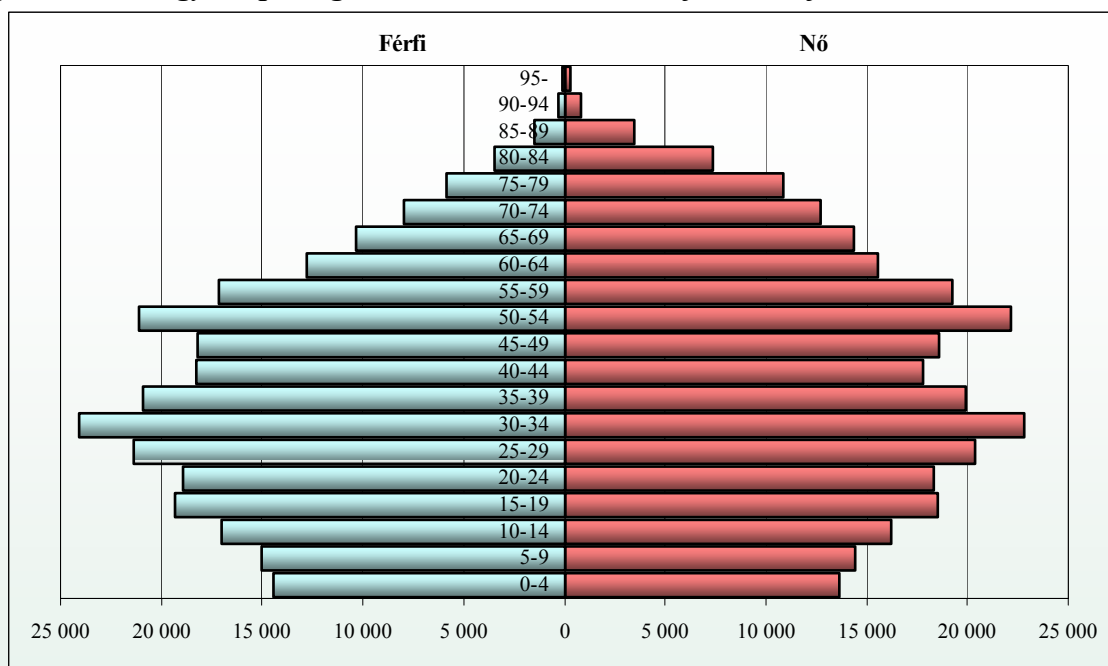
Hajdú-Bihar megyében 9 kistérség, ezeken belül 82 település található, a megyeszékhely Debrecen megyei jogú város, valamint 20 város és 61 község.

A megye népességének túlnyomó részét mindkét nemben a munkaképes korosztály (15-64 évesek) adja, férfiben ez az arány 71,1%, nők esetében pedig 66,9%.

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, valamint az 50-54 éves korcsoportban figyelhető meg. A születéskor a fiúk lényegesen többen vannak mint a lányok, azonban a férfiak magasabb halandósága miatt ez az életkor előrehaladtával kiegyenlítődik, majd pedig 45 év felett nőttöbblet alakul ki.

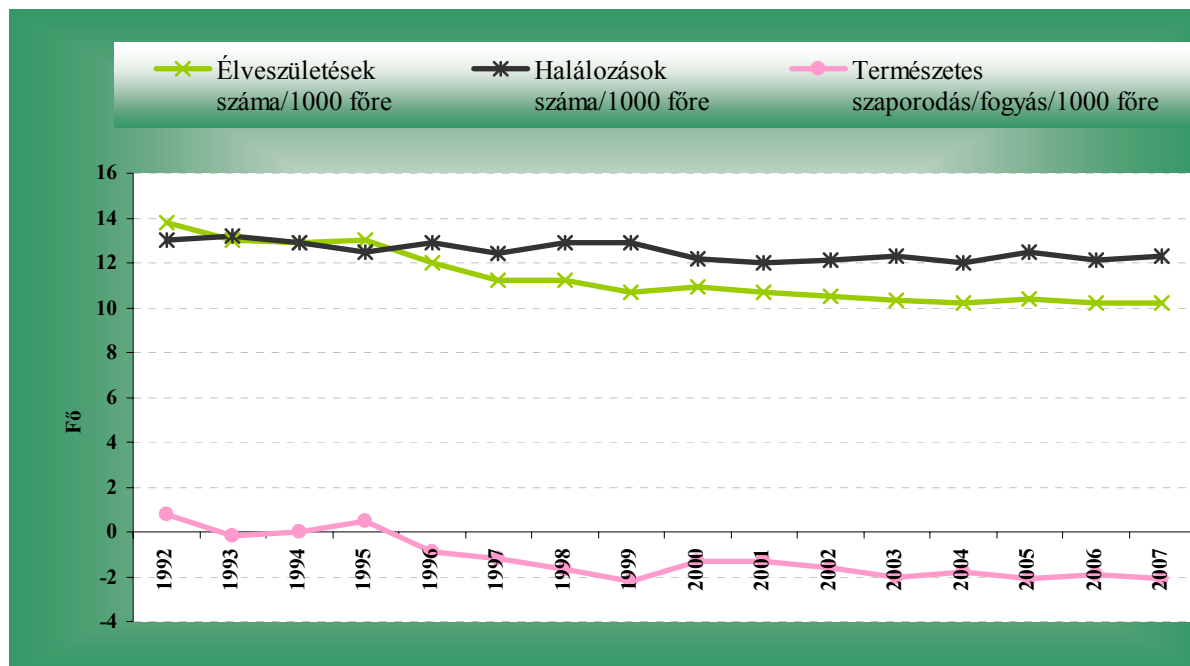
### **Hajdú-Bihar megye népességének korösszetétele 2008. január 1-jén**



Forrás: KEK-KH

**Születés, halálozás, természetes szaporodás/fogyás**

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

**Hajdú-Bihar megye népmozgalmi mutatói 1992-2007**

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 (4,48‰) igen kedvező (KSH adatok alapján). A terhesség-megszakítások száma évről-évre folyamatosan csökken.

**Az ÁNTSZ hivatalos (védőnői) adatait figyelembe véve, amely a gondozottak tényleges tartózkodási (gondozási) helyét veszi alapul, a számok a következőképpen alakulnak:**

2008-ban az élveszületések száma 5 501 fő, 31 fővel kevesebb, mint előző évben. A koraszülött arány 8,67% (régiós adat: 9,36%) megegyezik az előző évvel. Csecsemőhalálozásunk 3,45‰, ez európai színvonalú, a halál okaként zömmel az extrém kis súlyú születés és a fejlődési rendellenesség szerepel, (régiós csecsemőhalálozási arányszám: 4,21‰).

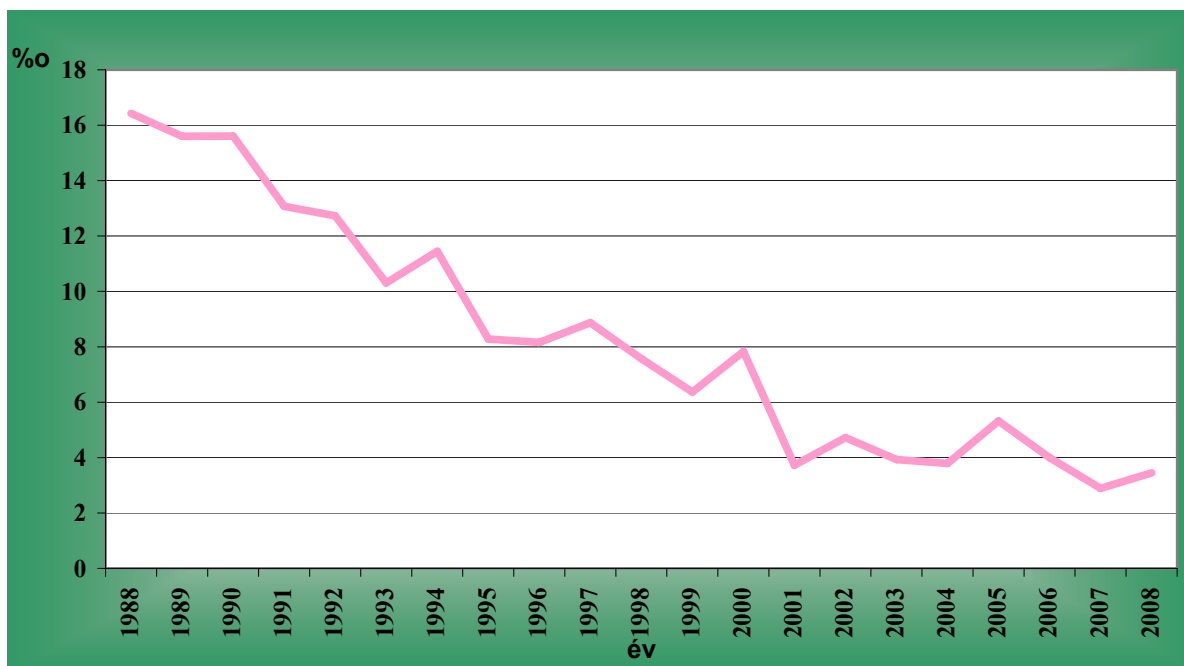
Hajdú-Bihar megye kiváló eredményei a halandóság csökkentésében azért rendkívüliek, mert egyébként a foglalkoztatottságot, iskolázottságot, bérjövödelmeket, családszerkezetet, a roma népesség magas arányát tekintve a hátrányos helyzetű megyék között vagyunk.

Megyénk egészségügyi hatósága rendkívül sokat tesz a halandóság csökkentéséért, a halálokokat rendszeresen monitorozzuk, a szükséges lépéseket megtesszük (pl. ellátásszervezés).

Meggyőződésünk, hogy a halandóság csökkentésében óriási szerepe van a Debrecenben működő Neonatális és Perinatális Intenzív Centrumnak, melyek a koraszülöttek kezelését végzik, valamint a korszerű terhesgondozásnak és szülésvezetésnek.

A korai halálozás csökkenése okozza leginkább a nagymértékű csökkenést. 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, zavaros családi viszonyok, az egészségügyi ellátás negálása.

#### ***A csecsemőhalálozás alakulása Hajdú-Bihar megyében, 1988-2008***



*Forrás: ÁNTSz Védőnői hálózat*

Míg a korai halálozás csökkentésében elsősorban a magasan képzett szakembereknek és a korszerű diagnosztikának, terápiának van szerepe, addig a késői halálozásban inkább a területi munkát végző szakembereknek (védőnő, házi orvos) és a szociális segítségnyújtásnak (önkormányzatok, családsegítők, gyermekjóléti) jut a főszerep, kiegészítve az oktatással. Természetesen mindkét feladat ad mindegyikünknek munkát.

A fekvőbeteg intézmények és a területi ellátást végzők (kórházak, klinika, házi orvosok, 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 2008-ban 2 331 fő volt, 55 fővel több, mint előző évben.

A terhesség-megszakításon átesett nők 66%-a alacsony iskolai végzettséggel rendelkezik, az első terhességüket megszakították aránya változatlanul 20% körül van. A kérelem indoka a súlyos válsághelyzet, bűncselekmény nem történt. Folyamatosan emelkedik (38%-ról 48,5%-ra) az egyáltalán nem védekezők aránya a terhességüket megszakítók között.

A kérelmezők 73%-a szociális kedvezményben részesül. A megtartott magzatok száma, aránya változatlan (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 ítélik 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 290. A védőnőhiány megyeszerte kb. 8-9%-os.

Különösen rossz a helyzet Berettyóújfalu térségében, ahol a védőnői körzetek 40%-a tartós, három hónapon túli helyettesítéssel van ellátva. A védőnői ellátásra kiadott működési engedélyek száma 84, ennek 27,3%-a ideiglenes engedély. Megyénkben 22 szolgáltató végzi vállalkozásban az ellátást, 55 státusszal, a tanácsadók száma 102.

Védőnőink 30 892 családot gondoznak. A családok 40,6%-ában tapasztalható dohányzás, 1,75%-ában gyermekelhanyagolás és 8 esetben fordult elő gyermekbántalmazás.

Az első életév végén megvizsgáltak 7,17%-a igényel egészségügyi és szociális okból fokozott gondozást, a hároméveseknél ez az arány 8,1%, míg az ötéveseknél 12,7%.

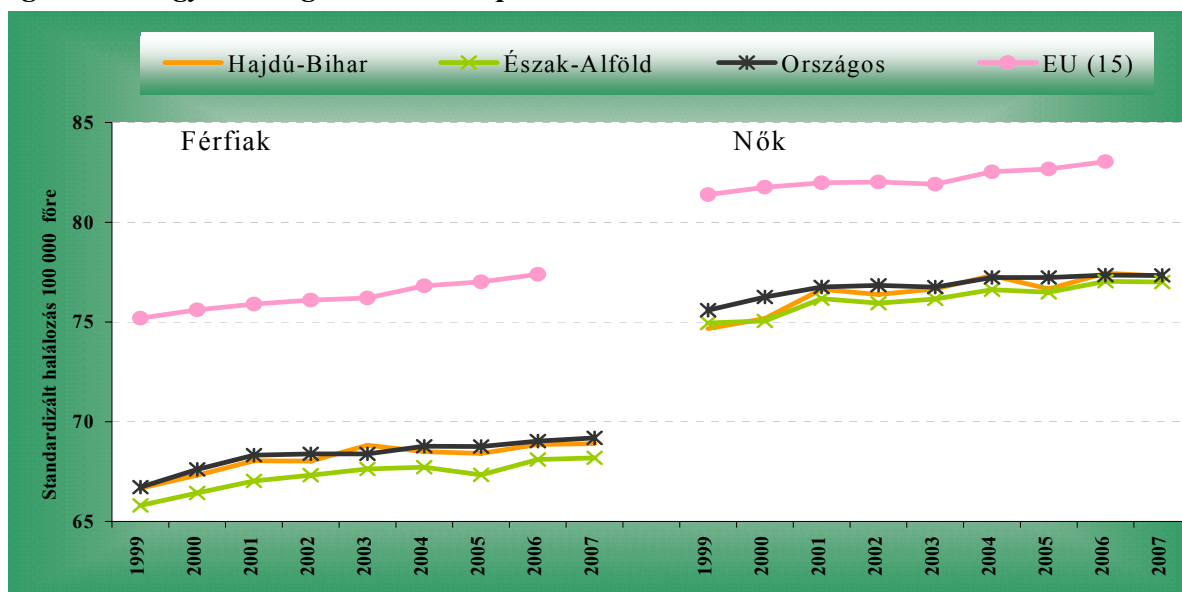
A területi védőnők 937 alkalommal végeztek csoportos egészségnevelést, a résztvevők száma 10 329 fő.

### ***A születéskor várható átlagos élettartam***

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

2006-ban az EU<sub>15</sub> államaiban a nők születéskor várható átlagos élettartama 83 év volt, a férfiaké pedig 77,4 év. Hazánkban 2007-ben a nők ennél 8,2 évvel, a férfiak 5,7 évvel remélhettek kevesebb életévet (születéskor). Hajdú-Bihar megye az országos átlagtól minimális, 0,29 évvel tér el férfiaknál és 0,04 évvel nőknél negatív irányban.

### ***Születéskor várható átlagos élettartam alakulása Hajdú-Bihar megyében, az Észak-alföldi régióban, Magyarországon és az Európai Unióban 1999-2007***



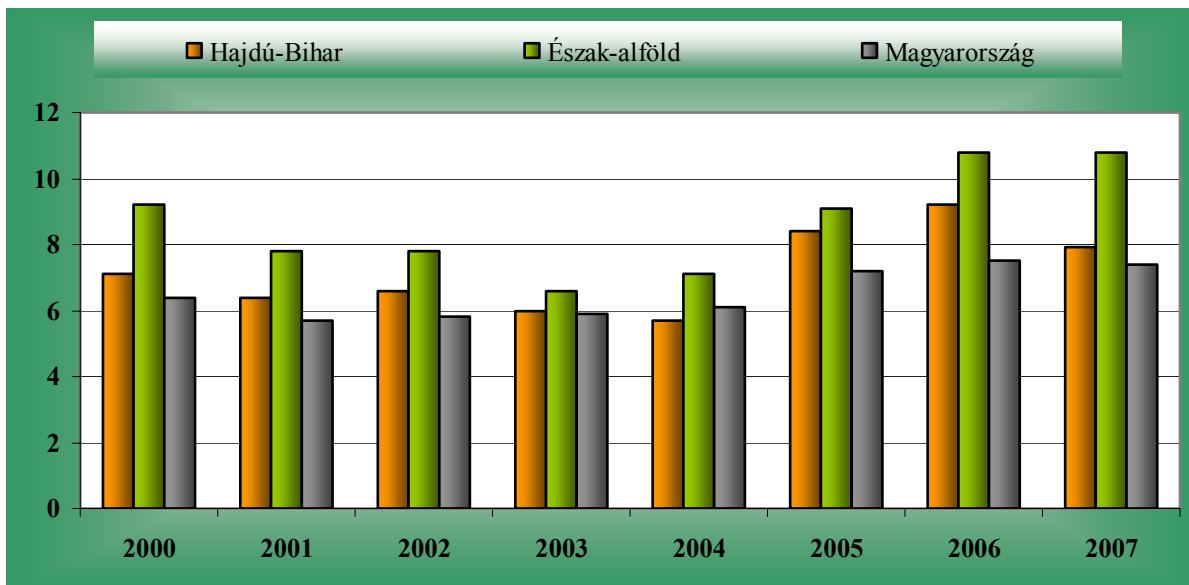
Forrás: HFA-DB és KSH

A népesség egészségi állapota és az azt meghatározó tényezők megjelenésében és tartalmában a születéskor várható átlagos élettartam és a jövedelmi viszonyok, a gazdasági fejlettség mutatói és az egészségügyi kiadások között szoros kölcsönhatások mutathatók ki.

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

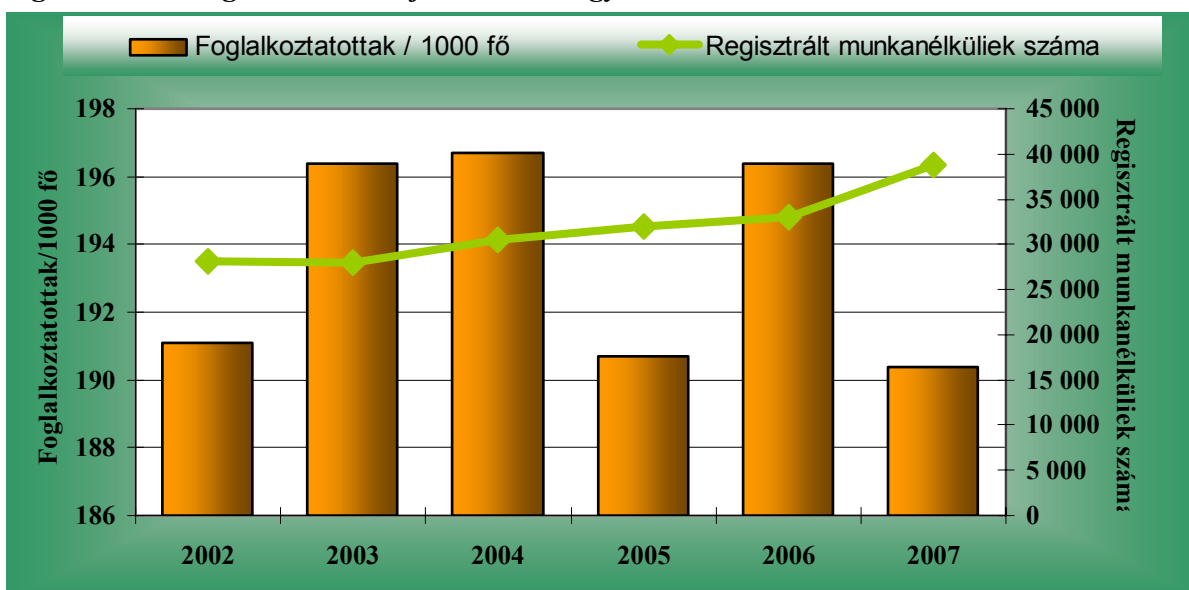
Az egészségi állapot szempontjából mind a foglalkoztatottság, mind a munkanélküliség fontos tényező. A regisztrált munkanélküliek számának emelkedését tapasztaljuk, 2000 és 2007 között a számuk 37%-kal nőtt Hajdú-Bihar megyében. Ugyanez a növekedés a régióban 38%-os. A megyei munkanélküliségi arány az elmúlt évhez képest csökkent, 2007-ban 7,9% volt.

**Munkanélküliségi arány Hajdú-Bihar megyében és az Észak-alföldi régióban 2000-2006**



Forrás: KSH

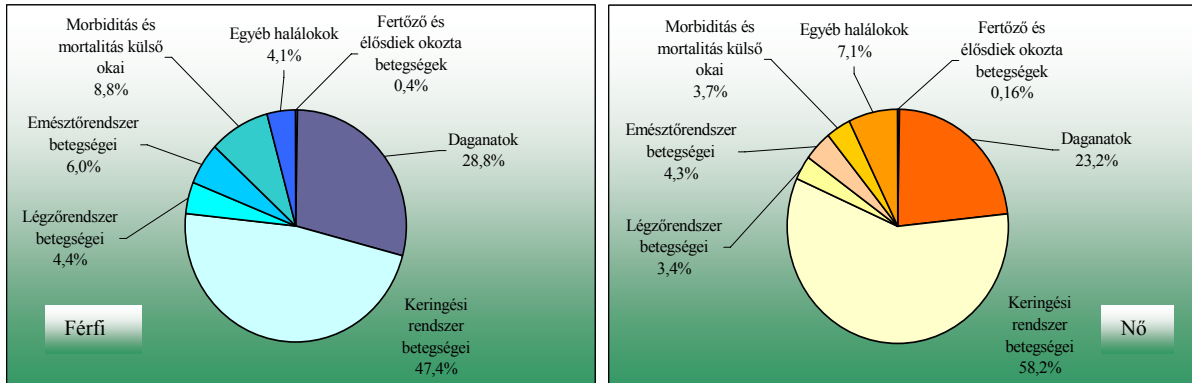
**Foglalkoztatottsági mutatók Hajdú-Bihar megyében 2002-2007**



Forrás: KSH

Hajdú-Bihar megyében átlagosan kb. 6 700 ember hal meg évente. A megyében a férfiak és a nők halálozásának túlnyomó részéért, a keringési rendszer betegségei felelősek. Mindkét nem esetében a második helyen a rosszindulatú daganatos megbetegedések, harmadik helyen férfiaknál a külső okok (balesetek, öngyilkosság), nőknél pedig az emésztőrendszer betegségei szerepelnek.

#### **Halálóki struktúra Hajdú-Bihar megyében, 2007**

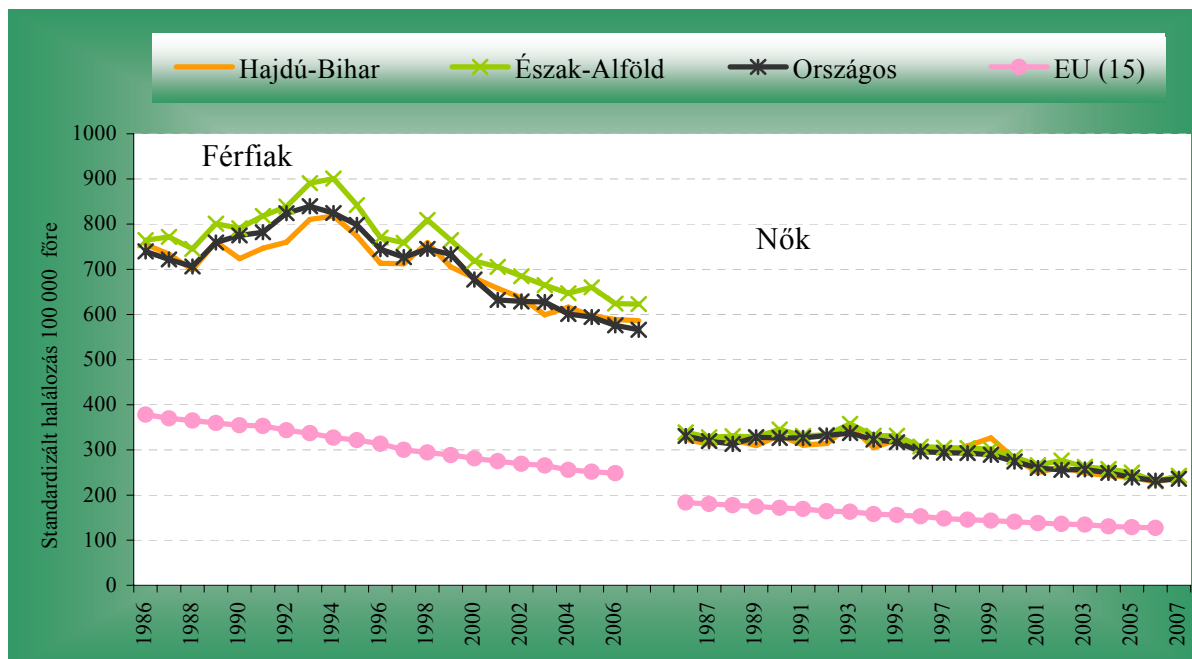


Forrás: KSH

#### **Általános halandóság**

Hajdú-Bihar megye általános halandósága az országos átlag körüli a 80-as évek vége és a 90-es évek elejének kivételével, ahol az országos értékek alatti volt a halálozás.

#### **Általános halandóság alakulása (BNO 10: A00-Z99) Hajdú-Bihar megyében, az Észak-alföldi régióban, Magyarországon és az Európai Unióban a 0-64 éves korcsoportban 1986-2007**



Forrás: OSZMK

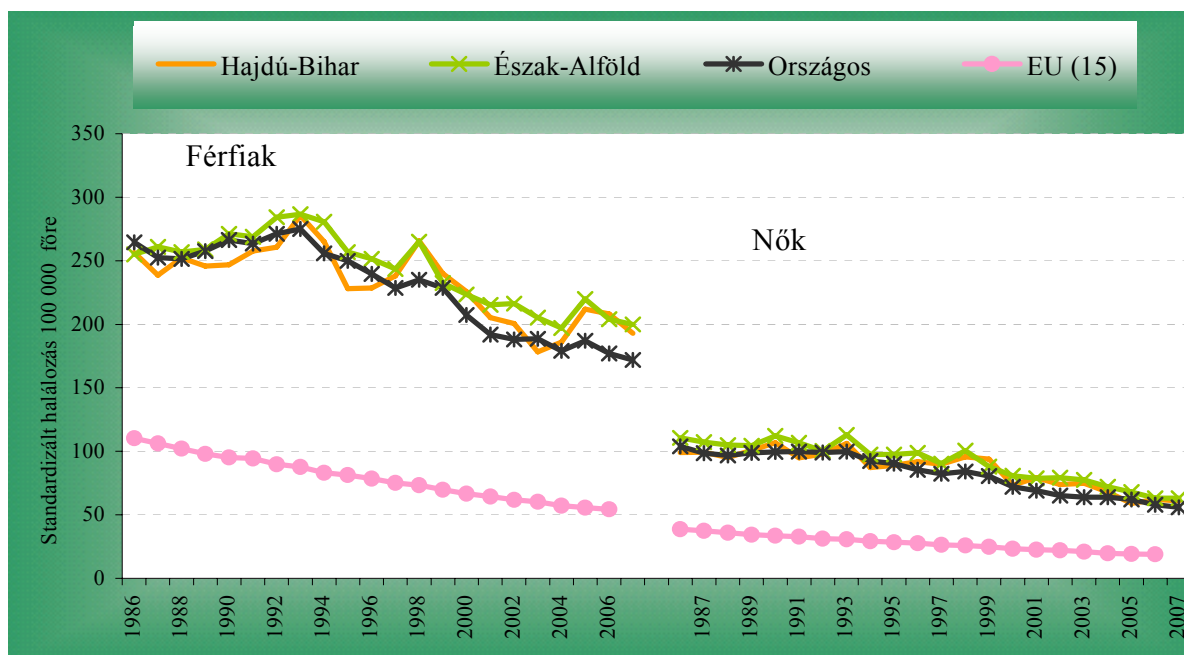
### ***A keringési rendszer megbetegedése okozta halandóság***

2007-ben Hajdú-Bihar megyében a férfiak halálozásának 47,4%-át, a nők halálozásának pedig 58,2%-át a keringési rendszer betegségei okozták, melyek igen nagy gyakoriságuk miatt egyben vezető halálóki csoportot is jelentenek. A keringési rendszer betegségeire visszavezethető halálozás nagyobb részét idős korban következik be. A 90-es évektől kezdődően javulás figyelhető meg, de ez az érték még mindig két-háromszorosa az EU<sub>15</sub> átlagának.

Százezer 65 év alatti férfira a megyében 193, Magyarországon 172 haláleset jutott a keringési rendszer betegségei miatt 2007-ben.

A nőknél kedvezőbb a helyzet, míg 2007-ben százezer 65 év alatti női lakosra jutó halálozás a megyében 61, addig Magyarországon 56 volt.

### ***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 1986-2007***



Forrás: OSZMK

### ***A szív-érrendszeri és az infarktus okozta halandóság***

A szív-érrendszeri betegségek között érdemes olyan halálókokat 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.

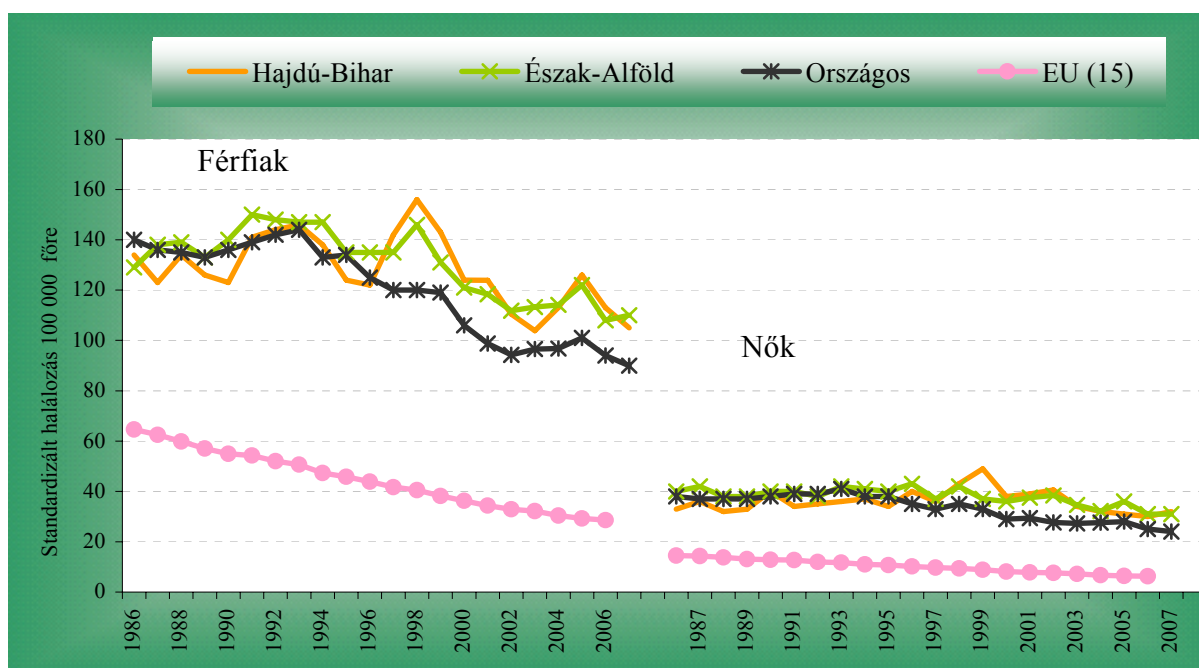
Mindezek tükrében nem szorul külön magyarázatra, hogy az aktív korú lakosok szívinfarktus miatti magas halálozásából lehet következtetni a kockázati állapotok szűrtségére, ellátottságuk hatékonyságára, valamint a sürgősségi és intenzív ellátások minőségére és elérhetőségére is.

A keringési rendszerek betegségein belül Hajdú-Bihar megyében a szív-érrendszeri betegségek halálozása okozza a legnagyobb veszteséget. Az ischaemiás szívbetegségek okozta halálozások 2007-ben a 0-64 éves korcsoportban férfiaknál 16,6%-kal, nőknél 33,3%-kal haladják meg az országos átlagot. A 90-es évek közepén meredeken megugrott a halálozási görbe, ám azóta javulás figyelhető meg.

Százezer 65 év alatti férfira a megyében 105, Magyarországon 90 haláleset jutott ischaemiás szívbetegségek miatt 2007-ben.

A nőknél kedvezőbb a helyzet, míg 2007-ben százezer 65 év alatti női lakosra jutó halálozás a megyében 32, addig Magyarországon 24 volt.

***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 1986-2007***



Forrás: OSZMK

***Az agyérbetegségek okozta halandóság***

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

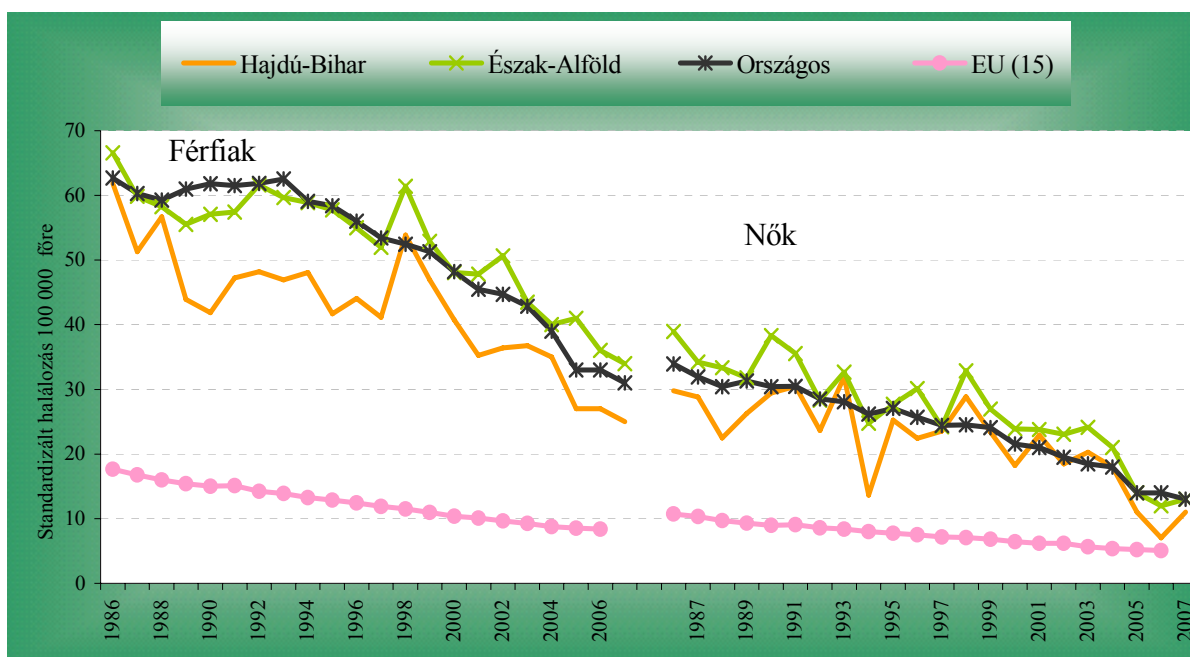
Néhány európai országban az agyér-betegségek okozta halálozásokat az alapellátás egyik minőségi paramétereként tartják számon. Ennek magyarázata, hogy az agyér-betegségek között legnagyobb arányban szereplő agyvérzéseket a nem hatékonyan kezelt vagy a fel nem ismert magasvérnyomás betegség okozza, melynek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

Hajdú-Bihar megyében az agyérbetegségek okozta halálozások 2007-ben a 0-64 éves korcsoportban férfiaknál 19%-kal, nőknél 15,4%-kal maradnak az országos átlag alatt. Ezen kedvező értékekhez nagymértékben hozzájárult a háziorvosi, sürgősségi és intenzív ellátás hozzáférhetősége és az ellátandók magas szintű, hatékony kezelése.

Agyérbetegség miatt 2007-ben, míg százezer 65 év alatti férfira a megyében 25, addig Magyarországon 31 haláleset jutott.

A nők esetében százezer 65 év alatti női lakosra jutó halálozás a megyében 11, Magyarországon 13 volt 2007-ben.

**Agyérbetegségek (BNO 10: I60-I69) miatti halálozás Hajdú-Bihar megyében, az Észak-alföldi régióban, Magyarországon és az Európai Unióban a 0-64 éves korcsoportban 1986-2007**



Forrás: OSZMK

**Daganatok okozta halandóság**

Az ok-specifikus halálozás gyakorisági listáján a daganatos betegségek okozta halálozások a második helyet foglalják el. Hajdú-Bihar megyében átlagosan kb. 1 700 ember hal meg évente daganatos betegség következtében. 2007-ben a férfiak halálozásának 28,8%-áért, a nők halálozásának 23,2%-áért voltak felelősek. 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 olyan kockázati tényező ismert, melyek az életmódra vezethetők vissza (pl. dohányzás, alkoholfogyasztás, táplálkozás, stb.). Mindemellett egyéb környezeti, biológiai hatások és a genetikai hajlam is nagy szerepet játszik e betegségek kialakulásában.

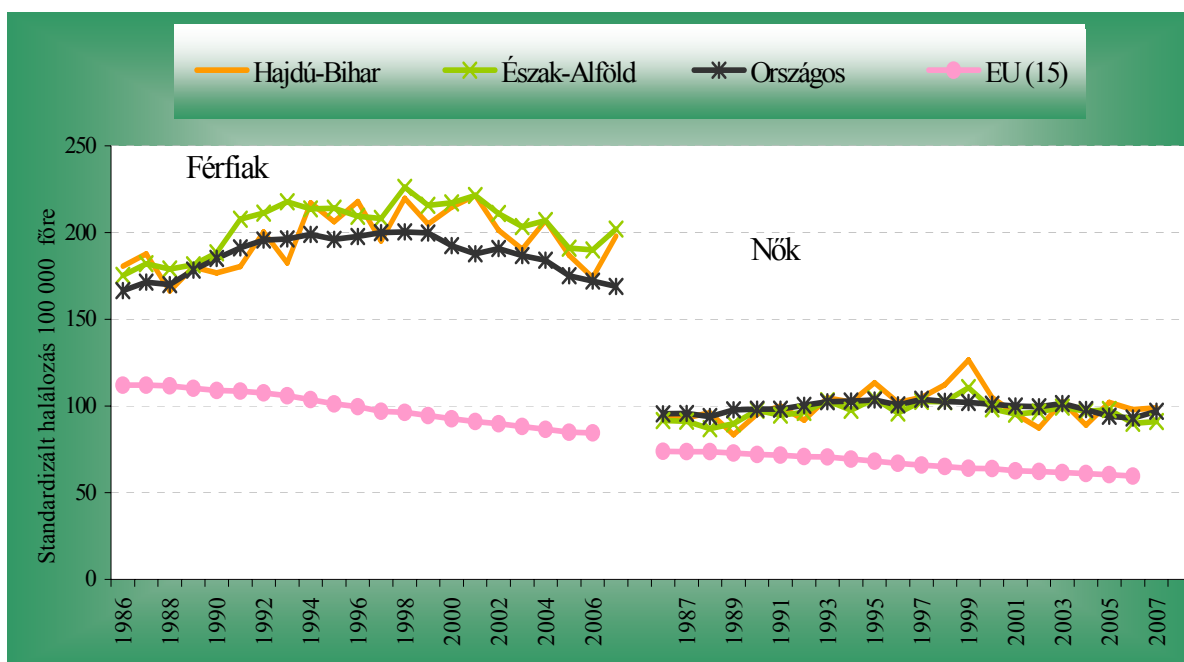
Helyes életvezetéssel, körültekintő, környezetkímélő magatartással, az embert védő munkakörnyezet biztosításával, valamint az ivóvíz, a levegő és az élelmiszerek biztonságának növelésével sokat tehetünk a rosszindulatú daganatok kialakulása ellen. További fontos tényező lehet egyes daganatok okozta halálozások csökkentésében a szűrővizsgálat. A WHO szerint központilag szervezett lakosságsszűrés javasolt az emlő, a méhnyak és a vastagbél daganatok korai felismerésére. A prostata, a szájüreg és a tüdő 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 198, addig Magyarországon 169 haláletet következett be daganatos betegségek miatt 2007-ben.

A nőknél a százezer 65 év alatti lakosra jutó halálozás a megyében 99, Magyarországon 97 volt, 2007-ben.

***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 1986-2007***



Forrás: OSZMK

***A légcső, hörgő és tüdő rosszindulatú daganata okozta halandóság***

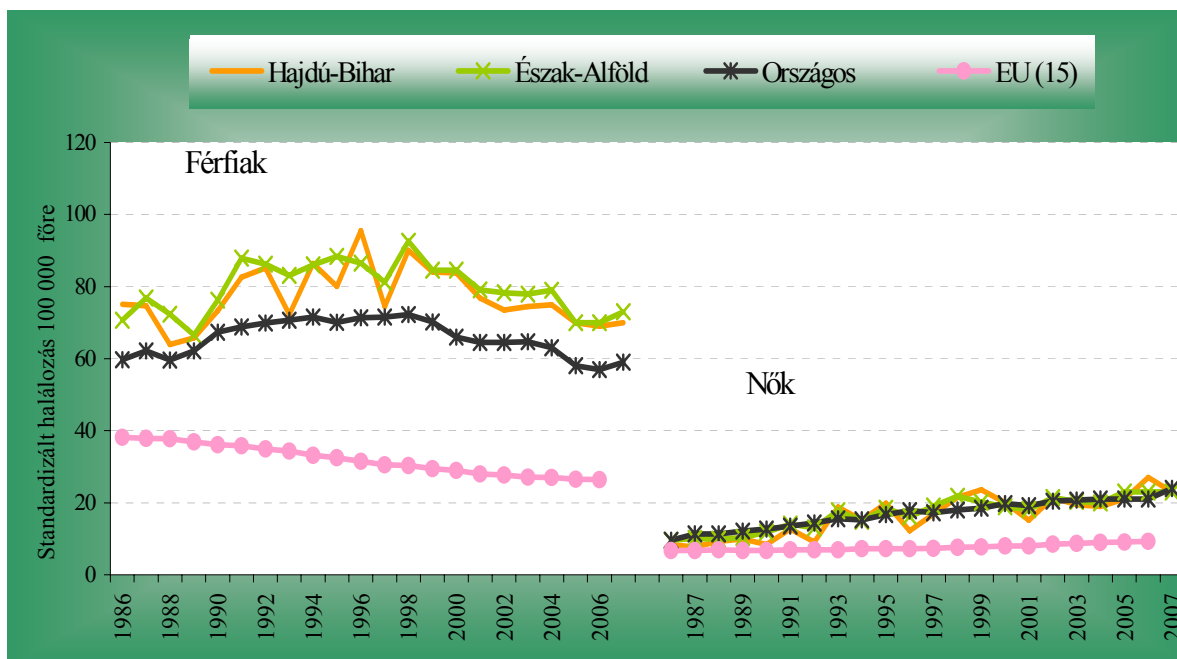
A magyar férfiak rosszindulatú daganatai között 2007-ben első helyen a légcső, hörgő és tüdő rosszindulatú daganata állt. E tekintetben a megye halálozási mintázata is megfelel az országosnak. Ennek okaként mintegy 80%-ban a dohányzás szerepel. A passzív dohányzás ugyancsak növeli a tüdőrák kockázatát.

Hajdú-Bihar megyében a légcső, hörgő és tüdő daganata okozta halálozás 2007-ben a 0-64 éves korcsoportban férfiaknál 18%-kal rosszabb, mint az országos átlag, míg a nőknél országos átlag körüli.

Tüdő daganatok miatt 2007-ben, míg százezer 65 év alatti férfira a megyében 70, addig Magyarországon 59 haláletet jutott.

A nőknél ez az érték a megyében 23, Magyarországon pedig 24 volt.

**A légszűrő, 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 1986-2007**



Forrás: OSZMK

**Az ajak, szájüreg és garat rosszindulatú daganata okozta halandóság**

Magyarországon az utóbbi évtizedekben az ajak, szájüreg és garat tumorok előfordulása meredeken emelkedett. 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.

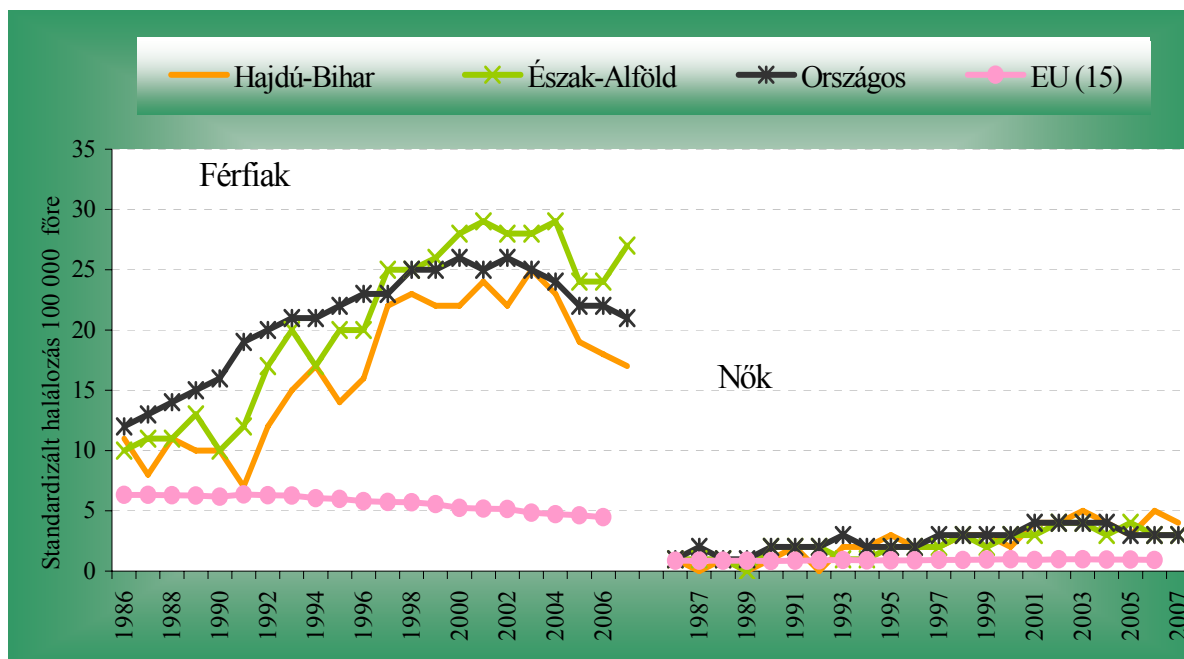
A korai halálozást tekintve ma Magyarországon kb. 4-5-ször több férfi és kb. 3-szor több nő hal meg az ajak és a szájüreg daganatos betegségeiben, mint az EU<sub>15</sub> tagállamaiban.

Hajdú-Bihar megyében a szájüregi daganatos betegségek okozta halálozás 2007-ben férfiaknál a 0-64 éves korcsoportban az országos átlagtól 19%-kal kedvezőbb volt, míg nőknél országos átlag körüli érték.

Míg százezer 65 év alatti férfira a megyében 17, addig Magyarországon 21 haláleset következett be szájüregi daganatok miatt 2007-ben.

A nőknél 2007-ben százezer 65 év alatti női lakosra jutó halálozás a megyében 4, Magyarországon 3 volt.

***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 1986-2007***



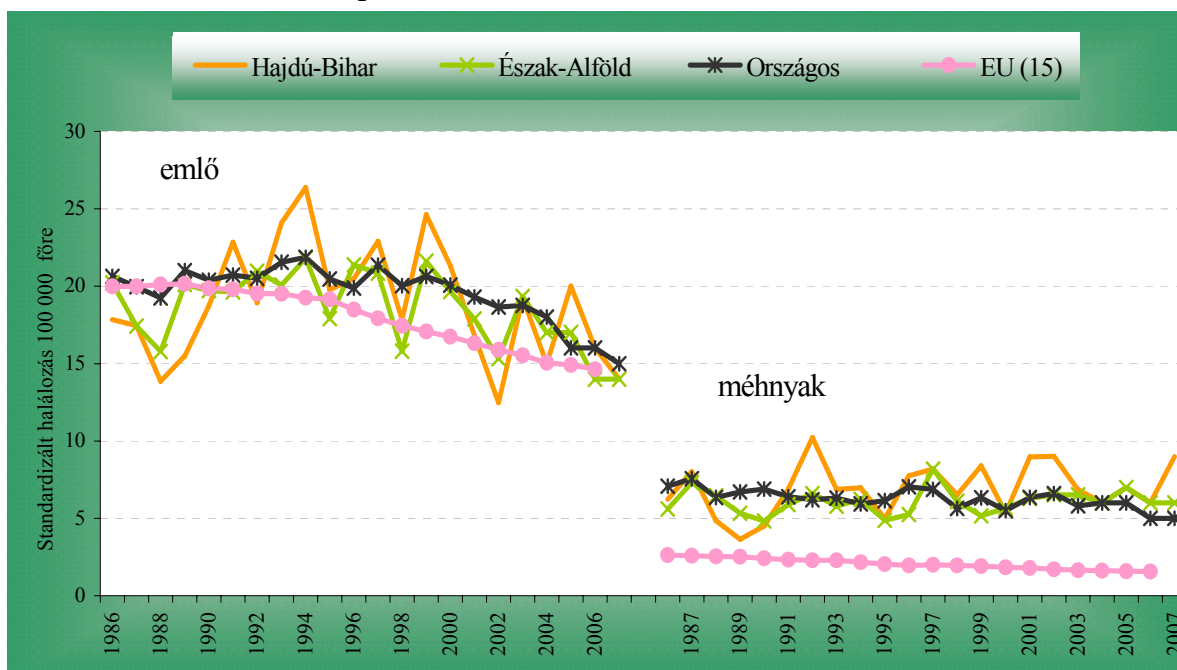
Forrás: OSZMK

***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. Hajdú-Bihar megyében az országos átlag körüli a helyzet a 65 évnél fiatalabb nők körében.

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.

***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 1986-2007***



Forrás: OSZMK

***A vastagbél, szigmabél és végbél rosszindulatú daganata okozta halandóság***

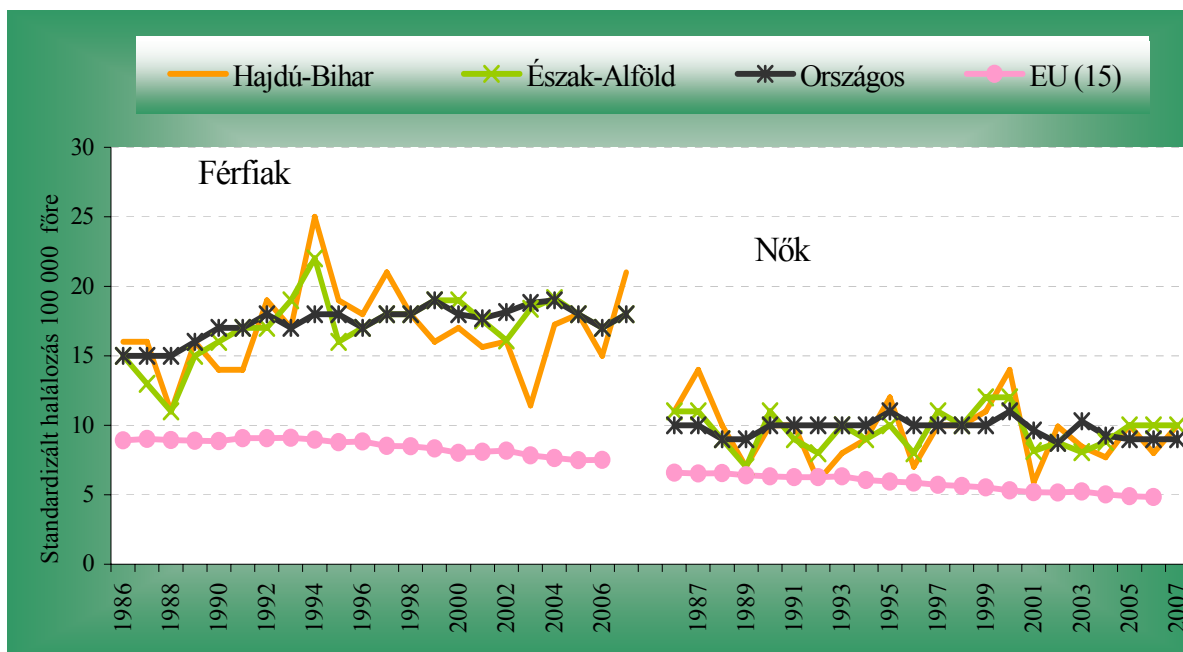
Szintén a szűrhető daganatok közé tartozik a vastagbél, szigmabél, végbél rosszindulatú daganata, amelynek időben történő felismerésével a gyógyítás hatékonysága jelentősen javítható. Ennek a szűrővizsgálatnak a bevezetését a közeljövőben tervezik, addig a házi orvosok feladata, hogy gondoskodjanak az 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 enyhe csökkenés volt tapasztalható, ám a 2007-es évben a vastagbél daganatos halálozás növekedett.

Míg százezer 65 év alatti férfira a megyében 21, addig Magyarországon 18 haláletet következett be vastagbél daganatok miatt 2007-ben.

Százezer 65 év alatti női lakosra jutó halálozás a megyében 10, addig Magyarországon 9 volt.

***A vastagbél, szigmabél, végbél rosszindulatú daganata (BNO 10: C18-C20) miatti halálozás Hajdú-Bihar megyében, az Észak-alföldi régióban, Magyarországon és az Európai Unióban a 0-64 éves korcsoportban 1986-2007***



Forrás: OSZMK

***Külső okra visszavezethető halandóság***

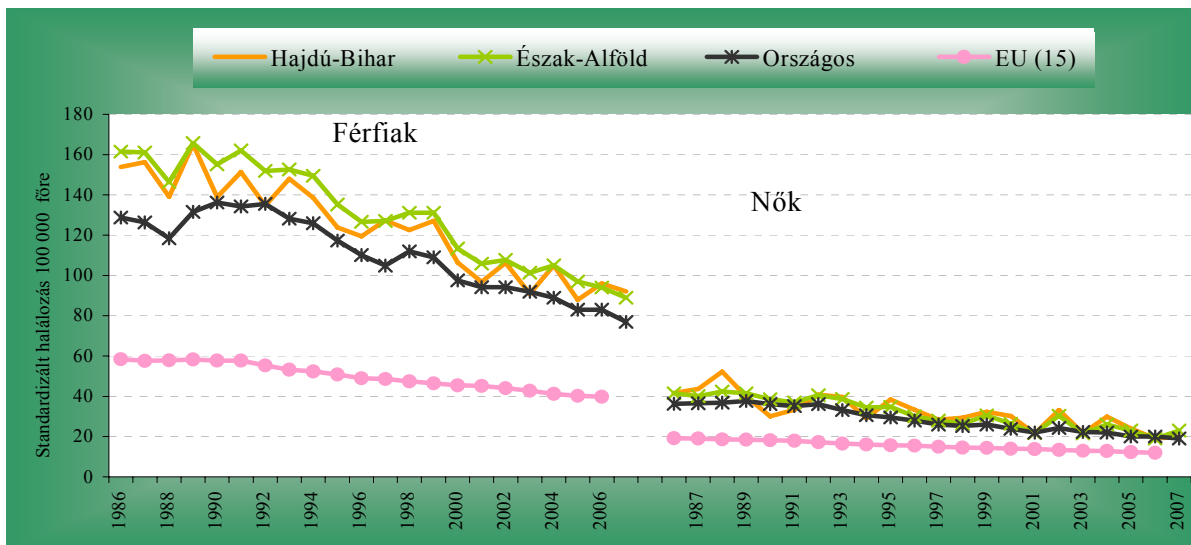
A haláloki struktúrában férfiaknál 8,8%-kal a harmadik, nőknél 3,7%-kal a negyedik helyen állnak a külső okok miatt bekövetkezett halálozások. Tudatában kell azonban lenni az adatok értékelésénél, hogy ez egy rendkívül heterogén haláloki főcsoportnak tekinthető, hisz ide tartoznak a háztartási, közlekedési és munkabalesetek mellett az erőszak ill. 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 a megye értékei az országos átlaghoz közeli értéket mutatnak.

Míg százezer 65 év alatti férfira a megyében 92, addig Magyarországon 77 haláleset következett be külső okok miatt 2007-ben.

A nőknél 2007-ben százezer 65 év alatti lakosra jutó halálozás a megyében 20, Magyarországon 19 volt.

**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 1986-2007**



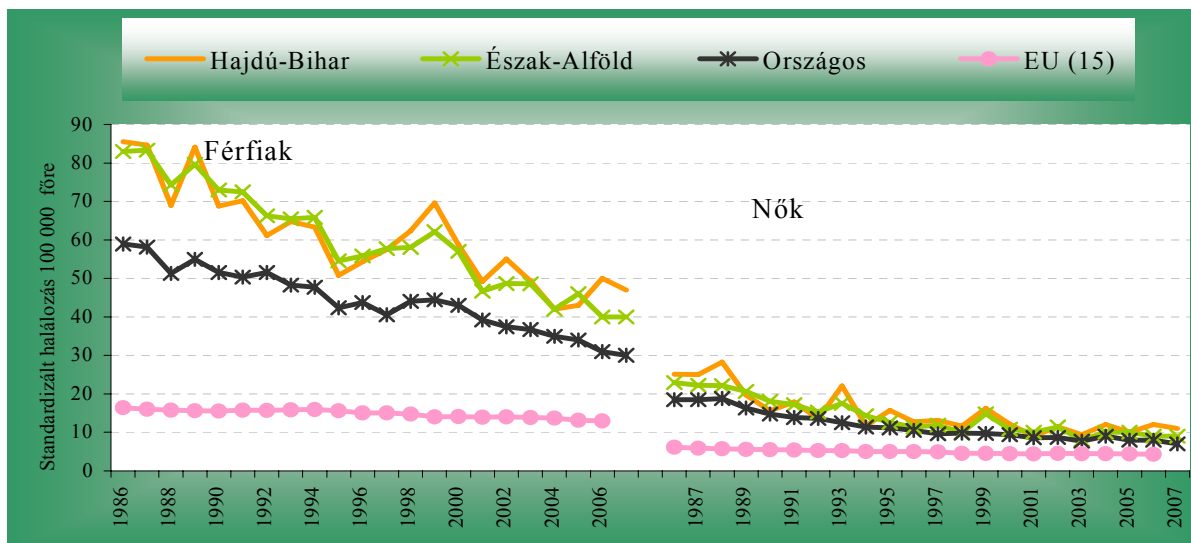
Forrás: OSZMK

**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. Hajdú-Bihar megyében mindkét nemben az országos értéket több mint 60%-kal haladja meg a 65 évnél fiatalabb korcsoportban.

Míg százezer 65 év alatti férfira a megyében 47, addig Magyarországon 30 haláleset következett be szándékos önártalom miatt 2007-ben. A nőknél 2007-ben százezer 65 év alatti lakosra jutó halálozás a megyében 11, Magyarországon 7 volt.

**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 1986-2007**



Forrás: OSZMK

### **Emésztőrendszeri betegségek okozta halandóság**

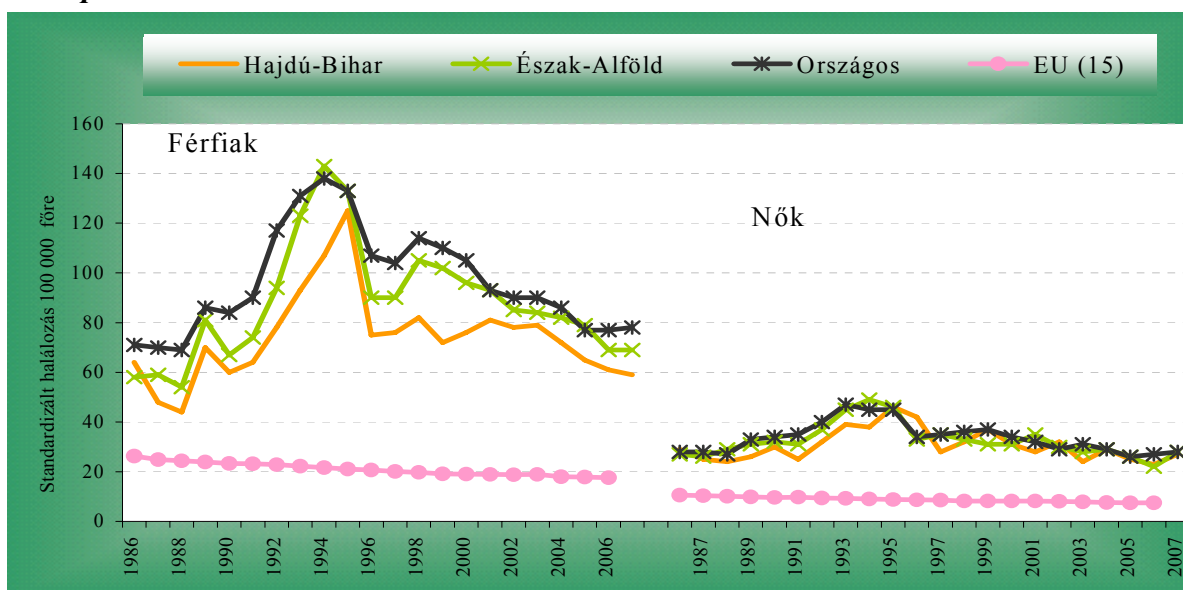
Az emésztőrendszer betegségei okozta halálozás, az alkoholos májbetegség és májsugor okozta halálozás Magyarországon kezeletlen probléma. Az Európai Unió átlagától való kedvezőtlen eltérés két- háromszoros.

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. 2007-ben férfiaknál 24,3%-kal, nőknél 3,6%-kal kedvezőbb a 0-64 éves korosztályban.

Míg százezer 65 év alatti férfira a megyében 59, addig Magyarországon 78 haláleset következett be emésztőrendszer betegségei miatt 2007-ben.

A nőknél 2007-ben százezer 65 év alatti lakosra jutó halálozás a megyében 27, Magyarországon 28 volt.

### **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 1986-2007**



Forrás: OSZMK

### **Általános halandóság Hajdú-Bihar megye kistérségeiben**

**Balmazújvárosi kistérség:** Az általános halandóság férfiaknál az országos szint fölötti (SHH 112,3%), a nőknél az országos átlag alatti (SHH 91,3%) érték.

**Berettyóújfalui kistérség:** Az általános halandóság férfiaknál szignifikánsan az országos szint fölötti (SHH 114,5%), a nőknél szintén az országos átlag feletti (SHH 108,2%) érték.

**Debreceni kistérség:** Az általános halandóság férfiaknál (SHH 89%) és a nőknél (SHH 91,8%) is egyaránt az országos átlagnál szignifikánsan kedvezőbb érték.

**Derecske-Létavértesi kistérség:** Az általános halandóság férfiaknál (SHH 106,5%) és a nőknél (SHH 109%) is egyaránt az országos átlag fölötti érték.

**Hajdúböszörményi kistérség:** Az általános halandóság férfiaknál (SHH 92,4%) és a nőknél (SHH 93,7%) is egyaránt az országos átlagnál kedvezőbb érték.

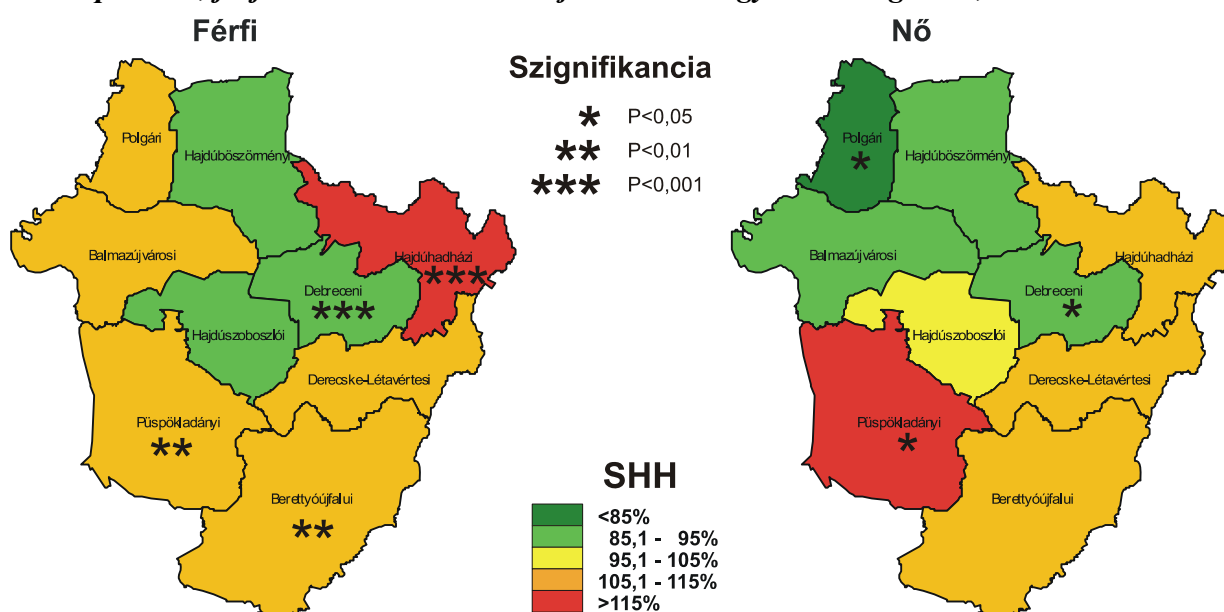
**Hajdúhadházi kistérség:** Az általános halandóság férfiaknál szignifikánsan az országos szintet meghaladó (SHH 128,2%), a nőknél szintén az országos átlag feletti (SHH 114,2%) érték.

**Hajdúszoboszlói kistérség:** Az általános halandóság férfiaknál az országos szint alatti (SHH 89,9%), a nőknél az országos átlag körüli (SHH 99,5%) érték.

**Polgári kistérség:** Az általános halandóság férfiaknál az országos szint fölötti (SHH 108,8%), a nőknél szignifikánsan az országos átlagnál lényegesen kedvezőbb (SHH 70,2%) érték.

**Püspökladányi kistérség:** Az általános halandóság férfiaknál szignifikánsan az országos átlag feletti (SHH 114,6%), a nőknél szintén szignifikánsan az országos szintet meghaladó (SHH 119,1%) érték.

### **Általános halandóság (BNO 10: A00-Z99) területi egyenlőtlenségei az 1-64 éves korcsoportban, férfiak és nők körében Hajdú-Bihar megye kistérségeiben, 2005-2007-ben**



Forrás: ÁNTSz É-a R. I.

### ***Keringési rendszer betegségei okozta halálozás Hajdú-Bihar megye kistérségeiben***

***Balmazújvárosi kistérség:*** A keringési rendszer betegségei okozta halálozás férfiaknál (SHH 129%) szignifikánsan lényegesen az országos szintet meghaladó, a nőknél az országos átlag alatti (SHH 94%) érték.

***Berettyóújfalui kistérség:*** A keringési rendszer betegségei okozta halálozás férfiaknál (SHH 134,5%) és a nőknél (SHH 147,7%) is egyaránt az országos átlagnál szignifikánsan kedvezőtlenebb.

***Debreceni kistérség:*** A keringési rendszer betegségei okozta halálozás férfiaknál (SHH 102,2%) az országos átlag körüli, a nőknél (SHH 84,6%) az országos átlagnál szignifikánsan lényegesen kedvezőbb érték.

***Derecske-Létavértesi kistérség:*** A keringési rendszer betegségei okozta halálozás férfiaknál (SHH 98,3%) és a nőknél (SHH 95,4%) is egyaránt az országos átlag körüli érték.

***Hajdúböszörményi kistérség:*** A keringési rendszer betegségei okozta halálozás férfiaknál az országos szint alatti (SHH 85,3%), a nőknél az országos átlag körüli (SHH 102,2%) érték.

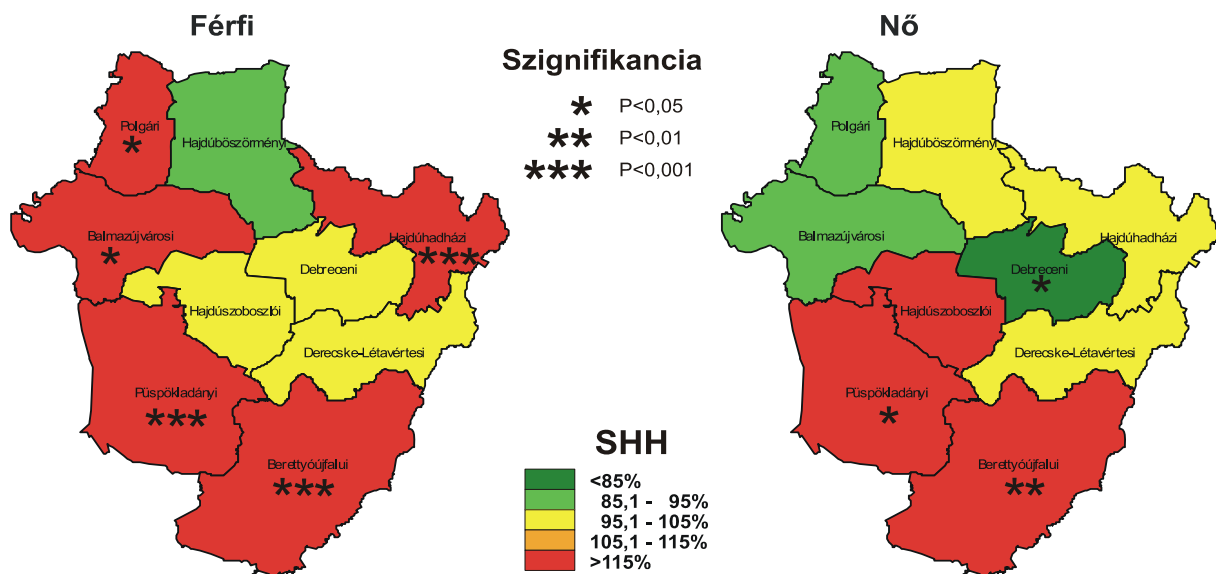
***Hajdúhadházi kistérség:*** A keringési rendszer betegségei okozta halálozás férfiaknál (SHH 143,9%) szignifikánsan az országos szintet meghaladó, a nőknél az országos átlag körüli (SHH 95,9%) érték.

***Hajdúszoboszlói kistérség:*** A keringési rendszer betegségei okozta halálozás férfiaknál az országos szint körüli (SHH 103,4%), a nőknél (SHH 126,2%) az országos átlagot meghaladó érték.

***Polgári kistérség:*** A keringési rendszer betegségei okozta halálozás férfiaknál (SHH 135,3%) szignifikánsan az országos átlagot meghaladó, a nőknél (SHH 91%) az országos átlag alatti érték.

***Püspökladányi kistérség:*** A keringési rendszer betegségei okozta halálozás férfiaknál (SHH 138,5%) és a nőknél (SHH 140,1%) is egyaránt az országos átlagnál szignifikánsan kedvezőtlenebb.

***Keringési rendszer betegségei (BNO 10: I00-I99) okozta korai halálozás területi egyenlőtlenségei az 1-64 éves korcsoportban, férfiak és nők körében Hajdú-Bihar megye kistérségeiben, 2005-2007-ben***



Forrás: ÁNTSz É-a R. I.

### **Daganatos betegségek okozta halálozás Hajdú-Bihar megye kistérségeiben**

Balmazújvárosi kistérség: Daganatos betegségek okozta halálozás férfiaknál (SHH 104,9%) és a nőknél (SHH 96,1%) is egyaránt az országos átlag körüli érték.

Berettyóújfalui kistérség: Daganatos betegségek okozta halálozás férfiaknál (SHH 110,9%) és a nőknél (SHH 117,3%) is egyaránt az országos átlagnál kedvezőtlenebb érték.

Debreceni kistérség: Daganatos betegségek okozta halálozás férfiaknál (SHH 95,3%) és a nőknél (SHH 103,1%) is egyaránt az országos átlag körüli érték.

Derecske-Létavértesi kistérség: Daganatos betegségek okozta halálozás férfiaknál (SHH 123,4%) szignifikánsan lényegesen kedvezőtlenebb, a nőknél (SHH 108,1%) is az országos átlagnál magasabb érték.

Hajdúböszörményi kistérség: Daganatos betegségek okozta halálozás férfiaknál (SHH 97,4%) és a nőknél (SHH 99,6%) is egyaránt az országos átlag körüli érték.

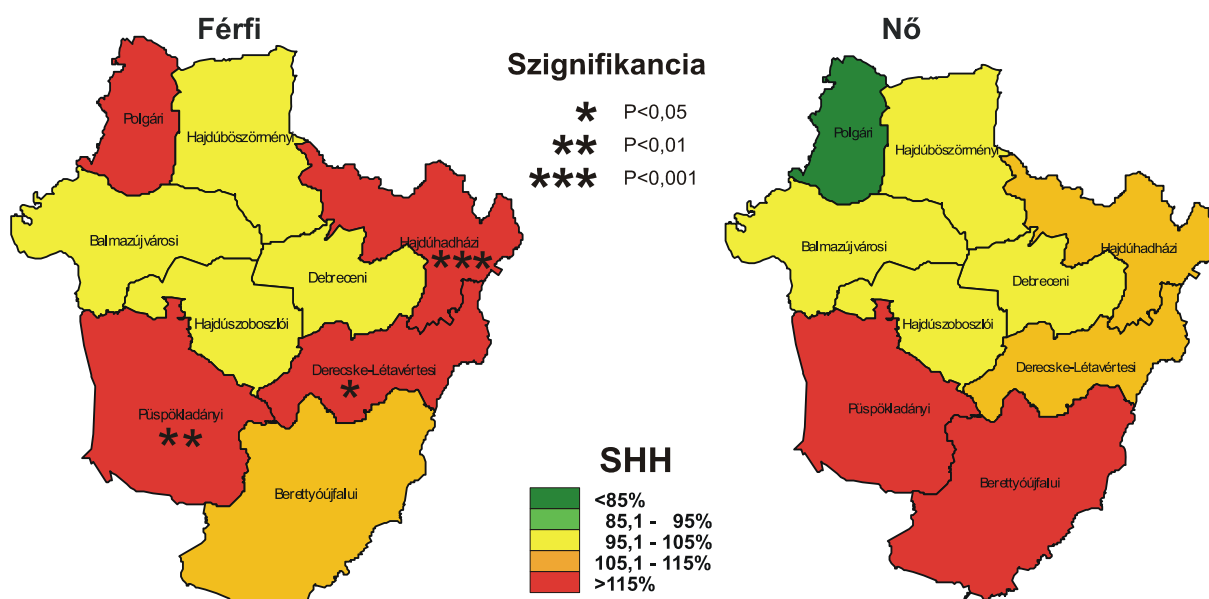
Hajdúhadházi kistérség: Daganatos betegségek okozta halálozás férfiaknál (SHH 133%) szignifikánsan az országos szintet lényegesen meghaladó, a nőknél (SHH 110,9%) az országos átlag feletti érték.

Hajdúszoboszlói kistérség: Daganatos betegségek okozta halálozás férfiaknál (SHH 95,9%) és a nőknél (SHH 103,9%) is egyaránt az országos átlag körüli érték.

Polgári kistérség: Daganatos betegségek okozta halálozás férfiaknál (SHH 131,2%) az országos átlagot lényegesen meghaladó, a nőknél (SHH 61,8%) az országos átlag alatti érték.

Püspökladányi kistérség: Daganatos betegségek okozta halálozás férfiaknál (SHH 127,9%) szignifikánsan az országos szintet lényegesen meghaladó, a nőknél (SHH 117,7%) az országos átlag feletti érték.

### **Daganatos betegségek (BNO 10: C00-D48) okozta korai halálozás területi egyenlőtlenségei az 1-64 éves korcsoportban, férfiak és nők körében Hajdú-Bihar megye kistérségeiben, 2005-2007-ben**



Forrás: ÁNTSz É-a R. I.

### ***Külső okok miatti halálozás Hajdú-Bihar megye kistérségeiben***

***Balmazújvárosi kistérség:*** Külső okok miatti halálozás férfiaknál (SHH 146%) szignifikánsan az országos átlagnál lényegesen kedvezőtlenebb, míg a nőknél (SHH 113,2%) az országos átlag feletti érték.

***Berettyóújfalui kistérség:*** Külső okok miatti halálozás férfiaknál (SHH 140%) szignifikánsan az országos átlagnál lényegesen kedvezőtlenebb, míg a nőknél (SHH 63,7%) az országos átlag alatti érték.

***Debreceni kistérség:*** Külső okok miatti halálozás férfiaknál (SHH 82,8%) szignifikánsan az országos átlagnál alacsonyabb, míg a nőknél (SHH 111,5%) az országos átlagnál kedvezőtlenebb érték.

***Derecske-Létavértesi kistérség:*** Külső okok miatti halálozás férfiaknál (SHH 122,2%) az országos átlag feletti érték, míg a nőknél (SHH 89,9%) az országos átlagnál alacsonyabb érték.

***Hajdúböszörményi kistérség:*** Külső okok miatti halálozás férfiaknál (SHH 124,6%) az országos átlag feletti érték, míg a nőknél (SHH 83,1%) az országos átlagnál alacsonyabb érték.

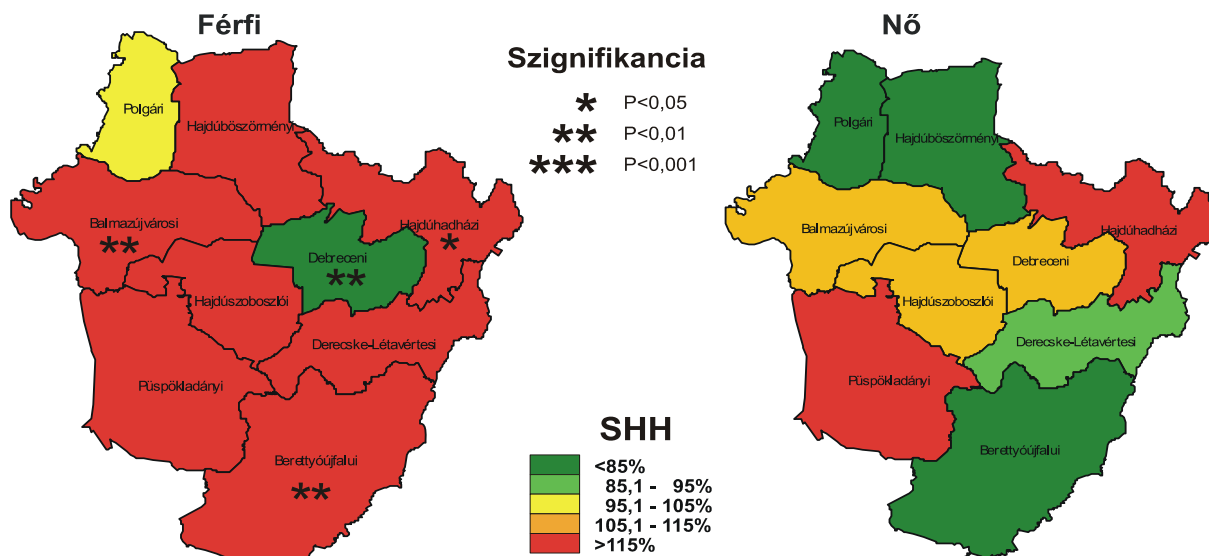
***Hajdúhadházi kistérség:*** Külső okok miatti halálozás férfiaknál (SHH 130,8%) szignifikánsan az országos átlagnál kedvezőtlenebb, míg a nőknél (SHH 143,1%) az országos átlagot jóval meghaladó érték.

***Hajdúszoboszlói kistérség:*** Külső okok miatti halálozás férfiaknál (SHH 118,6%) és a nőknél (SHH 106,6%) is egyaránt az országos átlagnál magasabb érték.

***Polgári kistérség:*** Külső okok miatti halálozás férfiaknál (SHH 102%) az országos átlag körüli érték, míg nőknél az alacsony esetszám miatt statisztikailag értékelhetetlen.

***Püspökladányi kistérség:*** Külső okok miatti halálozás férfiaknál (SHH 122,9%) és a nőknél (SHH 116,6%) is egyaránt az országos átlagnál magasabb érték.

***Külső okok (BNO 10: V00-Y98) miatti korai halálozás területi egyenlőtlenségei az 1-64 éves korcsoportban, férfiak és nők körében Hajdú-Bihar megye kistérségeiben, 2005-2007-ben***



Forrás: ÁNTSz É-a R. I.

### **Emésztőrendszer betegségei okozta halálozás Hajdú-Bihar megye kistérségeiben**

**Balmazújvárosi kistérség:** Emésztőrendszer betegségei okozta halálozás férfiaknál (SHH 85,9%) az országos átlag alatti, a nőknél (SHH 113,7%) az országos átlagnál kedvezőtlenebb érték.

**Berettyóújfalui kistérség:** Emésztőrendszer betegségei okozta halálozás férfiaknál (SHH 63,6%) és a nőknél (SHH 49,2%) is egyaránt az országos átlagnál szignifikánsan kedvezőbb érték.

**Debreceni kistérség:** Emésztőrendszer betegségei okozta halálozás férfiaknál (SHH 80,2%) szignifikánsan, de a nőknél (SHH 84,9%) is az országos átlagnál alacsonyabb érték.

**Derecske-Létavértesi kistérség:** Emésztőrendszer betegségei okozta halálozás férfiaknál (SHH 92%) az országos átlag alatti érték, míg a nőknél (SHH 107,3%) az országos átlagnál magasabb érték.

**Hajdúböszörményi kistérség:** Emésztőrendszer betegségei okozta halálozás férfiaknál (SHH 79,9%) és a nőknél (SHH 81,6%) is egyaránt az országos átlagnál lényegesen kedvezőbb érték.

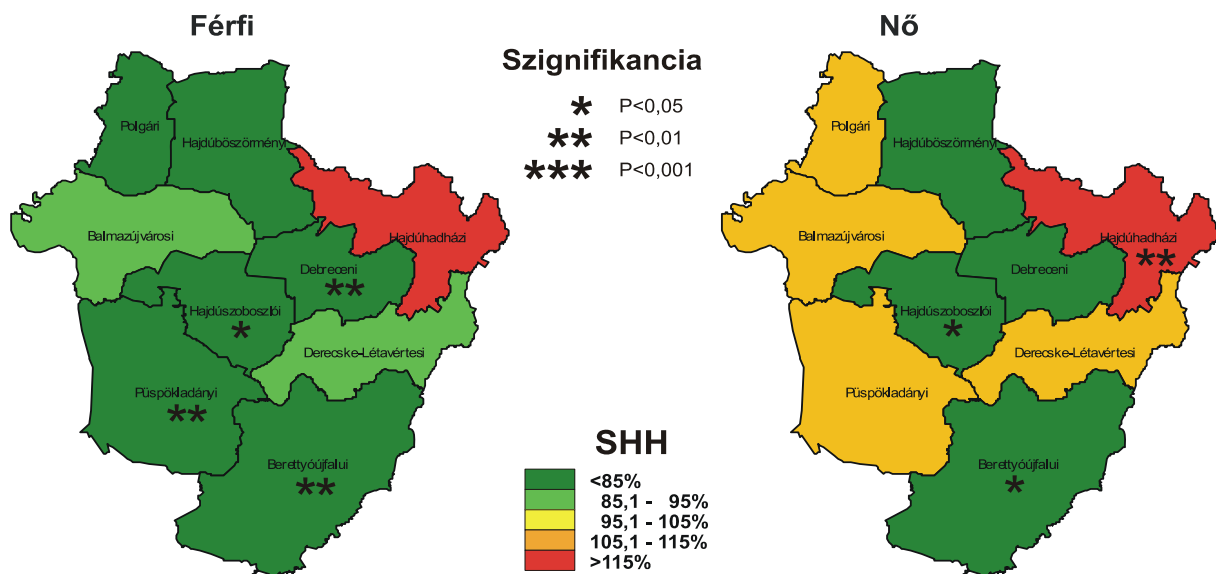
**Hajdúhadházi kistérség:** Emésztőrendszer betegségei okozta halálozás férfiaknál (SHH 118,2%) az országos átlag feletti, míg a nőknél (SHH 161,7%) szignifikánsan az országos átlag feletti érték.

**Hajdúszoboszlói kistérség:** Emésztőrendszer betegségei okozta halálozás férfiaknál (SHH 60,9%) és a nőknél (SHH 43,9%) is egyaránt az országos átlagnál szignifikánsan kedvezőbb érték.

**Polgári kistérség:** Emésztőrendszer betegségei okozta halálozás férfiaknál (SHH 62,7%) az országos átlag alatti érték, míg a nőknél (SHH 108,4%) az országos átlagnál magasabb érték.

**Püspökladányi kistérség:** Emésztőrendszer betegségei okozta halálozás férfiaknál (SHH 65,5%) szignifikánsan az országos átlag alatti érték, míg a nőknél (SHH 107,2%) az országos átlagnál magasabb érték.

### **Emésztőrendszer betegségei (BNO 10: K00-K92) okozta korai halálozás területi egyenlőtlenségei az 1-64 éves korcsoportban, férfiak és nők körében Hajdú-Bihar megye kistérségeiben, 2005-2007-ben**



Forrás: ÁNTSz É-a R. I.

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

A morbiditási adatok validitása az utóbbi évek alatt javult, az adatforrások közül az OSAP jelentés 2 évente tartalmaz morbiditási adatokat, az ÁNTSZ részére a hozzáférés azonban továbbra is nehézkes és korlátozott.

A Háziiorvosi Morbiditási Adatgyűjtés Program (HMAP) nemzetközi elvárásokhoz igazított morbiditás monitorozó program. 2008. szeptemberében azonban az incidencia jelentésére elektronikus adatszolgáltatási rendszert vezettek be, aminek következtében a 2008-as adatok még nem hozzáférhetők, feldolgozás alatt vannak.

Ezért megbízhatatlansága ellenére a kórházi fekvőbeteg ellátás igénybevételének területi sajátosságait mutatjuk be az alábbiakban.

### 5.1. Morbiditás kórházi elbocsátások alapján

A megbetegedéseknek és az egészségügyi ellátásnak is egy speciális képét kapjuk, ha a kórházi ellátást elemezzük. Az adatok 100 000 főre, nemre standardizáltak. A teljes lakosságon kívül, a halálozási adatokban itt is külön kezeljük a 65 évnél fiatalabb korosztályt és az idősebbeket is.

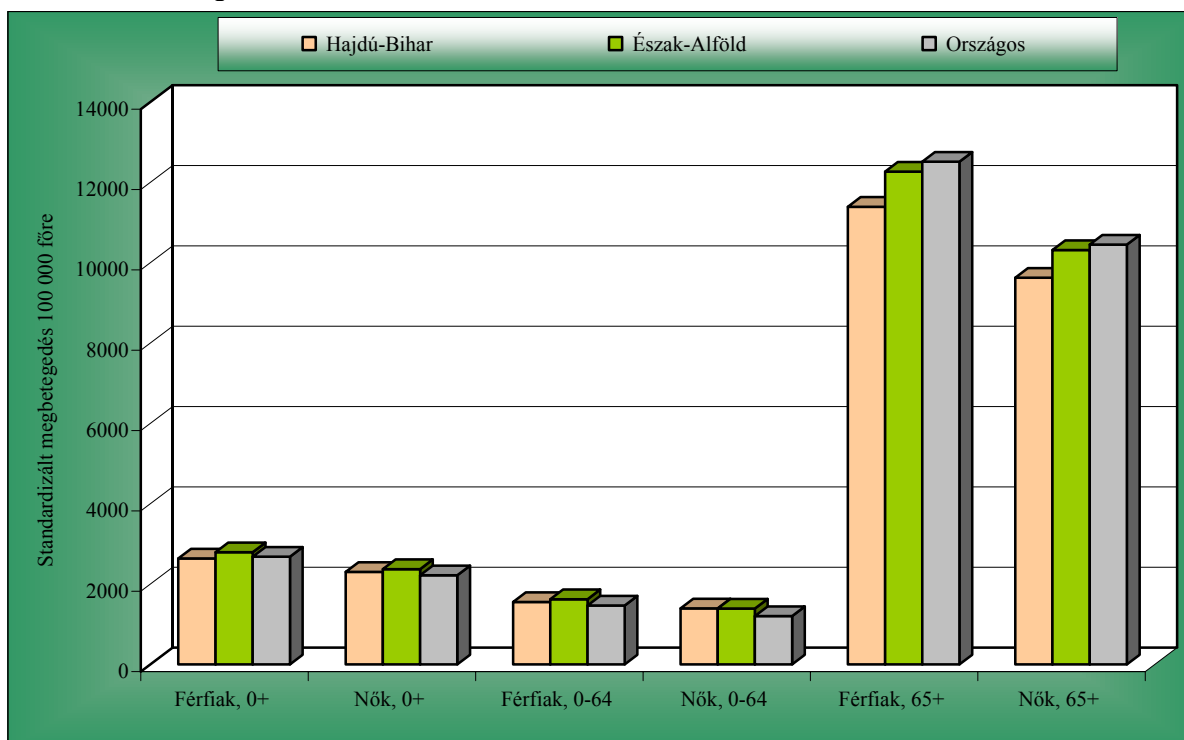
A morbiditás szemszögéből a fekvőbeteg ellátás a súlyosabb, kórházi körülményeket igénylő betegségek mutatója. Elemzésünkben a kórházi morbiditást a 2007. évi országos és regionális illetve megyei bontásban is bemutatjuk.

### ***Keringési rendszer betegségei***

A szív-érrendszeri halálozások számának csökkenéséhez elengedhetetlen a betegség megelőzése, korai felismerése. Ilyen kockázatot növelő betegség 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.

Az összlakosság és a 65 éven felüliek körében is a legmagasabb gyakoriságú betegségcsoport a keringési rendszer megbetegedése. Az idősek körében az előfordulása kb. 7-szer gyakoribb, mint a 65 éven aluliak körében. A férfiaknál a betegségcsoport előfordulása valamivel gyakoribb. A régióon belül Hajdú-Bihar megyében kerülnek kórházba a legkevesebben a keringési rendszer betegségei miatt. A 65 évnél idősebbek körében a megye keringési rendszer okozta megbetegedése kedvezőbb képet mutat az országos megbetegedési viszonyoknál 2007-ben.

### ***Keringési rendszer megbetegedései (BNO 10: I00-I99) kórházi elbocsátások alapján, Hajdú-Bihar megyében, az Észak-alföldi régióban és Magyarországon a 0-X, a 0-64 és a 65-X éves korcsoportban, 2007-ben***



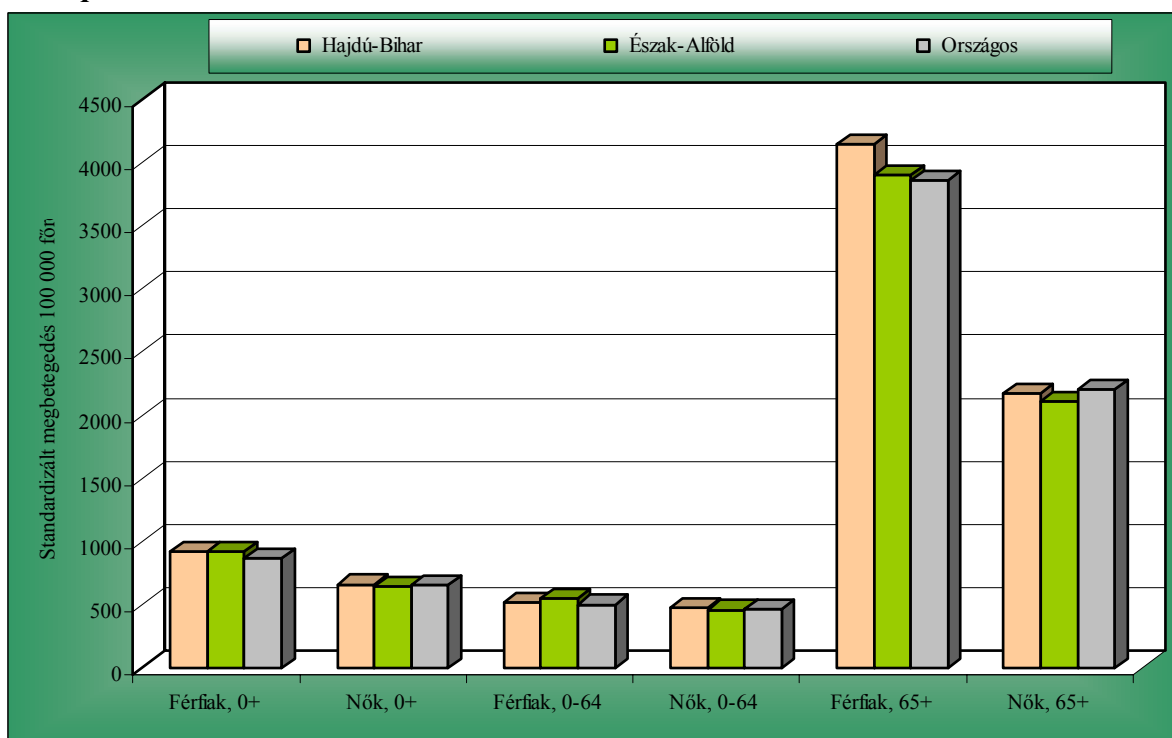
Forrás: OSZMK

### **Daganat okozta megbetegedések**

Daganat bármely szerv bármely szövetében 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 háziorvosi vizsgálatra.

A daganatos megbetegedések előfordulása a kor előrehaladásával nőtt, de a keringési rendszer betegségeihez képest jóval szerényebb mértékben. A férfiaknál jelentősen gyakoribb az előfordulásuk, mint a nőknél, különösen az idősebb korosztály körében. Hajdú-Bihar megyében a daganatos megbetegedések 100 000 főre vonatkoztatva a 65 éven felüli férfiak körében lényegesen rosszabb, mint az országos átlag, nőknél az országos átlag körüli érték. A 65 éven aluliak körében mindkét nemből egyaránt az országos átlagot kismértékben meghaladó megbetegedés figyelhető meg.

***Daganatos betegségek (BNO 10: C00-D48) kórházi elbocsátások alapján, Hajdú-Bihar megyében, az Észak-alföldi régióban és Magyarországon a 0-X, a 0-64 és a 65-X éves korcsoportban, 2007-ben***



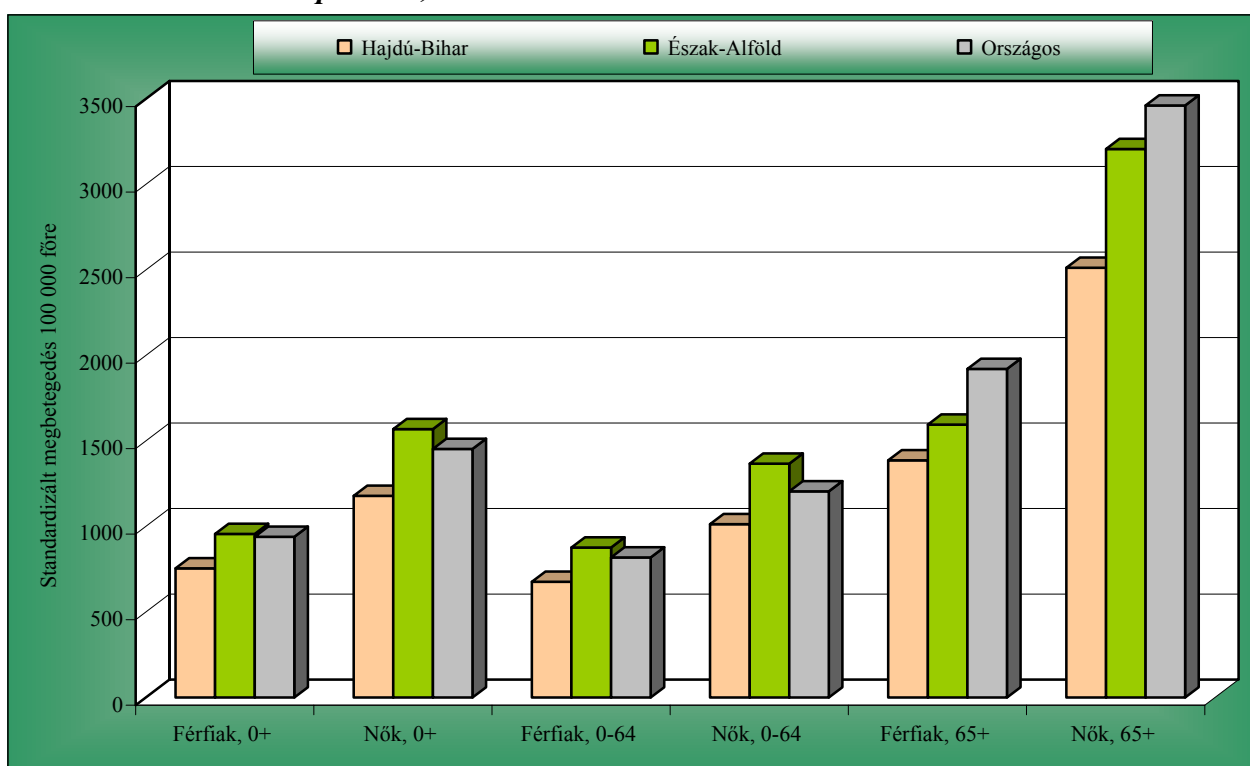
Forrás: OSZMK

### **Csont-izomrendszer és kötőszövet betegségei**

A mozgásszervi betegségek világszerte a legelterjedtebb betegségek közé tartoznak, a lakosság minden korcsoportját érintik.

A csont-izomrendszer és kötőszövet betegségeinek előfordulása nők körében minden korcsoportban a második leggyakrabban előforduló betegség. Mindkét nemben és mindkét korcsoportban egyaránt az országos és a régiós értékek alatt maradnak Hajdú-Bihar megyében a csont-izomrendszer és kötőszövet betegségei 2007-ben.

**Csont-izomrendszer és kötőszövet betegségei (BNO 10: M00-M99) kórházi elbocsátások alapján, Hajdú-Bihar megyében, az Észak-alföldi régióban és Magyarországon a 0-X, a 0-64 és a 65-X éves korcsoportban, 2007-ben**



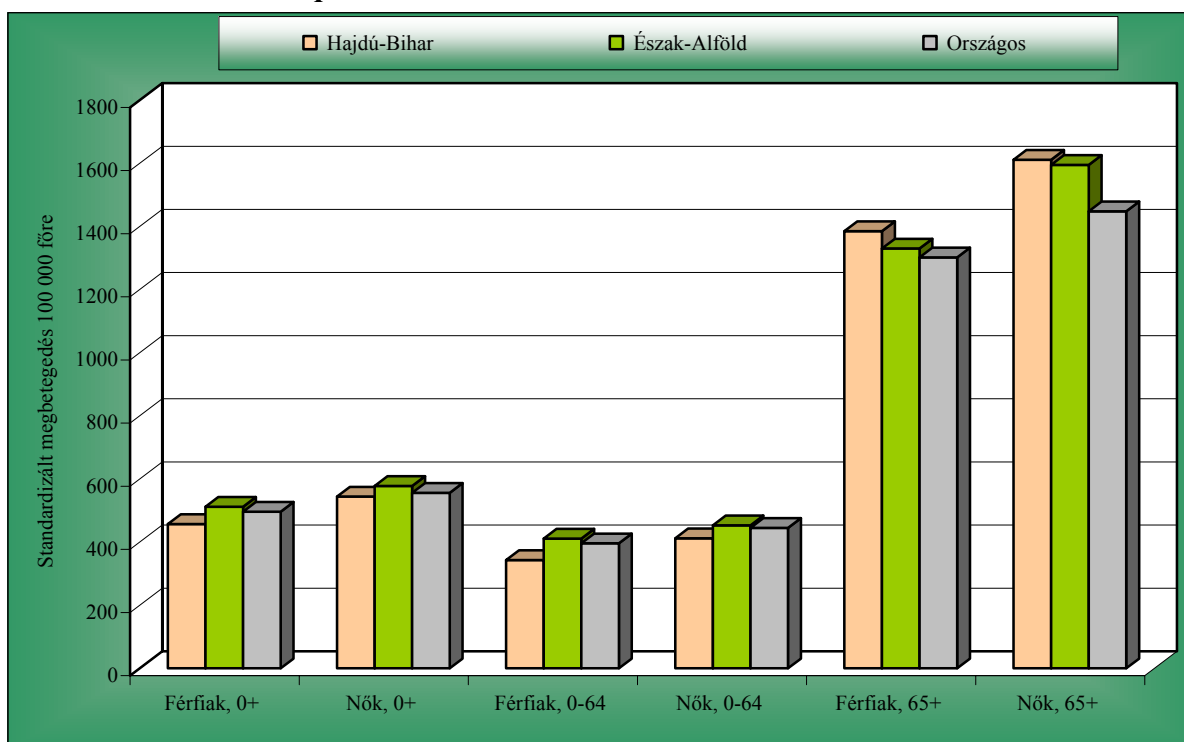
Forrás: OSZMK

### **Endokrin, anyagcsere és táplálkozási betegségek**

Az anyagcsere-betegségek különböző etiológiájú örökletes és szerzett betegségek széles körét magába foglaló gyűjtőkategória.

A nők körében, különösen a 65 évnél idősebbeknél előfordulása gyakoribb. Hajdú-Bihar megyében a 65 évnél idősebbek körében mindkét nemben jelentősen meghaladja az országos átlagot a betegség előfordulása, azonban nőknél ez az eltérés markánsabb. A 65 évnél fiatalabbak körében férfiaknál és nőknél egyaránt az országos megbetegedéseknél kedvezőbb a megye 100 000 főre vonatkoztatott standardizált megbetegedési aránya.

**Endokrin, anyagcsere és táplálkozási betegségek (BNO 10: E00-E90) kórházi elbocsátások alapján, Hajdú-Bihar megyében, az Észak-alföldi régióban és Magyarországon a 0-X, a 0-64 és a 65-X éves korcsoportban, 2007-ben**



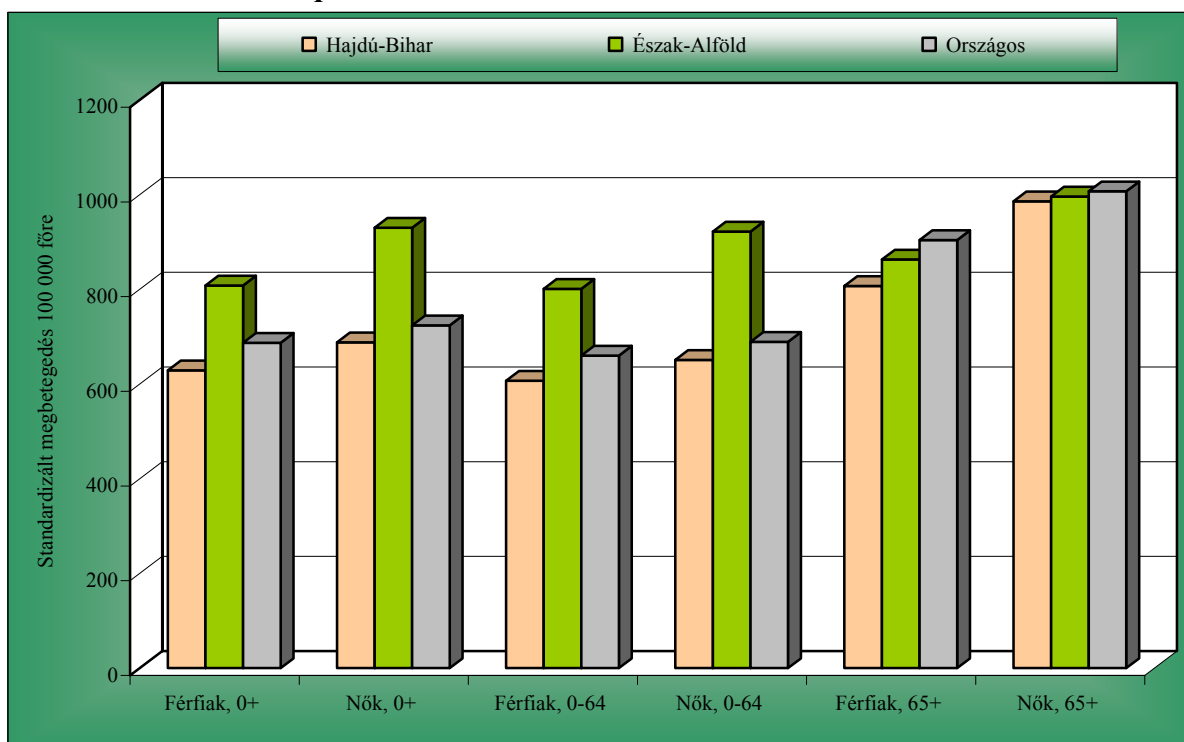
Forrás: OSZMK

### **Mentális és viselkedészavarok**

A mentális betegségek és viselkedészavarok igen heterogén betegségecsoportot képeznek. A leggyakoribb megbetegedések e csoporton belül a depresszió, a skizofrénia és az Alzheimer-betegség. Célzott egészségfelmérések adatai alapján elvégzett becslések szerint e betegségecsoport esetében a rejtett morbiditás mértéke magasabb, mint bármely más betegségecsoport esetében.

Megfigyelhető, hogy a betegség előfordulása mindkét korcsoportban jelentős. Mindkét korcsoportban magasabb a női megbetegedések aránya. Hajdú-Bihar megyében a betegség gyakorisága az országos átlaghoz képest kissé alacsonyabb mindkét korcsoportban és nemben egyaránt.

### **Mentális és viselkedészavarok okozta betegségek (BNO 10: F00-F99) kórházi elbocsátások alapján, Hajdú-Bihar megyében, az Észak-alföldi régióban és Magyarországon a 0-X, a 0-64 és a 65-X éves korcsoportban, 2007-ben**



Forrás: OSZMK

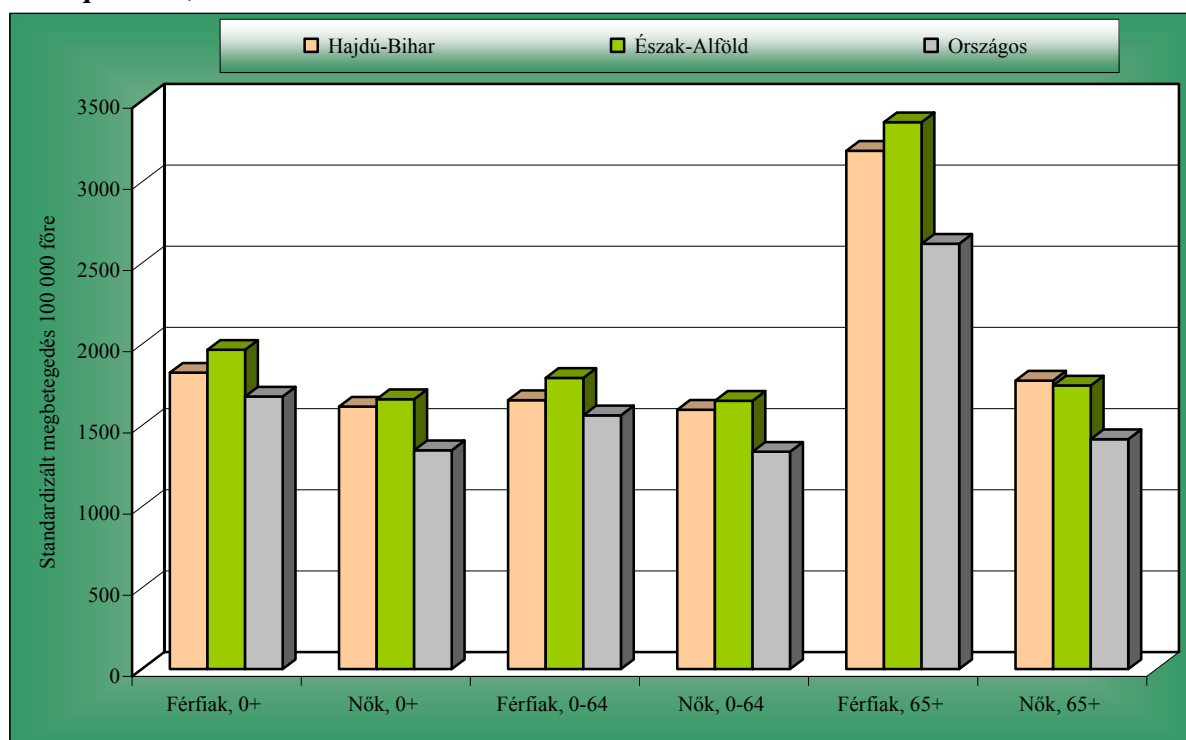
## A légzőrendszer betegségei

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.

Hajdú-Bihar megye légzőrendszeri megbetegedése lényegesen meghaladja az országos átlagot férfiaknál és nőknél egyaránt mindkét korcsoportban.

**Légzőrendszer megbetegedései (BNO 10: J00-J99) kórházi elbocsátások alapján, Hajdú-Bihar megyében, az Észak-alföldi régióban és Magyarországon a 0-X, a 0-64 és a 65-X éves korcsoportban, 2007-ben**



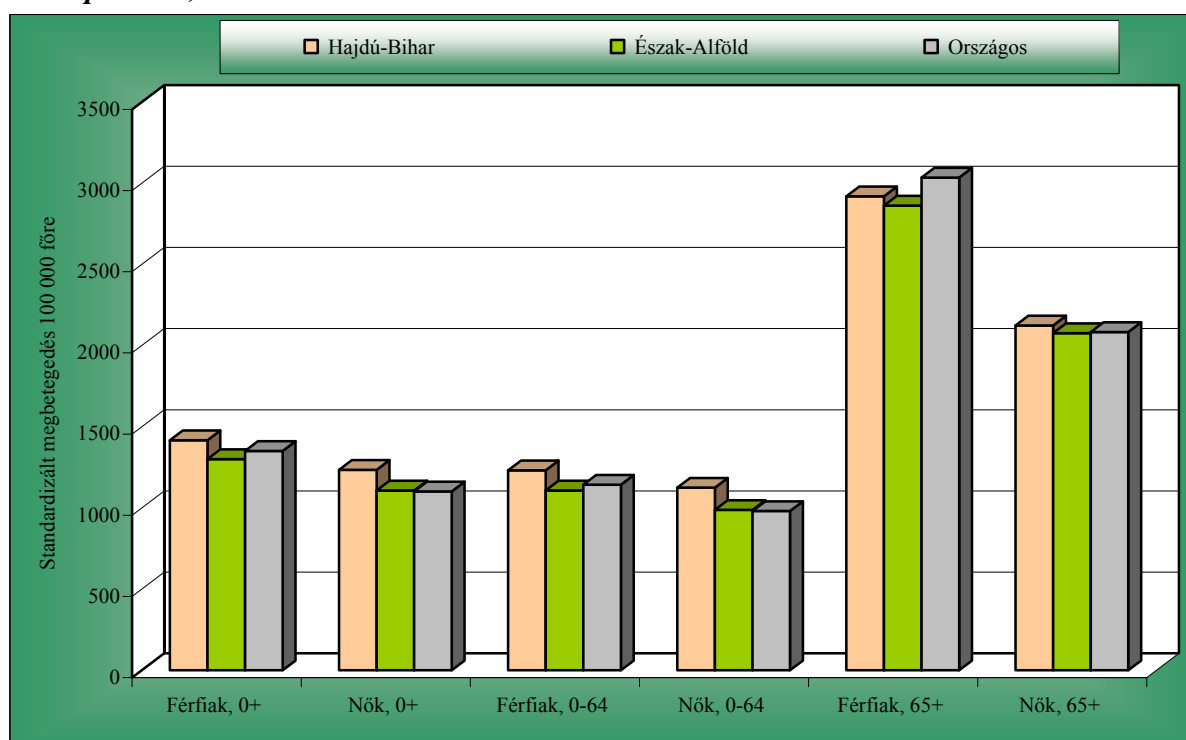
Forrás: OSZMK

### ***Az emésztőrendszer betegségei***

Az emésztőrendszer betegségei igen összetett kategória, melyen belül a májbetegségek (ezen belül a májzsugor), a gyomor- és nyombélfekély jelentősége emelhető ki. A krónikus májbetegségek döntő többségéért a mértéktelen alkoholfogyasztás tehető felelőssé.

Idősebb korban jelentős a férfi többlet ebben a betegségcsoportban is. A megyében a 100 000 főre vonatkoztatott megbetegedés egyedül a 65 évnél idősebb férfiak körében nem haladja meg az országos átlagot, azonban a régió standardizált megbetegedési arányánál itt is magasabb. A 65 évnél fiatalabbak körében az országos viszonyoktól való eltérés jelentősebb, de a gyakoriságuk alacsonyabb.

***Emésztőrendszer megbetegedései (BNO 10: K00-K92) kórházi elbocsátások alapján, Hajdú-Bihar megyében, az Észak-alföldi régióban és Magyarországon a 0-X, a 0-64 és a 65-X éves korcsoportban, 2007-ben***



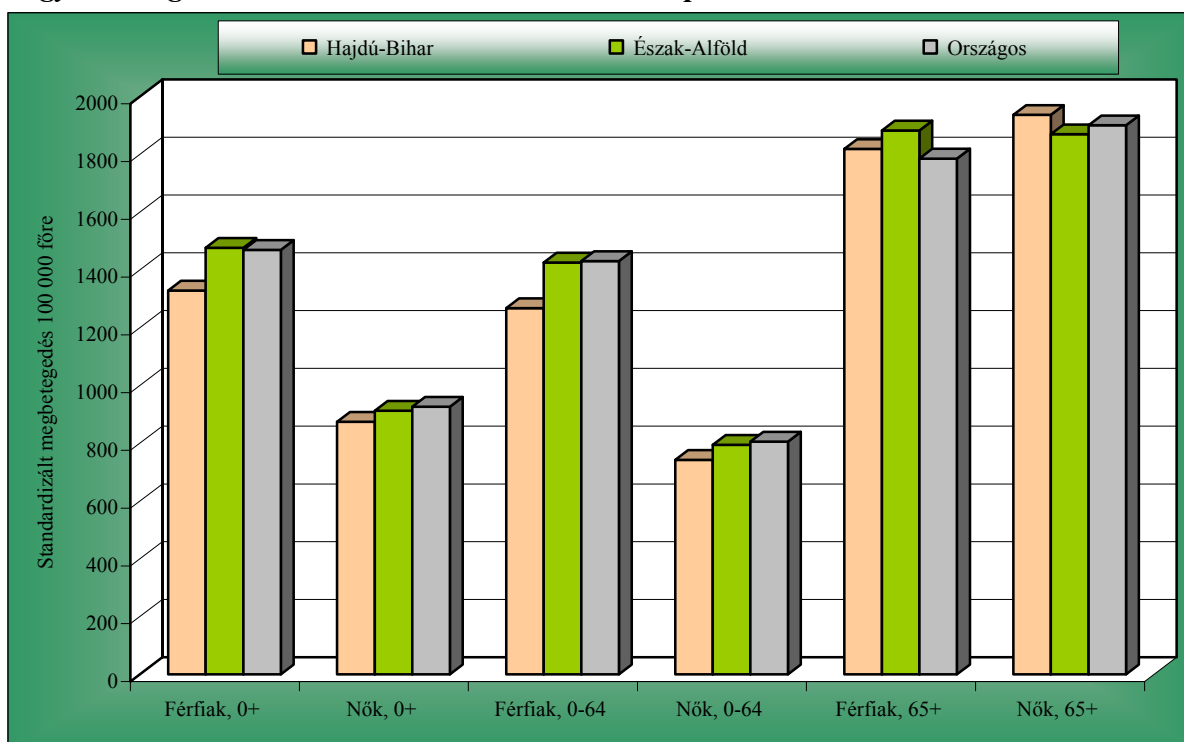
*Forrás: OSZMK*

## Balesetek

Jelentős probléma, az egész népességet érinti. Rendkívül nagy terhet jelentenek az egyén és a társadalom számára egyaránt. Idősebb korban jelentős az esések következtében bekövetkező balesetek aránya.

Hajdú-Bihar megyében a 65 évnél fiatalabbak körében jelentős férfi többlet figyelhető meg, azonban az országos átlagot nem éri el a 100 000 főre standardizált balesetek előfordulása. A 65 évnél idősebbek körében bekövetkezett balesetek aránya az országos átlagnál rosszabb és közel azonos mindkét nemben.

**Sérülés, mérgezés és külső okok bizonyos egyéb következményei (BNO 10: S00-T98) kórházi elbocsátások alapján, Hajdú-Bihar megyében, az Észak-alföldi régióban és Magyarországon a 0-X, a 0-64 és a 65-X éves korcsoportban, 2007-ben**



Forrás: OSZMK

A légúti allergiában szenvedő betegek száma folyamatosan emelkedik, bár egész pontos adataink nincsenek a tényleges megbetegedések számáról, hiszen nem minden beteget tudunk regisztrálni, csak azokat, akik szakorvosnál, tüdőgyógyozóban, fekvőbeteg intézetekben megfordulnak.

A régióban több szakrendelés működik, csak a klinikán az allergia szakrendelésen évente kb. 7 ezer beteget látnak el, a betegek kb. 80%-a allergiás náthában szenved. A legtöbb beteg augusztus-szeptember hónapban keresi fel a szakrendelést.

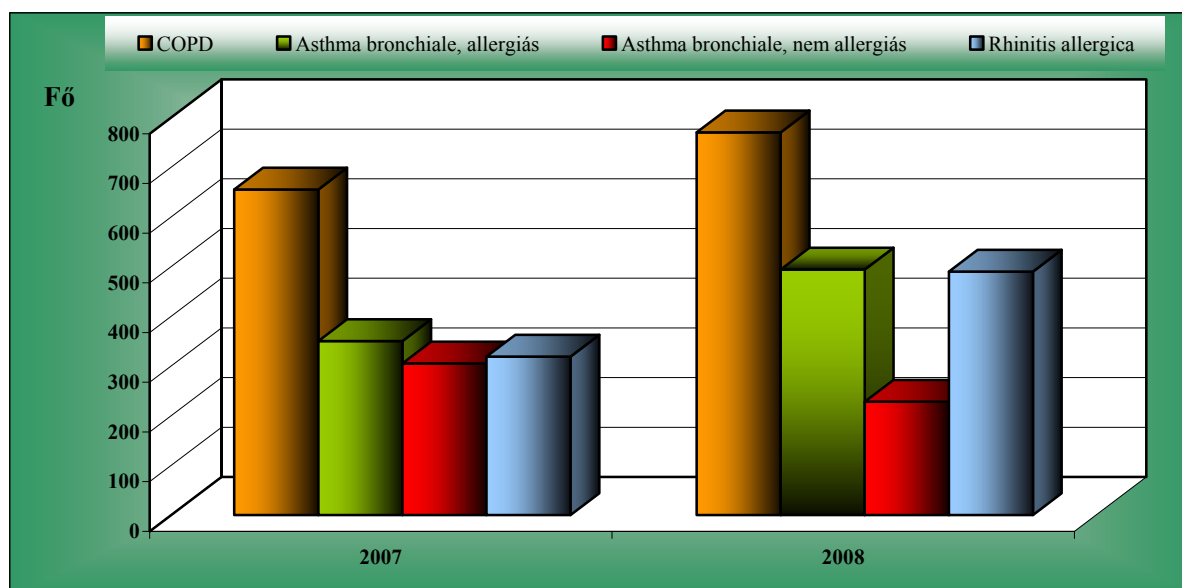
A régióban a legelső allergológiai szakrendelés 1979-ben indult a Tüdőgyógyászati Klinikán. Hosszú évtizedekig ez volt az egyetlen ilyen jellegű szakrendelés, majd később a Kenézy Kórházban, a tüdőgyógyozókban is létesült szakrendelés, valamint a magánrendelések száma is jelentőssé vált. Ezen kívül a társszakmák is látnak el rhinitis allergicában szenvedő beteget, ilyen jellegű szakrendelés a Fül-orr-gégészeti Klinikán található. A táblázatban szereplő adatok nem tükrözik a valós betegszámot, hiszen csak azok kerülnek lejelentésre, amelyek a tüdőgyógyászati hálózatban szerepelnek. Van olyan beteg, aki csak a háziorvosi rendelőbe megy el panaszával, vagy a gyógyszerárba, de van, aki sehol sem jelentkezik. A becslések szerint tehát a valós szám jóval nagyobb, mint a regisztráltak száma. A prevalens (prevalencia: egy betegség összes létező betege egy adott időpillanatban) és incidens (incidencia: új esetek előfordulása egy meghatározott időtartam alatt) esetek ismerete átfogó képet ad a betegség előfordulásának mértékéről.

#### ***Krónikus nem specifikus légúti megbetegedések incidenciája és prevalenciája Hajdú-Bihar megyében, 2007-2008***

	2007		2008	
	incidencia	prevalencia	incidencia	prevalencia
<b>COPD</b>	655	5 258	770	5 464
<b>Asthma bronchiale, allergiás</b>	350	7 848	494	7 936
<b>Asthma bronchiale, nem allergiás</b>	305	2 402	228	2 378
<b>Rhinitis allergica</b>	319	5 815	490	6 122

Forrás: DE-OEC Tüdőklinika

#### ***Krónikus nem specifikus légúti megbetegedések incidenciája Hajdú-Bihar megyében, 2007-2008***



Forrás: DE-OEC Tüdőklinika

### Emlőszűrés

Az emlőrák országosan a leggyakrabban előforduló női daganatos megbetegedés. A halálokok között is kiemelt jelentőségű. Ez indokolta a szervezett emlőszűrés bevezetését a Népegészségügyi Program keretében, mely lehetővé teszi a 45-65 éves hölgyek kétévenkénti ciklusban történő mammográfiás vizsgálatát.

Hajdú-Bihar megyében az emlőszűrés IV. ciklusának első évét kezdtük 2008. január 1-től.

2008. évben, Hajdú-Bihar megyében 78 szűrésből kiemelt asszonynál végeztek operációt, melyből sajnos 61 esetben rosszindulatú elváltozást igazolt a szövettani vizsgálat. A rosszindulatú elváltozás 41%-a a 60-65 éves korosztályból került ki, 10%-a pedig az 50-54 évesek köréből.

A legmagasabb számban a 60-65 éves korcsoportban fordul elő a malignus elváltozás a szűrendők között, ugyanakkor a megjelentek között mindössze 24%-ban képviseltette magát ez a korosztály.

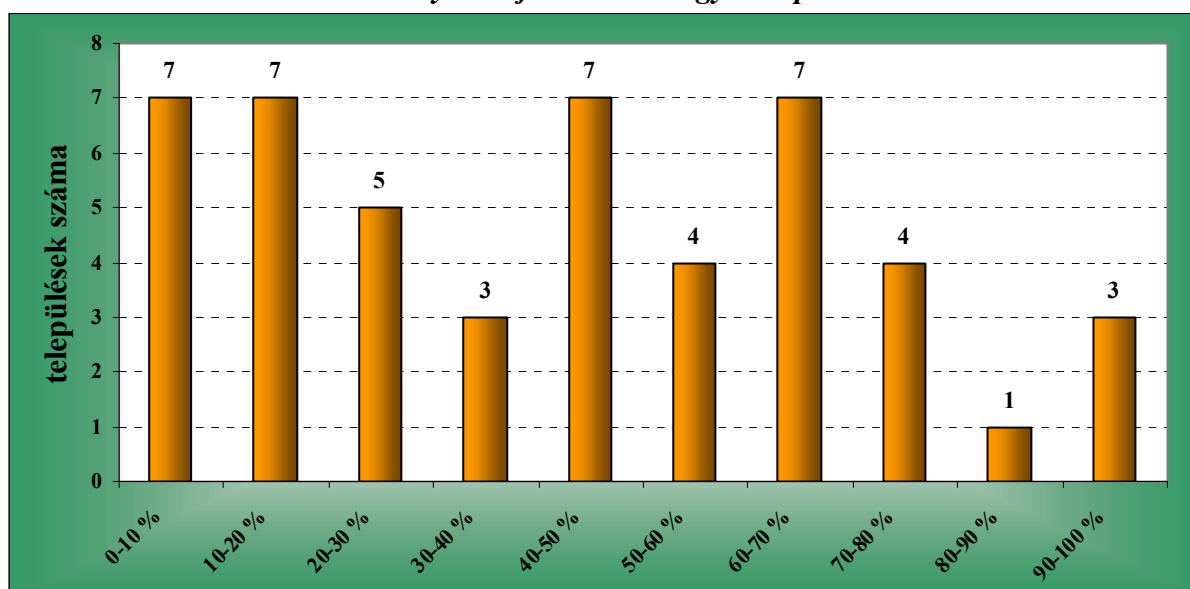
### Emlődaganatos esetek száma és aránya a szűrésben megjelentekhez képest

korcsoport	megjelentek		malignus esetek		malignus esetek aránya a megjelentekhez ‰
	száma	%	száma	%	
45-49 év	3 653	22%	8	13%	2,2‰
50-54 év	4 685	28%	6	10%	1,3‰
55-59 év	4 465	27%	22	36%	4,9‰
60-65 év	4 016	24%	25	41%	6,2‰

Forrás: ÁNTSz É-a R. I.

Hajdú-Bihar megyén belül az egyes településeken a megjelenési arány igen változatos képet mutat. Hajdú-Bihar megye 82 települése közül 48 településen szerveződött emlőszűrés. 34 település lakosai egyáltalán nem kerültek megszólításra a IV. ciklus első évében, 2008-ban, ők 2009-ben kerülnek sorra.

### Az emlőszűrés 2008. évi eredményei Hajdú-Bihar megye településein



Forrás: ÁNTSz É-a R. I.

A 70%-ot meghaladó részvételi arányt a szűrésben részt vett települések 16,6%-a érte el. Hajdúböszörmény város szűrése 2007. októberben kezdődött az első behívásokkal, 2008-ban pedig azon asszonyok kaptak ismételt meghívást, akik valamilyen okból nem tudtak 2007. október és december között részt venni az emlőszűrésen. 2 614 hajdúböszörményi meghívott asszonyból a szervezésnek köszönhetően 2 266 fő jelent meg.

Debrecen város emlőszűrés eredménye a III. (2006-2007) ciklus eredményéhez viszonyítva 2008. évben 6%-kal emelkedett.

A Berettyóújfalui kistérség településein a legalacsonyabb az emlőszűrés megjelenési aránya Hajdú-Biharban. Legalacsonyabb megjelenések Bojt, Bedő, Hencida, Váncsod, Bakonszeg, Gáborján településeken voltak.

Feltételezhetően a Berettyóújfalui Kórház Mammográfias szakrendelése van hatással a megjelenési arányra.

Ezek az eredmények mutatják, hogy bár vannak kiemelkedően jó eredményt produkáló területek, ahol az ÁNTSZ az önkormányzatok és az egészségügyi ellátás példamutatóan fog össze a nők egészségvédelmében, az egészségkultúrának – a családok és az egyének értékrendjének és egészségmagatartásának – ma még sok helyen nem része a megelőzés. **A szűrés sikeréhez elengedhetetlenül fontos a folyamatos lakossági tájékoztatás, a szűrővizsgálatok széleskörű ismertetése, népszerűsítése. Ebben kiemelt szerepük van az önkormányzatoknak és az alapellátás dolgozóinak, civil szervezeteknek.**

2008. évben 16 település önkormányzata 72 alkalommal 1 547 nő beutazását biztosította csoportos buszos utaztatással emlőszűrő vizsgálatra, ebből az ÁNTSZ Hajdúböszörményi Kistérség illetékességi területéhez tartozó 5 település önkormányzata 53 alkalommal 978 fő utazását biztosította. (Hajdúnánás, Polgár, Hajdúböszörmény, Újszentmargita, Görbeháza). Buszos utaztatás szerveződött Ebes, Csökmő, Darvas, Komádi, Újiráz, Nádudvar, Püspökladány, Sáp, Sárrétudvari, Biharnagybajom és Nyírábrány településeken.

Célunk, hogy megyénkben tovább növekedjen az emlőszűrésen megjelent nők létszáma, megjelenési aránya, mely a sikeres és hatékony szűrőprogram megvalósulásának feltétele. Ennek eredményeképpen az emlőrák korai felfedezésével és sikeres gyógyításával egyre több Hajdú-Bihar megyei nő élete menthető meg.

### ***Cervix szűrés***

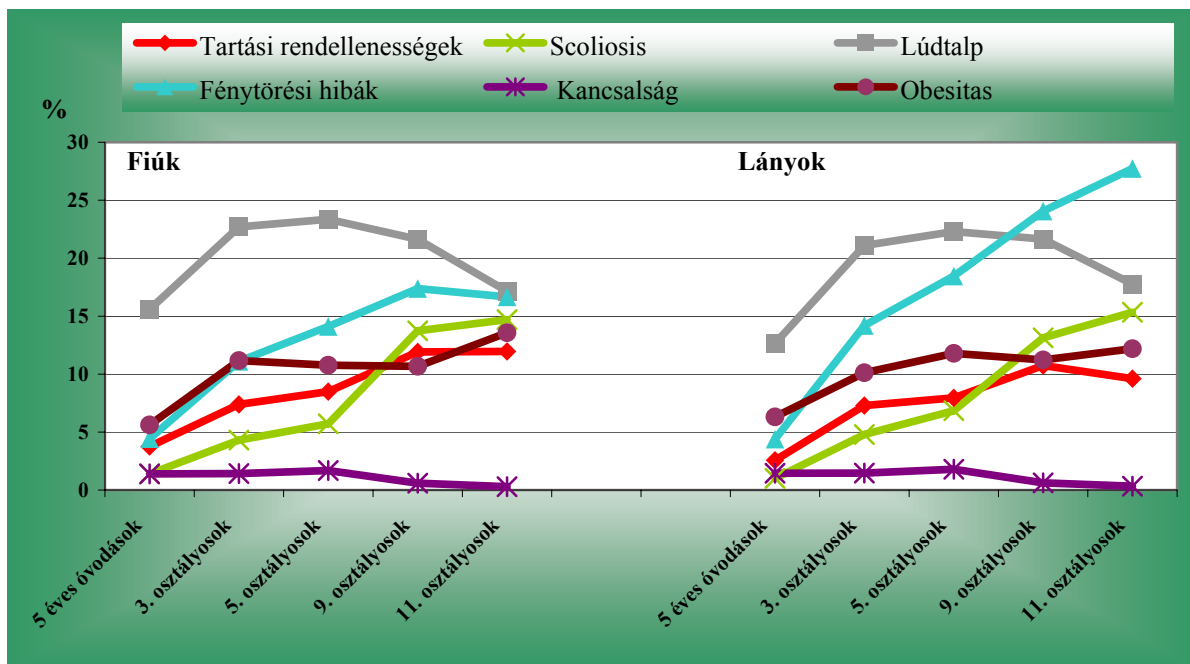
A nőgyógyászati szűrővizsgálatok a 25-65 éves hölgyeknek kínálnak háromévente ingyenes szűrési lehetőséget. 2008. évben 7 település 28 praxisából hívtuk vizsgálatra az érintett korosztályt. A szűrés során nyert kenetek vizsgálatára jogosult 2 akkreditált citológiai laboratórium 269 hölgy kenetét értékelte.

A levett kenetek 78,4%-a negatív vizsgálati eredményt adott, a továbbiaknál ismételt kenetvételt végeztek, melyek közül 6 esetben találtak elváltozást.

A megjelenési arány növelése érdekében, a helyi sajtóban, a helyi televízióban, rádióban interjúk, információs anyagok hívták fel a figyelmet a méhnyak szűrés jelentőségére.

Hajdú-Bihar megyében a 2007/2008-as tanévben elvégzett egészségi állapot vizsgálatok eredményeként a leggyakoribb talált elváltozások között mind az öt korcsoportban ugyanaz a 6 diagnózis szerepel: lúdtalp, fénytörési hibák, obesitas, tartási rendellenességek, scoliosis. Ezek korcsoportos előfordulását és az életkor előrehaladtával történő alakulását mutatja a következő diagram, nemenkénti bontásban.

**A leggyakrabban előforduló betegségek aránya iskolásoknál az életkor függvényében, a 2007-2008-es tanévben**



Forrás: OSZMK

Az iskola-egészségügyi vizsgálatok során talált gyakori elváltozás a **lúdtalp**. A 2007/2008-as tanévben előfordulási aránya minden életkorban, mindkét nemnél magas volt, a 9. és a 11. évfolyamos lányok kivételével a legmagasabb. Az utóbbi két korcsoportú lányok esetében a fénytörési hibák elváltozás előzi meg. Mindkét nemnél az 5. osztályosok körében volt a leggyakoribb, fiúknál magasabb (23,4 %) előfordulási értékkel.

A tartási rendellenességek és a scoliosis (gerincferdülés) előfordulása nőtt az életkor előrehaladtával mindkét nemben. A **tartási rendellenességek** fiúknál gyakoribbak voltak minden korcsoportban, mint a lányoknál. A legmagasabb előfordulási értéket a 11. osztályos fiúknál találták (12,0%). A lányok esetében a 9. osztályosok körében gyakoribb volt, mint a 11. osztályosoknál.

A **scoliosist** mindkét nemnél a 11. osztályosoknál találták a leggyakoribbnak, lányoknál (15,3 %) többször, mint az azonos korcsoportú fiúknál (14,7 %).

A **fénytörési hibák** (látászavarok) az idősebb tanulók között gyakoribbak (16,7-27,7 %). Előfordulási csúcserértékét a 11. osztályos lányoknál érte el 27,7 %-kal.

A **kancsalság** csak az 5 évesek (óvodások) körében került be az öt leggyakoribb elváltozás közé. A legtöbb kövér gyermeket (**obesitas**) a 11. osztályos fiúk között találták, a mutatók szerint 13,6 %-os előfordulási gyakorisággal.

A tartási rendellenességek, a gerincferdülés, a lúdtalp 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 végezhető.

2008-ban a bejelentett fertőző megbetegedések száma 4 169, 48 féle fertőző betegségből (82 bejelentésre kötelezett közül).

2008-ban összesen 3 esetben volt fertőző betegség a halál oka, 2 főnél agyhártyagyulladás, 1 férfi halálát Legionella fertőzés okozta.

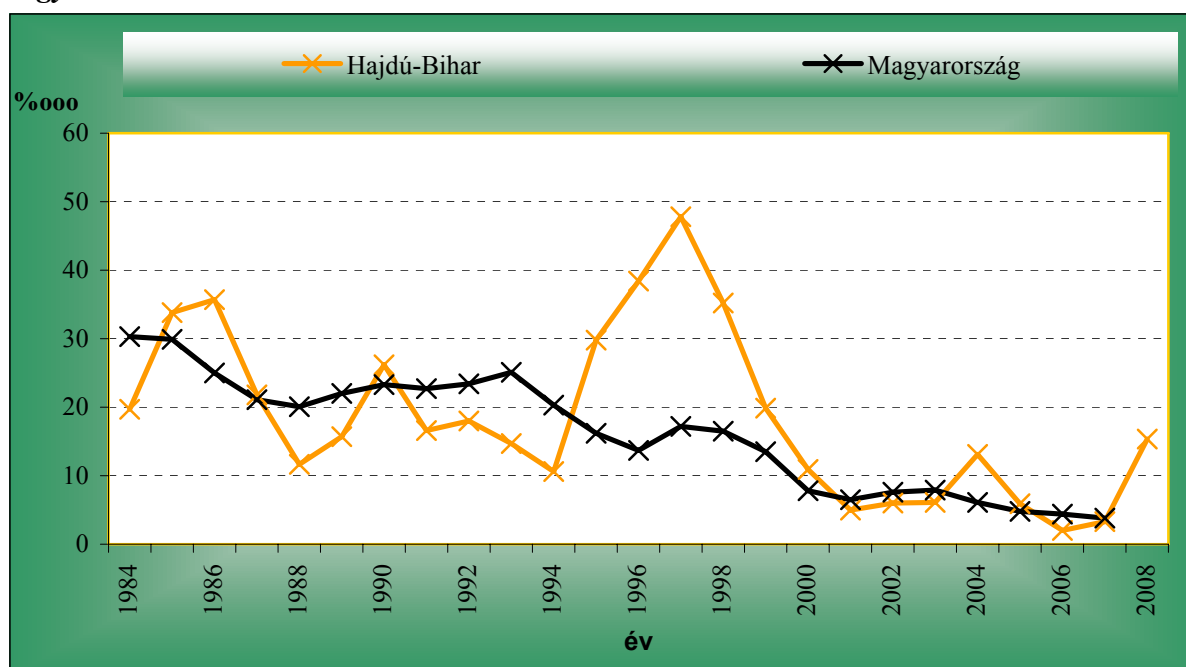
### **Gyomor-, bélrendszeri fertőző megbetegedések**

Össességében 2008. évben összesen 1 416 gyomor-, bélrendszeri fertőző beteget jelentettek. A bejelentett esetek 60%-a volt bakteriális eredetű, a többi bejelentett beteg fertőződését bélférgek, és fertőző gyomor- bélrendszeri fertőzések körébe tartozó vírusfertőzések okozták.

### **Bejelentésre kötelezett hepatitis infectiosa (fertőző májgyulladás)**

2008-ban 86, laboratóriumiilag is igazolt **hepatitis A** megbetegedés történt a megyében. A betegszám ötszöröse volt a 2007 évinek viszonyítva. A morbiditás 16‰-ét okozta Hajdú-Bihar megyében 2008-ban. A megbetegedés több település lakosságát érintette. A fertőzés a rossz szociális körülmények között élő, elsősorban a romák által lakott területeken terjedt.

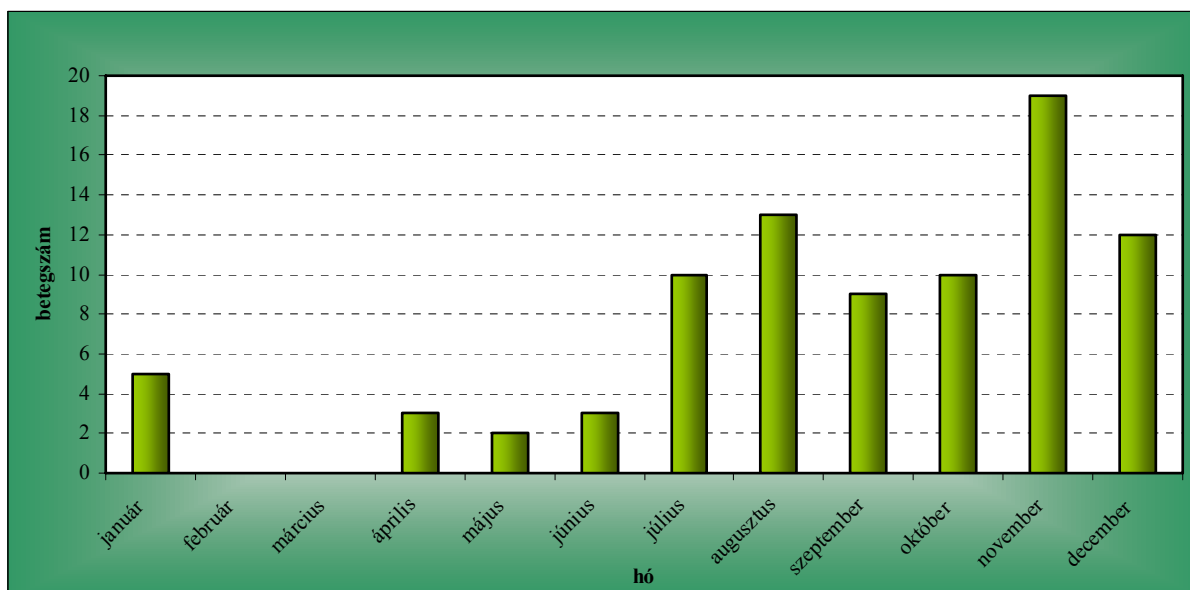
### **Hepatitis megbetegedések alakulása 1984-2007 között Magyarországon és Hajdú-Bihar megyében 100 000 lakosra**



Forrás: ÁNTSz É-a R. I.

Megyénkben a hepatitis infectiosa megbetegedések számában, a ciklicitásának megfelelően, ismét emelkedés várható. A leginkább érintett roma lakosság szociális, higiénés helyzetében nem történt az elmúlt években áttörő javulás. A felnőttek és gyermekek személyi higiénéje igen sok kívánnivalót hagy maga után. A fertőzés terjedését segítheti a közlekedési lehetőségek bővülése, a bevásárlóközpontokban is egyre több emberrel kerülhet kapcsolatba a beteg. A megbetegedések száma - egyre több települést érintve- lassú emelkedést mutat.

**A hepatitis A vírus okozta megbetegedések havonkénti alakulása Hajdú-Bihar megyében, 2008-ban**



Forrás: ÁNTSz É-a R. I.

**Hepatitis A vírus okozta megbetegedések előfordulási helye és a roma telepek elhelyezkedése 2008-ban**



Forrás: ÁNTSz É-a R. I.

Hajdú-Bihar megye térképrészletén **rózsaszínnel** jelöltük azon településeket, ahol már regisztráltunk 2008-ban hepatitis A megbetegedést. A betegek jelentős része roma származású 14 éven aluli gyermek.

**Zölddel** jelöltük azokat a településeket, ahol a roma lakosság nagyobb telepeken él és a későbbiekben várható a vírus behurcolása (a DE-OEC 2000-2005-ben készített telepfelmérése szerint még 5-6000 roma él igen rossz telepi körülmények között a még eddig nem érintett településeken).

2008-ban a legmagasabb az ÁNTSZ Balmazújvárosi-, Derecske-Létavértesi-, Hajdúhadházi Kistérségi Intézete illetékességi területének morbiditása volt. Legérintettebb a 6-9 éves és a 10-14 éves korcsoport volt.

A már említett „járványos” településeken kívül **Püspökladányban 2, Debrecenben 11** szörványos eset fordult elő. Hajdúböszörményben 2004-ben fordult elő legmagasabb számban *hepatitis A*, akkor 45 fő betegedett meg, ebből 29 fő igen rossz szociális körülmények között élő roma lakos volt.

A továbbiakban a megye leginkább érintett három településének járványügyi jellemzőit mutatjuk be.

**Nyíradony-Tamásipusztán** 2007. november 26-án indult el a *hepatitis A* járvány, mely még 2008. januárban is folytatódott. Ezen a településrészen többségében (kb.80%) roma lakosság él. A megbetegedések főleg gyermekek körében fordultak elő (7 gyermek, 1 felnőtt). Tamásipusztáról egy másik külön településre, Aradványpusztára járnak a gyermekek iskolába, óvodába. A járvány kapcsán 2008. januárban megtörtént az aradványpusztai általános iskola tanulóinak (232 fő) és dolgozóinak (27 fő) aktív védőoltással történő immunizálása, melyet követően ezen a településrészen több megbetegedés nem fordult elő.

2008. április hónapban 3 eset fordult elő a település különböző részein, majd 2008. július és augusztus hónapban újabb 2 eset történt. Nyíradonyban a Bokrétás utcán és környékén az utolsó járvány 2008. október 06-án indult, decemberig 12 személy betegedett meg. Az Országos Epidemiológia Központ által november 21-én biztosított 300 adag aktív védőoltás az érintett településrészt Temesvári úti általános iskolájának alsó tagozatában, 10 éves kor alattiak részére került felhasználásra.

**Hajdúhadházon** 2008 júniusában kezdődött a járvány, itt 29 beteget tartottunk nyilván. A Hajdúhadházon előfordult megbetegedések számának hirtelen emelkedése, valamint az ott lakók életkörülményei indokoltá tették, hogy a járvány további kibontakozásának megelőzése érdekében az Országos Epidemiológiai Központtól a 14 éven aluli gyermekek védelméhez aktív oltóanyag biztosítását kérjük.

Az OEK a gyermekek *hepatitis A* elleni aktív immunizálásra **2 900 adag HAVRIX 720 Junior** és felnőttek oltására szolgáló **250 adag Vaqta** oltóanyagot bocsátott rendelkezésünkre. A kampányoltás keretében az első héten összesen 2 082 gyermek, az oltandók 72%-a, a 2. héten 2 691 fő, azaz az oltandók 91%-a részesült aktív védőoltásban. Végül, összesen **2 879 gyermek** kapott **HAVRIX 720 Junior, hepatitis A** elleni aktív védőoltást.

**Hajdúsámsonban** 2008. júliusától havi egy megbetegedést regisztráltunk októberig. Október hónaptól a megbetegedések halmozódását tapasztaltuk, 20 beteget jelentettek.

Az OEK-től aktív oltóanyagot igényeltünk a település 14 éven aluli gyermekeinek, de nem kaptunk támogatást.

Az ÁNTSZ járványügyi munkatársai az értesülést követően, valamennyi, hepatitis gyanús beteg környezetében azonnal intézkednek, a gamma-globulin védelmet azonnal biztosítottuk. Az érintett települések oktatási intézményeiben az iskolavédő felvilágosító oktatást tartott a megelőzés módjáról, a személyi higiéne fontosságáról.

A hepatitis helyzet várhatóan tovább romlik még, hiszen több, romák által lakott –eddig még nem érintett- településeken várható a megbetegedés felbukkanása (Hosszúpályi, Létavértes, Balmazújváros, Bagamér, Egyek).

A lakosság életkörülményeiben, szokásaiban pár hét alatt a legintenzívebb megelőző munkával sem tudunk mélyreható változást elérni és ezzel a kialakult járványt lassítani. A hosszútávon működtetett megelőzés a település lakossága érdekében elengedhetetlen.

**A teendőinket ismételten végig gondolva az alábbi javaslatot adjuk az önkormányzatok felé:**

- A roma lakosság eléréséhez javasoljuk a roma egészségőrök alkalmazását, adott esetben több település, vagy a megye összefogásával.
- A rendezetlen utcákban az ott élők bevonásával személtmentesítés megvalósítását.
- Az önkormányzatok szociális, egészségügyi, és nem utolsósorban oktatási felelőseit is javasoljuk bevonni a feladatba.

### ***Lyme-kór***

Hajdú-Bihar megyében 43 eset került regisztrálásra, 2007-ben 30 megbetegedést jelentettek. Az esetek közel felét június, július hónapban jelentették.

A megbetegedések számának emelkedése feltételezhetően összefüggésben van a kullancsok szokásosnál nagyobb mértékű elszaporodásával (az irtószert - Uniós elvárás miatt- kivonták).

### ***Nyugat-nílusi láz***

Hajdú-Bihar megyében 5 agyhártya és agyvelőgyulladásban szenvedő betegnél igazolt a laboratórium West-Nile vírusfertőzést. Ebből 4 esetet szeptemberben regisztráltunk. Mivel a fertőzöttek 80%-ánál nem gondolnak erre a vírusfertőzésre, valószínűleg „csendes”járvány formájában sokan megfertőződtek (több betegnél egyidejűleg 2008-ban mutatták ki területünkön a vírust).

### **Rövid tájékoztatás a betegségről:**

A vírus Magyarországon időről-időre előfordul, és az utóbbi években **át is telet**. A nemzeti referencia-laboratórium **2003-2007. között évente átlagosan hat betegnél** igazolta a nyugat-nílusi vírus kóroki szerepét gyulladással idegrendszeri megbetegedésekben.

**A fertőzés forrása:** Elsődleges gazdák a vadmadarak, emlősök (lovak, macskák, ember) csak véletlenszerűen kerülnek a fertőzési láncba.

**Terjedési mód:** a házasított madarokról, más háziállatról a madár- és embervért egyaránt kedvelő **szúnyogfajok** viszik át a fertőzést az emberre.

**Lappangási idő:** a láz a fertőzéstől számított 2–14 nap között jelenik meg, az idegrendszeri tünetek kezdetéig három hét telhet el.

A fertőzött személyek kb. 80%-a tünetmentes marad. A tünetekkel járó megbetegedések többsége esetén csupán láz (fejfájás, izom-izületi fájdalmak, ritkán émelygés, hányás, hasmenés, köhögés, torokfájás, alkalmanként kötőhártya-gyulladás, nyirokcsomó-megnagyobbodás, gyermekeknél maculopapulosus ill. roseola-szerű bőrkiütés) jelentkezik.

**Teendők:** Mivel a vírus elsősorban szúnyogcsípés útján terjed, ezért azon a területen, ahol a beteg feltehetően exponálódott, **kutatni** kell az állatok megbetegedése után (madarak elhullása, lovak idegrendszeri megbetegedése, stb.). Elsődlegesen a **szúnyogcsípést kell kivédeni**. Az érintett területen a **szúnyogtenyésztést meg kell akadályozni**.

A védekezési akció sikeréhez az érintett **lakosság tájékoztatása** és aktív **együttműködése** nélkülözhetetlen.

A 2007. december 18-án kelt 2007/875/EK határozat alapján **a nyugat-nílusi láz bekerült azon betegségek közé, amelyet a Községi Hálózatban a járványügyi felügyelet hatálya alá kell vonni (Forrás: OEK).**

### ***Védőoltással megelőzhető fertőző betegségek***

Az életkorhoz kötött folyamatos oltások (fertőző gümőkór, torokgyík, tetanusz, számarköhögés, járványos gyermekbénulás, kanyaró, járványos fültőmirigy gyulladás, rózsahimlő) teljesítése a 2008. évre vonatkozó védőoltási módszertani levélben előírt korcsoportok esetében meghaladja a 99%-ot.

Az elmaradt oltások immunhiányos állapot, illetve rosszindulatú daganat, tojásfehérje allergia miatt ellenjavalltak.

Az iskolai kampányoltások keretében végzett torokgyík-tetanusz, kanyaró, járványos fültőmirigy gyulladás, rózsahimlő valamint hepatitisz B elleni védőoltások teljesítése 99-98%-os megyénkben.

A hanyag szülők esetében a védőnők írásos idézést küldenek a szülőnek, és ha az idézés eredménytelen marad, jelentik az ÁNTSZ kistérségi Intézetének. Tárgy évben 58 védőoltást elrendelő határozatot adtak ki az illetékes kistérségi intézetek (többségét Hajdúböszörmény). Az indokolatlan lemaradásokat hanyag szülői magatartás, esetenként a család követhetetlen lakóhely változtatása okozza.

### ***HIV –fertőzés***

**Három HIV pozitív személyt jelentettek, egy fő külföldi állampolgár fertőzését is behurcoltnak tekintjük. Egy AIDS beteg került bejelentésre.**

Az anonim HIV tanácsadóban az év során 449 fő vett részt ingyenes tanácsadáson és 359 fő szűrésen. 3 fő kivételével a szűrések anonimak voltak.

### ***A veszélyre gyanús sérülések***

A jelentett esetek száma 297. Védőoltást indikált az orvos 243 fő esetén. A megyében 63 állat laboratóriumi vizsgálatáról kaptunk értesítést az Állategészségügyi Intézettől, 62 állat volt negatív, 1 veszett rókát lőttek ki.

**A védőoltásban részesültek aránya a sértő állat faja szerinti bontásban:**

Kutya 65,5%, macska 21%, róka 1,0%, patkány 7,5%, egyéb rágcsáló 1,9%, denevér 1%, egyéb 2,1%.

### ***TBC- Tüdőszűrés, a gondozók beszámolója alapján***

Az OEP rendelkezése szerint 2008. október 1-től minden 40 év feletti magyar biztosított számára évi egy alkalommal az illető kezdeményezésére, önkéntes alapon végezhető a TB-finanszírozott mellkasszűrés. 40 év alatt az illetékes szakmai testületekkel folytatott egyeztetés alapján a tüdőszűrés nem indokolt, eszerint még fizetős alapon sem végezhető. Ezen értelmezést dr. Kovács Gábor országos tüdőgyógyász szakfőorvos nemrégiben Debrecenben tartott expozéjában megerősítette.

A munkaegészségügyi szűrés üzemorvosi beutaló alapján - esetenként 840 forintba kerül. A pozitív leletről az illetékes Tüdőgondozó értesítést küld, a beteget további kivizsgálás végett behívja.

A szűrés, - amely nem kötelezően elrendelt-, a 40 év alattiak számára explicite tilos.

#### **Megyei Tüdőgondozó:**

A Kenézy Kórház Kft, illetve a hozzátartozó Megyei Tüdőgondozó szűrőcsoportja (MEF: mobil ernyőképszűrő felvétel) két egységből áll: egy fix telepítésű valamint egy digitális technikával dolgozó szűrőbuszból (természetesen az utóbbi a korszerűbb). A két egység éves terv alapján dolgozik.

**2008-ban tüdőszűréssel 50 beteget szűrtek ki. A megye területén a tüdőszűrés ez idő szerint nem kötelező.**

#### **Debrecen:**

2008.03.31-én az ÁNTSZ az emelkedett Tbc-s incidencia miatt (> 25%000) elrendelte **Debrecen város lakosságának kötelező tüdőszűrését**, amely alapján a 30 év feletti lakosok évente egy alkalommal ingyenes szűrésen vesznek részt.

2008. december 31-ig összesen **51 535** idéző küldtek ki, melyből **28 507** fő jelent meg. Ez **55%-os megjelenést mutat**. Ezen felül 23 742 fő vette igénybe a szűrővizsgálatot beutalóval. Ebből 3 272 fő került további vizsgálatra kiemelésre.

Jelenleg az 1962-ben született korosztály áll idézés alatt és várhatóan december végére befejezik be a 30 év feletti lakosság teljes szűrését.

#### **Görbeháza, Hajdúböszörmény:**

Összesen a tüdőszűrésen 10 696-an jelentek meg, ebből betegség gyanú miatt kiemelt, továbbvizsgált 640 fő volt.

#### **Hajdúszoboszló**

A Tüdőgondozóhoz tartozó területeken (Hajdúszoboszló, Nagyhegyes, Ebes, Hajdúszovát) a tüdőszűrést a Kenézy Kórház mobil Szűrőállomása végzi.

A mobil szűrési lehetőséggel élni nem tudó lakosok a Debreceni Városi Tüdőszűrő állomáson vehetik igénybe a tüdőszűrést. Ha a 40 év feletti lakos háziorvosi beutalóval jelenik meg, az esetben számára a szűrés ingyenes, beutaló hiányában 840 Ft-ba kerül.

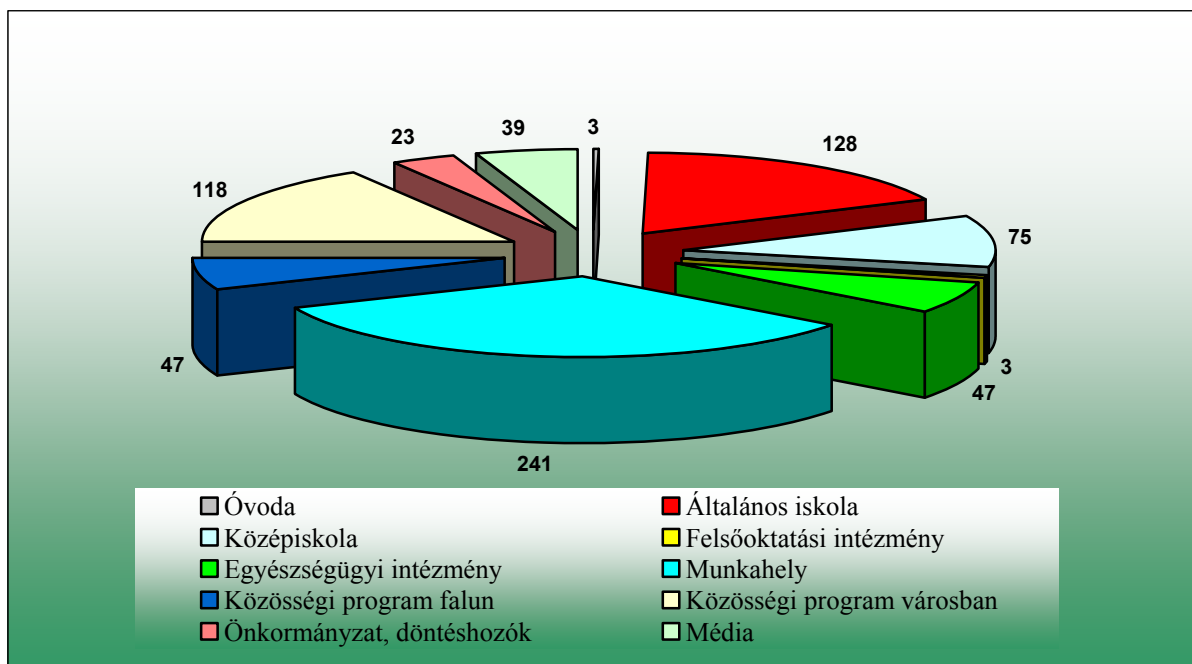
Ma már széleskörűen ismert és elfogadott, hogy a lakosság egészségi állapotát, fő megbetegedési- és halálozási mutatókat a keringési és a daganatos betegségek határozzák meg leginkább. Ezen betegségek fő kockázati tényezői: a dohányzás, az elhízás, mozgásszegény életmód és a tartós stressz. A lakosság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

Egészségfejlesztési tevékenységünkben az egészségügyi ismeretek fejlesztését, az egészséget veszélyeztető fő kockázati tényezők – mint a dohányzás, az egészségtelen táplálkozás és a mozgásszegény életmód – megelőzését és csökkentését tűztük ki célul. Ennek érdekében az egészségtudatos magatartásra ösztönző programokat szerveztünk a megye lakossága körében.

2008-ban az ÁNTSZ szakembereinek szervezésével és közreműködésével összesen 724 egészségfejlesztési esemény valósult meg a megye településein, 54 924 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, 2008-ban*



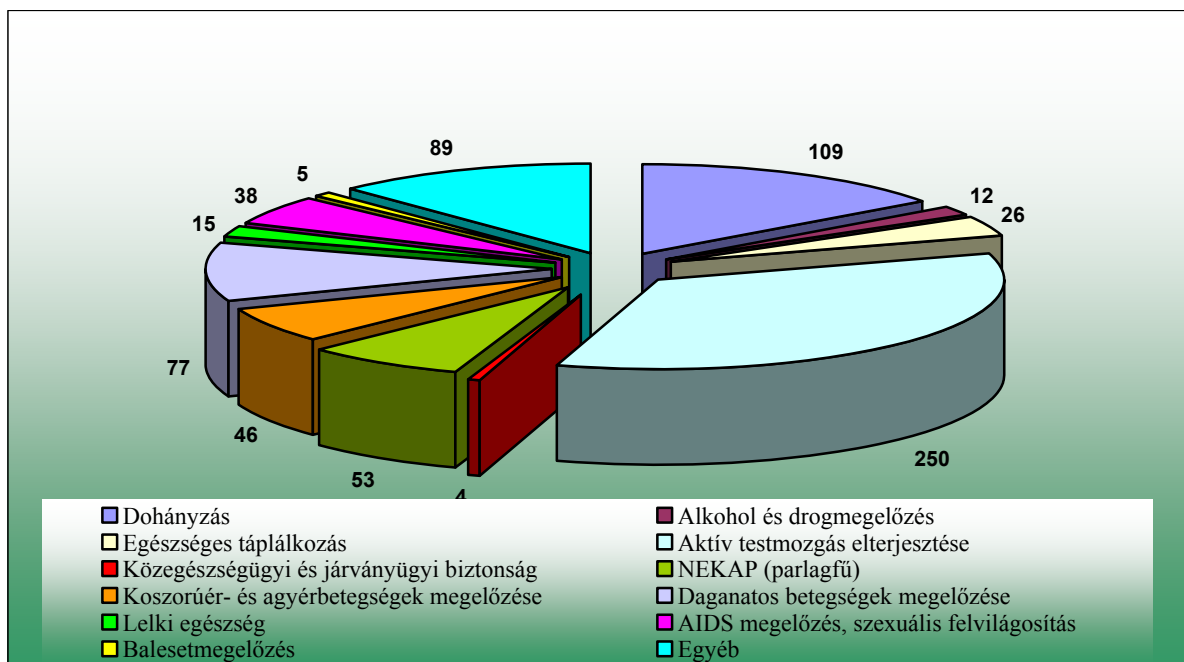
*Forrás: ÁNTSZ É-a R. I.*

Az események jelentős része került megrendezésre oktatási intézményekben (általános iskola, középiskola).

Közösségi egészségfejlesztési program 165 valósult meg a megyében. Ezek a programok kiemelten foglalkoztak a dohányzás, a táplálkozás, a fizikai aktivitás –mint kockázati tényezők- szerepével, fő céljuk a szív- és érrendszeri betegségek, valamint a daganatos betegségek megelőzése volt.

Tevékenységünkben jelentős hangsúlyt kapott a parlagfű-mentesítési program megvalósítása. Az AIDS megelőzésére irányuló munkánk, jellemzően az AIDS Világnap köré összpontosult. A lelki egészség megőrzését segítő tevékenységre is hangsúlyt fektettünk.

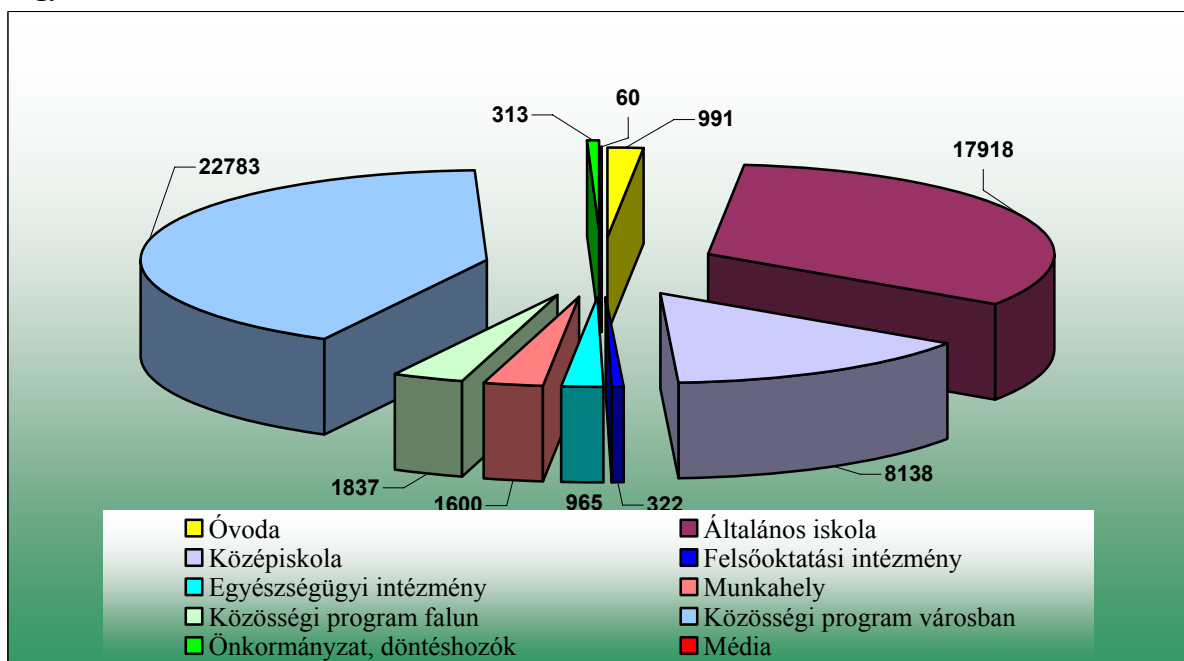
**A 2008. évi egészségfejlesztési események téma szerinti bemutatása**



Forrás: ÁNTSz É-a R. I.

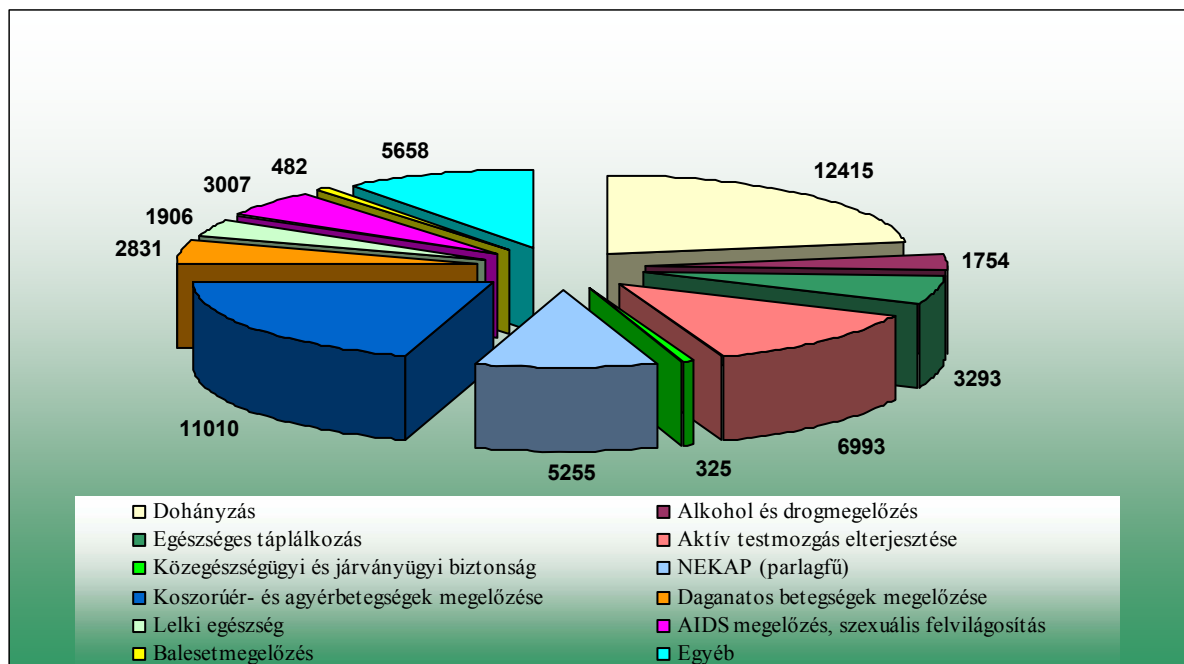
A legtöbb résztvevőt az oktatási intézményekben megvalósított programok érték el, utánuk a közösségi programok következtek.

**2008. évi egészségfejlesztési programokon résztvevők száma színterenként, Hajdú-Bihar megyében**



Forrás: ÁNTSz É-a R. I.

### Az egészségfejlesztési eseményeken résztvevők száma téma szerinti bontásban



Forrás: ÁNTSz É-a R. I.

**Egészségfejlesztési tevékenységünkben az országos programok helyi szervezése és megvalósítása mellett** („Füstmentes osztályok versenye”, Országos Óvodai és Iskolai Dohányzás Megelőzési Program, Parlagfü-mentesítési Program) **saját kezdeményezésű programokkal** (Iskolai Életmód program, Levelező verseny, Világnapi rendezvények) és **helyi programokhoz történő csatlakozással** (Egészségnapok, Fesztiválok, Kiállítások) törekedtünk az egészségügyi ismeretek terjesztésére, a célcsoportok ismereteinek bővítésére, a betegségek megelőzésére.

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

A tájékoztatásban a különféle tömegkommunikációs eszközök is segítségünkre voltak. A helyi programok vonatkozásában építettünk a helyi újságokra, rádiókra, televíziókra, kábelcsatornákra.

Az általános- és középiskolai szintéren jelentős szerep hárul az iskolai védőnőkre. A hatékony és eredményes iskolai egészségfejlesztés érdekében nagy lehetőség rejlik a velük kiépítendő partneri együttműködésben, a mindennapos iskolai egészségfejlesztési munka közös megvalósításában.

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.

## ***Kiemelt egészségfejlesztési programok 2008-ban***

### **„Füstmentes osztályok versenye” program**

Az Országos Tisztifőorvosi Hivatal Népegészségügyi Főosztálya 2007. nyarán indította útjára az „Elég!”- Nők a dohányfüstmentes életért programot, melynek elsődleges célja volt felhívni a közvélemény figyelmét a dohányzás nőket és gyermekeket érintő súlyos kockázati tényezőire, betegségeire. Másik fontos törekvése volt, hogy széles összefogást építsen ki a társadalom különböző szereplőivel, akik befolyásolhatják a közvélemény dohányzással kapcsolatos felfogását. Ezen program keretében került meghirdetésre a „Füstmentes osztályok versenye” országos program, melynek regionális/ megyei szervezését és megvalósítását az ÁNTSZ Észak-alföldi Regionális Intézet Egészségfejlesztési osztálya végezte.

#### 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 **„Füstmentes osztályok” alapötlete**, hogy az önként vállalt nem-dohányzó magatartást támogatja, megerősíti: a nemdohányzókat megjutalmazza, ha nemdohányzók maradnak. A tanulási folyamathoz hasonlóan a pozitív megerősítés elősegíti a kívánt magatartásforma kialakítását.

**A program célcsoportja** a 7. – 8. osztályok tanulói, mivel ez az a korosztály, ahol hirtelen sokan kezdenek el dohányozni.

Hajdú-Bihar megyében **16 iskola, 45 osztálya** (26 hetedik és 19 nyolcadik osztály) nevezett a programba ((**964 tanuló** részvételével), melyből 33 osztály maradt végig a versenyben.

A benevezett osztályközösségek eldöntötték, hogy vállalják, 5 hónapig nemdohányzó osztályok lesznek, valamint a programtervben szereplő havi feladatokat ( vers-, szlogenírás, logo tervezés, rejtvény, TOTO kitöltés, rajzverseny) teljesítik.

A diákok aláírtak egy „osztály-szerződést” és egy „egyéni-szerződést”, melyekben megígérték, hogy a program alatt nem fognak rágyújtani sehol sem. Az írásos nyilatkozatok az elhatározások megerősítését szolgálták.

A programidőszak: 2008. január 01-től 2008. május 31-ig tartott.

A program zárására ünnepélyes keretek között került sor a Dohányzásmentes Világnaphoz kapcsolódóan. Az ünnepélyes díjkiosztón a versenyző osztályokból az első öt helyezett, valamint a programban aktívan részvevő tanárok, diákok megajándékozására került sor.

Az ünnepség keretében a versenyző diákok munkáiból bemutató, kiállítás volt megtekinthető.

A program a 2008/2009-es tanévben újra meghirdetésre került és jelenleg is folyik, Hajdú-Bihar megyében 15 iskola 25 osztálya részvételével.

## **Parlagfű-mentesítési program**

2008-ban, Hajdú-Bihar megyében, a „Parlagfű-mentesítési program” keretében 53 esemény valósult meg, 5255 fő résztvevővel.

A programok legnagyobb számban a parlagfű mentesítő hét keretében kerültek megszervezésre. Fő cél volt a parlagfű mennyiségének csökkentése, a lakosság tájékoztatása a parlagfű és az allergia jellemzőiről és a védekezés lehetőségeiről.

A lakossági gyűjtési-mentesítési akciók a helyi önkormányzatokkal és civil szervezetekkel együttműködésben szerveződtek

Tapasztalatunk szerint az emberek érdeklődését az előző évekhez viszonyítva is jobban felkeltette az allergiás betegségben szenvedők számának növekedése és az elhanyagolt, gyomos területek tisztán tartására pedig nagyobb igényük mutatkozott.

Az elmúlt évben is rendszeresen részt vettünk a „Parlagfű-mentes Magyarországért” Megyei Koordinációs Bizottság munkájában, folyamatos volt a kapcsolattartás a témában érintett társhatóságok szakembereivel. Aktívan közreműködtünk a Bizottság által meghirdetett demonstrációs nap szervezésében és parlagfű-mentesítő programjában.

A helyi médiumok közreműködésével az akciónap idén is sikeresen ráirányította a figyelmet az allergén növények elleni hatékony és csak társadalmi összefogással eredményes fellépés szükségességére.

Központilag biztosított pályázati keretből 8 helyi civil szervezet parlagfű-mentesítési tevékenységét támogattuk.

A levegő pollenszennyezettségének kimutatására szolgáló *pollencsapdát* 2008. évben is folyamatosan működtettük. A heti pollenjelentéseket rendszeresen továbbítottuk az érintett egészségügyi intézményeknek, médiának.

A pollenjelentések alapján megállapítható, hogy Debrecen légterének pollenkoncentrációja az országos helyzethez hasonlóan emelkedett az előző évekhez képest. Parlagfű pollen tekintetében a nagyon magas pollenterhelésű (100 db pollen/m<sup>3</sup> feletti) napok száma 2007-hez képest megduplázódott, 7 napról 14-re változott. A napi maximum érték is magasabb volt, 2008-ban 805 pollen/m<sup>3</sup>, szemben a 2007. évi 556-tal.

**Település- és Környezet-egészségügy****1. Vízhigiéne, ivóvíz**

Hajdú-Bihar megye területén 87 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 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 2008. évi önellenőrző és hatósági ivóvíz-vizsgálati eredmények alapján a fogyasztási csapnál kifolyó szolgáltatott ivóvíz minősége a fenti kémiai paraméterek vonatkozásában az alábbiak szerint alakult:

**Az ivóvíz minősége kémiai paraméterek vonatkozásában**

Határérték feletti kémiai komponensek	Érintett települések és településrészek száma	Érintett vízművek száma
<b>Bór</b>	5	4
<b>Fluorid</b>	0	0
<b>Ammónium</b>	36	34
<b>Nitrit</b>	15	14
<b>Arzén</b>	54	42

Forrás: ÁNTSz É-a R. I.

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 koncentrációnál 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 vezetékhálózatban. A nitritek egyrészt karcinogének, 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 2009. év.

A program II. ütemében megyénkből már jóval több település vesz részt. Egy-egy település, illetve önálló vízművel rendelkező közintézmény ivóvízellátására vonatkozóan általában több megvalósíthatósági tervdokumentáció is készült. A megvalósíthatósági tanulmányokat elbíráló Tiszántúli Területi Vízgazdálkodási Tanács munkájában és az elvi vízjogi engedélyezési eljárásban szakhatóságként részt vettünk. Az elvi engedélyek új vízbázis bevonására, vízkezelési technológia kialakítására, illetve az ivóvízhálózat rekonstrukciójára irányultak. A program II. üteme az előirányzott határidőig (2009. december 25.) előreláthatólag nem fog befejeződni. (Ismereteink szerint elsősorban az ivóvízminőség-javító beruházásokhoz szükséges önkormányzati saját forrás magas költsége-, illetve az üzemeltetés többletköltsége miatt 24 önkormányzat saját hatáskörben, a programból kiválva kívánja megoldani településének ivóvízminőség problémáját.)

A településeket érintő vízminőségi probléma soron kívüli megoldásának szükségességére, valamint az ivóvízminőség javítását célzó pályázatokon való részvétel fontosságára - az Országos Közegészségügyi Intézet e tárgyban készült tájékoztató anyagának megküldésével - valamennyi, intézetünk illetékességi területén lévő település önkormányzatának figyelmét felhívtuk.

2008. évben intézetünk - országos akcióellenőrzés keretében - kiemelten figyelemmel kísérte a települések ivóvize nitrit tartalmának alakulását. A nitrit határérték túllépésével kapcsolatban Hajdú-Bihar megye területén 33 db rendelkező határozatot adtunk ki, ami 11 szolgáltató szervezetet érintett. A kiadott rendelkezések nyomán 33 víztermelő telep által ellátott 26 település és 5 településrész összesen 61 mintavételi pontján rendeltünk el soron kívüli monitoring vizsgálatokat. Az elrendelő határozatokban szerepelt a vízbiztonságot és vízminőséget javító intézkedési terv megadott határidőig történő elkészítésének kötelezettsége is.

A határozatokról az érintett települések önkormányzatát tájékoztattuk. Intézkedéseink eredményeként a rendkívüli monitoring programot, a beavatkozásokat követő megfelelő vizsgálati eredmények birtokában, 12 esetben az eredetileg megállapított határidőn belül be lehetett fejezni. Az akcióellenőrzés során átmeneti ivóvízellátásra nem került sor. A kifogásolt eredmények többségében a víz magas réteg eredetű ammónium tartalmához kapcsolódtak, a probléma végleges megoldását vízminőség javító műtárgy beépítésében látjuk, ugyanakkor nem elhanyagolható a meglévő technológia, illetve vezetékhalózat gondos üzemeltetésének szerepe sem.

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 38 rendelkező határozatot-, 7 szabálysértési határozatot- és 563 átíratni kötelezést-, felszólítást adtunk ki. 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.

Az indikátor mikrobiológiai vízminőségi jellemzők közül határérték túllépést leggyakrabban a magasabb telepszám, coliform baktérium vagy Pseudomonas jelenléte okozott. Mikrobiológiai szempontból „nem ivóvíz” minősítés elvétve fordul elő, elsősorban E.coli és Enterococcus jelenléte miatt. Az indikátor kémiai vízminőségi jellemzők közül leggyakrabban ammónium, vas, mangán, KOI esetében fordult elő határérték túllépés, míg nem elfogadható vízminőséget elsősorban magasabb arzén, nitrit, bór és trihalometán tartalom okozott. Biológiai kifogásoltság elsősorban férgek, véglények jelenléte miatt alakult ki. A biológiai vizsgálati eredmények a korábbi évekhez hasonlóan igen 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 elmúlt év során négy ivóvíz minőséggel kapcsolatos lakossági bejelentés érkezett intézetünkhöz, melyek elsősorban a víz érzékszervi kifogásoltságára vonatkoztak. A szükséges intézkedést minden esetben megtettük. Két településen (Hajdúnánás és Balmazújváros) üzemeltetői jelzések alapján szereztünk tudomást a közüzemi vízmű fogyasztási pontjain észlelt érzékszervi kifogásokról, mely esetek háttérben - a szolgáltatók feltételezése alapján - illegális házi vízellátó egységek működése sem volt kizárható. Mindkét esetben hatásköri áttétellel étünk az illetékes települési önkormányzathoz.

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

## Fürdővíz

Intézetünk illetékességi területén 87 töltő-ürítő és 112 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. Felmentéssel nem rendelkező töltő-ürítő medence üzemeltetése miatt Püspökladányban és Berettyóújfaluban került sor szabálysértési határozat kiadására. Veszélyes anyagokkal és készítményekkel végzett tevékenységgel kapcsolatban, fürdővízkezelésre nem engedélyezett vegyszer használata miatt, egy esetben került sor kémiai terhelési bírság kiszabására.

A 2008. évi hatósági vizsgálati eredmények alapján a fürdővizek minősítés az alábbiak szerint alakult:

### ***A hatósági fürdővíz-minták mikrobiológiai vizsgálati eredményeinek minősítési kategóriák szerinti megoszlása***

üzemeltetett töltő-ürítő medencék száma	töltő-ürítő medencék vizsgálatának száma összesen	töltő-ürítő medencék vizsgálatának minősítése						üzemeltetett visszaforgató medencék száma	visszaforgató medencék vizsgálatának száma összesen	visszaforgató medencék vizsgálatának minősítése			
		megfelelő		tűrhető		nem megfelelő				megfelelő		nem megfelelő	
		db	%	db	%	db	%			db	%	db	%
87	86	31	36%	11	13%	44	51%	112	107	91	85%	16	15%

Forrás: ÁNTSz É-a R. I.

### ***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 visszaforgató medencék száma	Visszaforgató medencék vizsgálatának száma összesen	visszaforgató medencék vizsgálatának minősítése			
		megfelelő		tűrhető		nem megfelelő				megfelelő		nem megfelelő	
		db	%	db	%	db	%			db	%	db	%
87	36	16	44%	5	14%	15	42%	112	107	88	82%	19	18%

Forrás: ÁNTSz É-a R. I.

Mind a töltő-ürítő, mind a visszaforgatásos rendszerű medencék esetén a nem megfelelést leggyakrabban a határérték feletti Fekal 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 vizének viszonylag magas százalékban előforduló nem megfelelésége 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, termálvizű medencék jelentenek. Fürdőkkel kapcsolatban, négy esetben érkezett panaszbejelentés az ÁNTSZ kistérségi és regionális intézeteihez.

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

### ***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. Ugyanakkor a meglévő csatornahálózat bővítésére került sor Debrecenben, Hajdúsámsonban és Sámsonkertben. A településeken, a csatornázott utcákban sem 100 %-os a rákötési arány. Több település korszerűtlen szennyvíztisztítási technológiával (kétszintes ülepítő) rendelkezik. Az ilyen típusú szennyvíztisztítók környezetvédelmi engedélye hamarosan lejár, ezért az érintett településeknek megoldást kell találni a keletkező szennyvíz megfelelő tisztítására. Kistérségi intézeteink jelezték, hogy a hajdúnánási szennyvíztisztító telepen a keverő-levegőztető hibája okozott gondot a működésben, Újtikos, Tiszagyulaháza egyesített rendszerű csatornahálózata tapasztalatok szerint, nem tudja elvezetni a hirtelen jelentkező nagy mennyiségű esővizet.

### ***2. Talajhiigiéne***

Illetékességi területünkön három korszerű hulladéklerakó telep működik. A bezárásra került települési hulladéklerakó telepek rekultiválása részben megtörtént, részben folyamatban van. 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 kutakat 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 temetőben, 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 gyakran előfordulnak. A jogszabályban foglaltak betartását rendszeresen ellenőriztük, fokozott figyelmet fordítva a sír- és sírboltnyitással kapcsolatos tevékenységekre és a külföldre történő halotyszállítás körülményeire. Az ellenőrzések alkalmával a területi kollégák nem tapasztaltak időn túli temetést. Tárgyévben a boncoló helyiségek közegészségügyi és üzemeltetési körülményeit kiemelt akcióellenőrzés keretében vizsgáltuk. Megállapításra került, hogy a létező boncoló helyiségcsoportok nagy részében nem végeznek boncolási tevékenységet.

### **3. Aerobiológiai hálózat működése**

A pollencsapda továbbra is Debrecenben, az Újvárosháza tetején működik. Az előző évektől eltérően a csapdát az 5. héttől kezdődően egész évben folyamatosan működtettük, a téli időszakban is. A pollencsapda adatai alapján Debrecen légtérének pollenkoncentrációja az előző évekhez képest emelkedett, úgy a parlagfű, mint az összpollenszám tekintetében. A nagyon magas (parlagfű) pollenterhelésű (100 db pollenszem/m<sup>3</sup> feletti) napok száma is emelkedett, 7 napról 14-re. A napi maximum szintén magasabb értéket mutatott 2008. évben (805), mint 2007-ben (556). A pollenjelentéseket évek óta heti rendszerességgel e-mail-en továbbítjuk az illetékes szakemberek-, intézmények-, az ÁNTSZ kistérségi intézetei- és a média számára.

### **Élelmezés-egészségügyi szakterület**

2008. október 01-től az élelmiszerbiztonság felügyeletét a Mezőgazdasági Szakigazgatási Hivatalok végzik. Az elmúlt évben az ÁNTSZ Észak-alföldi Regionális Intézete illetékességi területén az élelmezés-egészségügyi helyzet stabil volt. Élelmiszerek által terjesztett tömeges járvány nem alakult ki, a bejelentett esetek (1 eset magánháztartásban, 4 fő érintettséggel, 1 eset vendéglátásban, 6 fő érintettséggel ) kivizsgálása megtörtént.

Szakterületeken végzett élelmezés-egészségügyi ellenőrzések tapasztalatai:

Az **élelmiszeriparban** a felügyeleti feladatok átszervezése miatt az ellenőrzések száma nem jelentős, a nyilvántartott egységek mintegy 2 %-át érintette, elsősorban célfeladatokra irányulóan.

A **munkahelyi- és közétkeztetés** közegészségügyi helyzete jelentősen nem változott az elmúlt évekhez viszonyítva. Kevés esetben tapasztaltunk - elsősorban a pályázatokon nyert, fejlesztésekre fordított pénzeszegekből adódóan - működési feltételeket érintő, kedvező változást. Az egységcsoportba tartozó konyhák egy része továbbra is régi épületekben működő gyermekétkeztetési konyha, amelyek az alapfeladatok ellátása mellett fokozatosan átveszik - elsősorban a kisebb településeken - a helyi felnőtt étkeztetés szerepét is, ami szakmailag nem tekinthető optimális megoldásnak (kortól, egészségi állapottól, fizikai aktivitástól függetlenül mindenki ugyanazt az ételt fogyasztja).

Ugyanakkor a közétkeztetés élelmezés-egészségügyi helyzetét pozitívan befolyásolja, hogy ezekben az egységekben az üzemeltető-és az alkalmazottak cserélődése nem jellemző, az élelmezésvezetők döntő többsége szakképzett, több évtizedes gyakorlattal rendelkezik, nagy odafigyeléssel és felelősségteljesen végzi munkáját.

Az **élelmiszer-kereskedelemben**, az élelmiszerjogban bekövetkezett változások miatt, az ellenőrzések száma jelentősen csökkent. Ezekben az egységekben elsősorban a kémiai biztonsági-, illetve a nemdohányzók védelméről szóló törvény előírásainak betartását, valamint az étrend-kiegészítő termékek, kozmetikumok forgalmazását ellenőriztük. Tapasztalataink szerint a kiskereskedelmi vállalkozások a nagykereskedelmi hálózatokkal szemben kedvezőtlenebb anyagi feltételekkel rendelkeznek, így a követelményeknek való megfelelés, ezekben az egységekben sok esetben gondot okoz. Az étrend-kiegészítők forgalmazásának ellenőrzése kapcsán megállapításra került, hogy a forgalmazók jogszabályi ismeretei rendkívül hiányosak, e tekintetben a jogsértések elsősorban a tájékozatlanságra és a szakismeret hiányára vezethetők vissza.

A legtöbb személyi mulasztás a gyakori üzemeltetői váltással terhelt **vendéglátó egységekben** (cukrászdák, éttermek, egyéb nyílt árusítású vendéglátás) fordult elő, emiatt a szabálysértési-, helyszíni-és minőségvédelmi bírságok döntő többsége is ezekben az egységekben került kiszabásra. Jellemző problémák közé tartozik az engedélyezett kapacitás túllépése, ami elsősorban az idegenforgalmi szezon szempontjából exponált egységekben gyakori, de nem ritka az önkéntes választékbővítés, az élelmiszerek/ételek túltárolása, nem megfelelő hőfokon tartása, valamint az általános higiénés állapot elégtelen volta sem. A piaci igényekhez alkalmazkodva az egységek nagy részében javultak a tárgyi feltételek, ugyanakkor a személyi feltételekben - az alkalmi munkavállalói kör foglalkoztatása és a nagymértékű munkaerő-vándorlás miatt - visszalépés tapasztalható. Szakképzetlen munkavállalók rövid ideig tartó foglalkoztatása a közegészségügyi előírások betartását kedvezőtlenül befolyásolja.

### **Gyermek-és ifjúság-egészségügy**

Az ellenőrzött egységek higiénés helyzetében-, tárgyi adottságaiban az elmúlt évhez viszonyítva lényeges változás nem történt. Az intézmények jellemzően az évente szükséges tisztasági meszeléseket, kisebb javításokat, karbantartási munkákat tudják csak saját erőből elvégezteni, néhány esetben azt is szülői segítséggel. Nagyobb mértékű felújításra, korszerűsítésre leginkább nyertes pályázatok és fenntartói támogatás esetén van lehetőség. A fenntartó önkormányzatok költségvetése azonban a hiányosságok felszámolását csak ütemezetten teszi lehetővé, elsősorban az anyagi lehetőségek határozzák meg az elvégezhető munkálatok körét. A szűkös anyagi helyzet ellenére 37 új egység átadásáról-, 21 intézmény (tanteremmel, tornateremmel, vizesblokkal, tanműhellyel, bölcsődei csoportszobákkal történő) bővítéséről szereztünk tudomást. 38 intézményben különböző volumenű felújítási-, átalakítási munkálatok (nyílászáró csere, vizesblokk-, tanterem felújítása, világítás-, fűtés korszerűsítése, mozgáskorlátozottak számára akadálymentes környezet kialakítása, berendezési tárgyak cseréje stb.) történtek.

### **A hatósági tevékenység számszerű alakulása 2007-2008-ban**

	2007.	2008.
<b>Egységek száma</b>	1 051	1 055
<b>Ellenőrzött egységek száma</b>	398	374
<b>Ellenőrzések száma</b>	494	401
<b>Átiratok száma</b>	78	87
<b>Határozatok száma</b>	53	22
<b>Bírságoló határozatok száma</b>	0	0

Forrás: ÁNTSz É-a R. I.

### **Évek óta fennálló hiányosságok**

Bagamér, Nagybercsényi u. 2. sz. alatti Óvoda, Általános és Alapfokú Művészeti Iskola, nagyon régi, korszerűtlen épületben működik, zsúfolt, 4 csoport használ 1 mosdóhelyiséget.

Az oktatási intézményeket ellátó főzőkonyhák, tálalókonyhák nagy része felújításra szorul Hajdúböszörményben, Kabán, illetve a püspökladányi Kálvin téri Általános Iskolában.

A gyermek egészségi állapotának megőrzéséhez, a helyes testtartás, állóképesség javítása érdekében kiemelt fontosságú a rendszeres testmozgás, amit többségében az iskolai testnevelés órák keretében végeznek. Sajnos ennek tárgyi feltételei nem minden oktatási intézményben biztosítottak.

### **Tornateremmel, tornaszobával nem rendelkező iskolák**

Hajdúdorog 2. sz. iskola, Hajdúvid, Bodaszőlő, Kokad általános iskolák, Hajdúhadház Szilágyi D. Gimnázium és Közgazdasági Szakközépiskola

### **Az alábbi települések iskoláiban csak tornaszoba van**

Debrecen (Epreskert utcai általános iskola), Hajdúböszörmény (9. sz. általános iskola), Püspökladány (Kálvin téri általános iskola), Szerep, Konyár, Váncsod, Bedő, Újiráz.

Debrecen-Pallagon lévő Balásházy Mezőgazdasági és Közgazdasági Szakközépiskolában a rossz higiénés állapotokra tekintettel a tornaterem használatát a területileg illetékes kistérségi intézet 2006. évben felfüggesztette. A kifogásolt hiányosságok felszámolása jelen időpontig nem történt meg. A kollégiumban lévő konditermet - kis alapterülete miatt - egyidejűleg csak 10-12 fő veheti igénybe.

Debrecenben, a Benedek Elek Általános Iskolában a tornaterem parketta burkolata erősen kilazult, botlás- és balesetveszélyes, emiatt csak részben használható a tornaterem. Ez ügyben a szülők panaszbejelentéssel fordultak az ÁNTSZ területileg illetékes kistérségi intézetéhez.

Debrecenben a Kinizsi Általános Iskolában a tetőbeázás miatt a tornaterem padozata és falazata károsodott, illetve több helyen penészes.

A püspökladányi Kálvin téri Általános Iskolában az alsó tagozatos tanulók részére biztosított tornaszoba nagyon rossz állagú, falburkolata omladozik. A tornaszobához kapcsolódó öltözőhelyiség nem megfelelő, a sportudvar burkolata szintén kifogásolt.

Konyár, Rákóczi u. 18. sz. alatti II. Rákóczi F. Általános Iskolában a tornaszoba rendkívül rossz állagú, falazata, mennyezete nagyon repedezett, balesetveszélyesen omladozik, padozata egyenetlen.

### **Egyéb megoldásra váró feladatok**

Megyénk két településének iskolájában (Újiráz Szabadság tér 5/7. sz. és Váncsod Kossuth u. 35. sz.) a fűtés cserépkályhával történik.

Az általános és középfokú oktatási intézmények egy részében elsősorban a külső nyílászárók állapota nagymértékben kifogásolt (deformáltak, nem zárnak résmentesen, festékhiányosak, elavultak), felújításuk, cseréjük indokolt. A tornatermekhez tartozó szociális helyiségek állaga, állapota több esetben szintén kifogásolt.

Az üzemelő bölcsődék zsúfoltsága (kihasználtságuk 100-120%) miatt férőhelyek bővítésére, intézmények létesítésére az alábbi településeken merült fel igény: Hajdúböszörmény, Hajdúnánás, Hajdúdorog, Polgár, Hajdúsámson, Püspökladány, Nádudvar, Nagyrábé, Földes, Debrecen.

## ***Kémiai biztonság***

2008. évben 3752 egység ellenőrzését végeztük el. 2007. évhez képest az ellenőrzések számában csökkenés tapasztalható, ugyanakkor az ellenőrzések száma az elmúlt évben is jóval meghaladta a korábbi években végzett ellenőrzések számát, aminek az oka, hogy a kémiai biztonsági munkatervi feladatban meghatározottak szerint, minden szakterület kiemelt figyelmet fordított a kémiai biztonsági szempontú ellenőrzések végzésére. A feltárt kémiai biztonsági hiányosságok megszüntetése érdekében 32 rendelkező határozat került kiadásra, kémiai terhelési bírságot kistérségi intézeteink 33 esetben szabtak ki, 1 790 000 Ft. értékben. A megelőző hatósági tevékenység keretében 2 910 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

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 kiemelt figyelmet fordítottunk a „REACH” rendeletben foglalt előregisztrációs lehetőség érintettek számára történő megismertetésével.

## ***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. 2008-ban az összes béta aktivitás-koncentrációjának átlaga aeroszol mintákban: 14,9 mBq/m<sup>2</sup> volt. A fallout minták összegének harminc napra vonatkozó átlagolt összes béta-aktivitás koncentrációja: 25,6 Bq/m<sup>2</sup>/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 kis mértékű csökkenés figyelhető meg.

A Hajdú-Bihar megyei közüzemi **ivóvízmintákban** a  $^{137}\text{Cs}$  aktivitás-koncentrációja 2008-ban az alkalmazott módszerrel elérhető  $1 \text{ mBq/dm}^3$  kimutatási határ alatt volt. Ez megegyezik a korábbi évek tapasztalatával, és az Európai Közösség ajánlásával is. A Hajdú-Bihar megyei ivóvizek negyedévekre átlagolt összes béta-aktivitása 2008-ban  $0,13 \text{ Bq/l}$  volt, ami a WHO által ajánlott  $1,0 \text{ Bq/l}$  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 elsősorban a fogászati röntgenberendezések száma jelentősen nő, többször kiegészülve panorámaröntgen felhasználásával. Ezzel szemben az ipari röntgen és az ipari radiográf felhasználása évek óta folyamatosan visszaszorul, de ugyanez a tendencia észlelhető az iparban használt zárt sugárforrások esetén is.

Összefoglalva megállapítható, hogy Hajdú-Bihar megye területén a 2008. évben a sugárbiztonság minden területen megvalósult. Egyrészt az atomenergiát felhasználó munkahelyeken dóziskorlát-túllépés, valamint személyi túlexpozíció nem történt. A környezeti elemekben sem mérték az átlagost meghaladó radioaktivitást.

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.

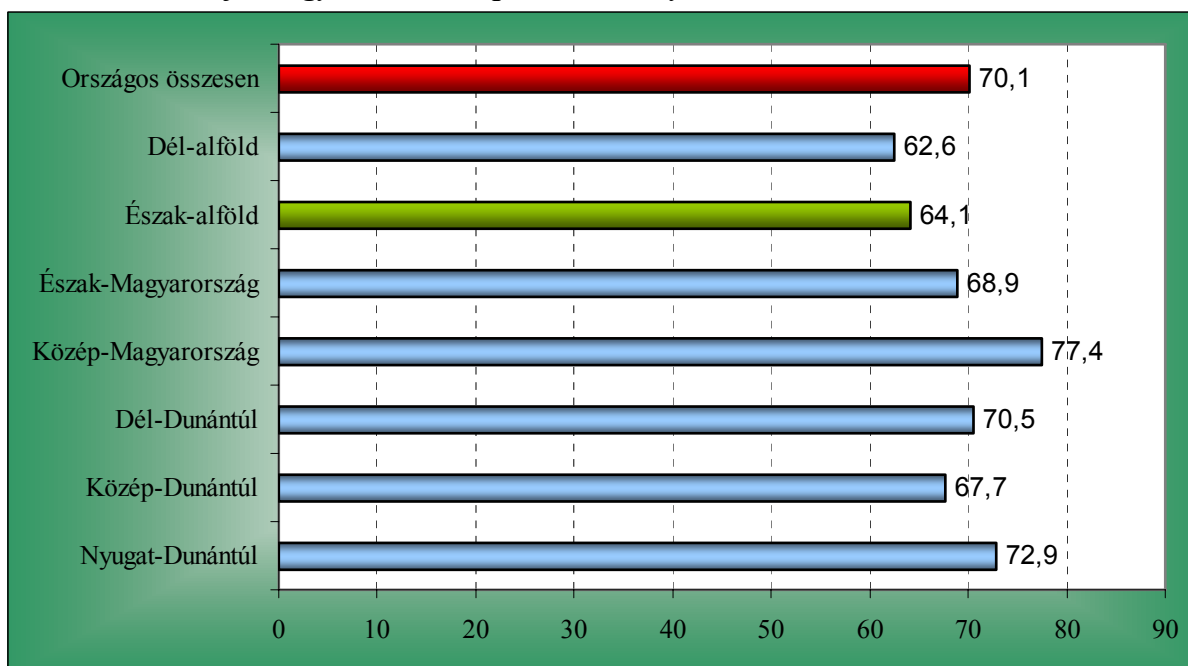
A lakosság egészségi állapotát befolyásoló egyik meghatározó tényező az egészségügyi ellátórendszer, amely az alapellátás, a fekvő- és járóbeteg szakellátás különböző progresszivitási szintű szakterületeinek működésével hivatott biztosítani a gyógyító-megelőző ellátást.

### ***Fekvőbeteg szakellátás***

Az Észak-alföldi régióban a 2007-ben megkezdett reformintézkedések eredményeként 10 285 kórházi ágy áll rendelkezésre a 15 fekvőbeteg szakellátást nyújtó intézményben, amelyek közül öt intézmény súlyponti minősítéssel működik. Ebből Hajdú-Bihar megyében négy intézményben - két területi kórházban, egy kiemelt, súlyponti intézményben és egy ápolási intézetben - történik fekvőbeteg szakellátás.

Az Észak-alföldi régió fekvőbeteg szakellátását összehasonlítva az országos helyzettel megállapítható, hogy a 10 000 lakosra jutó ágyszámok tekintetében az Észak-alföldi Régió az utolsó előtti helyen áll a régiók között, elmaradva az országos átlagtól (70,1).

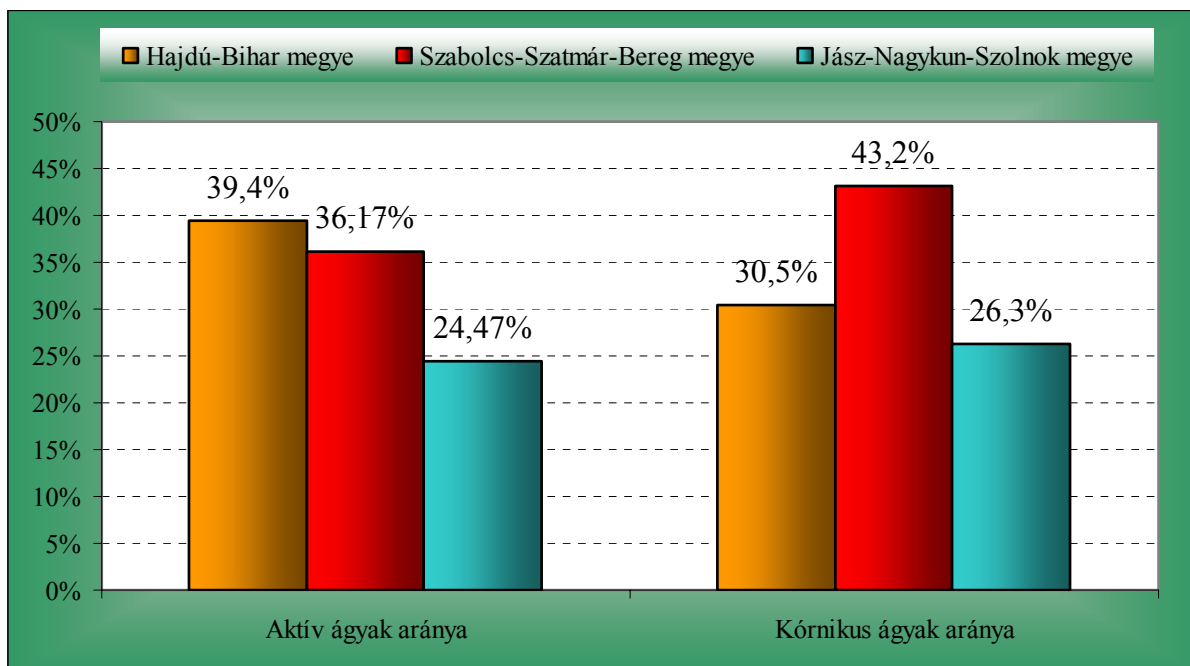
### ***A 10 000 lakosra jutó ágyszámok a kapacitástörvény után***



*Forrás: ÁNTSZ É-a R. I.*

Az egészségügyi ellátórendszert érintő törvényi szintű és egyéb jogszabályi rendelkezések új struktúrát teremtettek az Észak-alföldi Régió fekvőbeteg ellátást nyújtó egészségügyi intézményeiben is.

### *Az Észak-alföldi Régió aktív és krónikus ágyszámainak aránya*



Forrás: ÁNTSz É-a R. I.

Az Észak-alföldi Régiót alkotó megyék között a legtöbb aktív ágyal Hajdú-Bihar megye, a legtöbb krónikus ágyal Szabolcs-Szatmár-Bereg megye rendelkezik. Hajdú-Bihar megye aktív ágyak tekintetében azonban nem tekinthető felülreprezentáltnak, ugyanis a Debreceni Egyetem Orvos és Egészségtudományi Centrum bizonyos szakmák tekintetében egyedül nyújt ellátást a régióban, illetve biztosítja a progresszív ellátás magasabb szintjét az egyes szakterületeken.

Hajdú-Bihar megye fekvőbeteg ellátást biztosító ágyszám struktúrájában - amely 3 792 ágyat foglal magában - legnagyobb részarányban az aktív ágyak (72%) találhatóak, majd a krónikus ágyak (25%) és legalacsonyabb (3%) részarányban az ápolási osztályok betegellátását szolgáló ágyak.

#### ***Fekvőbeteg ellátást nyújtó intézményeket érintő szakmai változások, fejlesztések***

Debreceni Egyetem Orvos és Egészségtudományi Centrumban az Orvosi Rehabilitáció és Fizikális Medicina Tanszék 2008. január 1.-től korszerű eszközökkel kezdte el működését.

Plazmaferezis Centrum nyílt Debrecenben, megfelelően az Európa Tanács direktívájának miszerint "ahol a frakcionálási igényeket kielégítő plazmamennyiség a teljes véradásból nem biztosítható, ott a plazmaferezist kell elősegíteni. A Centrum - az ország második ilyen intézete - a Debreceni Egyetem Orvos és Egészségtudományi Centrumában területén működik és nemzetközi gyakorlatnak megfelelően biztosítja a veleszületett vérzékenységekben szenvedő – haemofiliás - betegek ellátását.

A Kenézy Kórház Rendelőintézet Egészségügyi Szolgáltató Kft és a Debreceni Egyetem Orvos-és Egészségtudományi Centruma 2008. évben – az egészségügyi ellátás strukturális átalakításának folyamatában – együttműködési megállapodást kötött a gyermek fekvőbeteg ellátásra, és a traumatológiai szolgáltatás biztosítására vonatkozóan.

A szerződés értelmében a DEOEC biztosítja a Kenézy Kórház területi ellátási kötelezettségéhez tartozó gyermek fekvőbeteg ellátás fekvőbeteg háttérét, valamint a traumatológiai ellátásra vonatkozóan a Kenézy Kórház teljes körű traumatológiai szolgáltatást biztosít úgy, hogy a saját területi kötelezettségén túl ellátja a DEOEC területi ellátási kötelezettségéhez tartozó traumatológiai betegeket is.

A kórház Szemészeti Osztálya teljesítette a magasabb progresszivitási szinten történő működés feltételeit, ezért II-ről III. progresszivitási szintre való hivatalos átminősítése megtörtént.

Bevezetésre került az egynapos sebészeti ellátás, traumatológia, általános sebészet és szülészet-nőgyógyászat szakmák tekintetében.

Kenézy Kórház Kft-ben megtörtént az Önkormányzati Egészségügyi Holding megalakulásának előkészítése.

A Berettyóújfalu Területi Kórházban megszüntették a püspökladányi telephelyen működtetett 40 ágyas Mozgásszervi Rehabilitációs osztályt és az intézmény székhelyén biztosítanak a betegek számára komfortosabb ellátást. 2008-ban pályázatot nyújtottak be helikopter-leszálló megépítésére, melynek elbírálása folyamatban van

A fekvőbeteg szakellátásban továbbra is hiányzó ellátási forma az intézeti hospice ellátás biztosítása, amelynek hiányát az egyes aktív fekvőbeteg szakellátó osztályok vezetői is megtapasztalták és jelezték írásban is ennek szükségességét az ÁNTSZ Regionális Intézete részére.

### ***Humánerőforrás – hiányszakmák***

Hajdú-Bihar megyében az intézeti tapasztalatok a humánerőforrás biztosításával kapcsolatban az alábbiak:

- Egy intézmény jelzése szerint a hiányzó szakdolgozói álláshelyek csak hosszabb határidővel pótolhatók
- Egy intézmény nevesítette az alábbi szakterületeken a humánerőforrás hiányát
  - Rehabilitáció, onkológia, sürgősségi ellátás, patológia, pszichiátria területén szakorvosi hiány
  - Egészségügyi szakdolgozói területen a szakápolók (felnőtt szakápoló, intenzív szakápoló, onkológiai, pszichiátriai, sürgősségi szakápolók)
  - mentálhigiénikus szakember

A megye négy fekvőbeteg ellátó intézményében a ténylegesen szolgálatot teljesítő szakdolgozók összlétszáma 2 813 fő, az üres állások száma 75, az intézetek által szolgáltatott adatok alapján. A szakdolgozói létszámot meghatározó, az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről szóló 60/2003. (X. 20.) ESzCsM rendelet újbóli módosítása folyamatban van.

A megye fekvőbeteg ellátó intézeteiben az Országos Tisztifőorvosi Hivatal által elrendelt komplex ellenőrzést végezt az ÁNTSZ Regionális Intézete. A vizsgálat komplexitását az igazgatási, kórház-higiénés, ápolási, valamint az ellenőrzésre kijelölt szakma szakfelügyelő főorvosa által azonos időben, országosan egységes szakmai szempontrendszer szerint elvégzett szakfelügyeleti ellenőrzés biztosította.

Hajdú-Bihar megyében sebészet, urológia, traumatológia, sürgősségi betegellátás szakmaterületeken a Gróf Tisza István Kórházban (Berettyóújfalu) és a Kenézy Gyula Kórházban (Debrecen), - mint területi kórházak – történtek szakfelügyeleti ellenőrzések.

A DEOEC Égéssebészeti, Sürgősségi Betegellátó Osztályán, továbbá sebészeti, urológiai és ortopédiai szakma-területeken – mint súlyponti intézmény – történt meg a komplex vizsgálat.

A vizsgálat az intézményekben hatósági intézkedést igénylő tárgyi, személyi, valamint szakmai minimumfeltételek körében mutatkozó hiányosságot az ellenőrzött szakterületeken nem tárt fel.

Az ellenőrzött egységekben 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.

### ***Járóbeteg szakellátás***

A megyében 2008-ban a Megyei Egészségbiztosítási Pénztárral 20 331 órában lekötött kapacitással 36 járóbeteg szakellátást nyújtó szolgáltató végezte a szakmai feladatok ellátást. A járóbeteg szakellátás nyújtásában a fekvőbeteg ellátó intézetek, önálló járóbeteg szakellátást nyújtó intézetek, önkormányzati fenntartásban működő intézményektől feladat átvállalási szerződés alapján működő szolgáltatók, egyházi fenntartású szolgáltatók, Vasútegészségügyi szolgáltató és önálló szolgáltatók egyaránt részt vesznek.

A régió 27 kistérségéből Polgári, Derecske-Létavértesi, Baktalórántházai, Ibrány-Nagyhalászi kistérségekben nem működik önálló járóbeteg szakellátó központ.

A Nemzeti Fejlesztési Terv keretében meghirdetett TIOP 2.1.2 /07/2F járóbeteg szakellátó központ létrehozására szóló pályázati kiíráshoz mindegyik kistérség csatlakozott kapacitás befogadásra. Az Észak-alföldi Regionális Egészségügyi Tanács valamennyi pályázat benyújtását támogatta.

Az uniós pályázat eredményeként új járóbeteg szakellátó központ létrehozására Hajdú-Bihar megyében nincsen lehetőség, az Észak-alföldi régióban Ibrány-Nagyhalászi kistérségében épülhet új szakrendelő.

A járóbeteg szakellátás fejlesztésére ismételten kiírt pályázati felhívásra az első fordulóban eredménytelen pályázók újból benyújtották a pályázatukat a Nemzeti Fejlesztési Ügynökség kiírásának megfelelően. Valamennyi pályázat benyújtását az Észak-alföldi Regionális Egészségügyi Tanács ismételten támogatta.

2008-ban a járóbeteg szakellátás paramétereiben sem óraszámban, sem szakmai összetételben érdemi változás nem következett be.

Változás a járóbeteg szakellátást 2009-ben érinti első ízben a közfinanszírozott járóbeteg szakellátók területi ellátási kötelezettségének meghatározásával annak érdekében, hogy ellátatlan illetve átfedéssel érintett település a megyében ne legyen. 2009 második felétől a fekvőbeteg szakellátáshoz hasonlóan a járóbeteg szakellátást is érinteni fogja a kapacitásmódosítási eljárás, amennyiben a hatályos jogszabályi rendelkezések ezt indokolják.

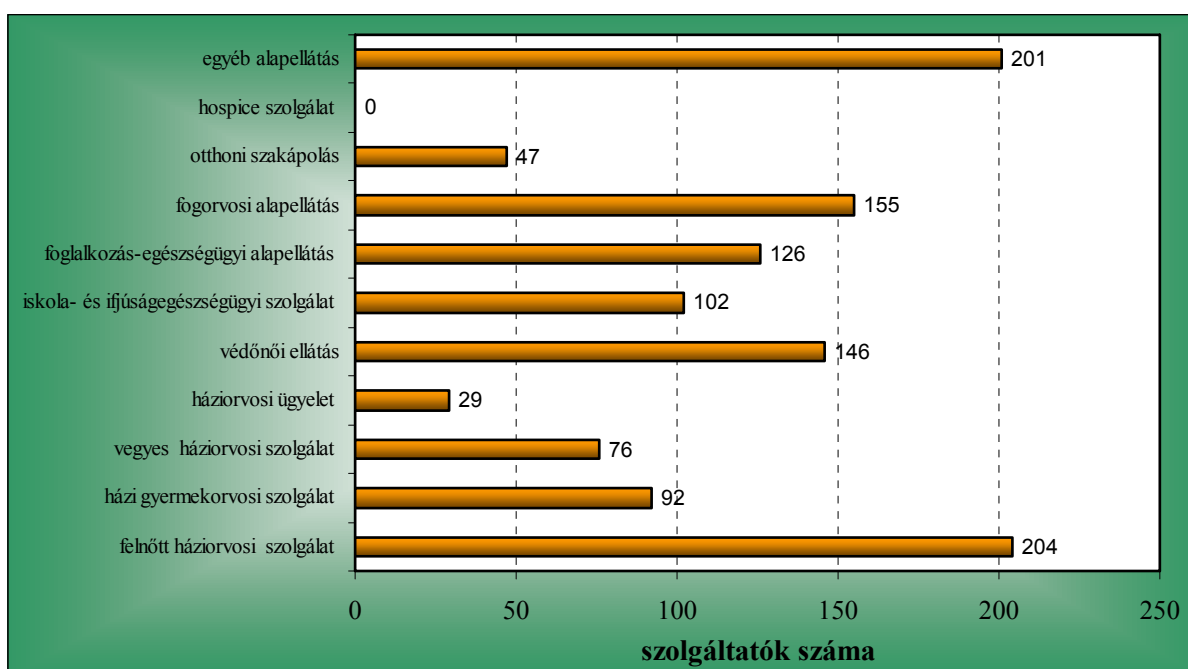
### ***Otthoni szakápolás***

A megyében 47 otthoni szakápolási szolgálat nyújt továbbra is eredményes ellátását a lakosság számára közfinanszírozott formában, azonban otthoni hospice szolgáltatást egyetlen egészségügyi szolgáltató sem végzett a megyében. Ebben a vonatkozásban, 2009-ben várható változás ugyanis egy otthoni hospice szolgáltató kezd meg működését.

## Alapellátás

Hajdú-Bihar megyében 1 178 egészségügyi alapellátást végző szolgáltató áll a lakosság rendelkezésére.

### Alapellátást nyújtó szolgáltatók száma a szolgáltatás típusa szerint Hajdú-Bihar megyében 2008. évben



Forrás: ÁNTSZ É-a R. I.

A megyében az ÁNTSZ hatásköri feladatainak megosztása alapján négy ÁNTSZ Kistérségi Intézet illetékességi területéhez tartozik a településeken nyújtott egészségügyi alapellátások és az önálló járóbeteg szakellátások engedélyezése, az egészségügyi szolgáltatók és szolgáltatások egészségügyi igazgatási, közegészségügyi szakfelügyeleti ellenőrzése, az ágazati jogszabályokban és a szakmai szabályokban foglaltak betartatása, az egészségügyi ellátással kapcsolatos panaszügyek kivizsgálása.

Az ÁNTSZ Kistérségi Intézetei a települési önkormányzatokkal rendszeres és folyamatos kapcsolatot tartanak, és eleget tesznek illetékességi területükön a lakosság egészségügyi ellátását, egészségügyi állapotát érintő tájékoztatási kötelezettségüknek.

## Gyógyszerellátás

A gyógyszerellátás területén 2007. január 01.-től alapvető jogszabályi változás lépett életbe, a 2006. évi XCVIII. törvény rendelkezései lehetővé tették a gyógyszertáron kívüli gyógyszer-forgalmazást, számos új gyógyszertár alapítását és kiszélesítették a gyógyszer-ellátással foglalkozó gazdasági szervezetek körét. 2008-ban a gyógyszertár létesítések és az új üzletek belépése a forgalmazásba megtorpantak. Az év során 1 gyógyszertár megszűnt, egy pedig betegség miatt jelenleg zárva tart, egy üzlet pedig megszüntette a gyógyszerforgalmazást.

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.

#### Gyógyszertárak típusa, száma

Gyógyszer-ellátó helyek	Közforgalmú gyógyszertár	Fiók gyógyszertár	Orvosi Kézi gyógyszertár	Intézeti gyógyszertár	Üzlet	Összesen
2006.	111	24	15	3	–	153
2007.	119	24	14	3	31	191
2008.	120	29	14	3	30	196

Forrás: ÁNTSz É-a R. I.

A számbeli növekedés a gyógyszertárak esetében **a városokat érintette**, és az üzleti forgalmazás is a városokban gyakoribb, ahol már eddig is volt teljes körű gyógyszerhez jutási lehetőség.

A fentiekén túl törvénymódosítás a gyógyszertárak **új szakmai feladatát vezette be, a gyógyszerészi gondozást**, melynek célja a lakosság egészségi állapotának monitorozása, az egészségtudatosság növelése és a gyógyszeres terápia hatékonyságának javítása. A lehetőség **már 42 gyógyszertárban elérhető és folyamatosan bővül**. A tevékenység akkor lehet igazán sikeres, ha a különböző egészségügyi ellátást végzők együttműködése biztosított.

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. További elvándorlás a rendelkezésre állási időt is fogja érinteni, illetve amint azt tapasztaltuk, megindult a nem megfelelő szakképzettségű dolgozók alkalmazása elsősorban a gyógyszerkiadás során, mely az ellátás minőségét és biztonságát veszélyezteti.

**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.

A gyógyszerkiadásra és forgalmazásra vonatkozó szabályozás és információ ellentmondásos és hiányos, a kábító fájdalomcsillapítók esetében a közvetlen gyógyszerári helyettesítés megoldatlansága az egyik legkiszolgáltatottabb betegcsoportban rontja a betegek gyógyszerhez jutási lehetőségét. Az év során technikai problémák is jelentkeztek szolgáltatók számára (pl. maximált fogyasztói árak közzététele, helyettesítések lehetősége, hiányok a gyógyszerek között, elektronikus összeköttetés az OEP-el) ezért hosszabb rövidebb időszakokra gyógyszerellátási problémák is jelentkeztek.

A gyógyszerterek szolgálati ideje az újonnan nyílt gyógyszerterek idejével növekedett, Debrecenben párhuzamosan két gyógyszerter ügyeletes, más változás a szolgálati rendet illetően azonban nem történt.

A gyógyszerterek közül 115 gyógyszerternek a hétköznapi **nyitvatartási** ideje 8 óra, vagy ennél hosszabb (33 település). A hozzáférhetőség ezen túl **készenlét**\* formájában hétköznapiokon zárás után 18 településen, váltott formában folyamatosan 6 településen biztosított. Ezen felül folyamatos **ügyeleti**\*\* ellátást nyújt egyidejűleg a megye 3 településén közforgalmú gyógyszerter. Egy település kivételével az ügyelet váltott formában működik összesen 52 gyógyszerter részvételével. A megyeszékhelyen az év minden napján 08.00 – 22.00-ig nyitva tart ugyanaz a gyógyszerter a városközpontban, emellett még két gyógyszerter működik hosszú nyitvatartási idővel ünnepnapok kivételével. Egy településen, hétfőn napi 2 órát váltva nyitva tartanak a gyógyszerterek. **Összességében a sürgősségi ellátás** a települések 30%-án elérhető hétköznap. Hétfőn és ünnepnap a települések 13%-án van folyamatos (ügyelet vagy készenlét) szolgálat. Az erre vonatkozó aktuális információ minden közforgalmú- és fiókgyógyszerter bejáratánál, a helyi médiában és az ÁNTSz Észak-alföldi Regionális Intézete honlapján ([www.antsz.hu](http://www.antsz.hu)) és a [www.ugyelet.hu](http://www.ugyelet.hu) honlapon folyamatosan megtalálható.

A gyógyszerterek **megváltozott építészeti feltételeit** a gyógyszerterek egyharmada csak az épület átalakítása útján tudja teljesíteni. Az 1998. évi XXVI. tv. rendelkezéseinek megfelelő, a mozgáskorlátozottak részére is alkalmas bejáratok a gyógyszerterek több mint felénél készültek el, a továbbiakban is folyamatosan figyelemmel kísérjük ennek alakulását. Több gyógyszerter működik önkormányzati tulajdonú ingatlanban így a bejáratok átalakítása az önkormányzatok részére is feladatot jelenthet. Az átalakítás nem minden gyógyszerter esetében lesz lehetséges, műemléki védettség, közlekedési és településrendezési köztartások miatt. Ezekben a helyeken különféle hívórendszerek felszerelése lehetséges, és a házhozzállítás megszervezése, elterjedése is megoldást jelenthet.

**Fontosnak** tartom megjegyezni, hogy a lakosság részéről felmerült panaszok száma az év során az előző évekéhez képest alacsonyabb volt, mely a saját tapasztalatainkkal együtt egyelőre azt igazolja, hogy **a változások ellenére az ellátórendszer alapvetően teljesítette a vele szemben támasztott elvárásokat.**

---

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

\*\* A gyógyszerter bejáratán elhelyezett jelzőcsengővel kérhető azonnali gyógyszerkiadás.