



HAJDÚ-BIHAR MEGYEI
KORMÁNYHIVATAL

Népegészségügyi Szakigazgatási Szerve

***2010. évi
Tájékoztató
a Hajdú-Bihar Megyei Önkormányzat számára
a megye lakosságának egészségi állapotáról***



***Debrecen, 2011. április
Dr. Pásti Gabriella
mb. megyei tiszti főorvos***

Tartalomjegyzék

1. Bevezetés	4
1.1. Adatforrások	4
1.2. Elemzési módszerek	5
2. Demográfiai helyzet	6
2.1. A lakosság korösszetétele	6
2.2. Születés, halálozás, természetes szaporodás/fogyás	7
2.3. Születéskor várható átlagos élettartam	9
3. Foglalkoztatottság	10
4. Halandóság	11
4.1. Általános halandóság	11
4.2. Haláloki struktúra	13
4.3. Okspecifikus halandóság	14
4.3.1. A keringési rendszer megbetegedései okozta halálozás	14
4.3.1.1. A szív-érrendszeri megbetegedések okozta halálozás	16
4.3.1.2. Az agyérbetegségek okozta halálozás	16
4.3.2. Daganatok okozta halálozás	17
4.3.2.1. Légcső, hörgő, tüdő rosszindulatú daganatai okozta halálozás	19
4.3.2.2. Vastagbél, szigmabél, végbél rosszindulatú daganatai okozta halálozás	19
4.3.2.3. Női emlő és a méhnyak rosszindulatú daganatai okozta halálozás	19
4.3.3. Emésztőrendszer betegségei okozta halálozás	20
4.3.4. Légzőrendszer betegségei okozta halálozás	22
4.3.5. Külső okok miatti halálozás	24
5. Morbiditás	26
5.1. A morbiditás alakulása a Háziorvosi Morbiditási Adatgyűjtési Program (HMAP) alapján	26
5.1.1. A keringési rendszer betegségei	27
5.1.2. Daganatos megbetegedések	28
5.1.3. Cukorbetegség és krónikus májbetegség, májzsugor	29
5.2. A szervezett lakossági szűrővizsgálatok eredményei	30
5.2.1. Emlőszűrés	30
5.2.2. Méhnyak-szűrés	31
5.2.3. Vastagbél daganat szűrése	32
5.3. A gyermek- és ifjúsági korosztály egészségi állapotának jellemzői	33
5.4. Fertőző betegségek morbiditása	35
5.4.1. Fertőző betegségek	35
5.4.2. Lyssa fertőzésre gyanús sérülés	35
5.4.3. Védőoltások	35
5.4.4. HIV szűrés, tanácsadás	36
5.4.5. Kórházhigiénés tevékenység	36
5.4.6. Tuberkulózis	37
5.4.7. Influenza	37
6. Az ifjúság és a felnőtt lakosság körében végzett egészségfejlesztési tevékenység	38
7. Környezeti tényezők	40
7.1. Település- és környezet-egészségügy	40
7.1.1. Vízhigiéné, ivóvíz	40
7.1.2. Fürdővíz	45

7.1.3.	Aerobiológiai hálózat működése	46
7.1.4.	Levegőhigiéne	47
7.1.5.	A klímaváltozás egészségi hatásai	48
7.2.	Gyermek- és ifjúság-egészségügy	48
7.3.	Kémiai biztonság	49
7.4.	Élelmezés- és táplálkozás-egészségügy	49
7.5.	Sugárbiztonság	49
8.	Egészségügyi ellátás	51
8.1.	Alapellátás	51
8.2.	Otthoni szakápolás, hospice ellátás	52
8.3.	Járóbeteg szakellátás	52
8.4.	Fekvőbeteg szakellátás	56
8.5.	Gyógyszerellátás	59
9.	Összefoglaló	61
10.	Melléklet	63
10.1.	<i>A halálozás területi egyenlőtlenségei a 25-64 éves korcsoportban Hajdú-Bihar megye kistérségeiben, 2005-2008</i>	63
10.1.1.	Balmazújvárosi kistérség	63
10.1.2.	Berettyóújfalui kistérség	64
10.1.3.	Debreceni kistérség	65
10.1.4.	Derecske-Létavértesi kistérség	66
10.1.5.	Hajdúböszörményi kistérség	67
10.1.6.	Hajdúhadházi kistérség	68
10.1.7.	Hajdúszoboszlói kistérség	69
10.1.8.	Polgári kistérség	70
10.1.9.	Püspökladányi kistérség	71
10.2.	<i>Az emlőszűrés 2010 évi eredményei Hajdú-Bihar megye településein</i>	72
10.3.	<i>Fürdővizek minősítése 2010. évben</i>	74
10.3.1.	Fürdővizek hatósági és önkontroll vizsgálati eredményei 2010. évben	74
10.3.2.	Fürdőmedencék vízének minősítése 2010. évben	75

1. Bevezetés

A lakosság egészségi állapotának folyamatos figyelemmel kísérése, a szükséges preventív intézkedések meghozatala és/vagy azok szorgalmazása a Tisztiorvosi Szolgálat törvényben meghatározott feladatai közé tartozik. Az 1991. évi XI. törvény 6. §-a 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 döntően befolyásolja 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.

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.

Tájékoztatónkban fel kívánjuk hívni 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.

Célunk, hogy a megye lakosságának egészségi állapotát az önkormányzat képviselői megismerjék és a károsan ható tényezők kiküszöbölésére 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 forrása a Közigazgatási és Elektronikus Közszolgáltatások Központi Hivatala. A mortalitási adatok forrása a Központi Statisztikai Hivatal. A demográfiai adatok forrásai területi statisztikai évkönyvek voltak.

A lakónépességi és a mortalitási adatokat egyaránt az Országos Környezetegészségügyi Intézet bocsátotta rendelkezésünkre.

A standardizált halálozási arányszámok az Országos Szakmai és Módszertani Központtól és a Health for All adatbázisból származnak.

A morbiditási adatok forrása az ÁNTSZ és a Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum Népegészségügyi Kara által működtetett monitorozó rendszer (Háziorvosi Morbiditási Adatgyűjtő Program) volt. Az iskola-egészségügyi adatokat az Országos Szakmai és Módszertani Központ biztosította számunkra.

1.2. Elemzési módszerek

A **halálozás időbeni** változásának vizsgálatára korszecifikus *standardizált halálozási arányszámot* (SHA) használtunk és az 1986-2009-es évekre nemenként elemeztük. A standard az 1976-os „Európai Standard Populáció” volt.

A **területi halálozási különbségek** kimutatására indirekt *standardizált halálozási hányadost* (SHH) számoltunk. Ez a mutató százalékos formában fejezi ki a vizsgált terület halálozását az országos átlaghoz (100%) viszonyítva.

A kistérségek halálozási elemzéséhez a **2005-2008** évek **25-64** éves korcsoport összevont lakónépességi és halálozási adatai kerültek felhasználásra, az alacsony esetszámok okozta ingadozás elkerülése érdekében. A korcsoport megválasztását az indokolta, hogy az időskori halálozások túlsúlya miatt az időskori jellegzetességek eltakarnák a fiatalabb korosztályok halálozásának sajátos problémáit.

A vizsgálat a Rapid Inquiry Facility (RIF) szoftver segítségével történt, amely az „Európai Környezet-egészségügyi Információs Rendszer a Kockázatelemzésre és az Expozíció- és Betegségterképezésre” (EUROHEIS) project célkitűzéseinek megfelelően került kifejlesztésre.

A kapott eredmények a következők szerint kerültek értékelésre:

SHH \leq 85%: a vizsgált populációban a halandóság *lényegesen alacsonyabb* az országos szintnél

SHH = 85,1-95%: a vizsgált populációban a halandóság *mérsékelten alacsonyabb* az országos szintnél

SHH = 95,1-105%: a vizsgált populációban a halandóság *nem különbözik lényegesen* az országos szinttől, országosnak megfelelő

SHH = 105,1-115%: a vizsgált populációban a halandóság *mérsékelten magasabb* az országos szintnél

SHH \geq 115,1%: a vizsgált populációban a halandóság *lényegesen magasabb* az országos szintnél

A véletlen eltérések tesztelésére statisztikai próbát, *Poisson-próbát* alkalmaztunk, melynek eredményéből megállapítható *p-érték* alapján a szignifikancia szint megítélhető.

A szignifikancia szintek jelölése a térképeken az alábbiak szerint történt:

*	$p < 0,05$	szignifikáns eltérés
**	$p < 0,01$	erősen szignifikáns eltérés
***	$p < 0,001$	igen erősen szignifikáns eltérés
(nincs jelölés)	$p \geq 0,05$	nem szignifikáns eltérés

A **morbiditás** elemzésekor a szív- és érrendszeri betegségek, illetve a cukorbetegség, májbetegség, valamint egyes daganatos betegségek gyakorisági viszonyait szemléltettük Hajdú-Bihar megyében. A betegségek előfordulásának mértékét a 2008-2009-es évi új esetek előfordulási gyakoriságának (**incidencia**) átlagával jellemeztük, korcsoportos és nemenkénti bontásban.

A mortalitási mutatók és az emlőszűrés megjelenési arányainak részletes táblázatai a mellékletben találhatóak.

2. Demográfiai helyzet

2.1. A lakosság korösszetétele

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

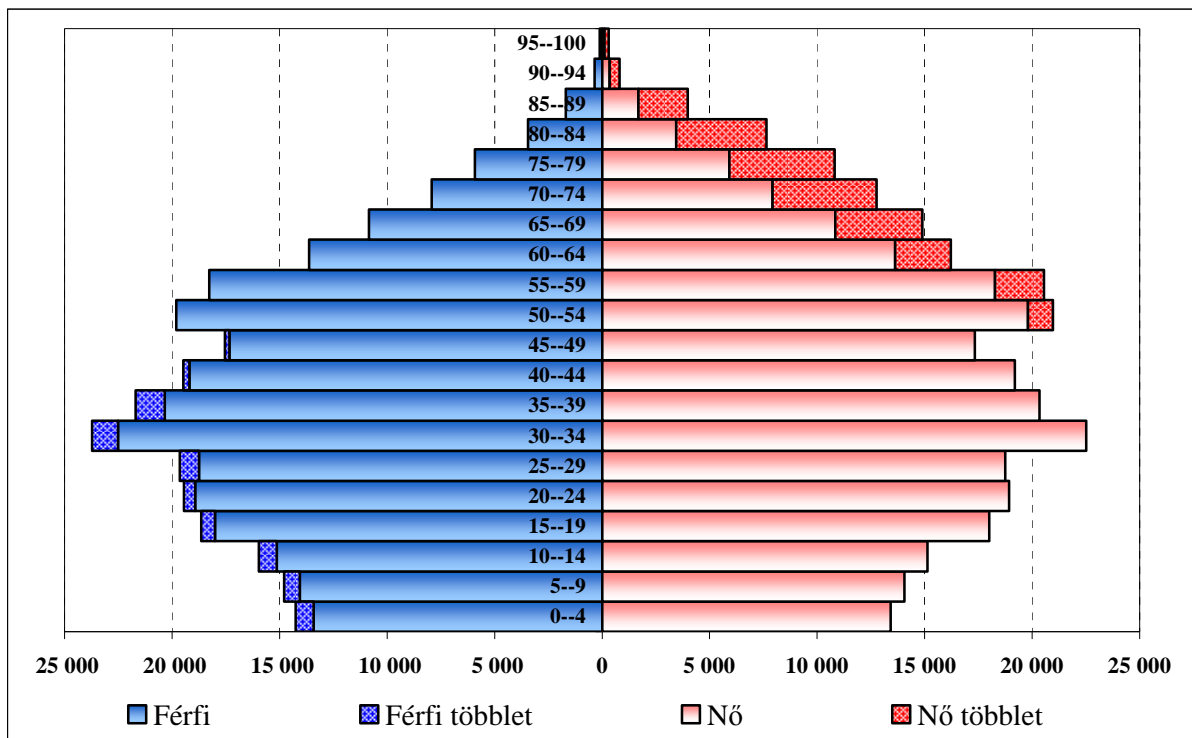
Hajdú-Bihar megye népességszáma 2010. január 1-jén 541 298 fő, amely az ország népességének 5,4%-át jelenti. Ez 894 fővel kevesebb, mint 2009-ben és 12 070 fővel kevesebb, mint 2000-ben. A népsűrűség 87,2 fő/km². A megye igen jelentős mértékben urbanizált, a lakosság 80,19%-a városokban él.

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

A megye népességének túlnyomó részét mindkét nemben a munkaképes korosztály (15-64 évesek) adja, férfiben ez az arány 71,4%, nők esetében pedig 67%.

Hajdú-Bihar megye lakosságát 2010-ben az előregedő és bizonyos korcsoportok viszonylagos hiányával küzdő társadalmakat jellemző korfa jellemezte, mely szerint a gyermekkorú, a fiatal középkorú, valamint a 80 éves és idősebb népesség létszáma nagyon alacsony volt. A munkaképes népesség előregedése figyelhető meg. Legnagyobb létszámúak a 30-39 éves és az 50-54 éves korcsoportok. A születéskor a fiúk többen vannak, mint a lányok, azonban a férfiak magasabb halandósága miatt ez az életkor előrehaladtával kiegyenlítődik, majd pedig 50 év felett nőtöbbség alakul ki.

1. ábra: Hajdú-Bihar megye népességének korösszetétele a férfi-női többlet feltüntetésével 2010. január 1-jén

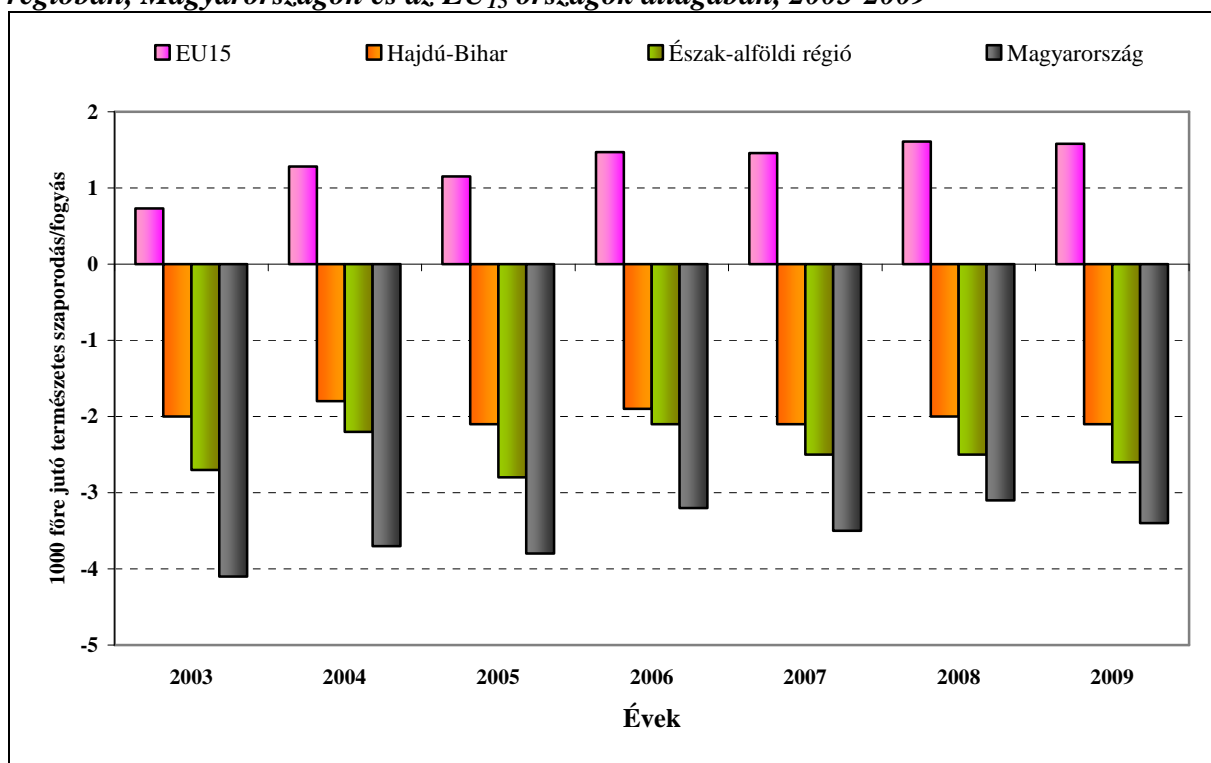


Forrás: KEK KH

2.2. Születés, halálozás, természetes szaporodás/fogyás

A népesség természetes fogyása hazánkban már több évtizedes folyamat. Hajdú-Bihar megye természetes fogyása lényegesen kedvezőbb Magyarország és az Észak-alföldi régió átlagánál is, ennek ellenére az EU₁₅ tagállamaiban megfigyelhető folyamatos növekedéstől messze elmarad.

2. ábra: a természetes szaporodás/fogyás Hajdú-Bihar megyében, az Észak-alföldi régióban, Magyarországon és az EU₁₅ országok átlagában, 2003-2009



Forrás: KSH

Bármely társadalom fejlettségének fokmérője a csecsemőhalálozás (1 000 élveszületésre jutó 1 éves kor alatti halálozások száma) alakulása. A csecsemőhalálozás aránya a megyében kedvezőbb, mint az országos átlag. A KSH adatai alapján az 1 000 élveszületésre számított csecsemőhalálozás 2009-ben 4,9‰ volt, mely a régiós értékhez viszonyítva (5,6‰) igen kedvező, azonban az előző évhez (3,6‰) képest rosszabb.

A csecsemőhalálozást az egészségügyi ellátórendszer minősége és társadalmi, gazdasági tényezők befolyásolják. A csecsemő veszélyeztetettségét előre vetítő előidéző tényezők – alacsony iskolai végzettség, kiszorulás a munkaerőpiacról, rossz lakásviszonyok, sok gyermek, káros szenvedélyek, rendezetlen családi viszonyok, az egészségügyi ellátás negálása – elsősorban a késői csecsemőhalálozásban jelennek meg.

Míg az újszülötthalálozás csökkentésében elsősorban a magasán képzett szakembereknek és a korszerű diagnosztikának, terápiának van szerepe, addig a késői csecsemőhalálozásban inkább a területi munkát végző szakembereknek (védőnő, házi orvos) és a szociális segítségnyújtásnak (önkormányzatok, családsegítők, gyermekjóléti) jut a főszerep, kiegészítve az oktatással.

Az úgynevezett magzati veszteség aránya százalékosan mutatja meg, hogy száz élveszülöttre hány százalék megfogant, de meg nem született újszülött esik. A magzati veszteséget

legnagyobb arányban mindig a megszakításokból eredő veszteségek adták, másik két eleme a halvaszülés (ez ismert) és a vetélések (ez nem ismert).

A terhesség-megszakítások miatti magzati veszteség 50% körül van, szinte folyamatosan, a húsz év vonatkozásában. A terhesség-megszakítások száma 2009-ben 2 299 fő volt, 195 fővel kevesebb, mint előző évben.

A terhesség-megszakításon átesett nők 65,4%-a alapfokú, vagy annál alacsonyabb szintű iskolai végzettséggel rendelkezik. Nem sikerül javulást elérni a 15 év alatti és a 15-19 éves korcsoportokban, együttes arányuk 12,6 %. A kérelem indoka a legtöbb esetben a súlyos válsághelyzet.

A megyében a családvédelmi feladatokat 6 családvédő védő végzi 7 tanácsadóban. Munkájuk segítésére szervezzük rendszeresen az ún. „Esetmegbeszélő konzultációkat”, melyeket a védők rendkívül hasznosnak ítélnek 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 védő és 1 fő regionális vezető védő felügyelte 2010-ben. A védői szolgálatok száma 301. A védőhiány megyszerte kb. 10%-os.

Különösen rossz a helyzet a Berettyóújfalui Kistérségi Intézet területén, ahol a védői körzetek 41,7 %-a tartós, három hónapon túli helyettesítéssel van ellátva.

A védői ellátásra kiadott működési engedélyek száma 73, ezek 24,7%-a ideiglenes engedély.

A megyében 21 szolgáltató végzi vállalkozásban az ellátást, a területi körzetek 56,5%-a, az iskolavédői körzetek 75%-a valamilyen vállalkozási formában ellátott. A tanácsadók száma 101. A védők közel 30 000 családot gondoznak.

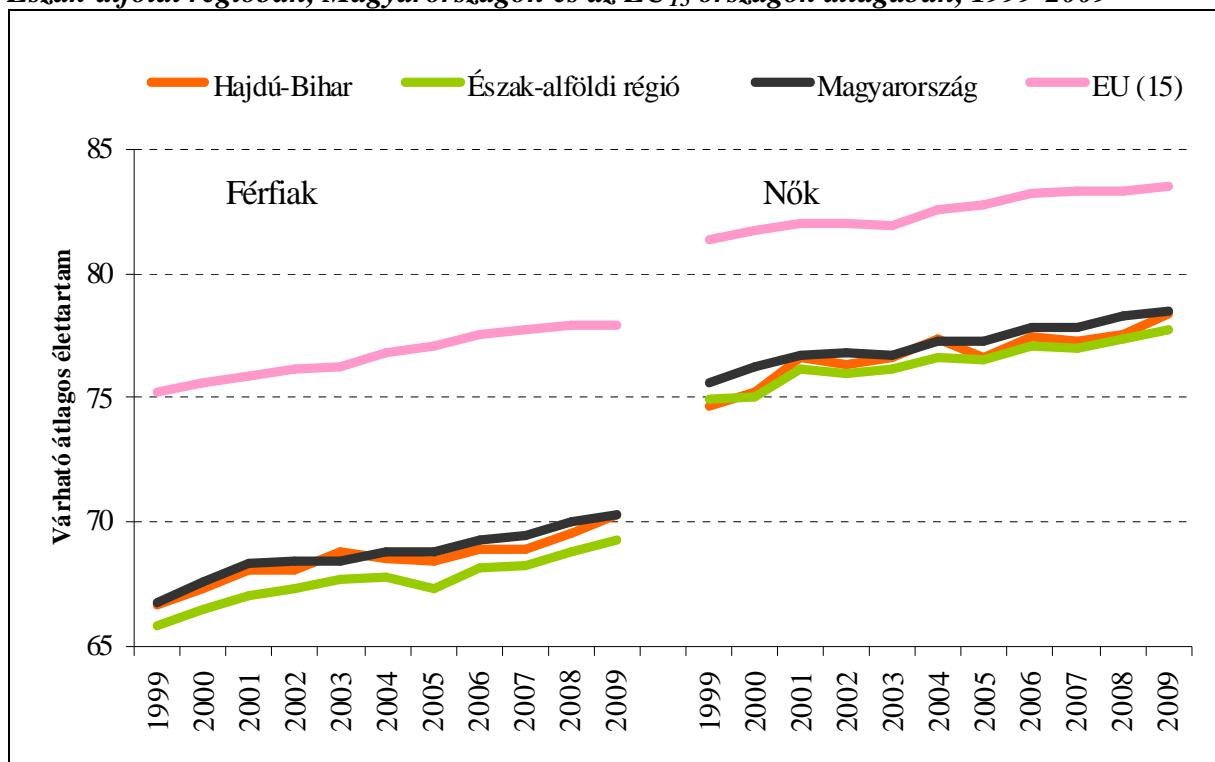
2.3. Születéskor várható átlagos élettartam

Egy adott naptári évre vonatkoztatott születéskor várható átlagos élettartam azon életévek száma, amelyek születéstől kezdve átlagosan megélhetőek lennének az adott évi korszpecifikus halálozási arányszámok jövőbeni változatlan érvényesülése esetén.

Magyarországon belül az Észak-alföldi régióhoz tartozó területek a rosszabb életesélyű részeknek tekinthetők, ahol a halandósági mutatók változatlanul maradása mellett rosszabb életkilátásai vannak az itt élő lakosságnak. Ugyanakkor hazánkban, és így Hajdú-Bihar megyében is, folyamatosan emelkedő tendencia figyelhető meg a várható élettartamban, de sajnálatos tény, hogy az érték ennek ellenére is messze elmarad az Európai Unióban megfigyelhető szinttől. Hajdú-Bihar megye az országos átlagnál rosszabb mutatóval rendelkezik.

2009-ben az EU₁₅ államaiban a nők születéskor várható átlagos élettartama 83,47 év volt, a férfiaké pedig 77,97 év. Hazánkban 2009-ben a nők ennél 5 évvel, a férfiak 7,68 évvel remélhetnek kevesebb életévet (születéskor). Hajdú-Bihar megyében mind a nők, mind a férfiak az országos átlagnál valamivel rövidebb várható átlagos élettartamot remélhetnek (nők 0,1 évvel, férfiak 0,03 évvel).

3. ábra: a születéskor várható átlagos élettartam alakulása Hajdú-Bihar megyében, az Észak-alföldi régióban, Magyarországon és az EU₁₅ országok átlagában, 1999-2009

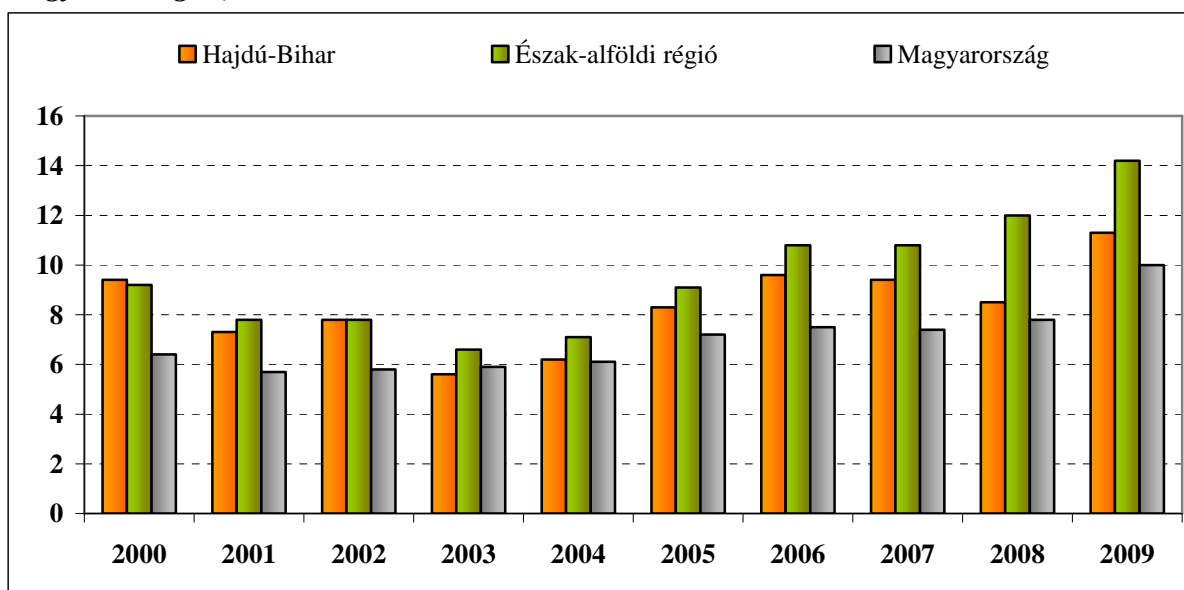


Forrás: HFA-DB és KSH

3. Foglalkoztatottság

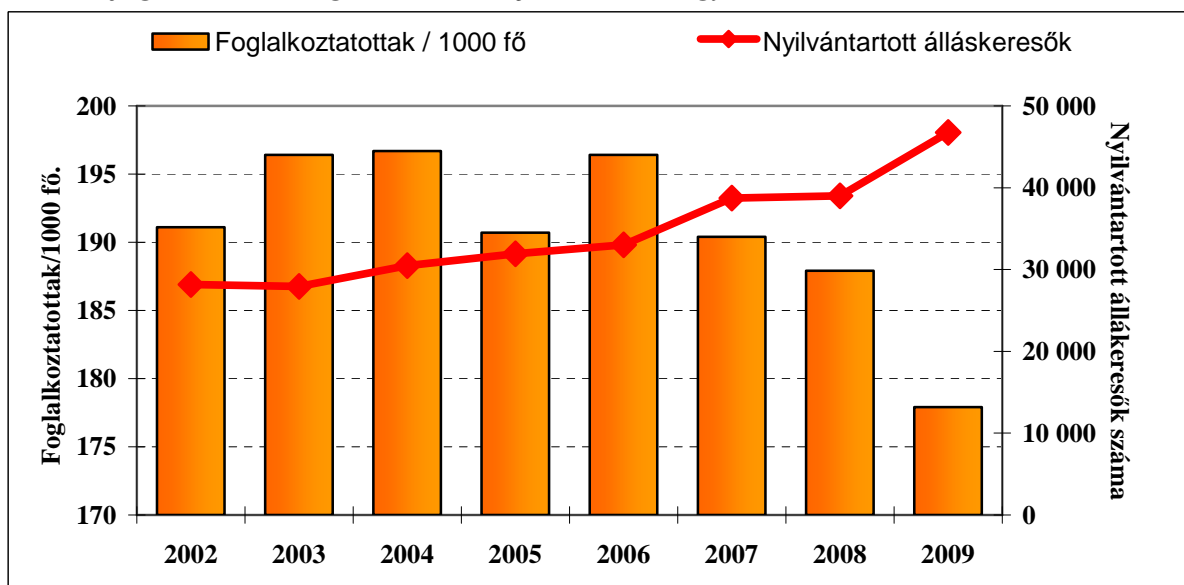
Az egészségi állapot szempontjából mind a foglalkoztatottság, mind a munkanélküliség fontos tényező. Hajdú-Bihar megyében a nyilvántartott álláskeresők számának emelkedését tapasztaljuk, 2002 és 2009 között a számuk 18 577 fővel nőtt. A munkanélküliek számának emelkedésével párhuzamosan csökkent a foglalkoztatottak száma: míg 2006-ban 196,4 jutott ezer lakosra, addig 2009-ben már csak 177,9. A megyei munkanélküliségi arány 2006 és 2008 között folyamatosan csökkent, azonban 2009-ben jelentősen emelkedett (11,3%) miközben az országos átlagot (10%) is folyamatosan meghaladta.

4. ábra: munkanélküliségi arány Hajdú-Bihar megyében, az Észak-alföldi régióban és Magyarországon, 2000-2009



Forrás: KSH

5. ábra: foglalkoztatottsági mutatók Hajdú-Bihar megyében 2002-2009



Forrás: KSH

4. Halandóság

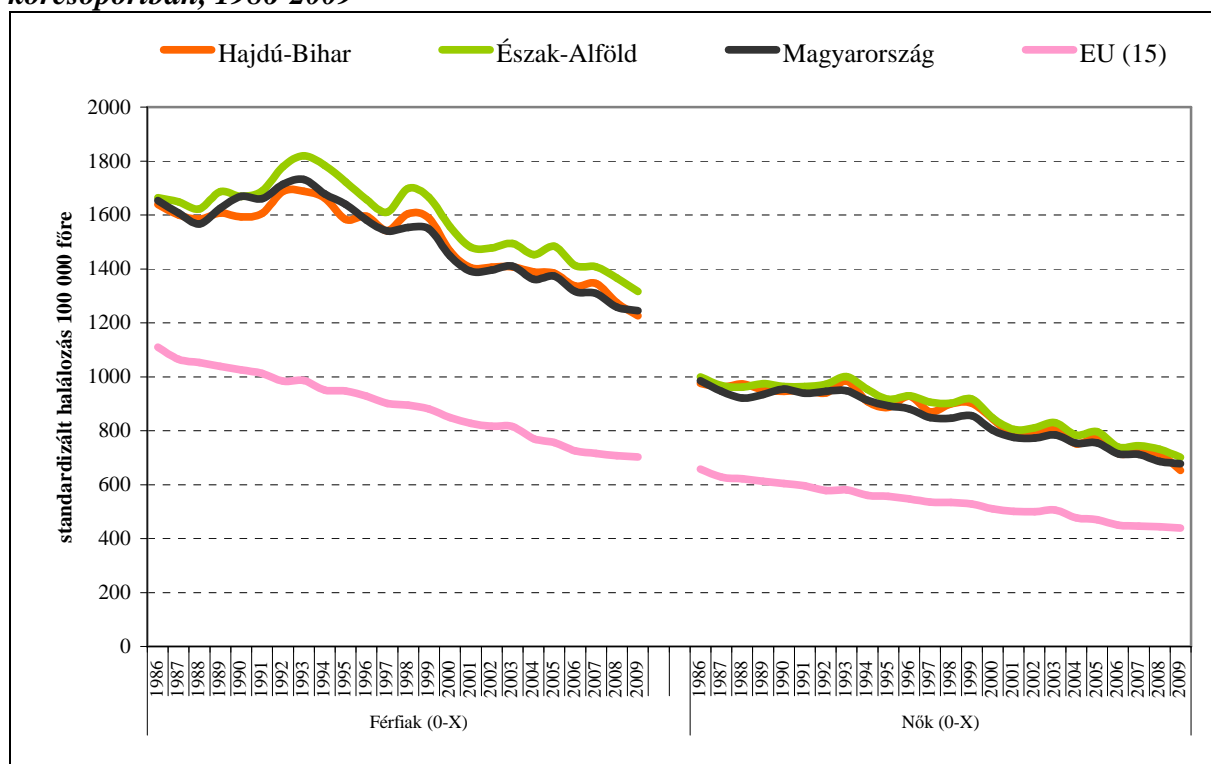
4.1. Általános halandóság

Hajdú-Bihar megyében 2009-ben 6 395 ember halt meg, ebből 3 363 férfi és 3 032 nő. Nemzetközi és hazai halandósági viszonyoknak megfelelően a megyében is kedvező folyamatok zajlottak, az elmúlt két évtizedben jelentősen csökkent a halálozás.

A férfiak halálzásának időbeli alakulását vizsgálva a megyében a hazai átlagnak megfelelő halálozási viszonyok figyelhetők meg, de míg a 90-es évek közepe előtt az országos átlagnál kissé alacsonyabb értékekkel bírt, 1995-től jellemzően magasabb volt a halálozás kockázata. Nők esetében néhány évtől eltekintve folyamatosan meghaladta a hazai átlagot a halálozás kockázata, azonban a különbség a 10%-ot egyszor sem érte el.

Figyelemre méltó, hogy a férfiak halálzása mintegy kétszerese a nőkének. Az EU₁₅ tagállamainak átlagához képest mindkét nemben több mint 1,5-szeres a halálozás kockázata.

6. ábra: általános halandóság alakulása (BNO 10: A00-Z99) Hajdú-Bihar megyében, az Észak-alföldi régióban, Magyarországon és az EU₁₅ országok átlagában, a 0-X éves korcsoportban, 1986-2009

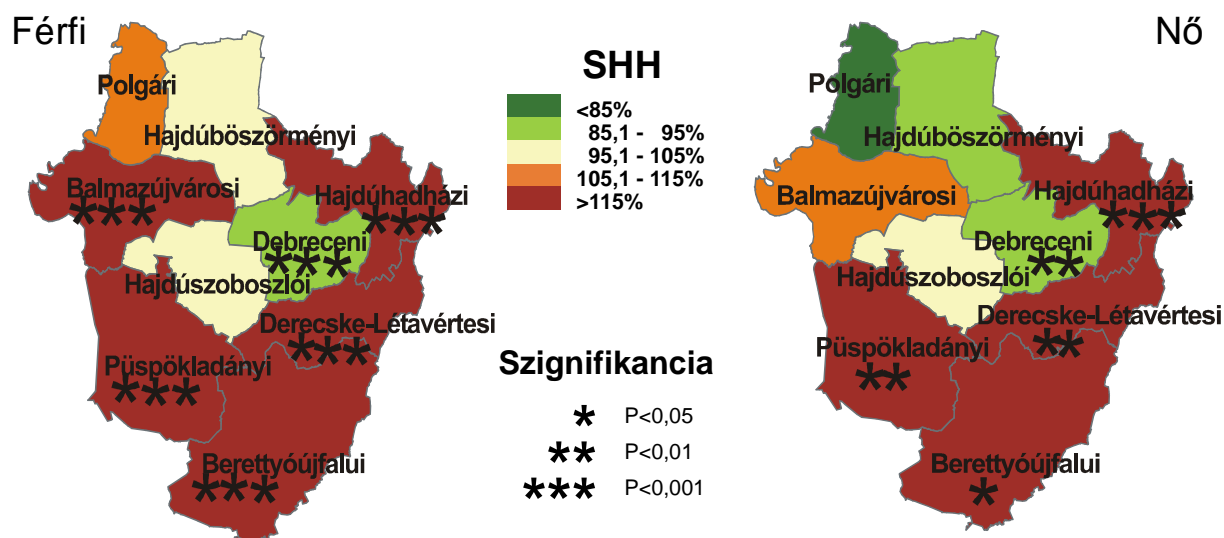


Forrás: OSZMK

Hajdú-Bihar megye korai halálozásának területi egyenlőtlenségeit vizsgálva azt tapasztaljuk, hogy a két nemben hasonló térbeli mintázat figyelhető meg. Az országos viszonyokhoz képest többelhalálozás látható a **Balmazújvárosi, a Berettyóújfalui, a Derecske-Létavértesi, a Hajdúhadházi és a Püspökladányi** kistérségekben, illetve férfiaknál még a Polgári kistérségben tapasztalható **emelkedett kockázat**.

Férfiaknál a Polgári kistérségben, nőknél a Balmazújvárosi kistérségben nem volt statisztikailag bizonyítható a halálozási többlet. Mindkét nemben szignifikánsan mérsékeltен kedvezőbb a halálozás kockázata a Debreceni kistérségben.

7. ábra: általános (BNO 10: A00-Z99) korai halálozás területi egyenlőtlenségei a 25-64 éves korcsoportban, férfiak és nők körében Hajdú-Bihar megyében, 2005-2008 folyamán



Forrás: HBM KH Népegészségügyi Szakigazgatási Szerve

1. táblázat: a 25-64 éves FÉRFIAK összhálaozásának eltérései az országos szinttől (SHH=100%) Hajdú-Bihar megye kistérségeiben, 2005-2008

Balmazújvárosi	Berettyóújfalui	Debreceni	Derecske-Létavértesi	Hajdúböszörményi	Hajdúhadházi	Hajdúszoboszlói	Polgári	Püspökladányi
120,8*	117,1*	85,5*	128,8*	100,2	135,9*	97,5	111,8	124,2*

* szignifikáns érték ($p < 0,05$)

Forrás: HBM KH Népegészségügyi Szakigazgatási Szerve

2. táblázat: a 25-64 éves NŐK összhálaozásának eltérései az országos szinttől (SHH=100%) Hajdú-Bihar megye kistérségeiben, 2005-2008

Balmazújvárosi	Berettyóújfalui	Debreceni	Derecske-Létavértesi	Hajdúböszörményi	Hajdúhadházi	Hajdúszoboszlói	Polgári	Püspökladányi
108,5	115,3*	90,2*	124,5*	88,5	124,6*	98,7	82,4	120,4*

* szignifikáns érték ($p < 0,05$)

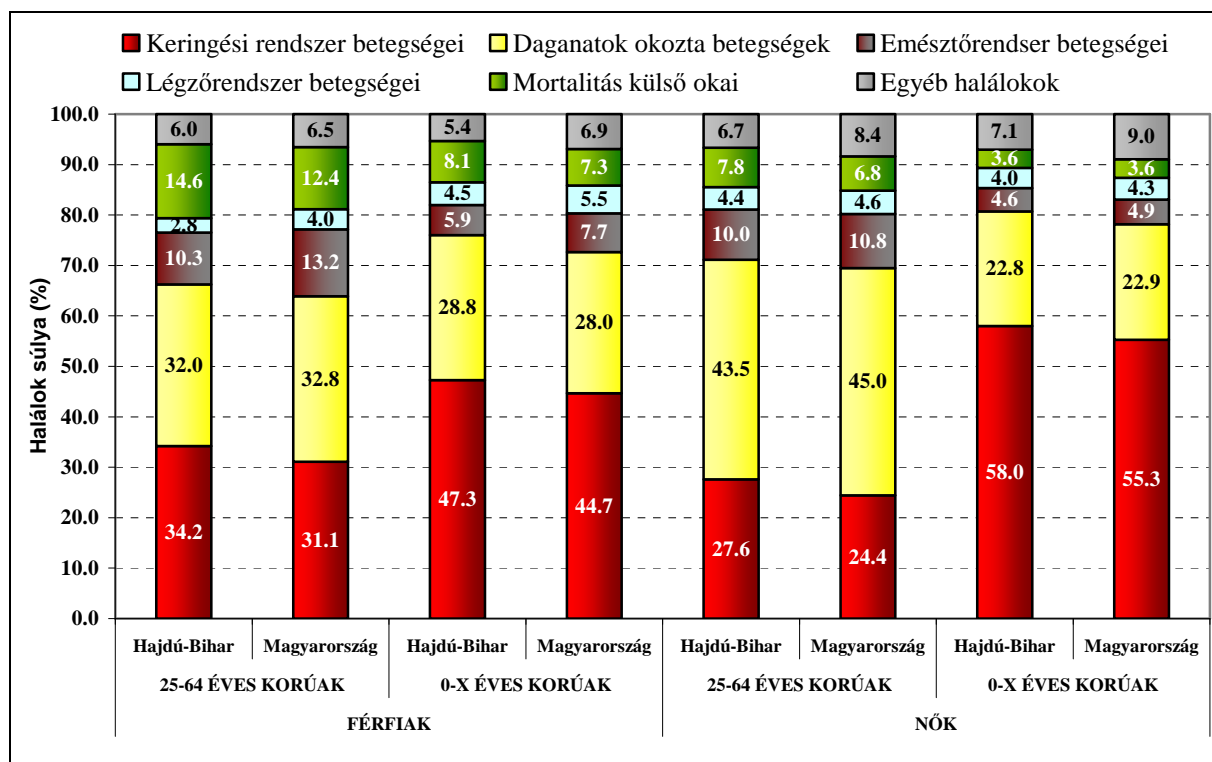
Forrás: HBM KH Népegészségügyi Szakigazgatási Szerve

4.2. Halálóki struktúra

A megyében a férfiak halálozásának 47,3%-áért, a nők halálozásának 58%-áért a keringési rendszer betegségei felelősek. Mindkét nem esetében a második helyen a daganatos megbetegedések, harmadik helyen férfiaknál a külső okok (balesetek, öngyilkosság), nőknél pedig az emésztőrendszer betegségei szerepelnek (Magyarországon férfiaknál és nőknél is a harmadik helyen az emésztőrendszer betegségei okozta halálozás következik).

A korai halálozás (25-64 éves korosztály) struktúrája lényegesen eltér az összhálaózás (0-X éves korosztály) halálóki struktúrájától. A legtöbb férfi és nő nem a keringési rendszeri betegségekből, hanem a daganatos megbetegedésekben hal meg, kivétel ez alól a Hajdú-Bihar megyei férfiak halálozása, ahol 2,2%-ponttal kisebb a daganatos megbetegedések okozta halálozás részesedése. A nők esetében a keringési rendszer betegségei okozta halálozásnál már kiugróan magasabb a daganatos halálozások részaránya.

8. ábra: a halálóki struktúra Hajdú-Bihar megye és Magyarország 25-64 éves és 0-X éves korú lakossága körében, 2009



Forrás: OSZMK

4.3. Okspecifikus halandóság

4.3.1. A keringési rendszer megbetegedései okozta halálozás

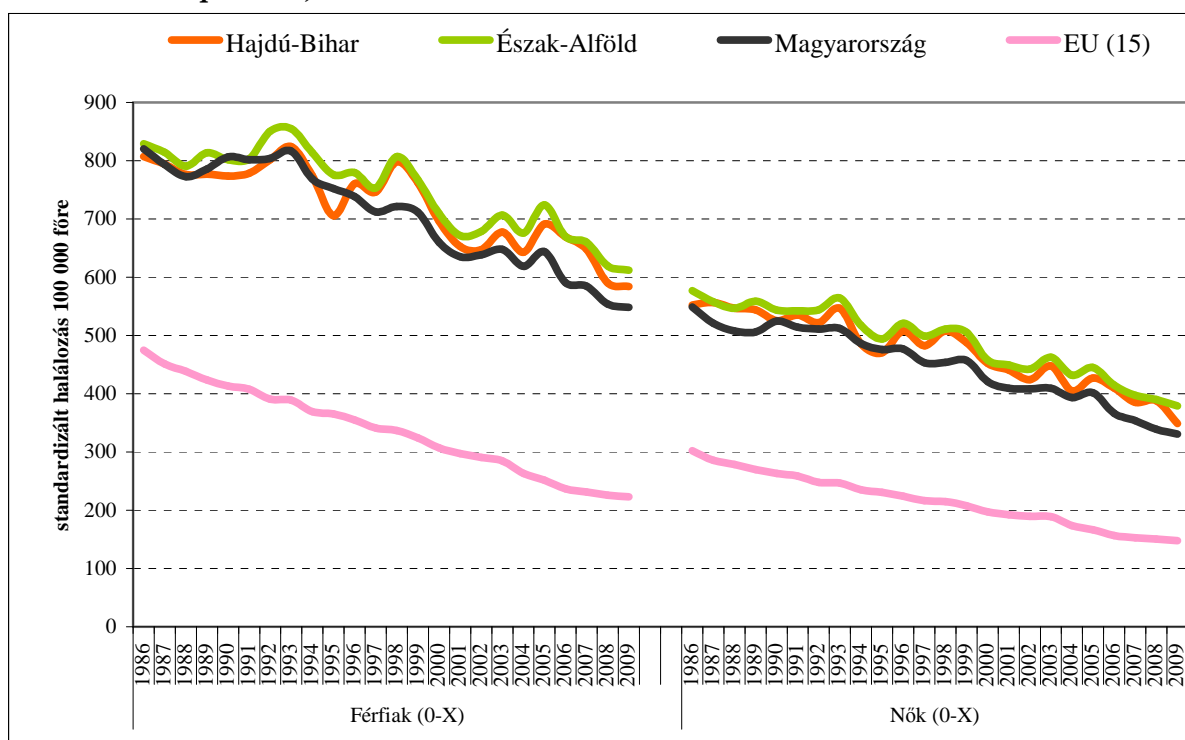
A halálokok között kitüntetett helyet foglalnak el a keringési rendszer betegségei, közöttük is kiemelten a szív koszorúereinek betegségei, elsősorban a szívinfarktus. Hajdú-Bihar megyében a férfiak halálozásának 47,3%-át, a nők halálozásának 58%-át okozták a keringési rendszer betegségei 2009-ben.

Az önpusztító életmód – jellemzően a dohányzás, az egészségtelen táplálkozás, a mozgásszegény életvitel – a figyelembe nem vett vagy elégtelenül kezelt magasvérnyomás betegség külön-külön és együtt is veszélyeztetik, vagy tovább rontják az érintettek esélyét egy teljesebb, egészséges, alkotó életre.

A betegségcsoport okozta halálozás trendjét vizsgálva megállapíthatjuk, hogy a 90-es évek közepétől kedvező folyamatok zajlottak le az országban és a megyében egyaránt. A halálozás kockázata Hajdú-Bihar megyében mindkét nemben zömében meghaladta az országos átlagot.

A férfiak több mint 1,5-szeres relatív halálozási kockázatot mutatnak a nőkhöz képest. A lezajló pozitív változások ellenére még mindig közel 2,5-szerese a halandóság szintje az EU₁₅ tagállamok átlagának.

9. ábra: a keringési rendszer betegségei (BNO 10: I00-I99) miatti halálozás Hajdú-Bihar megyében, az Észak-alföldi régióban, Magyarországon és az EU₁₅ országok átlagában, a 0-X éves korcsoportban, 1986-2009

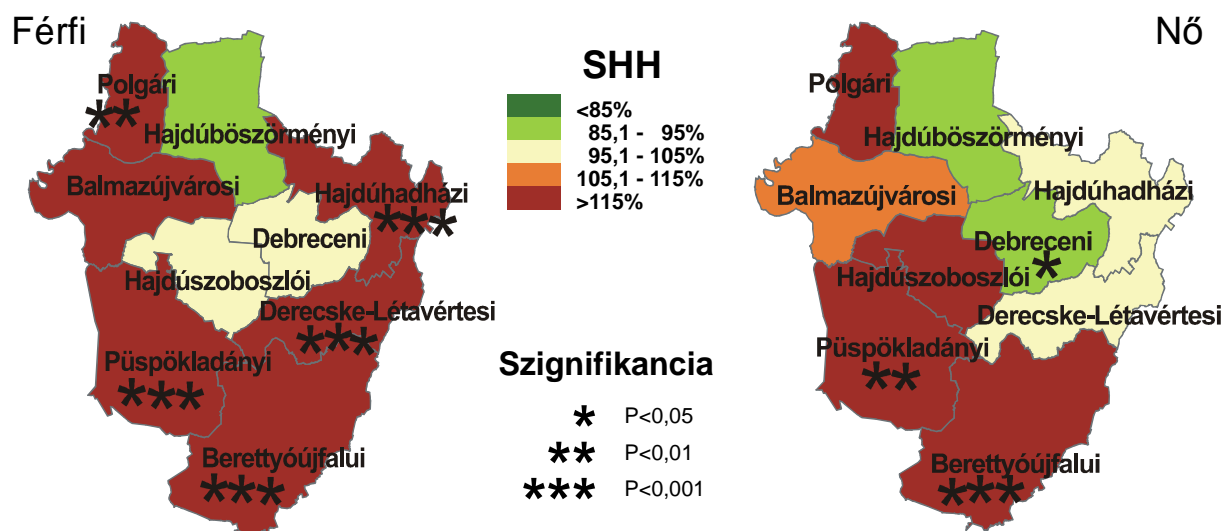


Forrás: OSZMK

A keringési rendszer betegségei okozta korai halálozás kistérségenkénti vizsgálata során jelentős nemenkénti különbségek figyelhetők meg.

A hazai átlagnál kedvezőtlenebb halálozást kistérségek száma különösen a **férfiaknál** igen magas. Statisztikailag alátámasztott emelkedett kockázat figyelhető meg a **Berettyóújfalui**, a **Derecske-Létavértesi**, a **Hajdúhadházi**, **Polgári** és a **Püspökladányi** kistérségekben. **Nők** esetében szignifikáns pozitív eltérés látható a **Berettyóújfalui** és a **Püspökladányi** kistérségekben.

10. ábra: a keringési rendszer betegségei (BNO 10: I00-I99) okozta korai halálozás területi egyenlőtlenségei a 25-64 éves korcsoportban, férfiak és nők körében Hajdú-Bihar megyében, 2005-2008 folyamán



Forrás: HBM KH Népegészségügyi Szakigazgatási Szerve

3. táblázat: a 25-64 éves FÉRFIAK keringési betegségek okozta halálozásának eltérései az országos szinttől (SHH=100%) Hajdú-Bihar megye kistérségeiben, 2005-2008

Balmazújvárosi	Berettyóújfalui	Debreceni	Derecske-Létavértesi	Hajdúböszörményi	Hajdúhadházi	Hajdúszoboszlói	Polgári	Püspökladányi
121,5	141*	96,1	108,1*	94,9	145,7*	102,5	143,5*	152*

* szignifikáns érték ($p < 0,05$)

Forrás: HBM KH Népegészségügyi Szakigazgatási Szerve

4. táblázat: a 25-64 éves NŐK keringési betegségek okozta halálozásának eltérései az országos szinttől (SHH=100%) Hajdú-Bihar megye kistérségeiben, 2005-2008

Balmazújvárosi	Berettyóújfalui	Debreceni	Derecske-Létavértesi	Hajdúböszörményi	Hajdúhadházi	Hajdúszoboszlói	Polgári	Püspökladányi
108	183,4*	85,6*	104,2	91,3	102,9	117,7	116	144,7*

* szignifikáns érték ($p < 0,05$)

Forrás: HBM KH Népegészségügyi Szakigazgatási Szerve

4.3.1.1. A szív-érrendszeri megbetegedések okozta halálozás

A szív-érrendszeri megbetegedések kockázati tényezői a magasvérnyomás-betegség, a cukorbetegség, a zsíryanycsere-betegség, az elhízás, a dohányzás és az alkoholizmus, valamint az egészségtelen táplálkozás és a mozgásszegény életmód. A szívinfarktus 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.

A keringési rendszer betegségein belül Hajdú-Bihar megyében a szív-érrendszeri betegségek halálása okozza a legnagyobb veszteséget. A halálozás gyakorisága mindkét nemből meghaladja az országos átlagot. Kiemelendő, hogy a férfiak halálása közel 1,5-szerese a nőknek a vizsgált betegségcsoportban.

A kistérségek halálozási mutatóit vizsgálva a **Balmazújvárosi**, a **Berettyóújfalui**, a **Hajdúhadházi**, a **Polgári** és a **Püspökladányi** kistérségekben tapasztaltunk hazai átlagot szignifikánsan meghaladó értékeket a **férfiak** esetében.

A **Berettyóújfalui** és a **Püspökladányi** kistérségekben élő **nők** rendelkeznek a leghátrányosabb mutatókkal, ott lényegesen magasabb a halálozás kockázata az országos szintnél.

4.3.1.2. Az agyérbetegségek okozta halálozás

A következő nagy jelentőségű, szintén az elkerülhető halálozások közé tartozó keringési rendszeri betegség az agyérbetegségek csoportja.

Az agyérbetegségek között legnagyobb arányban szereplő agyvérzéseket általában a nem hatékonyan kezelt vagy a fel nem ismert magasvérnyomás-betegség okozza, melynek felismerése és kezelése a világon mindenhol az alapellátás kompetenciájába tartozik.

A férfiak és a nők halálása egyaránt országos átlag alatti, annál lényegesen kedvezőbb. Nők esetében megközelíti az EU₁₅ tagállamainak átlagát.

A kistérségek közül férfiak esetében a Derecske-Létavértesi és a Berettyóújfalui, nőknél a Polgári kistérség halálozási mutatói haladják meg az országos szintet, azonban ezek eltérése az országostól statisztikailag nem volt alátámasztható. A Debreceni kistérségben mindkét nemből szignifikánsan lényegesen kisebb a halálozás kockázata.

4.3.2. Daganatok okozta halálozás

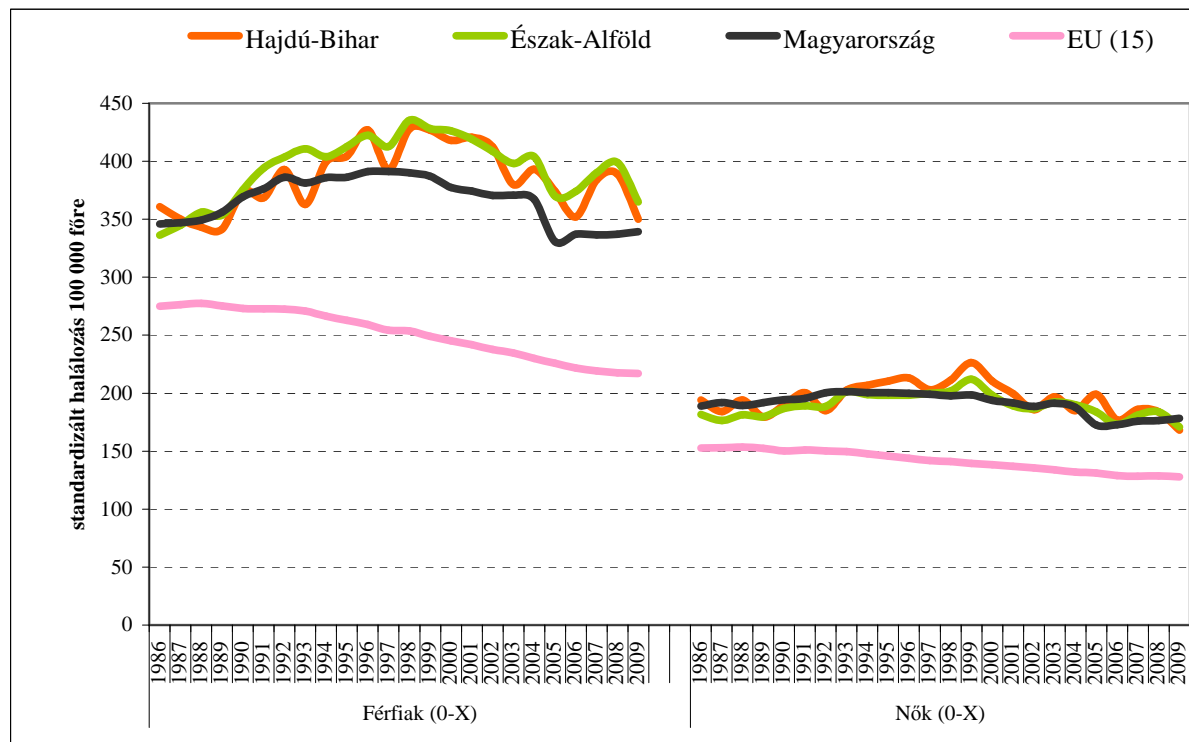
A halálozások gyakorisági listáján a rosszindulatú daganatok a második helyet foglalják el. Hajdú-Bihar megyében férfiaknál 28,8, míg nőknél 22,8%-os részesedéssel fordultak elő 2009-ben (Magyarországon ez az arány 28% és 22,9% volt). Általában daganatban az emberek fiatalabb korban halnak meg, mint a keringési rendszer betegségei miatt, ezért következtekben az életükből a férfiak kb. ugyanannyi, míg a nők másfélszer annyi évet veszítenek el 70 éves koruk előtt.

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

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

A rosszindulatú daganatok okozta halálozásban a '90-es évek második felében bekövetkezett tetőzése után kismértékű csökkenés tapasztalható mindkét nemben. Ez csökkenés a férfiaknál nagyobb, mint a nők körében mutatkozó visszaesés, ám a férfiak daganatos halálozásának a kockázata még így is kétszerese a nőkének és lényegesen rosszabb az EU₁₅ tagállamainak átlagánál. Az országos görbén 2005-ben látható csökkenés sajnos csak a KSH új kódolási rendszerének bevezetéséből ered.

11. ábra: a daganatos betegségek (BNO 10: C00-D48) miatti halálozás Hajdú-Bihar megyében, az Észak-alföldi régióban, Magyarországon és az EU₁₅ országok átlagában, a 0-X éves korcsoportban, 1986-2009

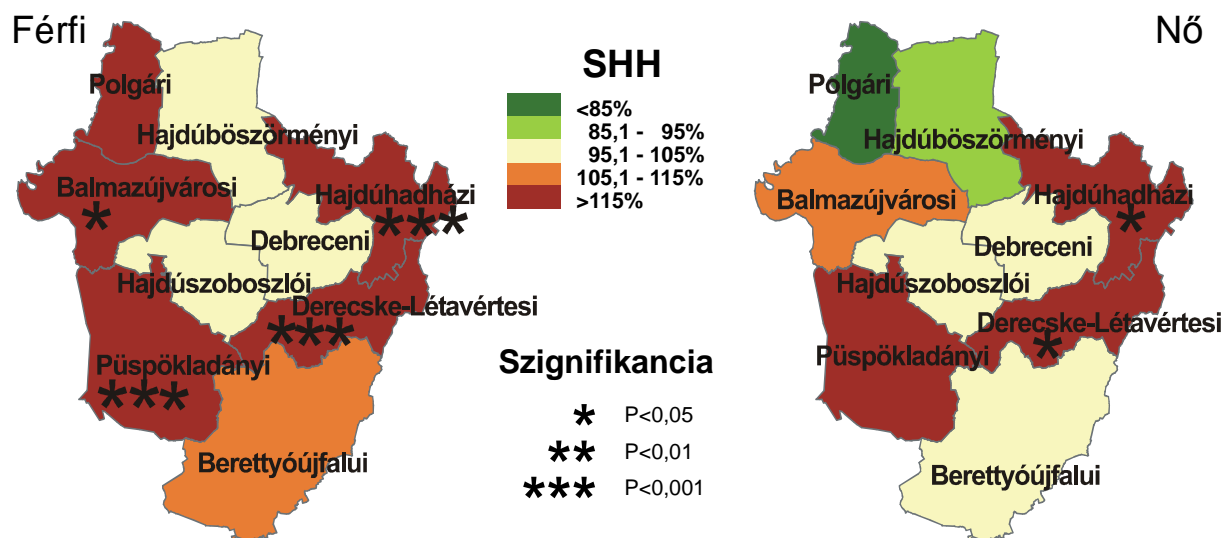


Forrás: OSZMK

A rosszindulatú daganatok okozta korai halálozás területi egyenlőtlenségeit vizsgálva a megyénkben azt látjuk, hogy a **férfiak** fokozottabban érintettek. Szignifikánsan magasabb a halálozás kockázata a **Balmazújvárosi**, a **Derecske-Létavértesi**, **Hajdúhadházi** és a **Püspökladányi** kistérségekben.

Nők körében a **Derecske-Létavértesi** és a **Hajdúhadházi** kistérségekben észleltünk az országos átlagot szignifikánsan meghaladó korai halálozást.

12. ábra: Daganatos betegségek (BNO 10: C00-D48) okozta korai halálozás területi egyenlőtlenségei a 25-64 éves korcsoportban, férfiak és nők körében Hajdú-Bihar megyében, 2005-2008 folyamán



Forrás: HBM KH Népegészségügyi Szakigazgatási Szerve

5. táblázat: a 25-64 éves FÉRFIAK daganatos betegségek okozta halálozásának eltérései az országos szinttől (SHH=100%) Hajdú-Bihar megye kistérségeiben, 2005-2008

Balmazújvárosi	Berettyóújfalui	Debreceni	Derecske-Létavértesi	Hajdúböszörményi	Hajdúhadházi	Hajdúszoboszlói	Polgári	Püspökladányi
129,3*	111	95,7	135*	102,2	145*	102,1	125,7	133,2*

* szignifikáns érték ($p < 0,05$)

Forrás: HBM KH Népegészségügyi Szakigazgatási Szerve

6. táblázat: a 25-64 éves NŐK daganatos betegségek okozta halálozásának eltérései az országos szinttől (SHH=100%) Hajdú-Bihar megye kistérségeiben, 2005-2008

Balmazújvárosi	Berettyóújfalui	Debreceni	Derecske-Létavértesi	Hajdúböszörményi	Hajdúhadházi	Hajdúszoboszlói	Polgári	Püspökladányi
114,8	103,4	101	127,7*	89,6	124,5*	103,7	69,5	120,4

* szignifikáns érték ($p < 0,05$)

Forrás: HBM KH Népegészségügyi Szakigazgatási Szerve

4.3.2.1. *Légcső, hörgő, tüdő rosszindulatú daganatai okozta halálozás*

A magyar férfiak rosszindulatú daganatai között 2009-ben haláloki súly szempontjából első helyen a légcső, hörgő és tüdő rosszindulatú daganata áll. A betegség okaként mintegy 80%-ban a dohányzás szerepel. A passzív dohányzás ugyancsak növeli a tüdőrák kockázatát.

Hajdú-Bihar megyében a férfiak tüdőrák okozta halálozása magasan meghaladja az országos szintet. Nők esetében szintén magasabb a halálozás az országos átlagnál, azonban, míg a férfiak esetében 1998 óta csökkenő tendencia figyelhető meg, addig a nőknél a halálozás gyakorisága emelkedik.

A légcső, hörgő, tüdő rosszindulatú daganata okozta korai halálozás területi egyenlőtlenségeit vizsgálva jelentős nemi különbségek láthatók. A **férfiak** körében szignifikánsan magasabb a halálozás kockázata a **Berettyóújfalui**, a **Derecske-Létavértesi**, **Hajdúhadházi**, a **Polgári** és a **Püspökladányi** kistérségekben.

Nők esetében a vizsgált halálozás kockázata nem mutatott statisztikailag megalapozott kedvezőtlen irányú eltérést.

4.3.2.2. *Vastagbél, szigmabél, végbél rosszindulatú daganatai okozta halálozás*

Szintén a szűrhető daganatok közé tartozik a vastagbél, szigmabél, végbél rosszindulatú daganata, amelynek időben történő felismerésével a gyógyítás hatékonysága jelentősen javítható. A betegség kialakulásának hátterében elsősorban az egészségtelen táplálkozás és a mozgásszegény életmód áll.

A vastagbél, szigmabél és végbél daganata miatt bekövetkezett halálozásban, az utóbbi években enyhe csökkenés figyelhető meg Magyarországon és Hajdú-Bihar megyében egyaránt, férfiaknál 2-szer magasabb a halálozás kockázata, mint a nők körében.

A területi egyenlőtlenségek vizsgálata során **nem tapasztaltunk statisztikailag alátámasztható eltérést.**

4.3.2.3. *Női emlő és a méhnyak rosszindulatú daganatai okozta halálozás*

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. A szervezett emlőszűrés a megyében 2000-től már elkezdődött világbanki finanszírozással. Az ÁNTSZ 2002-től folyamatosan szervezi az emlő- és méhnyakdaganatok kiszűrését célzó szűrővizsgálatokat.

A méhnyak rosszindulatú daganatának elsődleges prevenciójához a genitális fertőzések kerülése, a személyi higiénia betartása és a HPV oltás tartozik. A HPV oltás mellett is nagyon fontos a másodlagos prevenció, a szervezett szűrővizsgálatokon való részvétel.

Az emlő rosszindulatú daganata miatti halálozás kismértékben, a méhnyak rosszindulatú daganata okozta halálozás viszont közel 3-szor magasabb az EU₁₅ átlagához képest a javuló tendenciák ellenére is.

A területi egyenlőtlenségek vizsgálata során az **emlő** rosszindulatú daganata okozta halálozás esetében **nem tapasztaltunk statisztikailag alátámasztható eltérést.**

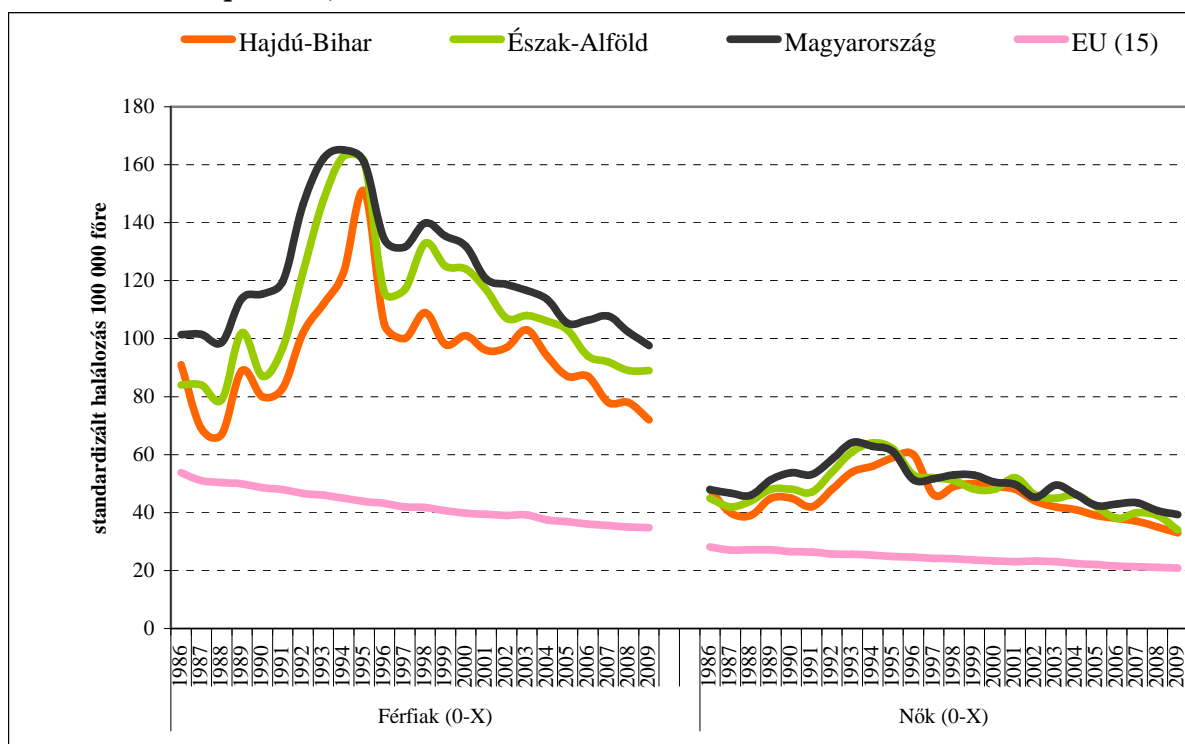
A **méhnyak** rosszindulatú daganata kapcsán a **Derecske-Létavértesi** kistérségben szignifikánsan magasabb volt a halálozás kockázata a hazai átlagnál.

4.3.3. Emésztőrendszer betegségei okozta halálozás

Az emésztőrendszer betegségei okozta halálozás, az alkoholos májbetegség és májzsugor okozta halálozás Magyarországon jelentős probléma, az Európai Unió átlagához képest a gyakorisága 2-2,5-szeres. Hajdú-Bihar megyében, a haláloki struktúrában a betegségcsoport férfiaknál a negyedik, nőknél a harmadik helyet foglalja el.

Az emésztőrendszeri betegségek okozta halálozások ábrázolásakor egy szakaszon jellegzetes fordított U alakú lefutás 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 2,5-szerese a nők halálozásának. Az országos értékekhez hasonlítva a férfiak és a nők halálozása konzekvensen alacsonyabb Hajdú-Bihar megyében.

13. ábra: az emésztőrendszer betegségei (BNO 10: K00-K92) miatti halálozás Hajdú-Bihar megyében, az Észak-alföldi régióban, Magyarországon és az EU₁₅ országok átlagában, a 0-X éves korcsoportban, 1986-2009



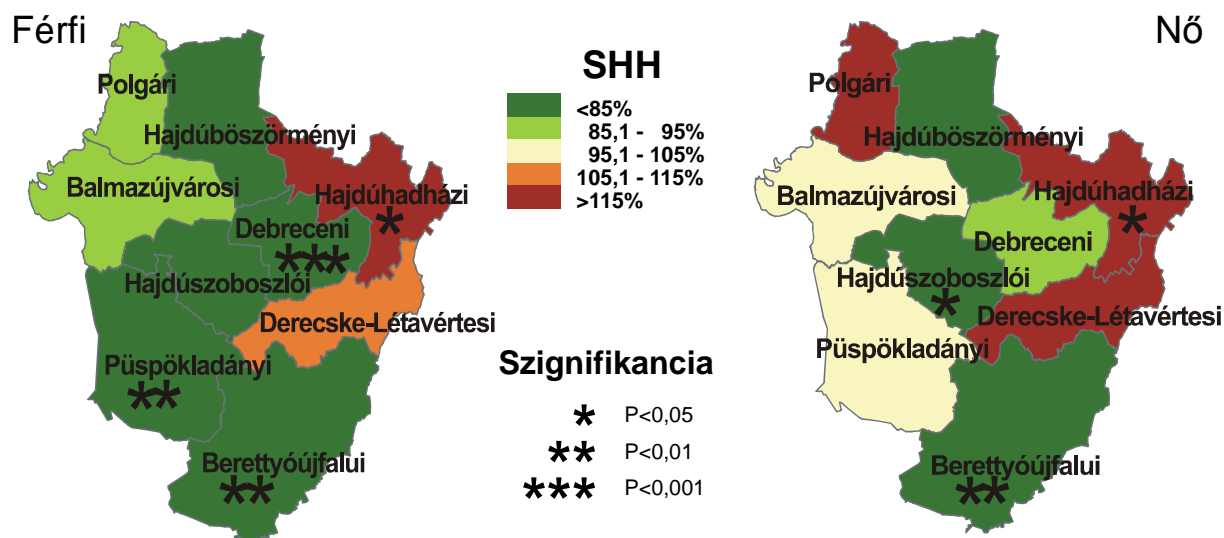
Forrás: OSZMK

Hajdú-Bihar kistérségeit vizsgálva **mindkét nem** esetében a **Hajdúhadházi** kistérségben tapasztaltunk **emelkedett halálozási** kockázatot.

Szignifikánsan lényegesen kedvezőbb halálozási viszonyokkal rendelkezik a megyénkben férfiaknál a Berettyóújfalui, a Debreceni és a Püspökladányi kistérség.

Nők esetében statisztikailag bizonyítottan referenciaszint alatti halálozással bíró területek a Berettyóújfalui és a Hajdúszoboszlói kistérségek.

14. ábra: az emésztőrendszer betegségei (BNO 10: K00-K92) okozta korai halálozás területi egyenlőtlenségei a 25-64 éves korcsoportban, férfiak és nők körében, Hajdú-Bihar megyében 2005-2008 folyamán



Forrás: HBM KH Népegészségügyi Szakigazgatási Szerve

7. táblázat: a 25-64 éves FÉRFIAK emésztőrendszer betegségei okozta halálozásának eltérései az országos szinttől (SHH=100%) Hajdú-Bihar megye kistérségeiben, 2005-2008

Balmazújvárosi	Berettyóújfalui	Debreceni	Derecske-Létavértesi	Hajdúböszörményi	Hajdúhadházi	Hajdúszoboszlói	Polgári	Püspökladányi
92,3	67,3*	69,2*	114,9	78,7	126,6*	77,1	85,4	65,3*

* szignifikáns érték ($p < 0,05$)

Forrás: HBM KH Népegészségügyi Szakigazgatási Szerve

8. táblázat: a 25-64 éves NŐK emésztőrendszer betegségei okozta halálozásának eltérései az országos szinttől (SHH=100%) Hajdú-Bihar megye kistérségeiben, 2005-2008

Balmazújvárosi	Berettyóújfalui	Debreceni	Derecske-Létavértesi	Hajdúböszörményi	Hajdúhadházi	Hajdúszoboszlói	Polgári	Püspökladányi
100,6	48,1*	85,1	134,4	70,3	150,9*	41,6*	117,7	95,8

* szignifikáns érték ($p < 0,05$)

Forrás: HBM KH Népegészségügyi Szakigazgatási Szerve

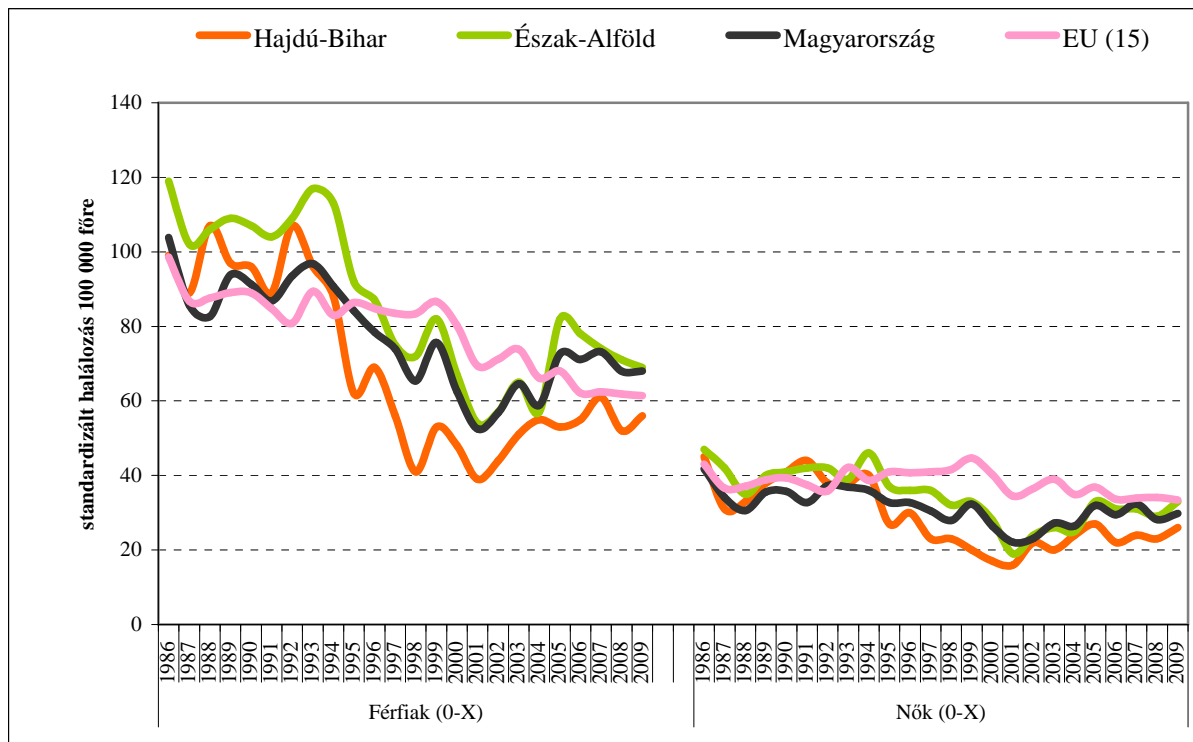
4.3.4. Légzőrendszer betegségei okozta halálozás

A légzőrendszer betegségei okozta halálozás több mint fele elkerülhető lenne bizonyos légúti megbetegedések (heveny légúti fertőzések, a tüdőgyulladás, idült hörghurut, tüdőtágulat és asthma) megfelelő megelőzésével és kezelésével.

A vizsgált időszakban bekövetkezett halálozást tekintve a '90-es évek elejétől az ezredfordulóig nagyarányú csökkenés figyelhető meg, majd az utóbbi évtizedben ismét jelentősen – bár a csökkenéshez képest kisebb mértékben – emelkedett.

A megye halálozása az országos átlagnál és az EU₁₅ tagállamainak átlagánál is mindkét nemből kedvezőbb. A korai halálozást (0-64) vizsgálva már sajnos több mint 2-szer magasabb a halálozás kockázata Magyarországon és Hajdú-Bihar megyében is mint az EU₁₅ tagjainak területén.

15. ábra: a légzőrendszer betegségei (BNO 10: J00-J98) miatti halálozás Hajdú-Bihar megyében, az Észak-alföldi régióban, Magyarországon és az EU₁₅ országok átlagában, a 0-X éves korcsoportban, 1986-2009



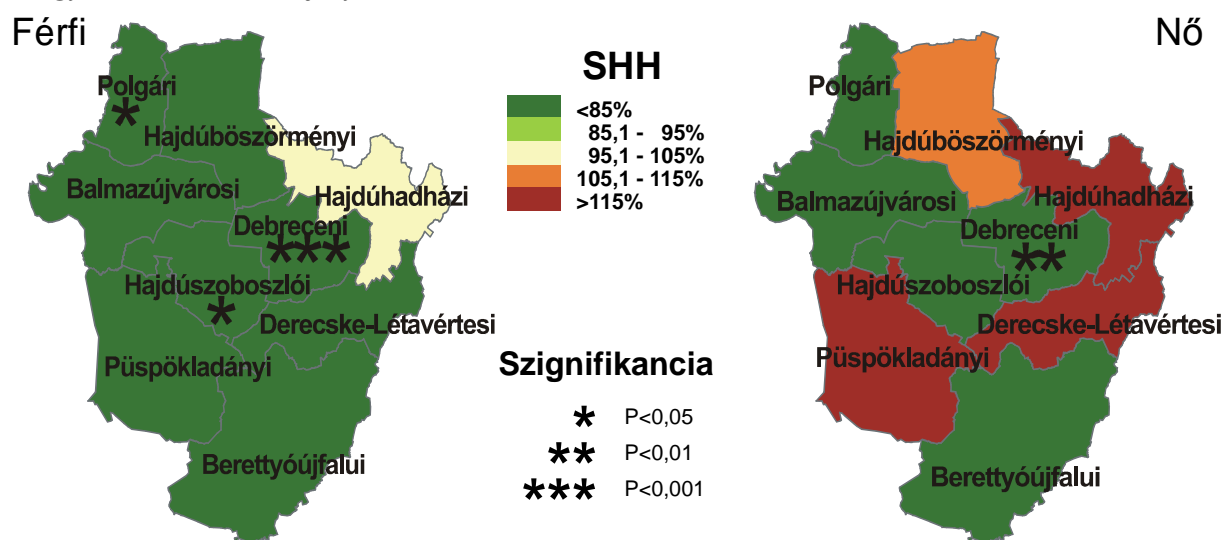
Forrás: OSZMK

Hajdú-Bihar megye kistérségeiben a hazai átlagnál statisztikailag igazoltan magasabb halandóságot a vizsgálatunk nem mutatott ki.

Szignifikánsan lényegesen **kedvezőbb** halálozási viszonyokkal rendelkezik a megyénkben **férfiaknál** a **Debreceni**, a **Hajdúszoboszlói** és a **Polgári** kistérség.

A **nők** légzőrendszer betegségei okozta mortalitása a **Debreceni** kistérségben szignifikánsan lényegesen **alacsonyabb**, mint az országos átlag. Több kistérség esetében láthatunk magasabb halálozási kockázatot, azonban ezek egyikében sem volt az eredmény statisztikailag bizonyított.

16. ábra: a légzőrendszer betegségei (BNO 10: J00-J98) okozta korai halálozás területi egyenlőtlenségei a 25-64 éves korcsoportban, férfiak és nők körében Hajdú-Bihar megyében, 2005-2008 folyamán



Forrás: HBM KH Népegészségügyi Szakigazgatási Szerve

9. táblázat: a 25-64 éves FÉRFIAK légzőrendszer betegségei okozta halálozásának eltérései az országos szinttől (SHH=100%) Hajdú-Bihar megye kistérségeiben, 2005-2008

Balmazújvárosi	Berettyóújfalui	Debreceni	Derecske-Létavértesi	Hajdúböszörményi	Hajdúhadházi	Hajdúszoboszlói	Polgári	Püspökkladányi
71,2	57,3	53,5*	71,1	60,8	97,1	45,*6	17,5*	59,6

* szignifikáns érték ($p < 0,05$)

Forrás: HBM KH Népegészségügyi Szakigazgatási Szerve

10. táblázat: a 25-64 éves NŐK légzőrendszer betegségei okozta halálozásának eltérései az országos szinttől (SHH=100%) Hajdú-Bihar megye kistérségeiben, 2005-2008

Balmazújvárosi	Berettyóújfalui	Debreceni	Derecske-Létavértesi	Hajdúböszörményi	Hajdúhadházi	Hajdúszoboszlói	Polgári	Püspökkladányi
77,5	76,1	54,9*	137,3	110,8	120	64,3	40	135,8

* szignifikáns érték ($p < 0,05$)

Forrás: HBM KH Népegészségügyi Szakigazgatási Szerve

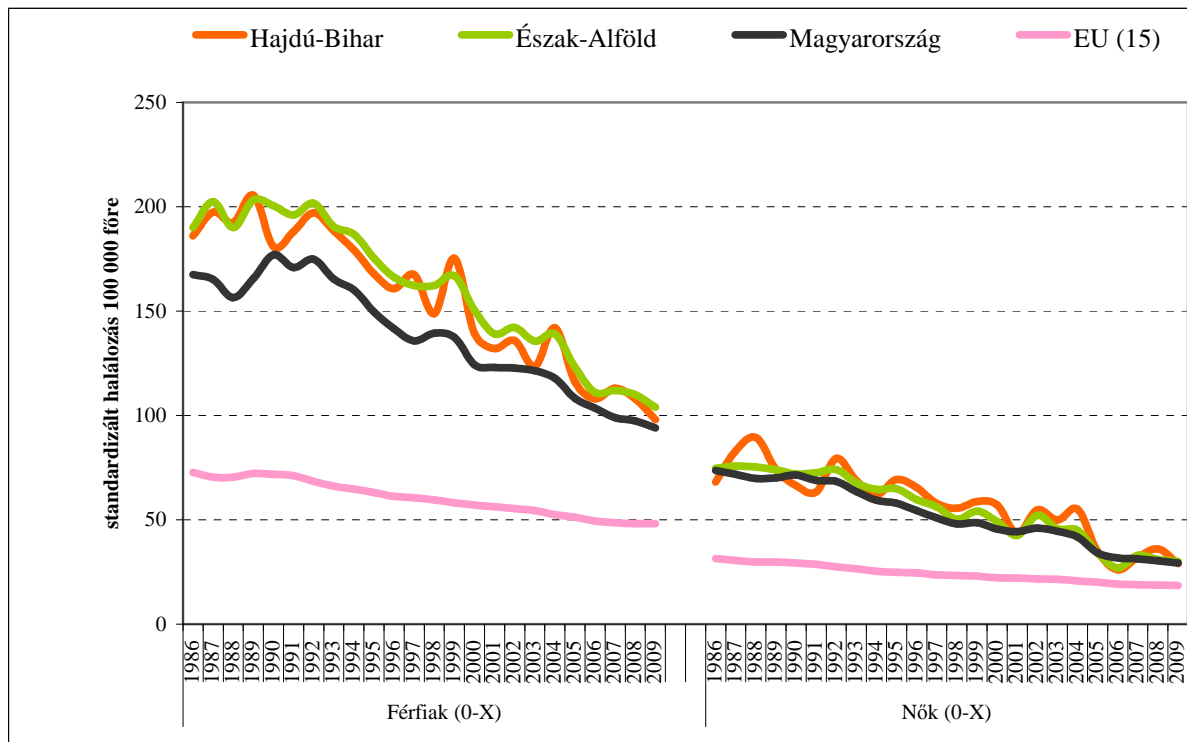
4.3.5. Külső okok miatti halálozás

A külső okokra visszavezethető halálozások a megyei halálzeti struktúrában férfiaknál a harmadik, nőknél a negyedik helyen állnak. Tudatában kell azonban lenni az adatok értékelésénél, hogy ez egy rendkívül heterogén halálzeti 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 lakosságának halálozása magasabb, mint az országos átlag. Az EU₁₅ átlagánál mintegy 2-szer magasabb a külső okokra visszavezethető halálozás kockázata hazánkban.

A külső okok miatt bekövetkezett halálozásokon belül az **öngyilkosságot** tekintve Hajdú-Bihar megyében a férfiak halálozási aránya tovább romlik, és bár az utóbbi két évben javultak az eredmények, mégis közel 40%-kal haladja meg az országos szintet.

17. ábra: a külső okok (BNO 10: V01-Y98) miatti bekövetkezett halálozás Hajdú-Bihar megyében, az Észak-alföldi régióban, Magyarországon és az EU₁₅ országok átlagában, a 0-X éves korcsoportban, 1986-2009



Forrás: OSZMK

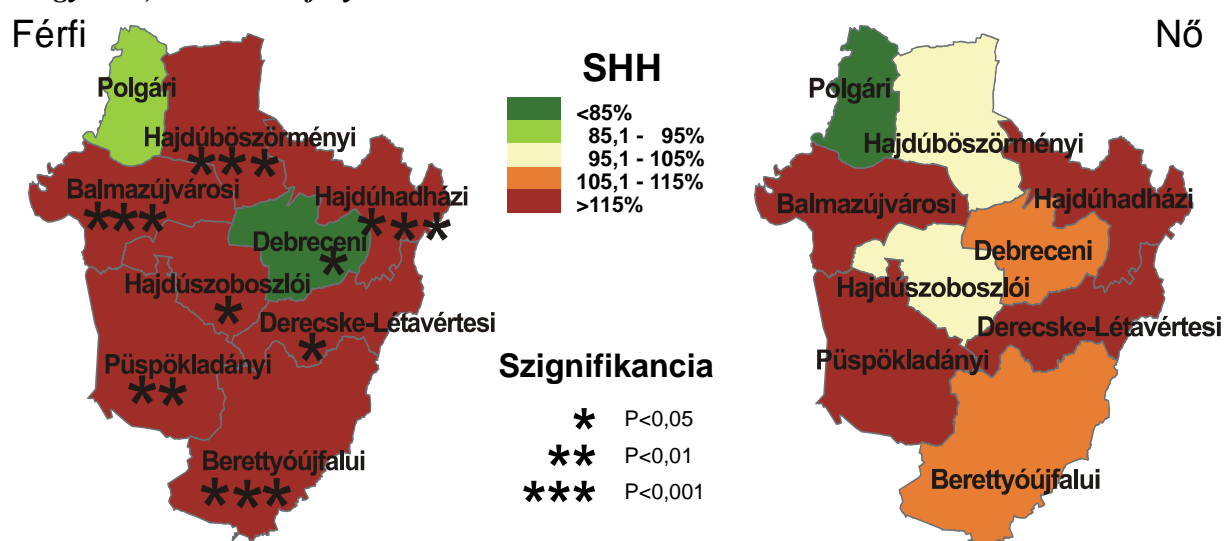
Hajdú-Bihar kistérségeit vizsgálva jelentős nemenkénti eltérések tapasztalhatók, ami a férfiak esetében mutat kedvezőtlenebb képet.

A **férfiak** halandósága tekintetében a **Debreceni és a Polgári** kistérség kivételével valamennyi kistérségben szignifikánsan **emelkedett kockázat** állapítható meg. A Balmazújvárosi, a Berettyóújfalui, a Hajdúböszörményi, a Hajdúhadházi és a Püspökladányi kistérségekben a halálozás kockázata megközelíti vagy meg is haladja az országos átlag másfélszeresét.

A **nők** esetében a **kistérségek kétharmada** rendelkezik a **hazai átlagot meghaladó** halálozási mutatókkal, azonban ez az eltérés statisztikailag nem volt alátámasztható.

Az **öngyilkosság** területi megoszlását vizsgálva a férfiaknál 6, nőknél 1 kistérségben magasabb szignifikánsan a halálozás gyakorisága a hazai átlagnál.

18. ábra: a külső okok (BNO 10: V01-Y98) miatt bekövetkezett korai halálozás területi egyenlőtlenségei a 25-64 éves korcsoportban, férfiak és nők körében Hajdú-Bihar megyében, 2005-2008 folyamán



Forrás: HBM KH Népegészségügyi Szakigazgatási Szerve

11. táblázat: a 25-64 éves FÉRFIAK külső okok miatt bekövetkezett halálozásának eltérései az országos szinttől (SHH=100%) Hajdú-Bihar megye kistérségeiben, 2005-2008

Balmazújvárosi	Berettyóújfalui	Debreceni	Derecske-Létavértesi	Hajdúböszörményi	Hajdúhadházi	Hajdúszoboszlói	Polgári	Püspökladányi
166,2*	152,2*	83,9*	135*	152,5*	147*	132,8*	88,5	143,3*

* szignifikáns érték ($p < 0,05$)

Forrás: HBM KH Népegészségügyi Szakigazgatási Szerve

12. táblázat: a 25-64 éves NŐK külső okok miatt bekövetkezett halálozásának eltérései az országos szinttől (SHH=100%) Hajdú-Bihar megye kistérségeiben, 2005-2008

Balmazújvárosi	Berettyóújfalui	Debreceni	Derecske-Létavértesi	Hajdúböszörményi	Hajdúhadházi	Hajdúszoboszlói	Polgári	Püspökladányi
142,2	105,8	113,6	126,5	95,9	148,3	98,1	48,8	137,1

* szignifikáns érték ($p < 0,05$)

Forrás: HBM KH Népegészségügyi Szakigazgatási Szerve

5. Morbiditás

A lakosság megbetegedési viszonyainak ismerete – a halandósági elemzések mellett – elengedhetetlen a hatékony, szükségletekhez igazodó egészségügyi ellátórendszer, az eredményes egészségfejlesztési stratégiák, valamint szűrőprogramok tervezéséhez.

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

A morbiditási adatok gyűjtésére alapvetően három módszer áll rendelkezésre:

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

Tájékoztatónkban ez utóbbi alapján, a betegségek *bekövetkezési gyakoriságán* keresztül mutatjuk be a morbiditás alakulását Hajdú-Bihar megyében.

5.1. A morbiditás alakulása a Háziiorvosi Morbiditási Adatgyűjtési Program (HMAP) alapján

A Háziiorvosi Morbiditási Adatgyűjtési Program (HMAP) hazánkban az első reprezentatív igényű, nemzetközi elvárásokhoz igazított morbiditás-monitorozó program. A Debreceni Egyetem Népegészségügyi Iskola és az ÁNTSZ között 1997. november 1-jén létrejött együttműködési szerződés keretei között 1998 májusában indult el. Hajdú-Bihar megye az induló négy megye között lépett be a programba (melyben a később csatlakozókkal együtt immár 11 megye vesz részt).

A háziiorvosi praxisok településnagyság és földrajzi szempontok figyelembe vételével kerültek kiválasztásra, ami a vizsgált betegségek tekintetében az egész országra vonatkozó gyakorisági becslést is lehetővé tesz. Hajdú-Bihar megyében jelenleg 17 háziiorvosi praxis küld rendszeres morbiditási jelentéseket.

A program lehetőséget ad a legnagyobb népegészségügyi jelentőségű betegségek monitorozására, egészségstatisztikai adatok gyűjtésére, elemzésére. A program a következő betegségek **prevalencia** (egy betegség összes létező betege egy adott időpillanatban a vizsgált lakosság létszámához viszonyítva) és **incidencia** (új esetek előfordulási gyakorisága meghatározott időtartam alatt és lakossági létszámviszonyok mellett) adatainak meghatározásához gyűjt adatokat: *magasvérnyomás, cukorbetegség, májzsugor, ischaemiás szívbetegség (kivéve infarktus), akut myocardialis infarktus, stroke (szélütés), a légcső, hörgők és tüdő, a vastag- és végbél, az emlő, a méhnyak és a prosztata rosszindulatú daganatai.*

5.1.1. A keringési rendszer betegségei

Hajdú-Bihar megyében a 2008-2009 évek átlagában, újonnan diagnosztizált **magasvérnyomás** betegség gyakorisága a férfiak körében a 35-44 éves korcsoporttal bezárólag a hazai átlagnak felelt meg, majd a 45-74 éves korosztálynál a betegségcsoport incidenciája az országos átlag alá csökkent és csak a 75 éven felülieké emelkedik jelentősen a kor előrehaladtával.

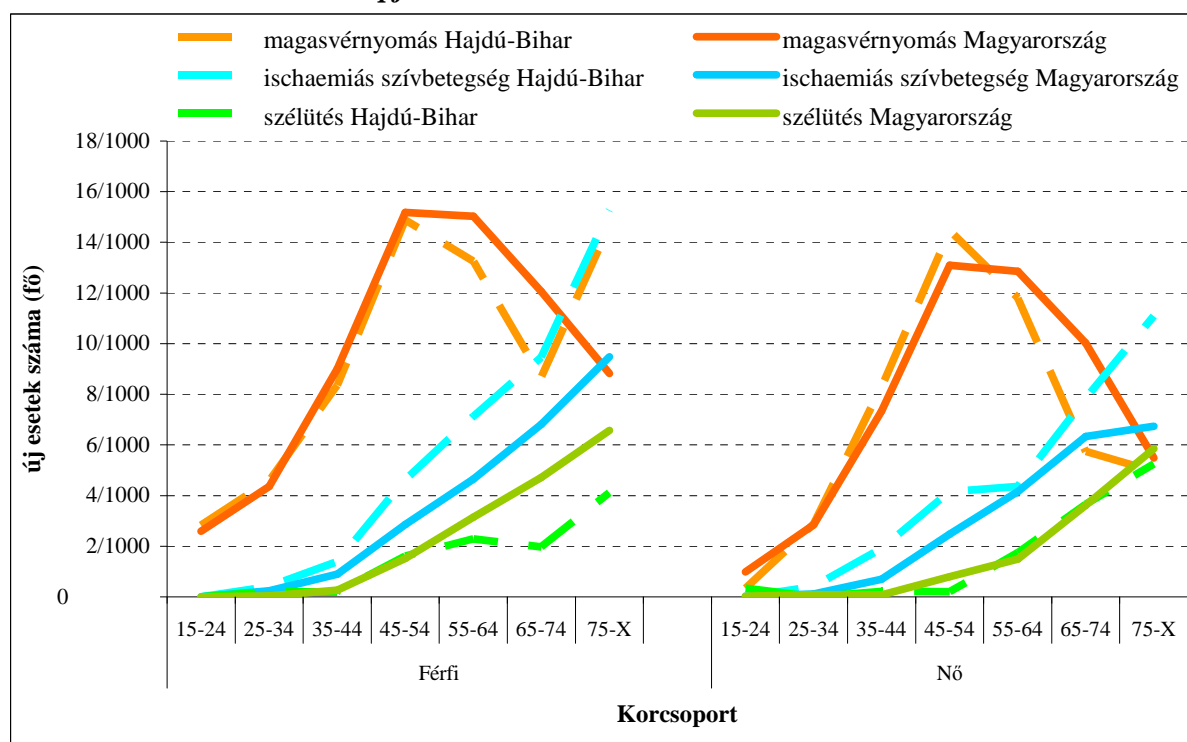
A nők esetében a vizsgált kezdeti korcsoportokban hasonló tendenciát figyelhetünk meg, mint a férfiaknál, némiképp magasabb incidenciával, azonban a 75 éven felüliekre is kiterjed a megbetegedés előfordulásának életkorral való csökkenése, ellentétben a férfiakkal.

Az **ischaemiás szívbetegségek** incidenciája az életkorral emelkedik, a két nem közül a férfiak körében magasabb. A hazai átlagot meghaladó incidenciát figyelhető meg mindkét nemben.

Az újonnan előforduló **szélütéses** esetek gyakorisága megyénk férfi lakosságának körében az 55-X éves korcsoportban jelentősen kedvezőbb képet mutat a hazai átlagnál és az azt megelőző életszakaszon is az országos szint körüli az érték.

A női lakosságot tekintve a szélütés gyakorisága az életkorral előrehaladva folyamatosan emelkedik, a megbetegedés előfordulása az országos átlagot követi.

19. ábra: a keringési rendszer egyes betegségeinek éves átlagincidenciája a 15-X éves férfi és női lakosság körében Hajdú-Bihar megyében és Magyarországon, korcsoportonként, a 2008-2009-es évek adatai alapján



Forrás: DE-OEC Népegészségügyi Kar

5.1.2. Daganatos megbetegedések

A **légső, hörgő és tüdő** daganatainak incidenciája a férfiak körében magasabb, mint a nőknél, az 55-64 éves korcsoportban a különbség több mint kétszeres volt Hajdú-Bihar megyében a 2008-2009 évek átlagában. A megye férfi lakossága körében a megbetegedés előfordulásának gyakorisága a 65-74 éves életszakaszon jelentősen meghaladja az országos átlagot.

A nők esetében az 55-64 és a 75-X éves korosztálynál haladta meg a hazai átlagot a regisztrált új esetek gyakorisága.

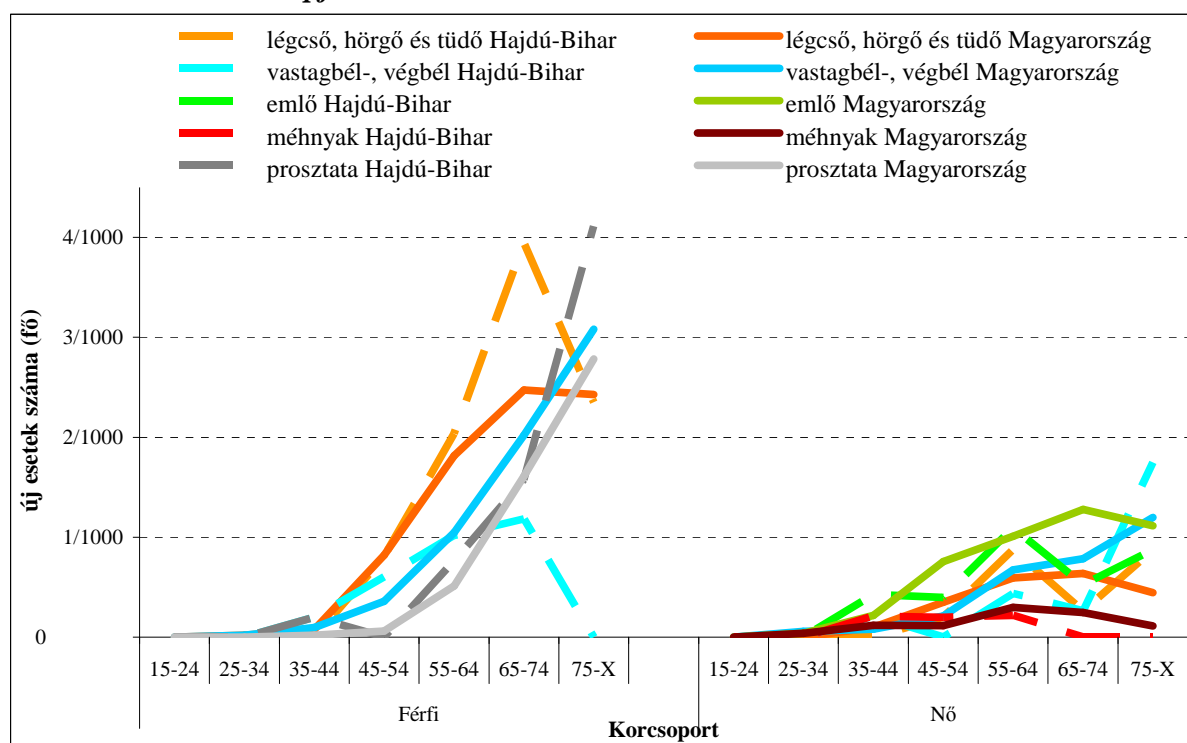
A **vastag- és végbél** rosszindulatú daganata incidenciájának előfordulását vizsgálva megyénk férfi lakossága országos átlag alatti értékekkel volt jellemezhető. A nők esetében az új esetek gyakorisága jellemzően szintén az országos szint alatt húzódik és csak a 75 éven felülieknél haladja azt meg.

A **női emlő** rosszindulatú daganatának incidenciája a megyénkben az országos átlag alatti, a megbetegedés gyakorisága egyedül az 55-64 éves korcsoportban érte el a hazai átlagot.

A **méhnyak** rosszindulatú daganatának incidenciája a 2008-2009-es évek átlagában országosan és Hajdú-Bihar megyében is jellemzően nagyon alacsony volt és az életkor előrehaladtával a megbetegedés gyakorisága először emelkedett, majd 55 év felett csökkenő tendenciát mutatott.

A **prosztatarák** világviszonylatban a második leggyakrabban előforduló rosszindulatú daganat a tüdőrák után férfiaknál. Elsősorban az időseket érinti. Incidenciája Hajdú-Bihar megyében meghaladta az országos átlagot a vizsgált időszakban.

20. ábra: néhány daganatos betegség éves átlagincidenciája a 15-X éves férfi és női lakosság körében Hajdú-Bihar megyében és Magyarországon, korcsoportonként, a 2008-2009-es évek adatai alapján



Forrás: DE-OEC Népegészségügyi Kar

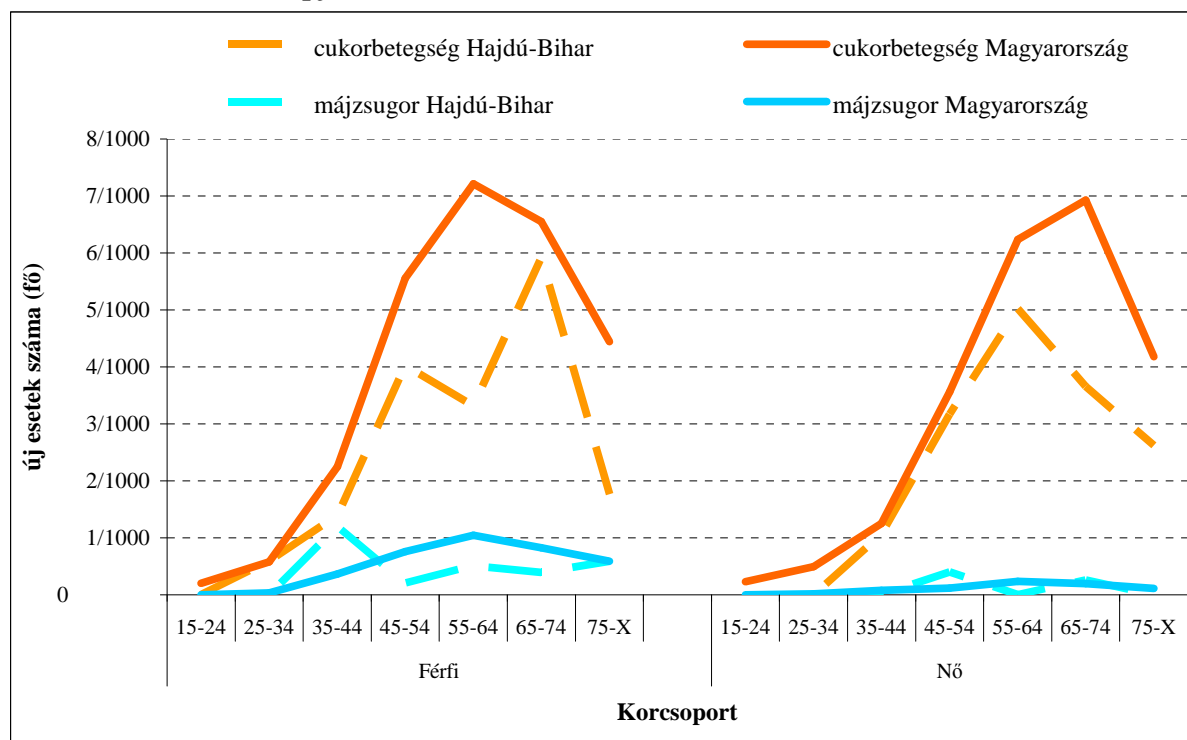
5.1.3. Cukorbetegség és krónikus májbetegség, májsugor

A **cukorbetegség** a világon a leggyakoribb anyagcsere-betegség, mely szövődményei révén rontja a beteg életminőségét. A HMAP adatgyűjtése az 1-es és a 2-es csoportba tartozó cukorbetegekre egyaránt (összevontan) kiterjed.

A megbetegedés gyakoriságát vizsgálva az incidencia emelkedését tapasztaljuk az életkor előrehaladtával, majd idősebb életkorban csökkenése figyelhető meg, s megyénk férfi és női lakossága körében is alacsonyabb, mint az országos átlag.

A **krónikus májbetegségben és májsugorban** újonnan megbetegedő lakosok aránya az országos átlagot tekintve az életkor növekedésével az 55-64 éves korcsoportig egyértelműen emelkedik, majd csökken. A férfiaknál a megbetegedés incidenciája magasabb, mint a nőknél. Az országos átlagot férfiaknál a 35-44 éves korcsoportban, nőknél a 45-64 évesek körében haladta meg.

21. ábra: a cukorbetegség és a májsugor éves átlagincidenciája a 15-X éves férfi és női lakosság körében Hajdú-Bihar megyében és Magyarországon, korcsoportonként, a 2008-2009-es évek adatai alapján



Forrás: DE-OEC Népegészségügyi Kar

5.2. A szervezett lakossági szűrővizsgálatok eredményei

5.2.1. Emlőszűrés

A magyar női lakosság emlőrák miatti korai halálozása nagyon kedvezőtlen nemzetközi összehasonlításban, ez indokolta 2002-ben a szervezett emlőszűrés bevezetését Magyarországon is. Az emlőrák országosan és Hajdú-Bihar megyében is az egyik leggyakoribb női daganatos halálok. Hajdú-Bihar megyében 2009. évben 104 haláleset történt az emlő rosszindulatú daganata miatt. Ezen nők életkilátásait, életben maradási esélyeit javíthatta volna a szűrővizsgálattal történő korai felismerés és terápia.

Szervezett lakossági emlőszűrést megyénkben 3 szűrőállomás végez: a DEOEC (alvállalkozóként az ECHO Kft), a Kenézy Kórház Mammográfias Központja és az Egészségügyi Járóbeteg Központ Kft (alvállalkozóként az ECHO Kft, és a Kenézy Mammográfias Központ). A szűrésen kiemelték további diagnosztikus és terápiás ellátását a két fekvőbeteg-ellátó intézet (DE OEC és a Kenézy Kórház Rendelőintézet Egészségügyi Szolgáltató Nonprofit Kft) – mint Komplex Mammográfias Központ – biztosítja.

Emlőszűrési eredmények:

A szervezett lakossági emlőszűrésre jogosult, nyilvántartott, 45-64 éves nők létszáma Hajdú-Bihar megyében 60-65 000 fő közötti. Hajdú-Bihar megyében, 2010 évben 31 292 nő kapott első körben meghívó levelet emlőszűrésre, azaz a szürendő populáció fele. Az emlőszűrés periódusa 2 év, így megyénkben az egy évre előirányozott behívásokat teljesíteni tudtuk.

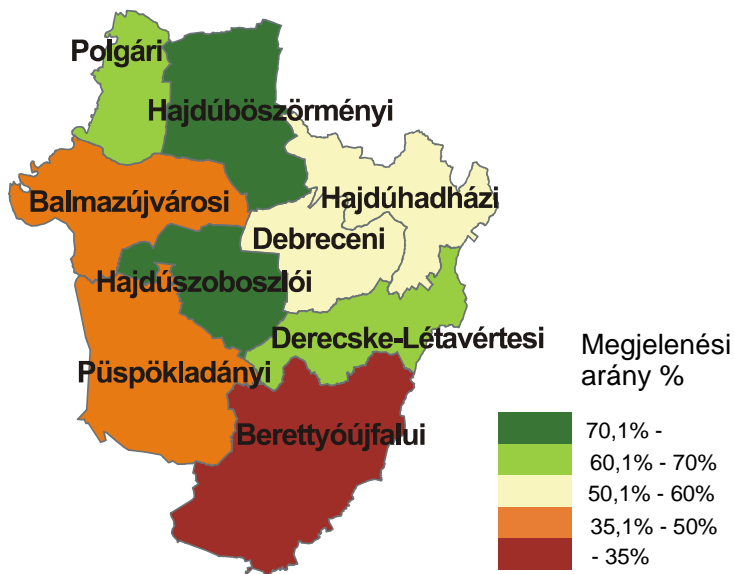
A mammográfias szűrővizsgálaton 17 026 fő jelent meg, a részvételi arány 56,0 % volt, mely az országos átlagtól (48%) jobb. Az ország megyéinek a megjelenési arányait vizsgálva megyénk a 8. helyet foglalja el.

Megyénkben a legmagasabb megjelenési arányt a Kenézy Kórház Szűrőközpont érte el 61,2%, a legalacsonyabbat a DEOEC Szűrőközpont 46,4%. A szűrésen megjelentek közül a legtöbben a 55-59 éves korosztályból (27,1%), a legkevesebben a 45-49 éves korosztályból (21,6%) kerültek ki.

A megyén belül, az egyes kistérségekben és településeken, a megjelenési arány igen változatos képet mutat. A kívánatos 70%-os megjelenési arányt a Hajdúszoboszlói (75,1%) és a Hajdúböszörményi (71,5%) kistérségek érték el. A megyeszékhelyen a meghívott asszonyok 59,6%-a vette igénybe a felkínált vizsgálatot. A legalacsonyabb megjelenés (20,4%) a berettyóújfalui kistérségben van. Ezt részben magyarázza a Gróf Tisza István Kórházban működő, szervezett lakossági emlőszűrésre nem akkreditált mammográfias szakrendelés szolgáltatásainak igénybevétele a meghívót kapott lakosok részéről. Másrészt a kistérségben sok a hátrányos helyzetű önkormányzat, melyek nem tudják vállalni a lakosság busszal történő utaztatását a Debrecenben működő Mammográfias Központokba. A Berettyóújfalui kistérségben is vannak törekvések, jó példák az emlőszűrés compliancenek növelésére, busszal történő utaztatás szervezésre. Biharkeresztes önkormányzata és a területi védőnők valamint a háziorvosi szolgálatok közös szervezéssel minden évben legalább egy buszos utaztatás szervezésével igyekeznek a lakosság szűrésre való eljutását segíteni.

A megjelenések „szétszóródása” következtében egyre több azon települések száma, ahol egy éven belül 3-4 alkalommal is kell behívást ütemezni. Ez főleg a nagyobb lélekszámú településeknél jelentkezik és a szervezésnél jelent problémát.

22. ábra: A szervezett lakossági emlőszűrés 2010. évi eredményei Hajdú-Bihar megye kistérségeiben



Forrás: HBM KH Népegészségügyi Szakigazgatási Szerve

Az emlőszűrésen megjelent nők 10,3%-ánál (1 752 fő) volt szükséges tisztázó vizsgálat elvégzése. A vizsgálaton megjelentek közül 97 (0,6%) nőnél merült fel műtéti beavatkozás szükségessége.

94 személynél elvégezték a műtétet, mely során 79,8%-nál (75 fő) szövettanilag igazolt malignitást diagnosztizáltak. A korán felismert, valamint kisméretű tumor műtétek a malignus esetek 37,3%-a. A malignus esetek közül sajnos 17 esetben emlőeltávolítást (mastectomiát) kellett elvégezni. A műtöttek 20,2%-nál (19 fő) a szövettani vizsgálat jó indulatú (benignus) elváltozást igazolt.

5.2.2. Méhnyak-szűrés

A méhnyak szűrés tervszerinti folytatására törekedtünk. A központi adatállomány problémái, a központilag felére csökkentett behívási létszámkeret miatt az időarányos behívási tervnek csak néhány százalékát tudtuk megvalósítani. Hajdú-Bihar megyében 2010. évben 16 228 fő 25-65 év közötti nő kapott méhnyak szűrővizsgálatra meghívó levelet. Az akkreditált citológiai laboratóriumok (Hajdú-Bihar megyében kettő működik) havi jelentései alapján a megyében 727 cervix kenet vizsgálatát végezték el. A szervezett lakossági cervix szűrés megyei megjelenési aránya 4,5%.

Vélhetően a szűrésben résztvevők aránya magasabb, mint amit a fenti megjelenési arány mutat.

Ennek oka több tényező:

- nem akkreditált laboratóriumokban vizsgálják a keneteket
- a meghívottak magán nőgyógyászati rendelőkben végeztetik el a szűrővizsgálatot (Hajdú-Bihar megyében kb. 50 szakrendelő működik)
- dokumentációs hibák, hiányosságok,
- a korábbi évtizedek alatt beidegződött spontán, vagy alkalmoszerű szűrési gyakorlatok továbbfolytatása
- a szűrés hozzáférhetőségében és elérhetőségében jelentkező egyenlőtlenségek (A megye 7 településén működik OEP által finanszírozott, méhnyakszűrő vizsgálatot végző nőgyógyászati szakrendelő)

A megvizsgált kenetek 89,9%-át negatívnak értékelték. 29 esetben (4%) találtak kóros vagy gyanús elváltozást. Szövetteni vizsgálattal felfedezett méhnyakrákos esetet a citopatológiai laboratóriumok nem jelentettek.

A méhnyak szűrés hozzáférhetőségében és elérhetőségében jelentkező egyenlőtlenségek enyhítésére, a compliance növelésére 2010. évben tovább folytatódott a Védőnői Méhnyakszűrő Program. A Népegészségügyi Program keretében a cervix szűrésre jogosult női lakosságnak lehetősége nyílik arra, hogy a lakóhelyén, a területi védőnőjénél vegyen részt ezen a szűrésen.

Hajdú-Bihar megye területéről 2010. évben újabb 1 fő létavértesi területi védőnő jelentkezett a programra, képzést követően működési engedélyt kapott a cervix szűrés végzésére. Így mindösszesen 2 területi védőnő, mindkettő létavértesi, 2010. II. felében végezte a szervezett lakossági méhnyak szűrés keretében a kenetvételt. Év végéig összesen 58 nő vizsgálatára, cervix minta vételére került sor, melyből 37 esetet negatívnak értékelték. Több esetben kezelést követően, vagy technikai okok miatt ismételni kellett a mintavételt. A Hajdú-Bihar megyei két területi védőnőnél daganatos esetet a citopatológiai laboratórium nem jelzett vissza.

5.2.3. Vastagbél daganat szűrése

A vastagbél daganat szűrés 2010. évi programjában Hajdú-Bihar megyéből 10 háziorvos vett részt. 573 mintavételi csomag került kiosztásra a praxisok 50-70 év közötti, szűrésre jogosult páciensei között. A megvizsgált minták 68,7%-a volt negatív, valamivel több, mint negyede 26,2% pozitívítást mutatott, az értékelhetetlen minták aránya 5,1%, az országos eredményekhez viszonyítottan alacsony volt (Országos eredmények: negatív 70,27%, nem negatív 20,31%, értékelhetetlen 9,4%). Hajdú-Bihar megyében 109 fő részére ajánlották meg a háziorvosok a kolonoszkópiás vizsgálat lehetőségét, melyet 25 fő elutasított. 63 főnél végezték el a vastagbél tükrözést. A szövettani eredmények alapján malignitás szempontjából in situ 1 fő, II. stádiumú elváltozás 1 fő, III. stádiumú elváltozás 1 fő volt.

A daganatos halálozás mérséklését célzó szervezett lakossági szűrővizsgálatok eredményei 2010. évben nem érték el a WHO irányelveinek is megfelelő megjelenési arányokat (70%). Az eddigi eredmények egyértelműen mutatják, hogy egészségkultúránknak – a családok és az egyének értékrendjének és egészségmagatartásának – ma még 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 alapellátásnak, háziorvosoknak, védőnőknek. Az érintettek megkeresésére és megnyerésére jelenleg e két „csatornán” keresztül van reális esély.

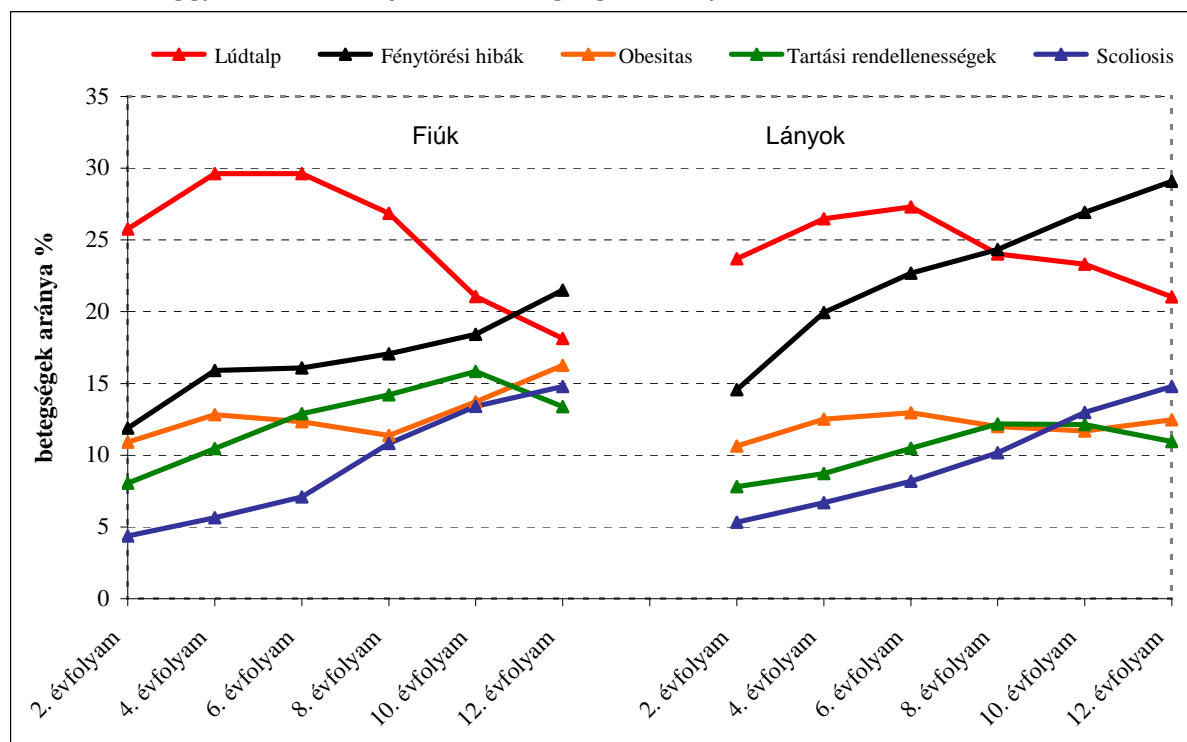
A háziorvosi praxisokban a szűrésre motiválás hatékonyságának fokozására, a lakosság körében az egészségtudatos magatartás kialakításának segítésére akkreditált team-továbbképzés került megrendezésre. A „Szűrőprogramok Országos Kommunikációja” /SZOK/ című kiemelt projekt keretében megszervezett 2 x 1 napos képzésen, megyénk 30 fő egészségügyi szakdolgozója és háziorvosa vett részt.

5.3. A gyermek- és ifjúsági korosztály egészségi állapotának jellemzői

Az iskoláskorúak megelőző jellegű ellátását az iskola-egészségügyi szolgálatok végzik. Az egészségi állapot vizsgálatokról adatszolgáltatási kötelezettségük meghatározott évfolyamok esetében van.

Hajdú-Bihar megyében, a 2009/2010-es tanévben, az iskola-egészségügyi szolgálatok által végzett egészségi állapot vizsgálatok eredményeként ugyanaz az 5 elváltozás szerepel (a sorrendben van csak eltérés) valamennyi korcsoportban a gyakorisági lista első öt helyén. Hasonlóan az előző évekhez, ezek a *lúdtalp*, a *fénytorési hibák*, az *obesitas*, a *tartási rendellenességek* és a *scoliosis*. Korcsoportos előfordulási gyakoriságuk bemutatásával kívánunk képet adni az oktatási intézmények 2.-12. évfolyamos tanulóinak egészségi állapotáról.

23. ábra: a leggyakrabban előforduló betegségek aránya a 2009/2010-es tanévben



Forrás: OSZMK

A 2009/2010-es tanévben, Hajdú-Bihar megyében 36 631 fő volt a beíratottak száma¹, ebből 35.264 tanulónál végeztek egészségi állapot vizsgálatot.

A megvizsgált tanulók körében a **leggyakoribb** elváltozás a **lúdtalp**. Csak a 12. évfolyamos fiúknál, valamint a 10. és 12. évfolyamos lányoknál előzi meg a fénytörési hibák elváltozás. A lúdtalp előfordulási aránya mindkét nemben a 4. és 6. évfolyamnál a legmagasabb (mértéke megközelíti a 27-30%-ot), ezt követő évfolyamokban gyakorisága csökken.

A **második leggyakrabban** előforduló elváltozás a **fénytörési hibák** (látászavarok), előfordulásuk az életkor előrehaladtával folyamatosan nő. A lányoknál gyakrabban talált elváltozás, mint a fiúknál. Mindkét nemben a 12. évfolyamnál éri el gyakorisági maximumát, a fiúknál 21,5%-ot, a lányoknál 29,1%-ot. A 12. évfolyamos fiúknál, valamint a 10. és 12. évfolyamos lányoknál a leggyakoribb elváltozás volt a 2009/2010-es tanévben.

Az **obesitas** (kövérség) előfordulási gyakorisága a lányok esetében közel azonos szintet mutat az egymást követő korcsoportokban (10-12%), ezzel szemben a fiúknál a 8. évfolyamtól jelentősebb emelkedés tapasztalható (16%).

A **tartási rendellenességek** a fiúknál gyakrabban talált elváltozások voltak, mint a lányoknál. Előfordulási gyakoriságának csúcsertékét a 10. osztályos fiúk esetében érte el (15,8%), míg a lányoknál a 8. és 10. évfolyamnál észlelték a legmagasabb előfordulást (12,19-12,13%).

A **scoliosis** (gerincferdülés) előfordulása hasonlóan alakult mindkét nemben. Az életkor előrehaladtával a betegség gyakorisága nő, legmagasabb értékét (fiúknál és lányoknál is 14,78%) a 12. évfolyamosoknál érte el. A 12. évfolyamosok körében háromszor nagyobb volt a betegség előfordulása mindkét nemben a 2. évfolyamosokhoz képest.

Az iskola-egészségügyi vizsgálatok során talált leggyakoribb elváltozások – lúdtalp, tartási rendellenességek, gerincferdülés, kövérség – kialakulásában az életmód is jelentős szerepet játszik. Fontos tehát minden gyermek számára az egészségfejlesztő hatású rendszeres testmozgás, valamint speciális tartásjavító torna megtanítása és rendszeres végzése. Ezek testnevelési óra és szabadidő-sport keretében egyaránt végezhetőek.

¹ A beíratottak száma csak a 2.-4.-6.-8.-10.-12. évfolyamokra vonatkozik.

5.4. Fertőző betegségek morbiditása

5.4.1. Fertőző betegségek

2010-ben az összes jelentett fertőzőbeteg szám: 4 101, ennek 44%-a gyomor-bélrendszeri fertőzés, 48%-a leggyakrabban kis-óvodásokat érintő bárányhimlő.

Hajdú-Bihar megyében 2010. évben 1 809 **gyomor-bélrendszeri fertőző** megbetegedés fordult elő. A laboratóriumi vizsgálat a bejelentett esetek 41%-ában bakteriális, 59%-ban vírusos eredetet igazolt. A jogszabályoknak megfelelően a betegeknél és környezetükben az intézkedés megtörtént.

Az előző évihez képest lényegesen kevesebb **Varicella** (bárányhimlő) megbetegedés fordult elő megyénkben. (1 973 beteg /2010 év, 3 397 beteg /2009 év). A **scarlatina** bejelentés az előző évihez hasonlóan alakult (203 beteg).

Az idegrendszeri fertőző megbetegedések közül az országban felbukkanó N.meningitidis C szerocsoport területünkön nem okozott megbetegedést. A jövőre nézve a háziorvosok az információkat anyagot megkapták Intézetünkötől.

Kedvezőtlen jelenség a bejelentett **fertőzőbeteg halálozás** számának emelkedése:

Két 60 év alatti beteg Legionellosisban, két 65 év feletti korcsoportba tartozó személy Salmonellosisban, egy 63, egy 47 és egy 77 éves beteg gennyes agyhártyagyulladásban, egy 72 éves beteg élelmiszer terjesztette Botulizmusban, egy 59 éves beteg B vírus okozta fertőző májgyulladásban hunyt el.

5.4.2. Lyssa fertőzésre gyanús sérülés

Jelentett esetek száma 315, 46-tal több, mint 2009-ben. Védőoltást indikált az oltóorvos 261 esetben (2009-ban 222). A sérülések jelentős részét (70%) kutyák okozták. A kóbor ebek harapása miatt (nem megfigyelhető az állat) a sérülteket veszettség elleni oltási sorozatban kell részesíteni (5 védőoltás). Szokatlanul megnőtt a patkány és egyéb rágcsálók okozta sérülések száma is, ez az összes eset 12%-át jelenti.

5.4.3. Védőoltások

A magyarországi kötelező védőoltási rend főbb jellemzői:

- ingyenes
- kiváló minőségű és hatékonyságú az alkalmazott oltóanyag
- optimális életkorban kapják a gyermekek
- teljes esélyegyenlőség a hozzáféréshez
- az elvárásoknak megfelelő (szakma, döntéshozók, lakosság)
- állami felelősségvállalás mellett stabil jogszabályi háttérrel rendelkeznek.

A folyamatos oltások teljesítése a 2010. évre vonatkozó védőoltási módszertani levél alapján jelentendő korcsoportok esetében 99,74% és 99,98% között van a megyében.

A két hónapnál hosszabb lemaradások gyakoribb okai:

- elhúzódó lázas, illetve láztalan légúti megbetegedések
- kivizsgálás alatt álló immunológiai és neurológiai megbetegedések
- hanyag szülők
- huzamos külföldi tartózkodás

A hanyag szülők esetében a védőnők írásos idézést küldenek a szülőnek, és ha az idézés eredménytelen marad, jelentik a kistérségi ÁNTSZ-nek. Tárgy évben 66 védőoltást elrendelő határozatot adtak ki az illetékes kistérségi intézetek (többségét Hajdúböszörményi és a Balmazújvárosi kistérségben). Az indokolatlan lemaradásokat okozó hanyag szülői magatartás esetenként a család követhetetlen lakóhely változtatásával jár, amikor jelentős idő telik el, míg megtalálják az oltandót.

A kampányoltások teljesítése valamennyi iskolai oltás esetén 99% fölötti. A magas védőoltási teljesítés biztosítja a jelentősebb gyermekkori fertőzések „eltűnését”, mint torokgyík, kanyaró, rózsahimlő, mumpsz, gyermekbénulás, HIB.

Nemzetközi Oltóhely működése

A külföldi utazásokkal kapcsolatos védőoltási és tanácsadási tevékenység történt a Szolgálat Hajdú-Bihar Megyei Járványügyi Kirendeltségén. 412 személy kapott védőoltást és 257 utazó tanácsadásért keresett fel bennünket.

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

5.4.4. HIV szűrés, tanácsadás

A tanácsadást a kirendeltség epidemiológusa, a vérvételt két szakképzett ápolónő végzi, mindkettő HIV Cancellong tanfolyamot végzett.

2010-ben 458 fő szűrése (2009-ban 370 fő) történt, valamennyi negatív eredménnyel zárult. A szűrtek 67%-a férfi. A drogambulancia is irányít ügyfeleket a tanácsadóba.

„Kihelyezett” tanácsadás és szűrés történt 2010 júliusában a Campus fesztivál ideje alatt Debrecenben, továbbá 2010. december 01-jén a AIDS világnap alkalmából két helyszínen: DEOEC Gyógyszerészeti Tanszék és Debrecen Pláza színterén.

A tanácsadást és a felvilágosítást a lehetőségeinkhez mérten igyekszünk kiterjeszteni.

5.4.5. Kórházhigiénés tevékenység

„Az egészségügyi ellátással összefüggő fertőzések megelőzéséről, e tevékenységek szakmai minimumfeltételeiről és felügyeletéről” szóló 20/2009. (VI. 18) EüM rendelet alapján az Észak-alföldi régióban megalakult a Regionális Infekciókontroll és Antibiotikum Bizottság (RIAB) és a megye fekvőbeteg szakellátást nyújtó intézeteiben is megalakultak az Intézményi Infekciókontroll és Antibiotikum Bizottságok (IIAB).

2010-ben végzett tevékenység:

- Az Európai Antibiotikum Nap kapcsán szakmai anyagokat juttattunk el az egészségügyi szolgáltatóknak az intézményi bizottságokon keresztül.
- A mikrobiológiai surveillance adatok ismeretében felkértük az illetékes szakfőorvost, tegyen javaslatot a nagyszámú – gyógyszer-rezisztens kórokozók okozta – fertőzések csökkentésére.
- A PAP (operáció közeli antibiotikus kezelés) felmérés történt a vizsgálati lapokon, melyek a megadott határidőre beérkeztek valamennyi intézményből.

5.4.6. *Tuberkulózis*

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

Hajdú-Bihar megyében 2010. április 26-án született határozat a kötelező szűrésekre vonatkozóan a Debreceni Egészségügyi Járóbeteg Központ Nonprofit Kft. és a Hajdúnánási Tüdőgondozó Intézet ellátási területére (a végrehajtási határidő 2011. május 1.).

Megyénkben a tuberkulózis megbetegedés kockázatát növeli, hogy Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében, Romániában, Ukrajnában igen magas a betegek száma. Az egészségügyi ellátást több külföldi beteg igyekszik hazánkban igénybe venni, és több intézményben jelenik meg a diagnózis megszületéséig.

Tájékoztatónk megírásáig a tüdőgondozó intézetek nem szolgáltatott adatot a 2010-ben kiszűrtekről.

5.4.7. *Influenza*

Hajdú-Bihar megyében a szezonális influenza figyelőszolgálatot 2010. 40. hete óta működtetjük 75 orvos részvételével. A 36 felnőtt háziorvos, 22 gyermek háziorvos és 17 vegyes praxist ellátó orvos összesen 116 505 fő egészségügyi ellátását biztosítja, mely a megye lakosságának kb. 20%-a.

A figyelőszolgálat beindításától 2011. 3. hetéig Hajdú-Bihar megyében alacsony, járványküszöb alatti volt az influenzaszerű megbetegedések előfordulási aránya. A 4. héttől kezdve tapasztaltuk az influenza aktivitás emelkedését, mely a 6-8. hét között volt a legmagasabb. A 10. héttől ismét a járványos mérték alá csökkent a megbetegedés előfordulása megyénkben.

Megyénk részére ebben a szezonban 61 000 adag térítésmentesen beadható Fluval AB influenza elleni oltóanyag állt rendelkezésre. 2011. február végéig 43 101 fő részesült az ingyenes védőoltásban.

A kórházi surveillance keretében eddig 298 beteg felvételét jelentették megyénkben, melyből 56 főt kellett intenzív ellátásban részesíteni. Gépi lélegeztetés 29 beteg esetében vált szükségessé. Influenza megbetegedéssel összefüggésbe hozhatóan **4 haláleset** jelentettek a fekvőbeteg intézmények.

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

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

2010-ben az ÁNTSZ szakembereinek szervezésével és közreműködésével 453 egészségfejlesztési esemény valósult meg a megye településein, 57 876 fő részvételével.

Egészségfejlesztési tevékenységünkben az egészségügyi ismeretek terjesztését, az egészséget veszélyeztető fő kockázati tényezők megelőzését és csökkentését tűztük ki célul. Ennek érdekében az egészségtudatos magatartásra ösztönző programokat szerveztünk a megye lakossága körében. Az országos programok helyi szervezése és megvalósítása mellett saját kezdeményezésű programokkal és helyi programokhoz történő csatlakozással törekedtünk az egészségügyi ismeretek terjesztésére, a célcsoportok ismereteinek bővítésére, a betegségek megelőzésére. Programjaink, rendezvényeink nyitottak voltak a lakosság valamennyi csoportja számára. A különböző színtereken megvalósuló programokon bárki ingyenesen vehette igénybe a meghirdetett szűréseket és más szolgáltatásokat.

Egészségfejlesztési tevékenységünk meghatározó eleme volt 2010-ben a folyamatos egészségkommunikáció a szervezett szűrővizsgálatokon résztvevők számának növelése érdekében. A **Szűrőprogramok Országos Kommunikációja (SZOK)** projekt keretében megyénkben is sor került akkreditált továbbképzés szervezésére az egészségügyi alapellátásban dolgozók részére. A képzés célja volt a háziorvosi praxisokban a szűrésre motiválás hatékonyságának fokozása, a lakosság körében az egészségtudatos magatartás kialakításának segítése.

Folytattuk az „**Egészség koalíciók**” építésével, az együttműködések erősítésével és kiterjesztésével kapcsolatos munkát.

Az „Egészség koalíció” helyi települési-, vagy kistérségi szinten létrejövő multiszektoriális és multidiszciplináris munkabizottság, partnerségi alapon szerveződő együttműködő csoport, amely alkalmat teremt a kölcsönös tájékoztatásra, a rendszeres és folyamatos partneri együttműködésre, a szűkös anyagi- és természetbeni források egyesítésére, a szektorközi és szakmaközi szinergiák kihasználására, így az egészség szempontjainak érvényesítésére a helyi döntéshozatalban. A helyi egészség koalíciók lehetőséget biztosítanak helyi együttműködésekben alapuló intervenciós programok tervezésére, szervezésére és megvalósítására, közösségi egészségtervek készítésére.

Hajdú-Bihar megyében 2009-ben elkezdődött valamennyi Kistérségi Intézet illetékességi területén az egészség koalíciók létrehozása és ezek keretében a helyi együttműködésekben alapuló intervenciós lehetőségek felkutatása és megvalósítása a lakosság egészségi állapotának javítására. Az első koalíciókat követően újabb településeken alakulnak helyi, kisebb-nagyobb egészség szövetségek. Jelenleg 9 településen működik szervezeten széleskörű partneri együttműködés.

A koalíciós együttműködések keretében – 2010-ben **kiemelt feladatként** – számos program foglalkozott a szervezett szűrővizsgálatokon való részvételre motiválás mellett az **elhízás csökkentésével, a dohányzás megelőzésével, a férfiak egészségének védelmével.**

A helyi programok tervezéséhez, egészségkép és egészségterv készítéséhez nyújtottunk segítséget település- és kistérségi szintű, a helyi lakosság egészségi állapotáról készített epidemiológiai elemzésekkel.

A **színterek** közül kiemelten **az oktatási intézmények** szükségleteire szerveztünk programokat, melyek rendhagyó órák, előadások, csoportos foglalkozások, egészségnapok és egészség délutánok, vetélkedők formájában valósultak meg.

2010-ben is több oktatási intézménybe eljutott a dohányzás megelőzési program részeként az érintőképernyős számítógépes interaktív játékprogram (Kioszk), mely elsősorban a kisiskolás korosztály körében alkalmazható prevenciós módszer.

A felnőtt lakosságot a közösségi házak, egészségvédő klubok programjain, települési egészségnapokon értük el.

Az egészséges életmóddal és egészségkockázatokkal kapcsolatos Nemzetközi **Világnapok**, mint a Dohányzásmentes Világnap, Szív Világnapja, Európai Autómentes Nap, Lelki Egészség Világnapja, AIDS Világnap, stb. alkalmat teremtettek az egészséges életmód széleskörű propagálására, a lakosság érzékenyítésére az egészségmegőrzéssel és a környezet megóvásával kapcsolatosan.

A **parlagfű-mentesítéssel** összefüggésben elsősorban kommunikációval, átfogó lakossági tájékoztatással vállaltunk szerepet. Tevékenységünket a parlagfű pollenterhelés csökkentése, a lakosság környezettudatos szemléletmódjának formálása érdekében szerveztük. Tájékoztató munkánkban hangsúlyt kapott a parlagfű felismerését segítő ismeretek terjesztése, a parlagfű és az allergia kapcsolata, az aktuális pollenhelyzet ismertetése.

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

A lakosság széleskörű tájékoztatásában, a korábbi évekhez hasonlóan, a tömegkommunikációs eszközök is segítségünkre voltak.

A lakosság körében végzett egészségfejlesztési tevékenység elengedhetetlen feltétele a széles partneri együttműködés. A döntéshozók - helyi szinten az önkormányzatok -, valamint a társadalmi- és civil szervezetek támogatása és szerepvállalása nélkülözhetetlen az eredményesség szempontjából, csak így érhető el változás a lakosság szemléletmódjában, és hosszú távon az életminőség javításában.

7. Környezeti tényezők

7.1. Település- és környezet-egészségügy

7.1.1. Vízhigiéne, ivóvíz

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

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

13. táblázat: 2010. évi önellenőrző és hatósági ivóvíz vizsgálati eredmények alapján a fogyasztási csapnál kifolyó ivóvíz minősége Hajdú-Bihar megyében

HATÁRÉRTÉK FELETTI KÉMIAI KOMPONENSEK	ÉRINTETT TELEPÜLÉSEK ÉS TELEPÜLÉSRESZEK SZÁMA	ÉRINTETT VÍZMŰVEK SZÁMA
Bór	7	6
Fluorid	0	0
Ammónium	39	37
Nitrit	8	8
Arzén	51	41

Forrás: HBM KH Népegészségügyi Szakigazgatási Szerve

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.

Természetes eredetű szennyezőanyagok:

- A WHO adatai szerint a **bór** tartalmú vegyületek a kísérleti állatok szaporodóképességének csökkenését okozhatják, ezen túlmenően a fiatal egyed fejlődésére is káros hatást gyakorolt a bór-adagolás. A bór az ivóvízből gazdaságilag ésszerűen kivitelezhető vízkezeléssel nem távolítható el, ezért a megoldás mindenképpen új vízbázis bekapcsolását jelenti az adott vízellátási körzetben.
- Az ivóvíz határérték feletti **arzén** tartalma – WHO által végzett vizsgálatok és egy friss hazai epidemiológiai kutatás alapján is – a bőr- és tüdőrák-, nagyobb koncentrációknál pedig ezeken felül még a hólyag- és veserák kockázatának növekedését okozza. Az arzén eltávolítására megfelelő technológiák állnak rendelkezésre, ugyanakkor esetenként gazdaságosabb lehet más megfelelő minőségű ivóvíz bevonása a vízellátásba (vízkeveréssel vagy kizárólagos ivóvíz forrásként).
- Az **ammónium** egészségügyi szempontból közvetlenül nem veszélyes, réteg eredetű vízszennyező, amelyből kedvezőtlen körülmények között biológiai úton nitrit képződhet a vízkezelésre szolgáló műtárgyakban és vezetékhalózatban. A nitritek egyrészt 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 vezetékhalózat gondos üzemeltetését jelenti, azonban szükség lehet a kútvíz ammónium tartalmának eltávolítására, a vezetékhalózatban 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 3/4 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, jelenleg is folyamatban van a próbaüzem.

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

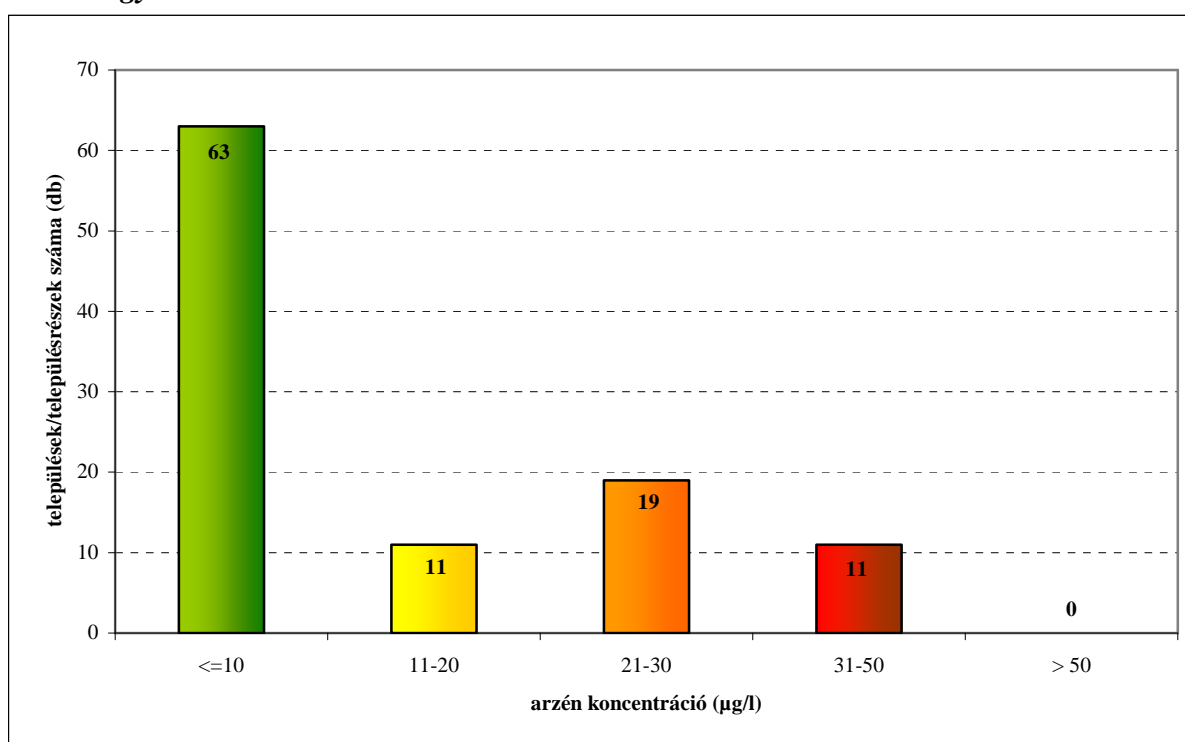
Megyénkben a kémiai vízminőségi jellemzők közül az arzén bír kiemelkedő jelentőséggel a tartósan határérték feletti ivóvizet szolgáltató települések számát tekintve. 63 településen az ivóvíz arzéntartalma határérték alatti, 11 településen 11-20 µg/l-, 19 településen 21-30 µg /l-, és 11 településen 31-50 µg /l közötti. Megyénkben nincs olyan település, ahol az ivóvíz arzéntartalma tartósan meghaladná a korábbi ideiglenes, 50 µg /l-es határértéket.

Az Ivóvíz-minőség Javító Program I. ütemében részt vevő több településen sikerült az arzén tartalmat - egy-egy eredmény kivételével - határérték alá csökkenteni (az érintett települések

az alábbi diagramban még arzén „pozitív” településként szerepelnek, tekintettel arra, hogy a vízminőség javító programok még nem zárultak le, a próbaüzemek jelenleg is tartanak).

2010. évben az Ivóvízminőség-javító Program I. ütemében nem szereplő több településen intézkedések történtek az ivóvíz határérték feletti arzéntartalmának csökkentése érdekében (pl. Egyek-Telekháza - vas és mangántalanító és ammóniamentesítő technológia kiépítése, vas-klorid adagolás; Konyár - vas-mangán és ammóniamentesítő technológia kiépítése; Újléta - használaton kívüli magas vastartalmú kút beüzemelése, előklórozás szintjének emelése; Debrecen Vekeri tó - magas arzéntartalmú kút kizárása; Hajdúböszörmény Pród - vas és mangántalanító technológia kialakítása; Vámospércs - homokszűrő szűrőanyag cseréje, kálium-permanganát adagolás, alacsony arzén tartalmú kút üzemeltetése, hálózatmosatás kéthavonta).

24. ábra: arzén „pozitív” és arzén „negatív” települések/településrészek száma Hajdú-Bihar megyében



Forrás: HBM KH Népegészségügyi Szakigazgatási Szerve

2010. évben intézetünk – országos akció keretében – arzénnel és bórral érintett települések adategyeztetésében vett részt, ennek keretében hat vízmű esetében végeztünk hatósági mintavételt, 27 hatósági mintát vettünk le soron kívül a települések végleges minősítésének megállapítása érdekében.

Az arzén érintettségű települések vízellátó rendszerét üzemeltető vízszolgáltatóktól átiratban az alábbiak szerint kértünk tájékoztatást:

- a vízművek által szolgáltatott ivóvíz arzén tartalma a legutolsó mérési eredmény értékét is feltüntetve megfelel-e a hatályos kormányrendeletnek;
- milyen intézkedést tett eddig, mint üzemeltető a kormányrendeletnek arzén vonatkozásában megfelelő minőségű víz szolgáltatására, pl. rendelkezésre álló alacsony arzén tartalmú ivóvizet biztosító kutak üzemeltetése, akár nem egészségkárosító, más szennyező jelenléte esetén is, vízkeverés, stb.;

- történt-e bármi, illetve tervez-e valamilyen intézkedést, ami az eddigi monitoring alapján kialakult képet módosítaná?

Az üzemeltetők mellett az érintett települések polgármestereit kerestük meg, tájékoztatást kérve arról, hogy az arzén ivóvíz minőségi jellemzővel kapcsolatos probléma kezelésére a települési önkormányzat az elmúlt időszakban:

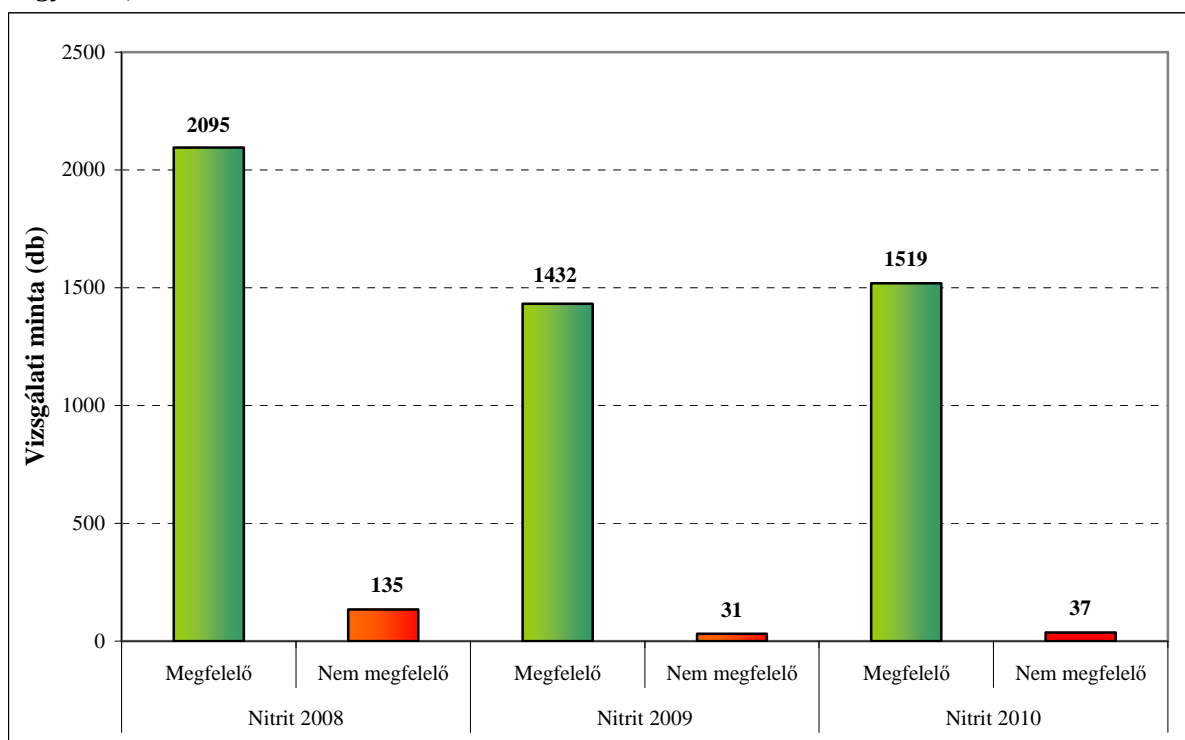
- hogyan készült fel,
- milyen intézkedéseket tett eddig, illetve
- milyen intézkedéseket tervez az ivóvíz minőségi vízellátási kötelezettsége teljesítése érdekében

Az önkormányzatok számára tájékoztatást adtunk az igénybe vehető pályázati lehetőségekről is.

Ezt követően valamennyi arzénos ivóvizet szolgáltató közüzemi vízmű üzemeltetőjével egyeztetést kezdeményeztünk, melyen számba vettük az ivóvízminőség javításának lehetőségeit, erről tájékoztató jellegű szakmai anyagot adtunk át az üzemeltetőknek.

2010. évben intézetünk kiemelten figyelemmel kísérte a települések ivóvize nitrit tartalmának alakulását. A kifogásolt eredmények aránya 2008. évben 6,4%, 2009. évben 2,2%, 2010. évben pedig 2% volt. Eddigi tapasztalataink azt mutatják, hogy az időszakosan előforduló határérték túllépések ellenére, az ivóvíz tartósan határérték feletti nitrit tartalma nem jellemző megyénk településeire.

25. ábra: nitrit vizsgálati eredmények minősítés szerinti megoszlása Hajdú-Bihar megyében, 2008-2010 években



Forrás: HBM KH Népegészségügyi Szakigazgatási Szerve

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

A közüzemi ivóvíz-szolgáltatóktól negyedévente érkező önellenőrző és soron kívül elvégzett vizsgálati eredményeket rendszeresen és folyamatosan áttekintettük, a szükséges intézkedéseket megtettük. A vízminőségi adatok korszerű, elektronikus úton történő gyűjtésének, rendszerezésének és továbbításának biztosítására szakigazgatási szervünk 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, az elmúlt évben *E.coli* és/vagy *Enterococcus* jelenléte miatt 7 esetben fordult elő. Az indikátor kémiai vízminőségi jellemzők közül leggyakrabban ammónium, vas, mangán, KOI esetében fordult elő határérték túllépés, míg nem elfogadható vízminőséget, 2009. évhez hasonlóan, elsősorban magasabb arzén, nitrit, bór és trihalometán tartalom okozott. Biológiai kifogásoltság jellemzően férgek, véglények jelenléte miatt alakult ki. A biológiai vizsgálati eredmények a korábbi évekhez hasonlóan nagy számban estek kifogás alá.

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

Önkéntesen bevezetett szükségvízellátás 2010. évben 2 településrészen volt. Hajdúböszörmény, Nagy-Bocskai szőlőkertben, az ellátottak száma 600-700 fő. A szükségvízellátást az indokolta, hogy a településrészen csak nem megfelelő minőségű, nem ivóvizet biztosító ásott kút található. A Debrecen-Halápon működő óvoda számára (32 fő) palackos ivóvizet biztosítanak.

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

7.1.2. Fürdővíz

Szakigazgatási szervünk illetékességi területén 82 töltő-ürítő és 179 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.

Mind a töltő-ürítő, mind a visszaforgatásos rendszerű medencék esetén a nem megfelelőséget 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 megfelelősége 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.

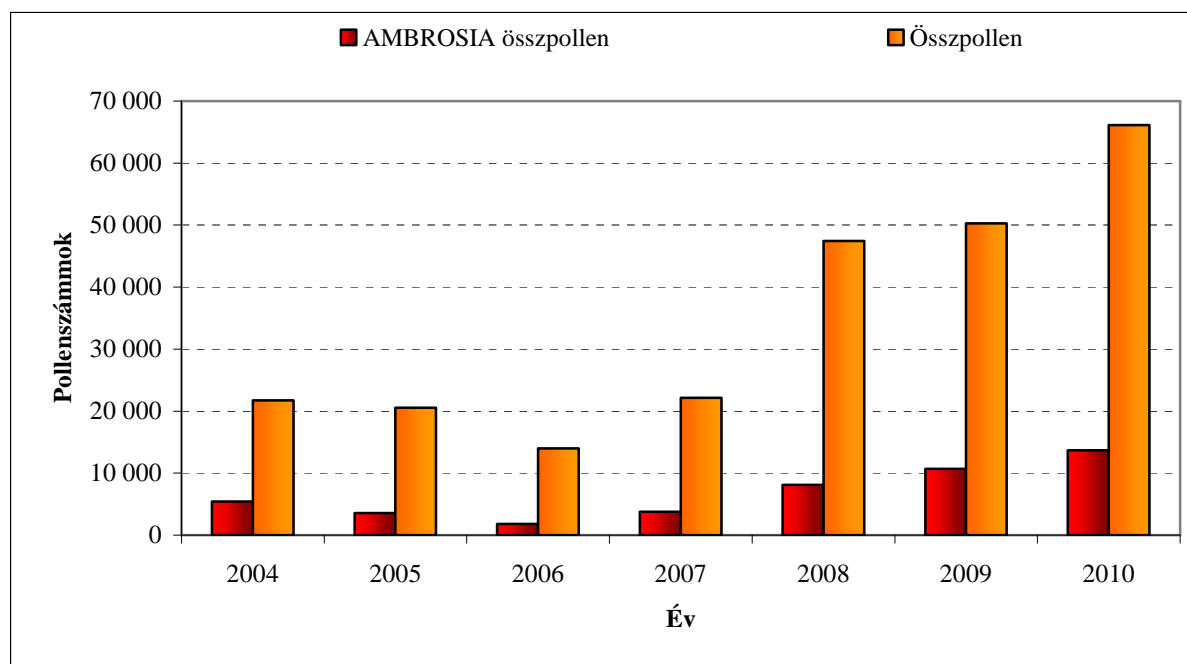
(A fürdővizek 2010. évi vizsgálatának részletes eredményei a mellékletben találhatóak.)

Illetékességi területünkön egy természetes fürdő, a Látóképi Tófürdő működik. 2010. évben a fürdési idényben valamennyi fürdővíz-vizsgálati eredmény megfelelő volt, a fürdővíz a 78/2008. (IV. 3.) Korm. rendelet szerint kiváló minősítést kapott.

7.1.3. Aerobiológiai hálózat működése

Az ÁNTSZ Aerobiológiai Hálózata gyűjti, elemzi és értékeli a légköri allergénekre vonatkozó adatokat. Hajdú-Bihar megyében – Debrecenben – 1993 óta működik pollensapda. 2010. évben 32 növény és 3 gomba légköri pollen-, illetve spóra koncentrációjának monitorozását végeztük.

26. ábra: parlagfű pollenkoncentráció és az összpollenzám alakulása Debrecenben, 2004-2010 években



Forrás: HBM KH Népegészségügyi Szakigazgatási Szerve

Az ábrán a pollenszezonban mért összes pollenzámot, továbbá az egyik legismertebb allergén növény, a parlagfű pollenkoncentrációjának alakulását mutatjuk be, 2004-2010. közötti időszak vonatkozásában. Megállapíthatjuk, hogy 2007. évtől a pollenterhelés – mind az összpollen, mind a parlagfű pollen esetében – fokozatos, tendenciaszerű növekedést mutat. 2010. évben a parlagfű pollenterhelése nagymértékben meghaladta az előző években mért értékeket, 2007. évhez viszonyítva több mint 3,5-szeres emelkedés figyelhető meg.

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

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

Az Országos Környezet-egészségügyi Intézet által készített pollenjelentéseket évek óta heti rendszerességgel, e-mail-en továbbítjuk az illetékes szakemberek-, intézmények-, a kistérségi népegészségügyi intézetek- és a média számára.

7.1.4. Levegőhigiéne

Beltéri levegőminőségi vizsgálatokat a megye területén 2010. évben nem kezdeményeztünk, panaszbejelentés, illetve probléma megoldására irányuló megkeresés nem érkezett intézetünkhöz.

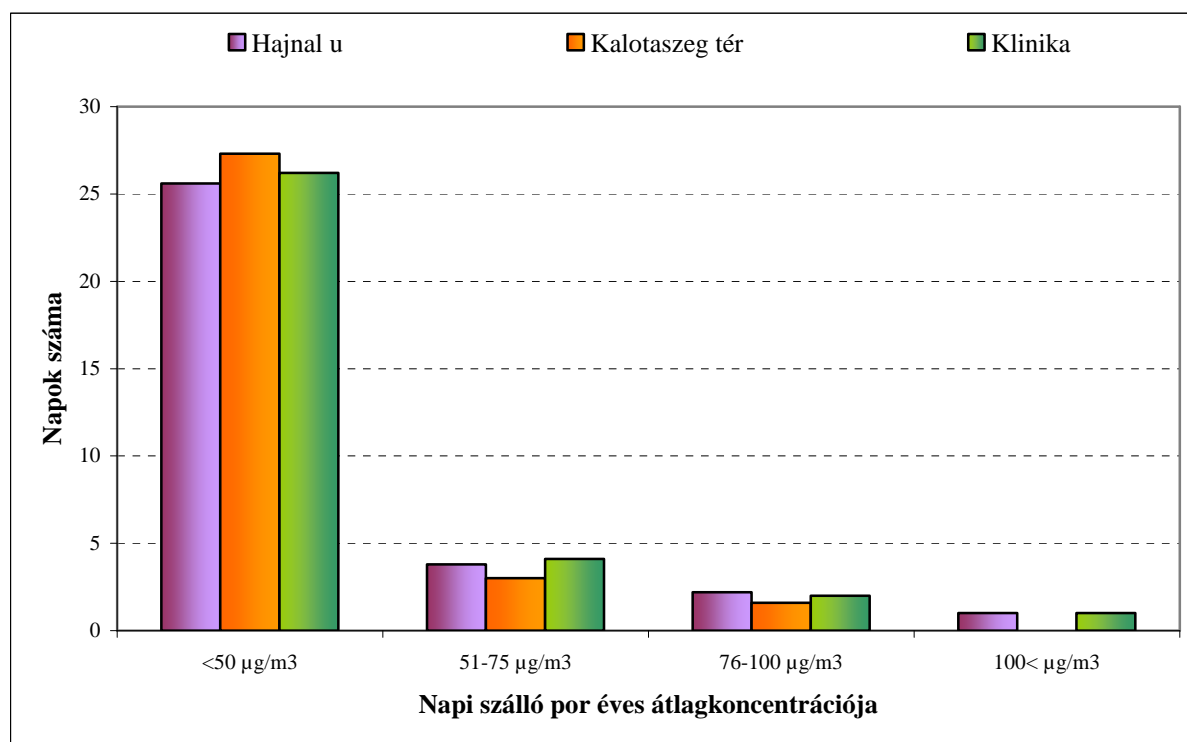
A környezet-egészségügyi hatásvizsgálatok véleményezése során csak igen korlátozottan volt lehetőségünk a mért immissziós adatokra támaszkodni, mert a beruházások olyan településeket érintettek, ahol vagy nincsenek mérőpontok, vagy a kérdéses légszennyező komponens mérése nem megoldott.

A PM10 (10 µm-es méret alatti) szemcseméretű porok elsősorban mechanikus úton keletkeznek, pl. építkezés során, gépkocsik kipufogógázaiból, fűtés révén, az utak felületének kopásából és a szél által. A PM elsődlegesen lokális gyulladást okoz, ezt követi a már fennálló légúti megbetegedések súlyosbodása, hyperreaktivitás, oxidatív stressz, számos sejtszintű és molekuláris szintű folyamat aktiválása, a tüdő védekező mechanizmusainak csökkenése.

A megye területén Debrecenben az alábbi 3 ponton történik szállópor mérés:

- Debrecen - Klinika, Nagyerdei körút 98.
- Debrecen - Kalotaszeg tér
- Debrecen - Hajnal u.

27. ábra: a napi szálló por (PM10) terhelés higiénés értékelése 2010.01.01 – 2010.12.31. időszakra vonatkozóan Debrecenben mérőállomásonként



Forrás: HBM KH Népegészségügyi Szakigazgatási Szerve

A diagramok adatai alapján megállapítható, hogy Debrecenben, éves átlagban, a levegő szálló por terhelése jellemzően a <50 µg/m³ koncentráció tartományba esik. Az 51-71 µg/m³ koncentráció tartományba eső napok száma átlagosan az egy hetet sehol nem haladja meg, az ettől magasabb tartományba eső napok rendkívül kis száma összefüggésbe hozható az időjárással, valamint a fűtési szezonnal.

7.1.5. A klímaváltozás egészségi hatásai

A klímaváltozás hatásai egyre nyilvánvalóbbak. Az egyik legfontosabb hatás a hőhullámok egyre gyakoribbá válása. 1992-2006. között a hőhullámok (minimum 3 egymást követő napon a hőmérséklet a 26,6°C fok küszöbérték feletti) egyre sűrűbben jelentkeztek. Míg 1992. és 2000. között 6 hőhullám érte el hazánkat, összesen 27 igen meleg nappal, addig 2001-2006. között 11 hőhullám következett be 52 igen meleg nappal. Az elemzett 15 év adatai alapján feltételezhető a hőhullámok számának és tartamának növekedése.

Az Országos Környezet-egészségügyi Intézet és az Országos Tisztifőorvosi Hivatal létrehozták az „Országos időjárás egészségi hatás előrejelző rendszert”.

A központilag kiadott hőség-előrejelzés fokozatai a következők:

- *Figyelmeztető jelzés* (1. fokozat): várhatóan napi 25°C-os, vagy azt meghaladó középhőmérséklet esetén, ami a halálozás kb. 15%-os növekedését valószínűsíti.
- *Készültség jelzés* (2. fokozat): ha a hőmérséklet legalább három egymást követő napon várhatóan eléri (vagy meghaladja) a napi 25°C-ot (kb. 15%-os növekedés a napi halálozásban). Alternatív feltétel: legalább egy napra eléri a napi középhőmérséklet a 27°C-ot, ami kb. 30%-os napi halálozás növekedésnek felel meg.
- *Riadó jelzés* (3. fokozat): amennyiben várhatóan legalább három egymást követő napon eléri a napi középhőmérséklet a 27°C-ot (kb. 30%-os emelkedés a napi halálozásban).

2010. évben három alkalommal II. fokú, egy alkalommal III. fokú hőségriasztás elrendelésére került sor. A korábbi években a rendkívüli időjárás kapcsán szükséges intézkedések megtételének elősegítése érdekében tájékoztató háttéranyaggal láttuk el az érintetteket.

II. fokozatú hőségriasztás elrendelésekor az elrendelés tényéről értesítjük az egészségügyi intézményeket, háziorvosi szolgálatokat, gyógyszerárak vezetőit, önkormányzatokat, felhívjuk figyelmüket a szükséges intézkedések megtételére.

III. fokozatú hőségriasztás rendkívüli, katasztrófa helyzetnek minősül, ebben az esetben a védelmi bizottság dönt a rendkívüli intézkedések meghozataláról. Az elmúlt évi III. fokú hőségriasztás kapcsán katasztrófa helyzet kihirdetése nem vált szükségessé.

7.2. Gyermek- és ifjúság-egészségügy

Az ellenőrzött egységek tárgyi adottságai, higiéniás helyzete a korábbi évekhez hasonlóan változó képet mutat. Általánosságban elmondható, hogy az intézmények az évente szükséges tisztasági meszeléseket, kisebb javításokat, karbantartási munkálatokat tudják elvégeztetni, néhány esetben azt is szülői segítséggel. Nagyobb mértékű felújításra, korszerűsítésre leginkább nyertes pályázatok és fenntartói támogatás esetén van lehetőség. Az elmúlt évben az anyagi nehézségek ellenére több új intézmény átadása, intézmények felújítása-, bővítése történt meg.

7.3. Kémiai biztonság

Az ellenőrzések tapasztalatai alapján a korábbi évekhez hasonlóan leggyakrabban észlelt hiányosságok a következők voltak:

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

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

2010. évben előtérbe helyeztük az 1907/2006/EK rendeletben (továbbiakban: „REACH”) foglalt előírások, a *dimetil-fumarát biocid*ot tartalmazó termékek-, illetve a *biocid* termékek forgalmazásának ellenőrzését.

7.4. Élelmezés- és táplálkozás-egészségügy

Az elmúlt évben kiemelten figyelemmel kísértük az étrend-kiegészítő termékek forgalmazását. Kifogásolt étrend-kiegészítőkkal kapcsolatban 26 esetben került sor intézkedésre (forgalmazás megtiltása) a fogyasztók egészségének védelme érdekében.

2010. évben két étel-miszer-eredetű megbetegedésről szereztünk tudomást (ebből 1 egyedi /1-4 fő/, 1 tömeges /25 fő felett/ megbetegedés volt). A megbetegedések magánháztartásban, valamint vendéglátásban fordultak elő.

A magánháztartásban előforduló egyedi étel-miszer-mérgezési eset halálos kimenetelű volt. Az elkészítés helyén, szabályosan tárolt maradék ételminta vizsgálata nem, ugyanakkor a beteg laboratóriumi vizsgálata igazolta a *Clostridium botulinum* toxin kórokozó szerepét. A megbetegedést valószínűsíthetően a megbetegedett személynél tapasztalt szabálytalan étel-miszertárolás okozta.

A vendéglátásban előforduló tömeges megbetegedés során 123 fő betegedett meg. A megbetegedés okozójaként gyanúsított étel közvetítő szerepét a Hajdú-Bihar Megyei Szakigazgatási Hivatal Étel-miszerlánc-biztonsági és Állategészségügyi Igazgatóságának laboratóriumi adatokkal nem sikerült igazolni. Intézetünk által elvégzett epidemiológiai (járványügyi) kivizsgálás adatai azonban egyértelműen ezt támasztották alá (a gyanúsított ételt fogyasztók tünetei azonosak voltak, a tünetek többségükben azonos lappangási idő után jelentkeztek, illetve a gyanúsított étel fogyasztása a megbetegedés esélyét tízes nagyságrendbe eső szorzófaktorral növelte).

7.5. Sugárbiztonság

A sugárzások környezet és egészségkárosító hatásai miatt – különösen a mesterséges források elterjedésével – a rendszeres ellenőrzés, a környezeti monitorozás elkerülhetetlen. Nemcsak a radioaktív anyaggal dolgozó üzem, laboratórium területén, hanem azok környezetében is ellenőrizni kell a sugárzás szintjét, és az ilyen jellegű létesítményektől távol is hatékonyan 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 **légtér** radioaktív szennyezettségének vizsgálata során aeroszol és fallout minták mérése történik. 2010-ben az összes béta aktivitás-koncentrációjának átlaga aeroszol mintákban: $6,4 \text{ mBq/m}^3$ volt. A fallout minták összegének harminc napra vonatkozó átlagolt összes béta-aktivitás koncentrációja: $6,6 \text{ Bq/m}^2/30 \text{ nap}$ volt. A mért aktivitás koncentráció értékek a korábbi években mért eredményekhez képest mérsékelt csökkenést mutatnak. Megállapítható, hogy az összes aktivitás koncentráció kb. 99%-a természetes eredetű radioaktív izotópokból származik, és a mesterséges eredetű izotópok mennyiségében évről évre kismértékű csökkenés figyelhető meg.

A Hajdú-Bihar megyei közüzemi **ivóvízmintákban és a felszíni-vízmintákban** a ^{137}Cs aktivitás-koncentrációja 2010-ben a $0,1 \text{ Bq/l}$ jelentési szintet nem érte el. Ez megegyezik a korábbi évek tapasztalatával. A Hajdú-Bihar megyei ivóvizek negyedévekre átlagolt összes béta-aktivitása 2010-ben $0,11 \text{ Bq/l}$ 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 a röntgendiagnosztikai és a fogászati röntgenberendezések száma jelentősen nő, többször kiegészülve panorámaröntgen felhasználásával. Leginkább a digitális képalkotásra képes berendezések alkalmazása terjed el.

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

Kedvező változás, hogy a DE OEC területén felépült a Nukleáris Medicina Központ. Ezáltal megszűnt az egyes funkcionális egységek területi széttagolása, ami korábban problémát jelentett. Új, korszerű, sőt a világon egyedülálló diagnosztikai berendezések kerültek telepítésre.

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

Szintén nagy a betegforgalom az ún. C-íves röntgenberendezések környezetében, ezért az ott dolgozók részére a személyi doziméter használata kötelezővé vált.

8. Egészségügyi ellátás

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.

8.1. Alapellátás

Hajdú-Bihar megye egészségügyi alapellátását érintő tapasztalatok a Hajdú-Bihar megyei Kormányhivatal Népegészségügyi Szakigazgatási Szerv Kistérségi Népegészségügyi Intézeteinek tájékoztatása alapján az alábbiak:

- **Hajdúböszörményben** háziiorvosi szakvizsga hiánya miatt ideiglenes működési engedéllyel 4 szolgáltató rendelkezik, ez az összes háziiorvosi praxis 12%-át teszi ki.
- **Hajdúdorogi** központi rendelő épületének felújítása, akadálymentesítése történt.
- **Görbeháza** község fogászati alapellátására, az egyik hajdúnánási körzetből kiválva, önálló körzetet hoztak létre. Működtetési joggal rendelkező orvos hiányában a körzetet jelenleg az önkormányzat ideiglenes engedély alapján, helyettesítéssel működteti.
- **Debrecen területén** 7 háziiorvosi, 2 házi gyermekorvosi és 1 fogorvosi szolgáltató esetében változott az orvos személye. Iskola egészségügyi szolgáltatók köre bővült, egy új szolgáltató kezdte meg működését az elmúlt évben. Valamennyi alapellátást nyújtó szolgáltatónak határozatlan idejű működési engedélye van, betöltetlen praxis a területen nincs. Hatósági intézkedés megtételére, az egészségügyi ellátórendszer működése érdekében, egy esetben került sor. Járóbeteg szakellátást nyújtó szolgáltatóval szemben egészségügyi bírság kiszabására került sor, jogszabályban meghatározott bejelentési kötelezettség elmulasztása miatt.
- **Egyek, Hosszúpályi, Sáránd, Nyíradony, Nyírábrány** területén az alapellátásban működő szolgáltatók személyi feltételek – gyermekorvos, védőnő, hiánya – miatt ideiglenes működési engedéllyel rendelkeznek.
- Pályázatok keretében több egészségház, járóbeteg-szakrendelő létrehozása, felújítása történt meg, vagy éppen folyamatban van az alábbiak szerint: **Fülöp, Hajdúsámson, Balmazújváros, Vámospércs, Létavértes, Téglás, Egyek, Mikepércs.**
- Háziiorvosi ellátás vonatkozásában **Mezősas, Újiráz, Váncsod** településeken a háziiorvosi praxis betöltetlen, az ellátás tartós helyettesítéssel biztosított. A települések alacsony lélekszámúak, ebből adódóan a finanszírozás is igen alacsony, így a pályáztatások ellenére sem kapnak az önkormányzatok főállású háziiorvosokat.
- Hatósági intézkedés megtételére került sor **Furta** településen. A helyi Önkormányzati Képviselő Testület felbontotta a feladat-ellátási szerződést a település háziiorvosával, mivel a szolgáltató 1,5 éve tartósan távol van és a település lakói, illetve az önkormányzat elégedetlenek voltak a helyettesítéssel történő ellátással. A hatóság részéről az egészségügyi szolgáltatást végző háziiorvos működési engedélyének visszavonása megtörtént.
- **Sápon** a felnőtt és gyermek lakosságot ellátó körzet betöltetlen, ezért ideiglenes működési engedélyt adott ki az illetékes hatóság.

8.2. Otthoni szakápolás, hospice ellátás

Az orvosi elrendelésre, szakképzett ápoló által a biztosított otthonában, vagy tartózkodási helyén nyújtott otthoni szakápolási tevékenység kórházi ellátást válthat ki.

Az otthonápolási tevékenység speciális formája a hospice (palliatív) ellátás, amely a gyógyíthatatlan – elsősorban terminális állapotban lévő daganatos megbetegedésben szenvedő, végső stádiumba került – betegek fájdalmainak és egyéb kínzó tüneteinek megszüntetése vagy csökkentése által a betegek életminőségének javítását eredményezheti.

Hajdú-Bihar megye területén 23 otthoni szakápolási szolgáltató működik, ebből 4 szolgáltató hospice ellátást is nyújt.

A szolgáltatók tapasztalata szerint gondot jelent az ellátásban a folyamatos vizitszám csökkentés, melynek következtében az orvosi elrendelést követően pl. a gyógytorna megkezdéséig, esetenként hetekig tartó várólista alakul ki.

A közösségi ápolás fejlesztésének szükségessége halaszthatatlan, indokolják ezt a demográfiai változások, a tartós ápolásra szorulóknak számának növekedése.

8.3. Járóbeteg szakellátás

A megye járóbeteg-szakellátásához rendelkezésre álló szakellátási kapacitások szakorvosi órákhoz, nem szakorvosi órákhoz kapcsolódó szakmákban, valamint egy napos ellátások finanszírozott szolgáltatási egységeiben biztosítják a lakosság egészségügyi ellátását.

A hatályos jogszabályi rendelkezések szerint járóbeteg szakellátásban, 32 szakmacsoportban, ezen belül 150 szakmára/szakmaterületre köthető le járóbeteg-szakellátási kapacitás és köthető finanszírozási szerződés az Országos Egészségbiztosítási Pénztárral.

Járóbeteg szakellátásban heti 16 232 szakorvosi óra, 3 174 nem szakorvosi óra, és 946 fogászati szakellátási óra kapacitás áll rendelkezésre a megye lakosságának ellátásához.

Az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről szóló 2006. évi CXXXII. törvényben kapott felhatalmazás alapján a kapacitás felosztás éves módosításához szükséges adatokat az OEP a Regionális Egészségügyi Tanács és az ÁNTSZ rendelkezésére bocsátotta az elmúlt évben is. A Regionális Egészségügyi Tanács az anyagot véleményezte, és nem javasolta a megadott adatok alapján a kapacitások egészségügyi szolgáltatókat érintő módosítását. Az ÁNTSZ a véleményt elfogadta és ennek megfelelően járt el, az egészségügyi szolgáltatók kapacitását nem módosította.

A járóbeteg szakellátás országos és megyei kapacitási adatait összehasonlítva megállapítható, hogy 10 000 lakosra jutó járóbeteg szakellátási kapacitás tekintetében az egyes szakmákra vonatkozóan releváns eltérés nem tapasztalható.

Járóbeteg szakellátás fejlesztését érintő összefoglaló adatok

2010. évben a hajdúböszörményi pszichiátriai szakrendelés tekintetében, heti 30 szakorvosi óra kapacitásbővítés történt, de önálló finanszírozási szerződés megkötésére nem került sor a területi ellátási kötelezettség valamennyi – pszichiátria szakmát ellátó – érintett szolgáltatóra vonatkozó jogerős döntés hiányában.

A hajdúnánási és hajdúdorogi telephelyeken működő Domokos és Társa Bt részére fizioterápia szakmában, 53 nem szakorvosi óraszámemelés került meghatározásra.

Az alapellátás, illetve járóbeteg szakellátás fejlesztésére irányuló Regionális Operatív Programok keretében meghirdetett pályázati konstrukciókkal összefüggésben az alábbi településeken kerültek támogatásra a fejlesztési projektek:

14. táblázat: EAOP 4.1.2/B „Kistérségi önálló járóbeteg szakrendelők fejlesztése”

PÁLYÁZÓ	HETI SZAKORVOSI ÓRA	HETI NEM SZAKORVOSI ÓRA
Balmazújváros Város Önkormányzata	152	20
Hajdúszoboszló Város Önkormányzata	128	0
ÖSSZESEN	280	20

Forrás: HBM KH Népegészségügyi Szakigazgatási Szerve

15. táblázat: EAOP 4.1.2/A „Alapellátás fejlesztése, helyi egészségházak kialakítása”

PÁLYÁZÓ	HETI SZAKORVOSI ÓRA	HETI NEM SZAKORVOSI ÓRA
Téglás Város Önkormányzata	3	0
Egyek Nagyközség Önkormányzata	15	3
Kaba Város Önkormányzata	3,43	0
ÖSSZESEN	21,43	3

Forrás: HBM KH Népegészségügyi Szakigazgatási Szerve

A fenti pályázatok alapján 301,43 heti szakorvosi órával és 23 heti nem szakorvosi órával bővül a megye járóbeteg szakellátási kapacitása.

16. táblázat: TIOP 2.1.2 „Kistérségi járóbeteg-szakellátó központok kialakítása és fejlesztése” pályázattal összefüggő többletkapacitások befogadásának adatai

PÁLYÁZÓ	HETI SZAKORVOSI ÓRA	HETI NEM SZAKORVOSI ÓRA
Létavértes Város Önkormányzata	200	120
Polgár Város Önkormányzata	200	120
Vámospércs Város Önkormányzata	200	120
ÖSSZESEN	600	360

Forrás: HBM KH Népegészségügyi Szakigazgatási Szerve

A fenti településeken a pályázatok alapján az egészségügyi szolgáltatás nyújtása teljes körűen 2010 évben még nem kezdődött meg.

Szakellátási kapacitások átcsoportosítása

Az egészségügyi szolgáltatók a fenntartók egyetértésével kezdeményezhetik a hatályos jogszabályi rendelkezéseknek megfelelően lekötött kapacitásuknak más ellátási formába történő átcsoportosítását. A szakellátás racionalizálása érdekében ezzel a lehetőséggel csak néhány szolgáltató élt, az ÁNTSZ minden esetben szakmailag indokoltnak tartotta a kezdeményezést és az ezzel kapcsolatos hatósági eljárást lefolytatta.

Művese kezelések biztosításának tapasztalatai

Az Országos Tisztifőorvosi Hivatal elrendelése alapján komplex ellenőrzés lefolytatására került sor a művese kezelések ellátására működési engedéllyel rendelkező egészségügyi szolgáltatók esetében.

Az ellenőrzés a művese állomások tekintetében az igazgatási, orvos szakmai, ápolás szakmai, és kórházhigiénés ellenőrzésen túl kiterjedt e szakterület közegészségügyi ellenőrzésére is.

Hajdú-Bihar megyében a művese kezelésre szoruló lakosság ellátását két szolgáltató biztosítja.

A Debreceni Egyetem Nephrologiai Tanszék – FMC Extracorporalis Szervpótló Centrumban 65 beteget kezelnek krónikus haemodialízis programban, valamint 19 beteget peritoneális dialízisben.

A B. Braun Avitum Hungary Zrt. 10. Dialízisközpontjában 140 beteget kezelnek haemodialízis programban és 43 beteget peritoneális dialízisben.

A Debreceni Egyetem Nephrologiai Tanszék – FMC Extracorporalis Szervpótló Centrum 26 kezelőhellyel, a B. Braun Avitum Hungary Zrt. 10. Dialízisközpontja jelenleg 21 kezelőhellyel rendelkezik, melyek üzemeltetése 3 műszakban heti 96 órában történik.

A kezelendő betegszám – a nemzetközi adatoknak megfelelően – a megyei dialízis központokban is évente 6-8%-kal növekszik.

A Nefrológiai szakrendeléseken közel 5 700 fő az ellenőrzött vesebetegek száma, akik közül 107 beteg esetében bármikor szükség lehet a vesepótló kezelés elindítására.

Ahhoz, hogy a növekvő beteglétszámot zökkenőmentesen, vagy a betegek és kezelő személyzet számára megterhelő éjszakai műszak beindítása nélkül el lehessen látni, mindkét szolgáltató esetében szükséges a kapacitások növelésének engedélyezése, összesen 21 kezelőhellyel. A kezelőhelyek bővítését egyszerűsített többletkapacitás befogadtatása teszi lehetővé az Országos Egészségbiztosítási Pénztárnál. Ehhez a szükséges szakmai nyilatkozatot az engedélyezést végző hatóság a szolgáltatók részére kiadta.

Az Országos Mentőszolgálat Észak-alföldi Regionális Mentőszervezet Hajdú-Bihar Megyei Kirendeltség működésével kapcsolatos tapasztalatok

A Kirendeltség 14 mentőállomásának 60 kocsijával látja el a megye mentési és őrzött mentőszállítási feladatait.

A 60 szervezett kocsival 2010. évben 61 000 mentési feladatot hajtott végre, 20 tömeges baleset felszámolására került sor és közel 2 és fél millió km-t tett meg,

A megyeszékhelyen 1db Rohamkocsi, 2 esetkocsi, további 11 mentőállomáson 1-1 esetkocsi üzemel. A megye 14 mentőállomásából 12 rendelkezik magas szakmai szintű, orvosi ellátásra is képes esetkocsival.

Derecskén és Komádiban nincs esetkocsi, mely helyzet megoldása megyei szintű fejlesztést igényel, mivel minden biztosított számára szükséges a megfelelő szintű ellátás hozzáférhetőségét biztosítani.

A megyében minden 104-es segélykérő hívás a megyeszékhelyi mentőállomás Irányító Csoportjához fut be, ahonnan a számítógépes, GPS-navigációs eszköz támogatottságnak köszönhetően a legközelebbi, megfelelő szintű mentőegységet irányítják a helyszínre.

A mentésirányításról elmondható, hogy közelíti, rövidesen eléri az Európa élvonalában álló országok színvonalát.

Az elmúlt évben számos sikeres újraélesztés történt annak köszönhetően, hogy a mentőegység kikerkezéséig a bejelentő kihangosított mobiltelefonján keresztül vezénylik le a laikus által megkezdett újraélesztést, miközben navigációs monitoron követik a kivonuló kocsit és azt is közlik az újraélesztést végző személlyel, hogy mely pillanatban érik a mentő.

A megye kardiológiai ellátásában nagy előrelépést jelent a DE OEC Kardiológiai Klinikáján működő, akut kardiológiai betegek ellátását szolgáló labor 24 órás fogadókészsége, segítve egy optimális betegút-modell létrejöttét.

A labor munkájával összhangban a Regionális Mentőszervezet az akut koronária szindróma, így az infarktus ellátás terén új protokoll bevezetésével és a betegút lerövidítésével már jól kimutatható mértékben járult hozzá a túlélési esély megnöveléséhez.

Az intézkedéseknek köszönhetően az elmúlt négy évben a megyében 35-40%-kal csökkent az infarktus miatti elhalálozások száma.

A DE OEC Neurológiai Klinikájával együtt kidolgozott ellátási és betegbeszállítási protokoll biztosítja, hogy a szűk időablakú STROKE thrombolízissel világszínvonalon kiemelkedő 17-18%-os vérrögoldó eredmény érhető el, mely érték hasonlít a legjobb amerikai és európai központok eredményéhez.

Debrecenben működik az OMSZ egyik légimentő-bázisa. Gyakorlatilag, mire a földi ellátás megkezdődik, a helyszínen leszáll a rohamkocsi szintű mentőhelikopter is, mely segít az ellátásban, majd gyorsan a kórfolyamat súlyosságának megfelelő, lehetőleg a végleges ellátásra alkalmas kórházba juttatja a sérültet vagy beteget.

A mentőszolgálat mentéstechnikai felszerelésének színvonala megfelel az Európai elvárásoknak, ugyanakkor a mennyiségi ellátottság szűkös és a felszerelés pótlása nehézkes.

Személyi feltételek vonatkozásában jelentős mértékű a szakemberek elvándorlása a mentőszolgálattól.

A tavalyi évben 6, míg ez év első két hónapjában 3 szakorvos – közülük 4-en külföldre – távozott az OMSZ-tól.

A mentőszolgálat szakmai célkitűzései között szerepel, hogy minél több, magas szintű ellátásra képes esetkocsi kerüljön beállításra a megyében, mely program csaknem kizárólag finansziális kérdés. A 10 év fölötti mentő gépkocsik cseréjének mihamarabbi megoldása indokolt. Minél több orvosi ügyeletet kell bevonni a mentésirányítás rendszerébe, az eddigi tapasztalatok igen meggyőzőek.

Az akut, életet veszélyeztető állapotok felismerése és a túlélés esélyének növelése érdekében szükséges a megye lakosságának elsősegély-nyújtási affinitását és ismeretét javítani.

Betegszállítás működésének tapasztalatai

A betegszállításról szóló 19/1998. (VI. 3.) NM rendeletben foglaltak szerint a betegszállítás célja, hogy az orvos rendelése alapján biztosítsa az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférést abban az – mentőápolói felügyeletet nem igénylő – esetben, ha az egészségügyi ellátás elérhetősége másként nem biztosítható.

Hajdú-Bihar megyében a betegek egészségügyi intézménybe, illetve az egészségügyi intézményből otthonába történő szállítását hét finanszírozott szolgáltató biztosítja.

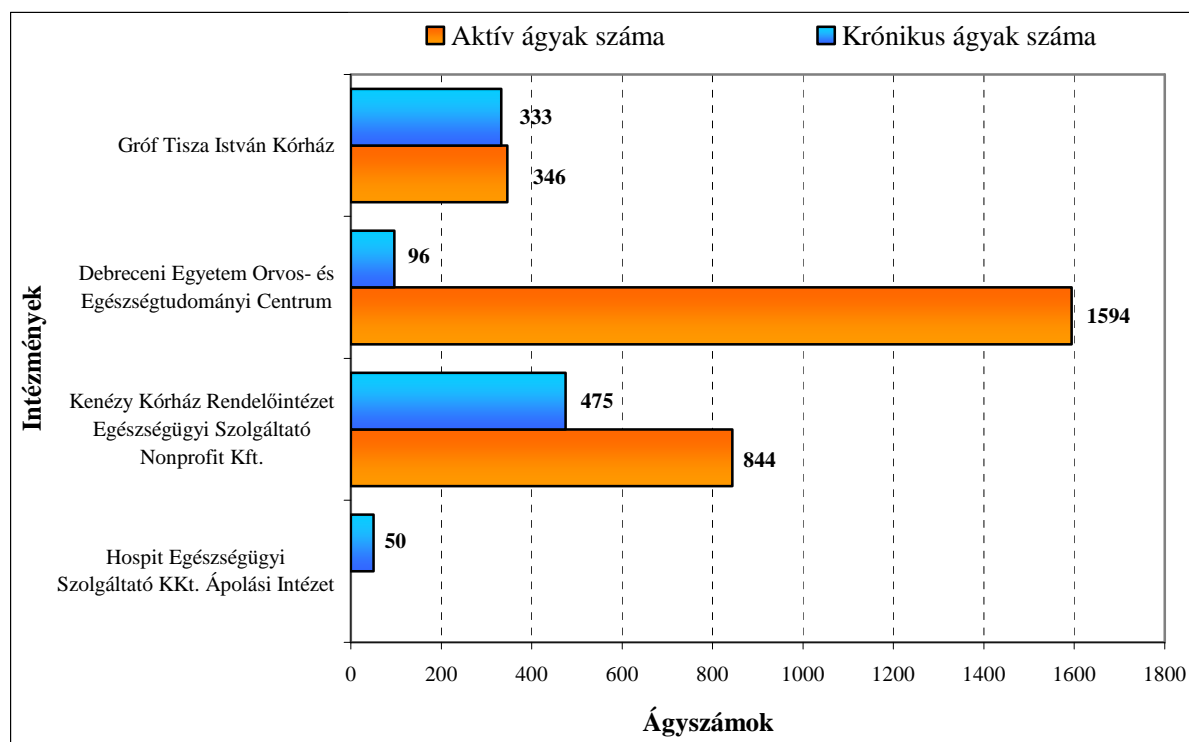
Sajátos problémát jelent a betegszállítási feladat teljesítése abban az esetben, ha az útviszonyok nem teszik lehetővé a szállítást, ugyanis a szolgáltatók nem rendelkeznek terepjáró gépkocsival.

Kiépített úthálózattal, közvilágítással nem rendelkező külterületen, erdős részeken, nehezen megközelíthető távoli tanyán élők szállítási feladataihoz indokolt lenne terepjáró igénybevételének biztosítása, akár megyei szintű szervezésben is.

8.4. Fekvőbeteg szakellátás

Fekvőbeteg szakellátásban a rendelkezésre álló aktív és krónikus ágyak száma képezi a megye kapacitását, amelynek adatait az alábbi diagramok szemléltetik:

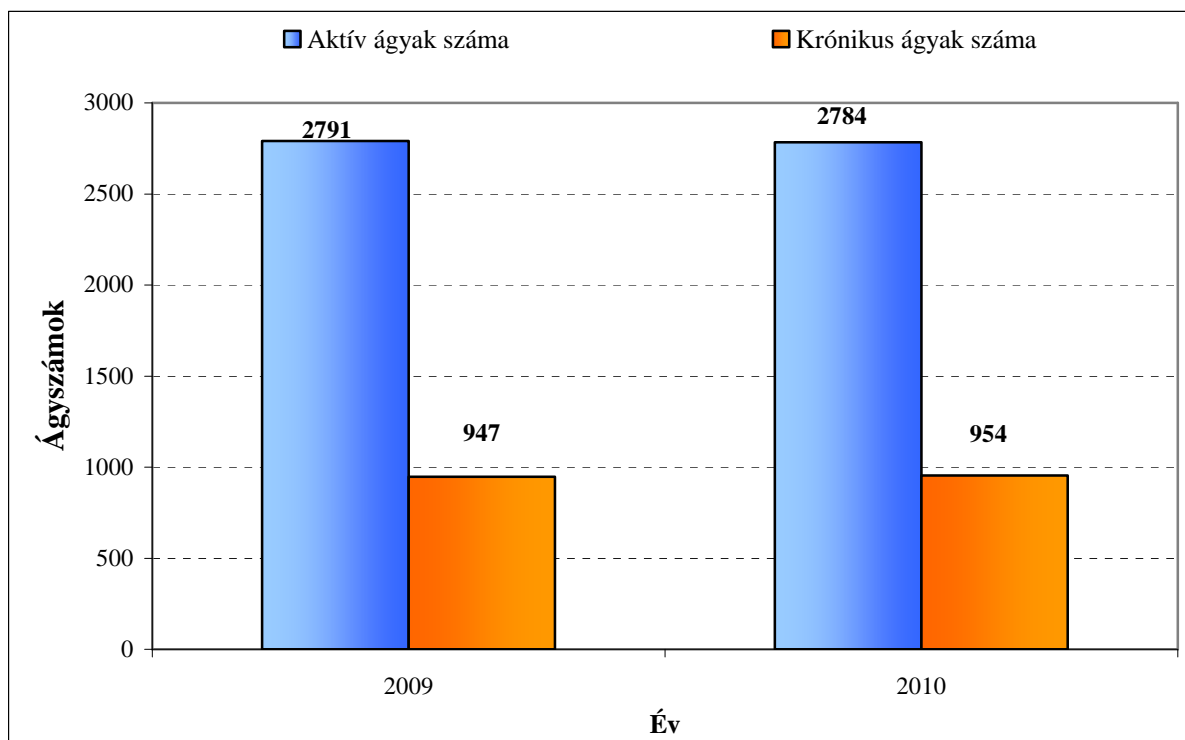
28. ábra: Hajdú-Bihar megye fekvőbeteg-szakellátó intézményeinek ágyszám-struktúrája 2010. évben



Forrás: HBM KH Népegészségügyi Szakigazgatási Szerve

A fekvőbeteg szakellátásban az aktív ágyak aránya 74%, a krónikus ágyaké 26%-ot tesz ki.

29. ábra: Hajdú-Bihar megyei fekvőbeteg-ellátó intézmények ágyszámainak változása 2009-2010. években



Forrás: HBM KH Népegészségügyi Szakigazgatási Szerve

Hajdú-Bihar megyében fekvőbeteg-ellátás négy intézményben történik. Az intézmények összes ágyszáma 3 738 ágy, ebben változás nem történt az előző évhez képest.

Egy szolgáltató élt a kapacitás átcsoportosítás jogszabályi lehetőségével, így a krónikus ágyak száma 2010-ben 7-tel növekedett. Ez a változás lényeges mértékben nem érintette a krónikus és az aktív ágyakon történő betegellátást, továbbra is elmondható, hogy az összes ágyszám 26%-án krónikus ellátás, 74%-án pedig aktív betegellátás folyik.

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

A Debreceni Egyetem Orvos és Egészségtudományi Centrum által működtetett szakmai struktúra lehetővé teszi – AIDS betegek ellátása és a gyermekszívsebészet kivételével –, hogy Hajdú-Bihar megye lakossága számára a finanszírozott szakmák csaknem teljes vertikuma a megyén belül rendelkezésre áll.

A megye lakosságának III. progresszivitási szintű traumatológiai ellátását, egyedüli szolgáltatóként, a Kenézy Kórház Rendelőintézet Egészségügyi Szolgáltató Nonprofit Kft. végezte 2010-ben is.

Az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről szóló 2006. évi CXXXII. törvényben megfogalmazott, az éves kapacitás felosztás módosítási eljárásban a Regionális Egészségügyi Tanács véleményét elfogadva, az ÁNTSZ Észak-alföldi Regionális Intézete a fekvőbeteg-ellátást nyújtó szolgáltatók kapacitásait nem módosította 2010-évben sem.

Az egészségügyi szolgáltatás gyakorlásának általános feltételeiről, valamint a működési engedélyezési eljárásról szóló 96/2003. (VII.15.) Kormányrendelet módosítására 2010-ben

nem került sor, így a fekvőbeteg ellátás személyi, tárgyi, szakmai környezeti feltételeinek átfogó ellenőrzésére nem került sor.

Fekvőbeteg szakellátást érintő beutalási rend szakmai indokok szerinti módosítása

Az egészségügyi hatósági és igazgatási tevékenységről szóló, 1991. évi XI. törvény 6.§ (f) pontjában kapott felhatalmazás alapján a Debreceni Egyetem Orvos és Egészségtudományi Centrum, a megyei ideggyógyász szakfelügyelő főorvos, a Kenézy Kórház Rendelőintézet Egészségügyi Szolgáltató Nonprofit Kft. és az ÁNTSZ Észak-alföldi Regionális Intézet vezetőjének írásban rögzített szakmai megállapodása figyelembe vételével Hajdú-Bihar megye beteg-beutalási szabályzata – 2010. április 20. napjától – stroke betegek ellátása tekintetében módosult.

A szakmai egyeztetés alapján, minden esetben előzetes telefonértesítés után, valamennyi olyan stroke beteg a Neurológia Klinikára szállítandó, akinél a vérrögoldó kezelés szóba jön (féltekei stroke esetén az időablak 4.5 óra). Az időablak a stroke kezdete és a kezelés megkezdése között eltelt időt jelenti. Agytörzsi keringészavar (hirtelen kialakuló kettős látás, szédülés, nyelészavar, dysarthria, hemi-tri vagy tetraparesis) esetén az időablak 12 óra is lehet. Ezért a maximális időablak 12 óra.

A 12 órán túli stroke betegeknél a területi megoszlás érvényes. A debreceni betegek a Neurológiai Klinikára, a nem debreceni betegek a Kenézy Kórházba kerülnek, ügyeleti időben a Sürgősségi Betegellátó Osztályon keresztül.

A beutalási rend változásáról, annak részletes szakmai indokairól az egészségügyi ellátás érintett résztvevői – mentők, alapellátás, szakellátás – értesültek.

Fekvőbeteg ellátást érintő folyamatban lévő fejlesztések

A Hajdú-Bihar Megyei Önkormányzat projektje lehetővé teszi Kenézy Kórház Rendelőintézet Egészségügyi Szolgáltató Nonprofit Kft. sürgősségi osztályának fejlesztését az 1193/2009.(XI.16.) Korm. határozat által jóváhagyott 2011. és 2012. évi keretszámoknak megfelelően befogadott kapacitással a meglévő SO1 szintű ellátás 16 ágygal történő bővítése érdekében.

A Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrumban a Társadalmi Infrastruktúra Operatív Program Infrastruktúra-fejlesztés az egészségpólusokban című pályázat megvalósítása folyamatban van.

A fejlesztéssel érintett szakterületek az alábbiak:

- Belgyógyászati klinikák tömbösítése, központi intenzív ellátó egység létrehozása.
- A sürgősségi ellátás fejlesztése.
- Onkohaematológia fejlesztése (felnőtt és gyermek-onkohaematologiai ellátás, csontvelő átültetési program, sejttérápiás eljárások fejlesztése).
- Gyermek intenzív ellátás fejlesztése.
- Gyermekfogászat, fogszabályozás és a fogyatékos gyermekek fogászati ellátásának fejlesztése.
- Fej-nyak sebészeti, arc-, állcsont sebészet háttérfeltételeinek javítása.
- In Vitro Diagnosztikai vizsgálatok (klinikai kémia, hematológia, immunológia, mikrobiológia, citológia, szövettan) egységes infrastruktúrájának kialakítása, EU-s elvárásoknak megfelelő, egy szervezeti egységben működő laboratóriumi kialakítása.
- Súlyos égési sérültek kezelésének korszerűsítése.
- A transzplantáció körülményeinek korszerűsítése.

8.5. Gyógyszerellátás

Tapasztalatunk szerint az előző évhez hasonlóan, a gyógyszerhez jutás térbeli lehetőségei csak a megyeszékhelyen és a városokban javultak. A megyében 5 településen nincs semmilyen gyógyszertár (Folyás, Told, Bedő, Bihardancsháza, Ártánd).

17. táblázat: gyógyszerellátó helyek

ÉV	KÖZFOR- GALMÚ GYÓGYSZER- TÁR	FIÓK GYÓGYSZER- TÁR	ORVOSI KÉZI GYÓGYSZER- TÁR	INTÉZETI GYÓGYSZER- TÁR	ÜZLET	ÖSSZESEN
2006	111	24	15	3	–	153
2007	119	24	14	3	31	191
2008	120	29	14	3	30	196
2009	130	29	14	3	25	201
2010	135	27	14	3	19	198

Forrás: HBM KH Népegészségügyi Szakigazgatási Szerve

A számbeli növekedés elmaradt az előző évitől, és a gyógyszert is forgalmazó üzletek száma folyamatosan tovább csökkent. Az áthúzódó ügyek miatt még maximum 8 új létesítés várható, tekintettel a 2011. év elejével életbe lépett jelentős korlátozással.

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 járt. A támogatás folyósításának feltételei jelentősen szigorodtak 2010. évben, mely miatt már csak 10 gyógyszertár kapott – egyenként harmadannyi – támogatást, mint korábban.**

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

A gyógyszertárak közül 122 gyógyszertárnak a hétköznapi **nyitvatartási** ideje 8 óra, vagy ennél hosszabb (33 település). A hozzáférhetőség ezen túl **készenlét*** formájában hétköznapi zárás után 15 településen (58 587 fő), valamint váltott formában minden nap 6 településen (66 768 fő) biztosított. Ezen felül folyamatos **ügyeleti**** ellátást nyújt egyidejűleg a megye 3 településén (256 104 fő) egy-egy közforgalmú gyógyszertár. Ebből két településen az ügyelet váltott formában működik összesen 10 gyógyszertár részvételével. A megyeszékhelyen az év minden napján 08.00 – 22.00-ig nyitva tart ugyanaz a gyógyszertár a városközpontban, emellett még két gyógyszertár működik hosszú nyitvatartási idővel,

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

** A gyógyszertár bejáratán elhelyezett jelzőcsengővel kérhető azonnali gyógyszerkiadás.

ünnepek kivételével. Ezen túlmenően 5 településen (69 027 fő) hétfőn napi néhány órát – ha több gyógyszertár van, akkor váltva - nyitva tartanak a gyógyszertárak. **Össességében a sürgősségi gyógyszerellátás** a lakosság 69%-a részére a lakóhelyén elérhető hétköznap, és az 58%-a részére minden nap (8 település). A szolgálat formájában azonban folytatódott az eltolódás a készenlét javára. A sürgősségi ellátásra vonatkozó aktuális információ minden közforgalmú- és fiókgyógyszertár bejáratánál, a helyi médiában és a regionális ÁNTSZ honlapján (www.antsz.hu) volt megtalálható.

A gyógyszertári gyógyszerkészletek minimálisak, mely azzal jár, hogy egyre több gyógyszerért vissza kell térni egy későbbi időpontban. A gyógyszerpiac szabályozását átfogóan megvalósító 2006. évi XCVIII. törvény rendelkezései nyomán a gyógyszer kiskereskedelmi tevékenységet végző egészségügyi szolgáltató vállalkozások **működési bizonytalanságának következményeként** a gyógyszertárak szűkebb gyógyszerválasztékot, kisebb gyógyszerkészletet tartottak. Nem kivétel ez alól a sürgősségi esetek kiszolgálása sem.

A megváltozott építészeti feltételeket a gyógyszertárak csak az épület átalakítása útján tudták illetve tudják teljesíteni. Az akadálymentesítésben lényeges változás nem történt, elsősorban beépítési és műemléki korlátozások miatt. Ezekben a helyeken különféle hívórendszerek felszerelése és a házhozszállítás megszervezése, terjedése jelenti a megoldást továbbra is.

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

9. Összefoglaló

Hajdú-Bihar megye demográfiai mutatói – elöregedő népesség, természetes fogyás és a jelentős belföldi vándorlási mutató – a hazai népesedési folyamatokat tükrözik.

A születéskor várható átlagos élettartamunk, a növekvő tendencia ellenére, nem csak az EU₁₅ átlagától marad el, de az országos átlagot sem éri el.

A foglalkoztatottsági mutatók kedvezőtlenebbek, mint az országos átlag, ami nem kevés súllyal járulhat hozzá megyénk lakosainak egészségi állapotához.

A vezető halálokok jellemzően az EU₁₅ tagállamainak átlagától kedvezőtlenebb mutatókkal írhatók le, hazai viszonylatban a daganatos betegségek, a keringési rendszer betegségei, valamint a külső okok miatt bekövetkezett halálozás is meghaladta az országos átlagot. A férfiak halálozásának kockázata jelentősen meghaladja a nőkéét.

A kistérségek korai halálozását vizsgálva jelentős területi különbségek vannak. A vizsgált halálokok szinte mindegyikében meghaladta a halálozás kockázata az országos átlagot a Derecske-Létavértesi és a Hajdúhadházi kistérségekben.

A HMAP eredményei alapján megyénk férfi lakossága körében az ischaemiás szívbetegségek, a légcső, hörgő és tüdő daganata és a prosztata daganatos megbetegedéseinek gyakorisága bizonyos korcsoportokban jelentősen meghaladta a hazai átlagot. A nők körében az ischaemiás szívbetegségeknel találtunk hasonló emelkedett megbetegedési gyakoriságú korcsoportokat, de jellemzően alacsonyabb volt a további vizsgált betegségek kockázata, mint a férfiaknál.

A szervezett lakossági szűrővizsgálatok keretében végzett emlőszűrés megyei részvételi aránya magasabb, mint az országos átlag, ezt azonban jó lenne tovább növelni, hiszen ekkor lehetne eredményesen csökkenteni az emlődaganat okozta halálozást.

Lényeges elem az egészséget támogató környezet megteremtése, hiszen a jogszabályok betartásával és betartatásával a környezet állapotában jelentős javulás érhető el.

Hajdú-Bihar megye településeinek közműves ivóvízellátása mennyiségi szempontból alapvetően megfelelő. Megyénkben a kémiai vízminőségi jellemzők közül az arzén bír kiemelkedő jelentőséggel a tartósan határérték feletti ivóvizet szolgáltatató települések számát tekintve. Mikrobiológia, biológiai paraméterek vonatkozásában az elmúlt évekhez hasonlóan a leggyakrabban előforduló szennyeződések tárgyévben is hálózati, úgynevezett másodlagos eredetűek voltak.

A járványügyi szakterület, – az EU járványügyi szervezeteihez hasonlóan – olyan új kihívások elé néz, mint a klímaváltozás miatt felbukkanó új megbetegedések (nyugat-nílusi láz, és más a vektorok által terjesztett súlyos fertőzések pl. Chikungunya). Másik probléma azoknak az ismert fertőzéseknek az újbóli felbukkanása, amelyekről nem gondoltuk, hogy ismét problémát okozhatnak. A gyógyszer-rezisztens TBC (tuberkulózis), az európai kanyarójárvány jó példa e jelenségre. Aggasztó probléma a magas halálozási arányt okozó fertőző agyhártyagyulladás eseteinek emelkedése országos szinten, ami sajnos területünket is elérheti. A védőoltás rendelkezésre áll, melyet a lakosságban tudatosítani kell.

A fertőző betegségek megelőzésében megoldást jelentenek a már rendelkezésre álló védőoltások. A gyermekkori kötelező oltások tekintetében az átoltottság 2010-ben 99% fölötti. Fontos tudni, hogy a járvány kialakulását min. 96%-os átoltottsággal kerülhetjük el, tehát komoly felelőssége van a szülőknek, orvosoknak, védőnőknek a teljesítésben.

Az egészségügyi szakellátás szakmai struktúrája a szolgáltatók által kezdeményezett belső átcsoportosításoknak megfelelően változott, ugyanakkor a kapacitás heti óraszám és ágyszám tekintetében változás nem következett be. További kapacitás növekedést az ÉAOP illetve a TIOP pályázaton – megyeszékhelyen kívüli pályázók által – elnyert többletkapacitások jelentenek a megyében, várhatóan 2011-ben megkezdik működésüket az érintett szolgáltatók. Az egészségügyi ellátórendszer működését érintő hatósági intézkedés nem vált szükségessé az elmúlt évben.

A lakosság egészségi állapotának javítása a társadalmi-gazdasági fejlődés egyik előfeltétele. Az egészség fejlesztése hatékony ágazatközi együttműködésben valósítható meg. A döntéshozók – helyi szinten az önkormányzatok –, valamint a társadalmi- és civil szervezetek támogatása és szerepvállalása nélkülözhetetlen az eredményesség szempontjából, csak így érhető el változás a lakosság szemléletmódjában, és hosszú távon az életminőség javításában.

Összefogással el kell érniünk, hogy az egészség alapérték legyen az élet minden területén.

10. Melléklet

10.1. A halálozás területi egyenlőtlenségei a 25-64 éves korcsoportban Hajdú-Bihar megye kistérségeiben, 2005-2008

10.1.1. Balmazújvárosi kistérség

HALÁLOK	FÉRFI		NŐ	
	SHH (%)	P	SHH (%)	P
Általános halálozás	120.78	<0.001	108.47	nem szignifikáns
Összes daganat	129.34	<0.05	114.86	nem szignifikáns
Ajak, szájüreg és garat daganata	123.61	nem szignifikáns	110.22	nem szignifikáns
Vastagbél, szigmabél és végbél daganata	149.70	nem szignifikáns	98.62	nem szignifikáns
Légcső, hörgő és tüdő daganata	132.71	nem szignifikáns	73.16	nem szignifikáns
Női emlő daganata	-	-	84.28	nem szignifikáns
Méhnyak daganata	-	-	178.06	nem szignifikáns
Keringési rendszer betegségei	121.51	nem szignifikáns	108.03	nem szignifikáns
Ischaemiás szívbetegségek	140.14	<0.05	96.68	nem szignifikáns
Agyérbetegségek	82.95	nem szignifikáns	68.96	nem szignifikáns
Légzőrendszer betegségei	71.28	nem szignifikáns	77.48	nem szignifikáns
Emésztőrendszer betegségei	92.33	nem szignifikáns	100.60	nem szignifikáns
Krónikus májbetegség és májsugor	93.71	nem szignifikáns	109.31	nem szignifikáns
Külső okok	166.25	<0.001	142.22	nem szignifikáns
Öngyilkosság, önsértés	227.56	<0.001	135.78	nem szignifikáns

*szignifikáns eredmény $p < 0,05$

Forrás: HBM KH Népegészségügyi Szakigazgatási Szerve

1. táblázat

10.1.2. Berettyóújfalui kistérség

HALÁLOK	FÉRFI		NŐ	
	SHH (%)	P	SHH (%)	P
<i>Általános halálozás</i>	117.15	<0.001	115.31	<0.05
<i>Összes daganat</i>	111.07	nem szignifikáns	103.45	nem szignifikáns
<i>Ajak, szájüreg és garat daganata</i>	60.66	nem szignifikáns	122.25	nem szignifikáns
<i>Vastagbél, szigmabél és végbél daganata</i>	104.75	nem szignifikáns	100.40	nem szignifikáns
<i>Légcső, hörgő és tüdő daganata</i>	142.62	<0.01	86.23	nem szignifikáns
<i>Női emlő daganata</i>	-	-	74.29	nem szignifikáns
<i>Méhnyak daganata</i>	-	-	138.74	nem szignifikáns
<i>Keringési rendszer betegségei</i>	141.07	<0.001	183.42	<0.001
<i>Ischaemiás szívbetegségek</i>	171.86	<0.001	257.53	<0.001
<i>Agyérbetegségek</i>	109.24	nem szignifikáns	85.59	nem szignifikáns
<i>Légzőrendszer betegségei</i>	57.30	nem szignifikáns	76.13	nem szignifikáns
<i>Emésztőrendszer betegségei</i>	67.29	<0.01	48.14	<0.01
<i>Krónikus májbetegség és májsugor</i>	65.19	<0.01	60.87	nem szignifikáns
<i>Külső okok</i>	152.23	<0.001	105.85	nem szignifikáns
<i>Öngyilkosság, önsértés</i>	228.47	<0.001	106.05	nem szignifikáns

*szignifikáns eredmény $p < 0,05$

Forrás: HBM KH Népegészségügyi Szakigazgatási Szerve

2. táblázat

10.1.3. Debreceni kistérség

HALÁLOK	FÉRFI		NŐ	
	SHH (%)	P	SHH (%)	P
Általános halálozás	85.51	<0.001	90.25	<0.01
Összes daganat	95.75	nem szignifikáns	101.00	nem szignifikáns
Ajak, szájüreg és garat daganata	52.35	<0.001	84.17	nem szignifikáns
Vastagbél, szigmabél és végbél daganata	112.27	nem szignifikáns	82.03	nem szignifikáns
Légcső, hörgő és tüdő daganata	97.02	nem szignifikáns	107.52	nem szignifikáns
Női emlő daganata	-	-	111.89	nem szignifikáns
Méhnyak daganata	-	-	142.21	nem szignifikáns
Keringési rendszer betegségei	96.13	nem szignifikáns	85.65	<0.05
Ischaemiás szívbetegségek	96.17	nem szignifikáns	96.12	nem szignifikáns
Agyérbetegségek	70.02	<0.01	55.55	<0.001
Légzőrendszer betegségei	53.52	<0.001	54.96	<0.01
Emésztőrendszer betegségei	69.23	<0.001	85.11	nem szignifikáns
Krónikus májbetegség és májsugor	69.58	<0.001	85.43	nem szignifikáns
Külső okok	83.98	<0.05	113.66	nem szignifikáns
Öngyilkosság, önsértés	99.57	nem szignifikáns	142.39	<0.05

*szignifikáns eredmény $p < 0,05$

Forrás: HBM KH Népegészségügyi Szakigazgatási Szerve

3. táblázat

10.1.4. Derecske-Létavértesi kistérség

HALÁLOK	FÉRFI		NŐ	
	SHH (%)	P	SHH (%)	P
Általános halálozás	128.82	<0.001	124.55	<0.01
Összes daganat	135.03	<0.001	127.74	<0.05
Ajak, szájüreg és garat daganata	97.23	nem szignifikáns	171.76	nem szignifikáns
Vastagbél, szigmabél és végbél daganata	130.01	nem szignifikáns	125.68	nem szignifikáns
Légcső, hörgő és tüdő daganata	153.03	<0.01	133.94	nem szignifikáns
Női emlő daganata	-	-	160.55	nem szignifikáns
Méhnyak daganata	-	-	244.50	<0.05
Keringési rendszer betegségei	139.72	<0.001	104.19	nem szignifikáns
Ischaemiás szívbetegségek	122.76	nem szignifikáns	101.24	nem szignifikáns
Agyérbetegségek	117.65	nem szignifikáns	54.54	nem szignifikáns
Légzőrendszer betegségei	71.10	nem szignifikáns	137.32	nem szignifikáns
Emésztőrendszer betegségei	114.95	nem szignifikáns	134.39	nem szignifikáns
Krónikus májbetegség és májsugor	105.47	nem szignifikáns	155.70	nem szignifikáns
Külső okok	135.05	<0.05	126.55	nem szignifikáns
Öngyilkosság, önsértés	120.47	nem szignifikáns	103.49	nem szignifikáns

*szignifikáns eredmény $p < 0,05$

Forrás: HBM KH Népegészségügyi Szakigazgatási Szerve

4. táblázat

10.1.5. Hajdúböszörményi kistérség

HALÁLOK	FÉRFI		NŐ	
	SHH (%)	P	SHH (%)	P
<i>Általános halálozás</i>	100.27	nem szignifikáns	88.55	nem szignifikáns
<i>Összes daganat</i>	102.26	nem szignifikáns	89.62	nem szignifikáns
<i>Ajak, szájüreg és garat daganata</i>	68.86	nem szignifikáns	113.18	nem szignifikáns
<i>Vastagbél, szigmabél és végbél daganata</i>	97.40	nem szignifikáns	41.52	nem szignifikáns
<i>Légcső, hörgő és tüdő daganata</i>	107.62	nem szignifikáns	113.60	nem szignifikáns
<i>Női emlő daganata</i>	-	-	93.70	nem szignifikáns
<i>Méhnyak daganata</i>	-	-	54.12	nem szignifikáns
<i>Keringési rendszer betegségei</i>	94.95	nem szignifikáns	91.30	nem szignifikáns
<i>Ischaemiás szívbetegségek</i>	89.94	nem szignifikáns	94.51	nem szignifikáns
<i>Agyérbetegségek</i>	80.67	nem szignifikáns	79.37	nem szignifikáns
<i>Légzőrendszer betegségei</i>	60.85	nem szignifikáns	110.84	nem szignifikáns
<i>Emésztőrendszer betegségei</i>	78.74	nem szignifikáns	70.29	nem szignifikáns
<i>Krónikus májbetegség és májsugor</i>	79.57	nem szignifikáns	79.41	nem szignifikáns
<i>Külső okok</i>	152.54	<0.001	95.92	nem szignifikáns
<i>Öngyilkosság, önsértés</i>	200.65	<0.001	137.17	nem szignifikáns

*szignifikáns eredmény $p < 0,05$

Forrás: HBM KH Népegészségügyi Szakigazgatási Szerve

5. táblázat

10.1.6. Hajdúhadházi kistérség

HALÁLOK	FÉRFI		NŐ	
	SHH (%)	P	SHH (%)	P
<i>Általános halálozás</i>	135.89	<0.001	124.61	<0.001
<i>Összes daganat</i>	145.05	<0.001	124.52	<0.05
<i>Ajak, szájüreg és garat daganata</i>	122.88	nem szignifikáns	215.24	nem szignifikáns
<i>Vastagbél, szigmabél és végbél daganata</i>	128.02	nem szignifikáns	169.52	nem szignifikáns
<i>Légcső, hörgő és tüdő daganata</i>	149.00	<0.01	132.63	nem szignifikáns
<i>Női emlő daganata</i>	-	-	127.75	nem szignifikáns
<i>Méhnyak daganata</i>	-	-	187.41	nem szignifikáns
<i>Keringési rendszer betegségei</i>	145.72	<0.001	102.94	nem szignifikáns
<i>Ischaemiás szívbetegségek</i>	155.22	<0.001	124.87	nem szignifikáns
<i>Agyérbetegségek</i>	94.70	nem szignifikáns	85.90	nem szignifikáns
<i>Légzőrendszer betegségei</i>	97.12	nem szignifikáns	119.99	nem szignifikáns
<i>Emésztőrendszer betegségei</i>	126.59	<0.05	150.94	<0.05
<i>Krónikus májbetegség és májsugor</i>	117.44	nem szignifikáns	170.37	<0.01
<i>Külső okok</i>	147.02	<0.001	148.36	nem szignifikáns
<i>Öngyilkosság, önsértés</i>	188.26	<0.001	183.62	nem szignifikáns

*szignifikáns eredmény $p < 0,05$

Forrás: HBM KH Népegészségügyi Szakigazgatási Szerve

6. táblázat

10.1.7. Hajdúszoboszlói kistérség

HALÁLOK	FÉRFI		NŐ	
	SHH (%)	P	SHH (%)	P
<i>Általános halálozás</i>	97.47	nem szignifikáns	98.69	nem szignifikáns
<i>Összes daganat</i>	102.16	nem szignifikáns	103.68	nem szignifikáns
<i>Ajak, szájüreg és garat daganata</i>	67.99	nem szignifikáns	45.25	nem szignifikáns
<i>Vastagbél, szigmabél és végbél daganata</i>	48.83	nem szignifikáns	148.30	nem szignifikáns
<i>Légcső, hörgő és tüdő daganata</i>	121.30	nem szignifikáns	67.19	nem szignifikáns
<i>Női emlő daganata</i>	-	-	99.98	nem szignifikáns
<i>Méhnyak daganata</i>	-	-	88.38	nem szignifikáns
<i>Keringési rendszer betegségei</i>	102.52	nem szignifikáns	117.69	nem szignifikáns
<i>Ischaemiás szívbetegségek</i>	98.74	nem szignifikáns	118.39	nem szignifikáns
<i>Agyérbetegségek</i>	59.72	nem szignifikáns	57.56	nem szignifikáns
<i>Légzőrendszer betegségei</i>	45.57	<0.05	64.34	nem szignifikáns
<i>Emésztőrendszer betegségei</i>	77.15	nem szignifikáns	41.62	<0.05
<i>Krónikus májbetegség és májsugor</i>	75.21	nem szignifikáns	45.12	<0.05
<i>Külső okok</i>	132.80	<0.05	98.08	nem szignifikáns
<i>Öngyilkosság, önsértés</i>	198.71	<0.001	134.63	nem szignifikáns

*szignifikáns eredmény $p < 0,05$

Forrás: HBM KH Népegészségügyi Szakigazgatási Szerve

7. táblázat

10.1.8. Polgári kistérség

HALÁLOK	FÉRFI		NŐ	
	SHH (%)	P	SHH (%)	P
<i>Általános halálozás</i>	111.82	nem szignifikáns	82.43	nem szignifikáns
<i>Összes daganat</i>	125.78	nem szignifikáns	69.59	nem szignifikáns
<i>Ajak, szájüreg és garat daganata</i>	68.45	nem szignifikáns	0.00	nem szignifikáns
<i>Vastagbél, szigmabél és végbél daganata</i>	68.25	nem szignifikáns	123.37	nem szignifikáns
<i>Légcső, hörgő és tüdő daganata</i>	160.05	<0.05	49.96	nem szignifikáns
<i>Női emlő daganata</i>	-	-	24.85	nem szignifikáns
<i>Méhnyak daganata</i>	-	-	72.77	nem szignifikáns
<i>Keringési rendszer betegségei</i>	143.52	<0.01	115.98	nem szignifikáns
<i>Ischaemiás szívbetegségek</i>	163.73	<0.01	108.84	nem szignifikáns
<i>Agyérbetegségek</i>	100.59	nem szignifikáns	200.32	nem szignifikáns
<i>Légzőrendszer betegségei</i>	17.56	<0.05	40.01	nem szignifikáns
<i>Emésztőrendszer betegségei</i>	85.39	nem szignifikáns	117.71	nem szignifikáns
<i>Krónikus májbetegség és májsugor</i>	91.66	nem szignifikáns	130.13	nem szignifikáns
<i>Külső okok</i>	88.55	nem szignifikáns	48.88	nem szignifikáns
<i>Öngyilkosság, önsértés</i>	103.69	nem szignifikáns	56.00	nem szignifikáns

*szignifikáns eredmény $p < 0,05$

Forrás: HBM KH Népegészségügyi Szakigazgatási Szerve

8. táblázat

10.1.9. Püspökladányi kistérség

HALÁLOK	FÉRFI		NŐ	
	SHH (%)	P	SHH (%)	P
Általános halálozás	124.20	<0.001	120.46	<0.01
Összes daganat	133.28	<0.001	120.40	nem szignifikáns
Ajak, szájüreg és garat daganata	106.60	nem szignifikáns	222.66	nem szignifikáns
Vastagbél, szigmabél és végbél daganata	128.67	nem szignifikáns	104.68	nem szignifikáns
Légcső, hörgő és tüdő daganata	166.11	<0.001	118.09	nem szignifikáns
Női emlő daganata	-	-	154.55	nem szignifikáns
Méhnyak daganata	-	-	20.49	nem szignifikáns
Keringési rendszer betegségei	152.05	<0.001	144.75	<0.01
Ischaemiás szívbetegségek	176.75	<0.001	184.86	<0.001
Agyérbetegségek	88.89	nem szignifikáns	64.77	nem szignifikáns
Légzőrendszer betegségei	59.60	nem szignifikáns	135.89	nem szignifikáns
Emésztőrendszer betegségei	65.31	<0.01	95.83	nem szignifikáns
Krónikus májbetegség és májsugor	65.64	<0.01	110.60	nem szignifikáns
Külső okok	143.36	<0.01	137.18	nem szignifikáns
Öngyilkosság, önsértés	160.59	<0.01	188.47	nem szignifikáns

*szignifikáns eredmény $p < 0,05$

Forrás: HBM KH Népegészségügyi Szakigazgatási Szerve

9. táblázat

10.2. Az emlőszűrés 2010 évi eredményei Hajdú-Bihar megye településein

TELEPÜLÉS	MEGJELENÉSI ARÁNY	TELEPÜLÉS	MEGJELENÉSI ARÁNY
Álmosd	2010 évben nem szerveződött szűrés	Egyek	34.3%
Ártánd	26.5%	Esztár	2010 évben nem szerveződött szűrés
Bagamér	2010 évben nem szerveződött szűrés	Folyás	2010 évben nem szerveződött szűrés
Bakonszeg	11.9%	Földes	43.8%
Balmazújváros	56.3%	Furta	2010 évben nem szerveződött szűrés
Báránd	34.8%	Fülöp	2010 évben nem szerveződött szűrés
Bedő	0.0%	Gáborján	2.2%
Berekböszörmény	0.8%	Görbeháza	64.7%
Berettyóújfalu	14.4%	Hajdúbagos	2010 évben nem szerveződött szűrés
Bihardancsháza	2010 évben nem szerveződött szűrés	Hajdúböszörmény	88.9%
Biharkeresztes	42.9%	Hajdúdorog	56.5%
Biharnagybajom	30.4%	Hajdúhadház	51.5%
Bihartorda	11.1%	Hajdúnánás	69.0%
Bocskai kert	57.3%	Hajdúsámson	36.6%
Bojt	2010 évben nem szerveződött szűrés	Hajdúszoboszló	72.5%
Csökmő	23.1%	Hajdúszovát	2010 évben nem szerveződött szűrés
Darvas	11.5%	Hencida	2.3%
Debrecen	59.6%	Hortobágy	51.3%
Derecske	90.1%	Hosszúpályi	2010 évben nem szerveződött szűrés
Ebes	73.2%	Kaba	44.6%

Forrás: HBM KH Népegészségügyi Szakigazgatási Szerve

10. táblázat

TELEPÜLÉS	MEGJELENÉSI ARÁNY	TELEPÜLÉS	MEGJELENÉSI ARÁNY
Kismarja	50.0%	Polgár	64.4%
Kokad	<i>2010 évben nem szerveződött szűrés</i>	Püspökladány	46.7%
Komádi	16.4%	Sáp	28.8%
Konyár	<i>2010 évben nem szerveződött szűrés</i>	Sáránd	<i>2010 évben nem szerveződött szűrés</i>
Körösszakál	<i>2010 évben nem szerveződött szűrés</i>	Sárrétudvari	32.7%
Körösszegapáti	<i>2010 évben nem szerveződött szűrés</i>	Szentpéterszeg	<i>2010 évben nem szerveződött szűrés</i>
Létavértes (Vértés)	<i>2010 évben nem szerveződött szűrés</i>	Szerep	15.1%
Magyarhomorog	<i>2010 évben nem szerveződött szűrés</i>	Téglás	63.7%
Mezőpeterd	<i>2010 évben nem szerveződött szűrés</i>	Tépe	<i>2010 évben nem szerveződött szűrés</i>
Mezősas	<i>2010 évben nem szerveződött szűrés</i>	Tetétlen	<i>2010 évben nem szerveződött szűrés</i>
Mikepércs	26.6%	Tiszacsege	37.7%
Monostorpályi	<i>2010 évben nem szerveződött szűrés</i>	Tiszagyulaháza	97.1%
Nádudvar	71.6%	Told	<i>2010 évben nem szerveződött szűrés</i>
Nagyhegyes	<i>2010 évben nem szerveződött szűrés</i>	Újiráz	34.6%
Nagykerekéi	<i>2010 évben nem szerveződött szűrés</i>	Újléta	<i>2010 évben nem szerveződött szűrés</i>
Nagyrábé	9.0%	Újszentmargita	56.8%
Nyírábrány	56.0%	Újtikos	60.0%
Nyíracsad	<i>2010 évben nem szerveződött szűrés</i>	Vámospércs	<i>2010 évben nem szerveződött szűrés</i>
Nyíradony	39.7%	Váncsod	4.3%
Nyírmártonfalva	<i>2010 évben nem szerveződött szűrés</i>	Vekerd	<i>2010 évben nem szerveződött szűrés</i>
Pocsaj	<i>2010 évben nem szerveződött szűrés</i>	Zsáka	19.4%

Forrás: HBM KH Népegészségügyi Szakigazgatási Szerve

11. táblázat

10.3. Fürdővizek minősítése 2010. évben

10.3.1. Fürdővizek hatósági és önkontroll vizsgálati eredményei 2010. évben

Medence típusa		Összes medence száma	Önkontroll minták				Hatósági minták			
			Összes minta	Kifogásolt	Tűrhető	Megfelelő	Összes minta	Kifogásolt	Tűrhető	Megfelelő
Töltő-ürítő medencék	Gyógyvizes	68	610	132	84	394	109	32	13	64
	egyéb felmentett termálvizes	13	69	10	11	48	10	6	2	2
	szauna merülőmedence	1	0	0	0	0	0	0	0	0
	Egyéb		0	0	0	0	0	0	0	0
	Összes	82	679	142	95	442	119	38	15	66
Vízforगतós medencék	Úszómedence	38	348	20		328	36	10		26
	hideg vizes tanmedence	20	231	15		216	18	4		14
	élmény*	32	284	20		264	32	8		24
	termál (ülő-, stb.) medence	6	64	4		60	6	1		5
	forgatott szauna medence	18	184	37		147	15	2		13
	gyermek- és pancsoló	24	194	20		174	22	9		13
	pezsgő	21	221	13		208	20	3		17
	csúszda	13	103	7		96	11	4		7
	egyéb, nem besorolt	7	65	15		50	7	3		4
	Összes	179	1694	151		1543	167	44		123

*: Az önálló pezsgőmedencék kivételével

Forrás: HBM KH Népegészségügyi Szakigazgatási Szerve

12. táblázat

10.3.2. Fürdőmedencék vízének minősítése 2010. évben

Medence típusa		Összes medence száma	Kifogástalan	Kismértékben kifogásolt	Súlyosan kifogásolt
Töltő-ürítő medencék	Gyógyvizes	68	47	14	7
	egyéb felmentett termálvizes	13	5	4	2
	szauna merülőmedence	1	0	0	0
	Egyéb	0	0	0	0
	Összes	82	52	18	9
Vízforogató medencék	úszómedence	38	28	8	2
	hidegvizes tanmedence	20	15	3	2
	élmény*	32	23	8	1
	termál (ülő-, stb.) medence	6	4	2	0
	forgató szauna medence	18	13	3	2
	gyermek- és pancsoló	24	14	6	4
	pezsgő	21	18	1	2
	csúszda	13	7	4	0
	egyéb, nem besorolt	7	3	4	0
Összes	179	125	39	13	

*: Az önálló pezsgőmedencék kivételével

Forrás: HBM KH Népegészségügyi Szakigazgatási Szerve

13. táblázat