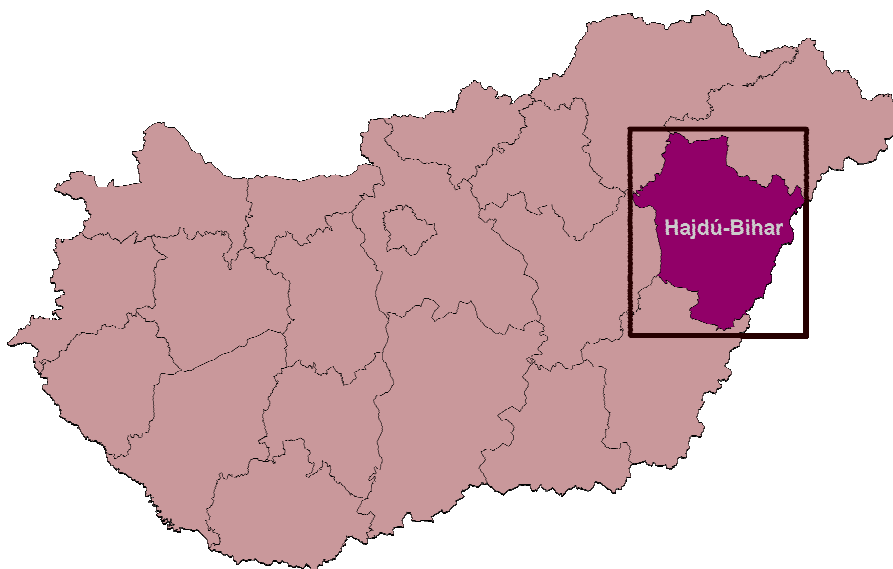




HAJDÚ-BIHAR MEGYEI
KORMÁNYHIVATAL

Népegészségügyi Szakigazgatási Szerve

***Tájékoztató
Hajdú-Bihar megye lakosságának egészségi
állapotáról***



Tartalomjegyzék

1. BEVEZETÉS	4
2. ADATFORRÁSOK	4
3. ELEMZÉSI MÓDSZEREK.....	4
4. DEMOGRÁFIA.....	5
4.1. A LAKOSSÁG KORÖSSZETÉTELE	5
4.2. SZÜLETÉS, HALÁLOZÁS, TERMÉSZETES SZAPORODÁS/FOGYÁS	6
4.3. SZÜLETÉSKOR VÁRHATÓ ÁTLAGOS ÉLETTARTAM.....	8
5. HALÁLOZÁS	9
5.1. ÁLTALÁNOS HALANDÓSÁG	9
5.2. HALÁLOKI STRUKTÚRA	10
5.3. OKSPECIFIKUS HALÁLOZÁS.....	11
5.3.1. <i>A keringési rendszer megbetegedései okozta halálozás</i>	11
5.3.2. <i>Daganatok okozta halálozás</i>	12
5.3.3. <i>Émesztőrendszer betegségei okozta halálozás</i>	14
5.3.4. <i>Légzőrendszer betegségei okozta halálozás</i>	15
5.3.5. <i>Külső okok miatti halálozás</i>	16
6. MORBIDITÁS.....	17
6.1. A MORBIDITÁS ALAKULÁSA A HÁZIORVOSOK ORSZÁGOS STATISZTIKAI JELENTÉSE ALAPJÁN (OSAP) 18	
6.1.1. <i>A keringési rendszer betegségei</i>	19
6.1.2. <i>Csigolyabántalmak és háti gerincbántalmak</i>	21
6.1.3. <i>Zsíryanycsere zavarok</i>	22
6.1.4. <i>A cukorbetegség</i>	23
6.2. SZERVEZETT, CÉLZOTT LAKOSSÁGI SZŰRŐVIZSGÁLATOK.....	24
6.2.1. <i>Emlőszűrés</i>	24
6.2.2. <i>Méhnyak-szűrés</i>	26
6.2.3. <i>Vastagbélrák szűrése</i>	26
6.3. A GYERMEK- ÉS IFJÚSÁGI KOROSZTÁLY EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTÁNAK JELLEMZŐI.....	26
6.4. FERTŐZŐ BETEGSÉGEK MORBIDITÁSA	29
6.4.1. <i>Nemzetközi Oltóhely</i>	30
6.4.2. <i>HIV, AIDS tanácsadó működése</i>	30
6.4.3. <i>Lyssa-fertőzésre gyanús sérülés</i>	30
6.4.4. <i>Influenza</i>	30
6.4.5. <i>Védőoltások teljesítése</i>	31
6.4.6. <i>Tuberkulózis</i>	31
6.4.7. <i>Kórházhygiéne</i>	33
7. AZ IFJÚSÁG ÉS A FELNŐTT LAKOSSÁG KÖRÉBEN VÉGZETT EGÉSZSÉGFEJLESZTÉSI TEVÉKENYSÉG.....	33
7.1. NEMDOHÁNYZÓK VÉDELME.....	36
8. KÖRNYEZETI TÉNYEZŐK.....	36
8.1. KÖRNYEZET- ÉS TELEPÜLÉS-EGÉSZSÉGÜGY	36
8.1.1. <i>Ivóvíz higiéné</i>	36
8.1.2. <i>Fürdővíz higiéné</i>	39
8.1.3. <i>Levegőhigiéné</i>	40
8.1.4. <i>Extrém hőmérsékleti helyzetek</i>	40
8.1.5. <i>Aerobiológiai hálózat működése</i>	40
8.2. GYERMEK- ÉS IFJÚSÁG-EGÉSZSÉGÜGY	41
8.3. ÉLELMÉZÉS- ÉS TÁPLÁLKOZÁS-EGÉSZSÉGÜGY.....	42
8.4. KÉMIAI BIZTONSÁG	43
8.5. SUGÁRBIZTONSÁG	43

9.	EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁS.....	48
9.1.	ALAPELLÁTÁS.....	48
9.1.1.	Háziorvosi ellátás	48
9.1.2.	Védőnői ellátás.....	49
9.1.3.	Közfinanszírozott fogorvosi alapellátás	49
9.1.4.	Foglalkozás-egészségügyi alapellátási szolgálat.....	49
9.1.5.	Otthoni szakápolás és otthoni hospice ellátás.....	49
9.2.	JÁRÓBETEG ELLÁTÁS.....	51
9.3.	FEKVŐBETEG ELLÁTÁS.....	53
9.4.	CSALÁDVÉDELMI SZOLGÁLAT	55
9.5.	MENTÉS, BETEGSZÁLLÍTÁS.....	57
9.6.	GYÓGYSZERELLÁTÁS.....	57
9.7.	ORVOSTUDOMÁNYI KUTATÁSOK ENGEDÉLYEZÉSE	58
9.8.	RÉSZVÉTEL A VÉDELMI BIZOTTSÁGOK MUNKÁJÁBAN	58
9.9.	AZ EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁS 2012. ÉVI JELLEMZŐ ADATAI HAJDÚ-BIHAR MEGYÉBEN.....	59
10.	ÖSSZEFOGLALÓ	60

1. Bevezetés

A lakosság egészségi állapotának folyamatos figyelemmel kísérése, a szükséges preventív intézkedések meghozatala, azok szorgalmazása a népegészségügyi szakigazgatási szerv törvényben meghatározott feladatai közé tartozik. Az 1991. évi XI. törvény 6. §-a szerint a népegészségügyi szakigazgatási szerv 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.

A cél az, hogy a tájékoztató alapján a társadalmi, gazdasági folyamatokra befolyással bíró döntéshozók megismerjék Hajdú-Bihar megye lakosságának egészségi állapotát meghatározó megbetegedési és halálozási mutatóit, s az abban tapasztalható egyenlőtlenségeket.

2. Adatforrások

A lakónépességi és a mortalitási (halálozási) adatokat egyaránt az Országos Környezetegészségügyi Intézet (OKI) bocsátotta rendelkezésre. A demográfiai adatok forrása a Központi Statisztikai Hivatal (KSH) adatbázisa volt.

A standardizált halálozási arányszámok az Országos Egészségfejlesztési Intézettől és a WHO által működtetett „Health for All” adatbázisból származnak.

A morbiditási (megbetegedési) adatok a háziorvosok által, az Országos Statisztikai Adatgyűjtési Program (OSAP) keretében jelentett betegség csoportokból származnak. Az országos referencia adatokat a KSH szolgáltatta, a megyei adatokat az OSAP jelentés saját feldolgozásából nyerte a népegészségügyi szakigazgatási szerv. Az iskola-egészségügyi adatok a Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézettől (GYEMSZI) származnak.

3. Elemzési módszerek

A **halálozás időbeni** változásának vizsgálata során a korszpecifikus *standardizált halálozási arányszámokat* (SHA) az 1986 és 2011 közötti időszakra, évi bontásban, nemenként elemezte a népegészségügyi szakigazgatási szerv a direkt standardizálás módszerének alkalmazásával. A standard az 1976-os „Európai Standard Populáció” volt.

A **területi halálozási és morbiditási különbségek** kimutatása indirekt *standardizált halálozási hányados* (SHH) és *standardizált megbetegedési hányados* (SMH) továbbá annak teljes Bayes-beccsléssel korrigált változata segítségével történt. Ez a mutató százalékos formában fejezi ki a vizsgált terület halálozását/megbetegedését az országos átlaghoz (100%) viszonyítva. A települések **halálozási** adatainak elemzéséhez a **2007-2011** közötti időszak **25-64** éves korcsoport összevont lakónépességi és halálozási adatai kerültek felhasználásra. A **morbiditási** viszonyok leírását a háziorvosok OSAP **2011. évi prevalencia adatai** szolgáltatták.

Amennyiben a vizsgált népességcsoportban az:

SHH/SMH = 100%, akkor az országos szinttől nem különbözik a halandóság/megbetegedés,

SHH/SMH < 100%, akkor az országos szintnél alacsonyabb a halandóság/megbetegedés,

SHH/SMH > 100%, akkor az országos szintnél magasabb a halandóság/megbetegedés.

4. Demográfia

4.1. A lakosság korösszetétele

A demográfiai helyzet ismerete meghatározó tényező a lakosság egészségi állapotának elemzésében.

Hajdú-Bihar megye népességszáma 2012. január 1-jén 538 037 fő volt, amely az ország népességének 5,4%-át jelenti.

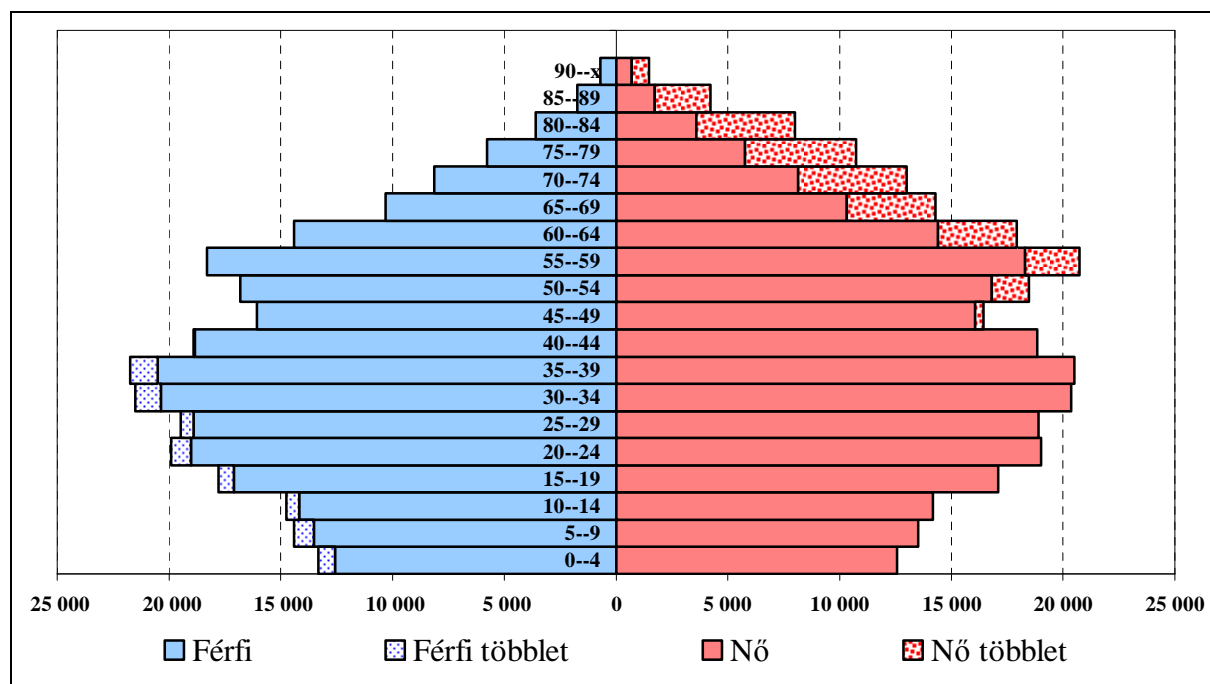
Hajdú-Bihar megyében 10 járás, ezeken belül 82 település található (a megyeszékhely Debrecen, valamint további 20 város és 61 község).

A megye népességének túlnyomó részét mindkét nem esetében a munkaképes korosztály (15-64 évesek) adja, a férfiaknál ez az arány 71,6%, nők esetében pedig 67,2%.

Hajdú-Bihar megye lakosságát 2012-ben is a szabálytalan kormegoszlást kifejező korfa jellemezte, amely szerint a gyermekkorú, a fiatal középkorú, valamint a 80 éves és idősebb népesség létszáma volt rendkívül alacsony. **A szabálytalan korfa az alacsony élveszületési és magas halálozási arány következménye.** A térségben a munkaképes népesség előregedése figyelhető meg. A legnagyobb létszámú korcsoport férfiaknál a 35-39 év, nőknél pedig az 55-59 év közöttiek. Születéskor a fiúk többen vannak, mint a lányok, azonban a férfiak magasabb halandósága miatt ez az életkor előrehaladtával kiegyenlítődik, a 45-49 éves korcsoporttól idősebb népességet vizsgálva a nők lesznek többségben.

A születés és a halálozás kettősén kívül a népesség nagyságát a népmozgalom mértéke is alakítja. A belföldi vándorlás miatt bekövetkezett népességcsökkenés 2011. évben 1 624 fő volt, amit ellensúlyoz a nemzetközi vándorlás okozta 1 353 fős többlet.

**Hajdú-Bihar megye népességének korösszetétele a férfi-női többlet feltüntetésével
2012. január 1-jén**



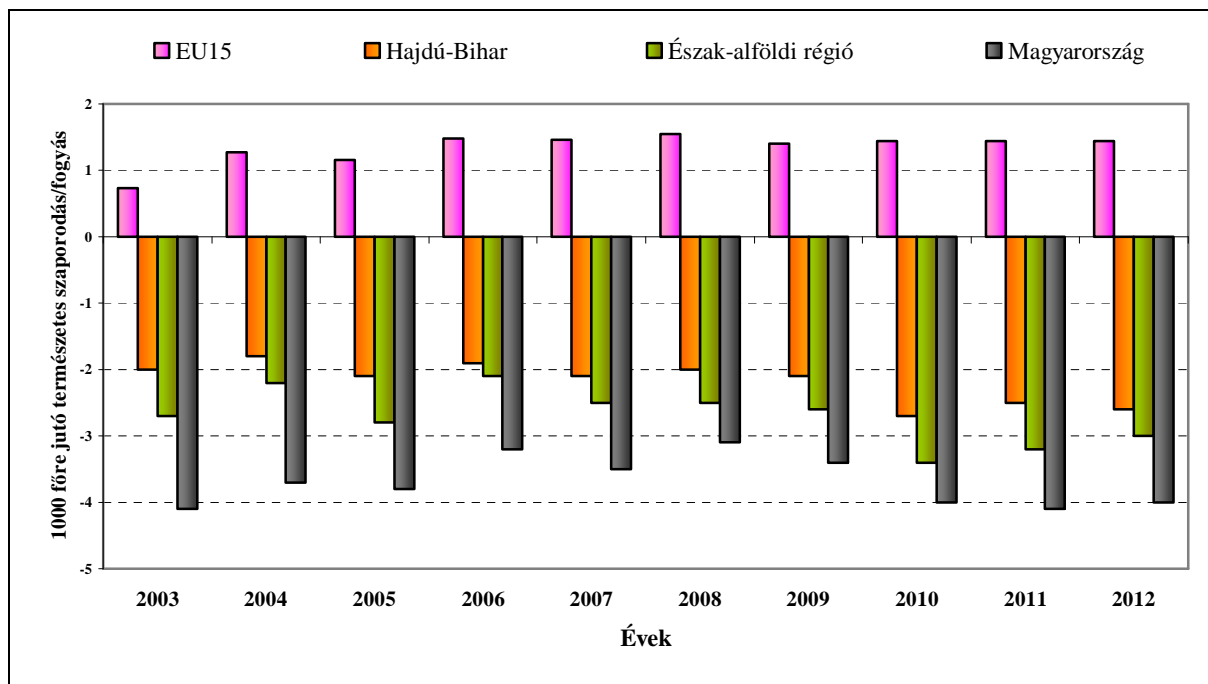
4.2. Születés, halálozás, természetes szaporodás/fogyás

A népesség szaporodása vagy fogyása az egy év alatt történő élveszületések és a halálozások alapján számítandó (a vándorlást figyelmen kívül hagyva).

Hajdú-Bihar megyében az élveszületések száma 2012-ben 4 900 fő, míg a halálozások száma 6 300 fő volt (a fogyás 1 400 fő).

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

A természetes szaporodás/fogyás arányszáma Hajdú-Bihar megyében, az Észak-alföldi régióban, Magyarországon és az EU₁₅ országok átlagában, 2003-2011 között

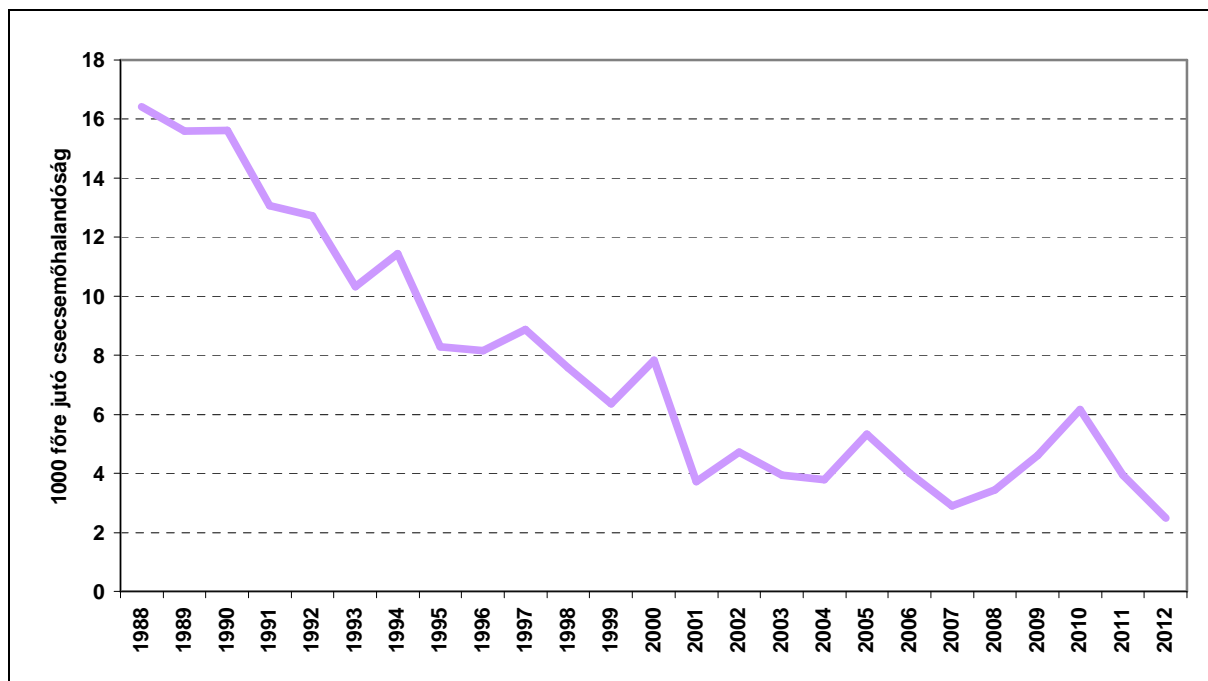


Az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat (a továbbiakban: ÁNTSZ) a gondozottak tényleges tartózkodási (gondozási) helyén alapuló adatait figyelembe véve a csecsemőhalálozás 2,48‰, amely európai szintű. A halál oka zömmel az extrém kis súlyú születés és a fejlődési rendellenesség.

Bármely társadalom fejlettségének fokmérője a csecsemőhalálozás alakulása. A halálozás alakulásában kiemelkedő szerepe van a társadalmi-gazdasági fejlettségnek, az oktatásnak, az életszínvonal alakulásának, az egészségügyi ellátás színvonalának és hozzáférhetőségének, az esélyegyenlőség biztosításának. Hajdú-Bihar megye eredményei a csecsemőhalandóság csökkentésében azért kiemelkedőek, mert a foglalkoztatottságot, iskolázottságot, bérjovendelmeket, családszerkezetet, továbbá a roma népesség magas arányát tekintve a hátrányos helyzetű megyék közé tartozunk. Köszönhető ez a hatékonyabb ellátásszervezésnek (a halálokokat rendszeresen monitorozzák, a szükséges lépéseket időben megteszik).

A csecsemőhalandóság csökkentésében jelentős szerepe van a Debrecenben működő és a koraszülöttek kezelését végző Neonatális és Perinatális Intenzív Centrumoknak, továbbá a korszerű terhesgondozásnak és szülésvezetésnek. A késői csecsemőhalálozásban jelennek meg azok a klasszikus előidéző tényezők, melyek előrevetíthetik egy csecsemő veszélyeztetettségét. Ezek: az alacsony iskolai végzettség, munkanélküliség, rendezetlen családi- és lakásviszonyok, magas gyermekszám, káros szenvedélyek, továbbá az egészségügyi ellátás negálása. Míg a korai halálozás csökkentésében elsősorban a magasán képzett szakembereknek és a korszerű diagnosztikának, terápiának van szerepe, addig a késői halálozásban inkább a területi munkát végző szakembereknek (védőnő, háziorvos) és a szociális segítségnyújtásnak (önkormányzatok, családsegítők, gyermekjóléti szolgálatok) és az oktatásnak jut főszerep. A fekvőbeteg intézmények és a területi ellátást végzők (kórházak, klinika, háziorvosok, védőnők) együttműködésének köszönhető, hogy Hajdú-Bihar megye e téren kimagasló eredményeket tud felmutatni.

**Csecsemőhalandóság Hajdú-Bihar megyében, területi védőnői adatok alapján
1988-2012 között**



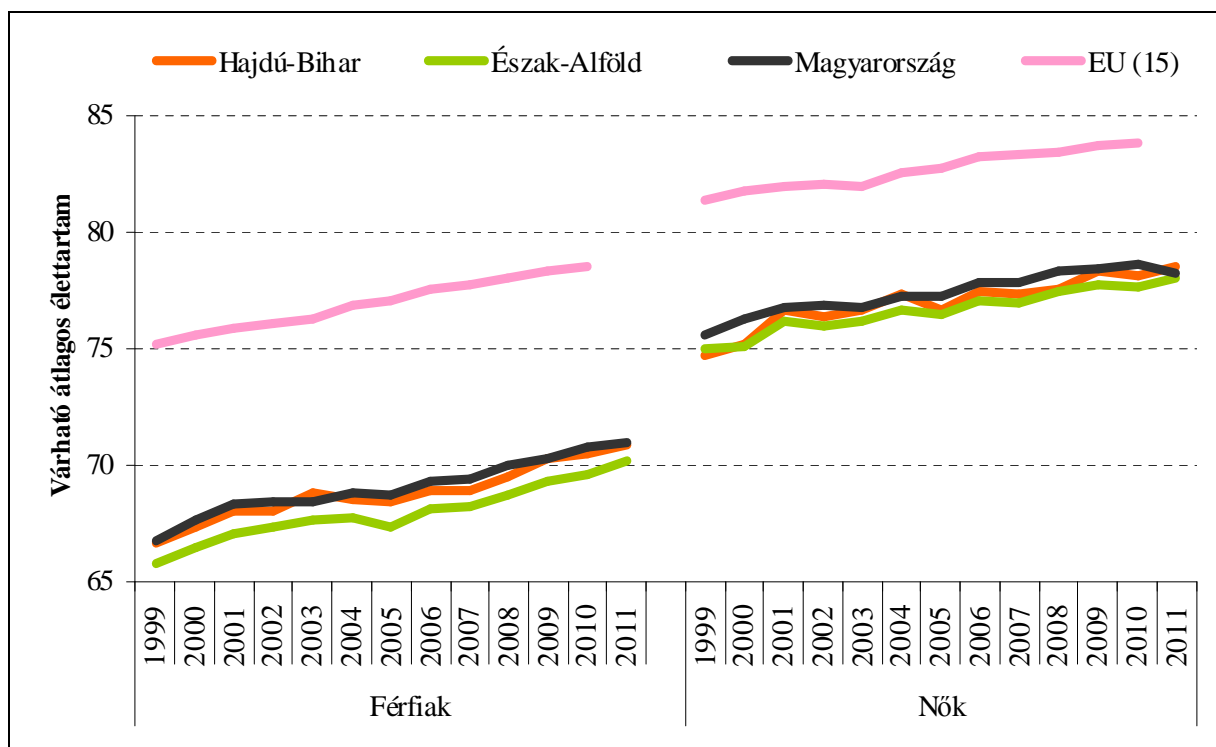
4.3. Születéskor várható átlagos élettartam

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

Magyarországon az Észak-alföldi régió a rosszabb életésélyű területek közé sorolható, az itt élő lakosságnak, a halandósági mutatók változatlanul maradása mellett, rosszabb életkilátásai vannak. Ugyanakkor Magyarországon, 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 jellemzően rosszabb mutatóval rendelkezik.

2010-ben az EU államaiban a nők születéskor várható átlagos élettartama 83,86 év volt, a férfiaké pedig 78,52 év. Magyarországon ezek az értékek 2011-ben a férfiaknál 70,93, nőknél 78,23 év volt. Hajdú-Bihar megyében a 2011-ben született férfiak valamivel rövidebb, míg a nők hosszabb (férfiak 70,82 év, nők 78,5 év) várható átlagos élettartamot remélhetnek az országos átlagnál.

A születéskor várható átlagos élettartam alakulása Hajdú-Bihar megyében, az Észak-alföldi régióban, Magyarországon és az EU₁₅ országok átlagában, 1999-2011 között



5. Halálozás

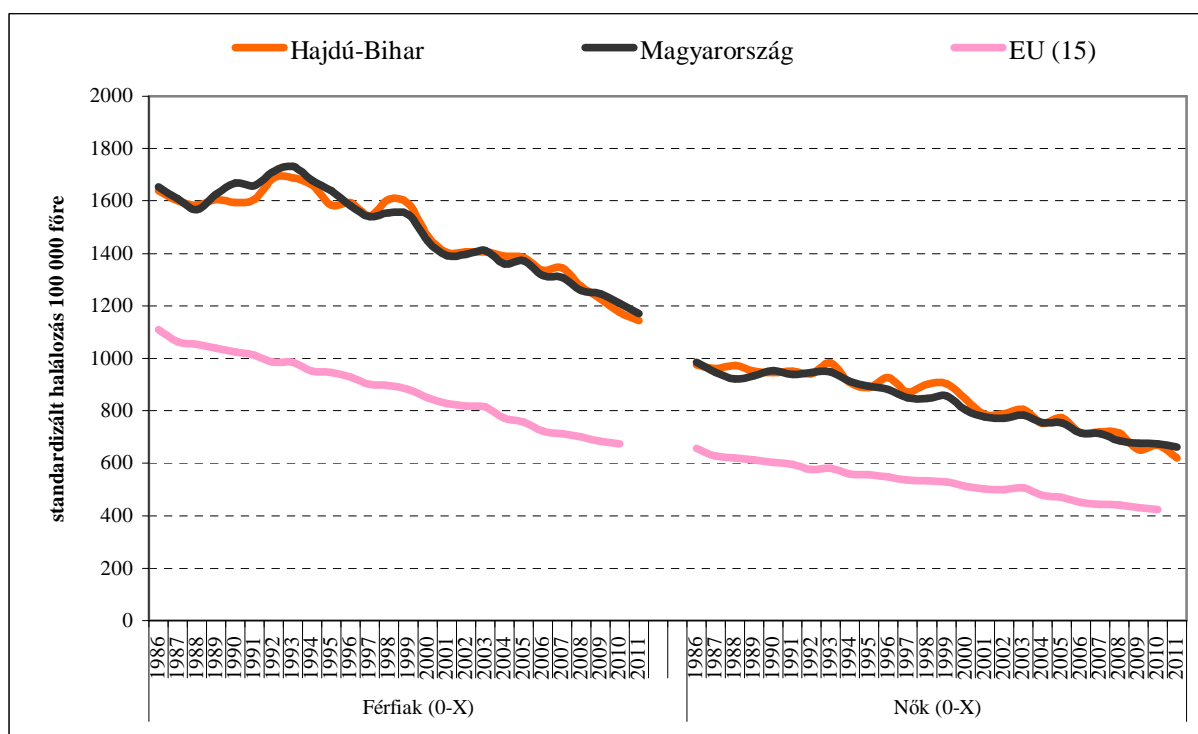
5.1. Általános halandóság

Hajdú-Bihar megyében 2011-ben 6 252 ember halt meg, ebből 3 234 férfi és 3 018 nő. A halálozás időbeli alakulását vizsgálva megállapítható, hogy az elmúlt két évtizedben jelentősen csökkent a halálozás Magyarországon és Hajdú-Bihar megyében egyaránt. Ez a csökkenés a 90-es évekhez képest több mint 30%.

A megyében a hazai átlagnak megfelelő halálozási viszonyok figyelhetők meg, amely az utóbbi néhány évben az országos átlagnál valamivel alacsonyabb értékkel bír. Figyelemre méltó, hogy a férfiak halálozási mutatója mintegy kétszerese a nők halálozási mutatójának.

Az EU tagállamainak átlagával való összevetés során nőknél mintegy másfélszeres, férfiaknál még ennél is magasabb relatív halálozási kockázat figyelhető meg.

Az összes halálok (BNO 10: A00-Y99) miatti standardizált halálozás alakulása Hajdú-Bihar megyében, Magyarországon és az EU₁₅ országok átlagában, a 0-X éves korcsoportban, 1986-2011 között



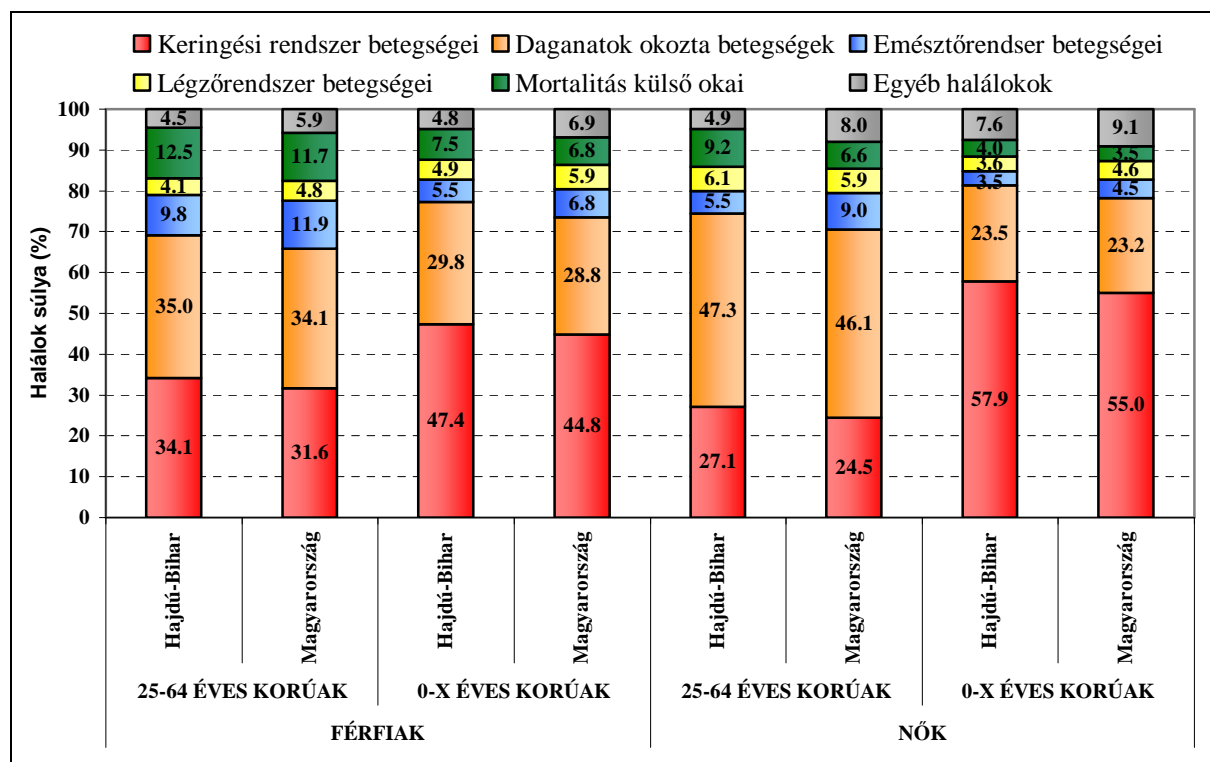
5.2. Halálóki struktúra

A korai halálozás mértékének csökkentésére irányuló beavatkozások tervezése szempontjából elengedhetetlen a halálóki struktúra ismerete. Figyelembe kell venni azt is, hogy az egyes korcsoportokban eltérő súllyal jelennek meg a főbb halálók. Tekintettel arra, hogy a betegségek okozta korai halálozások több mint 90%-a 25-64 éves élettartományban következik be, kiemelten kezeli az anyag az ezen korcsoportba tartozók halálozásának alakulását.

Hajdú-Bihar megyében a férfiak halálozásának 47,4%-áért, a nők halálozásának 57,9%-áért a keringési rendszer betegségei felelősek. Mindkét nem esetében a második helyen a daganatos megbetegedések (férfiak esetében 29,8%, nők esetében 23,5%) szerepelnek. A két vezető halálót a férfiaknál a külső okok (balesetek, öngyilkosság), nőknél az egyéb okok miatt bekövetkezett halálozások követik. **Magyarország** vonatkozásában mindkét nemnél harmadik helyen ugyancsak az egyéb halálók áll (az egyéb halálóki csoportba számos megbetegedés tartozik: pl.: fertőző-, anyagcsere-, mentális-, idegrendszeri-, csont- és izomrendszert érintő betegségek).

A korai halálozás (**25-64 éves** korosztály) struktúrája lényegesen eltér az összhálaózás halálóki struktúrájától. A legtöbb férfi és nő nem keringési rendszeri betegségekből, hanem daganatok okozta betegségekből hal meg. A nők esetében a keringési rendszer betegségei okozta halálozásnál kiugróan magasabb a daganatos halálozások részaránya. A halálók között a harmadik helyen mindkét nem esetében a mortalitás külső okai állnak, de a nőknél ez az arány jóval kisebb, mint a férfiaknál.

A haláloki struktúra Hajdú-Bihar megye és Magyarország 25-64 éves és 0-X éves korú lakossága körében, 2011



5.3. Okspecifikus halálozás

5.3.1. A keringési rendszer megbetegedései okozta halálozás

A halálokok között kitüntetett helyet foglalnak el a keringési rendszer betegségei, közöttük is kiemelten az ischaemiás szívbetegségek, az agyérbetegségek és a magasvérnyomás betegség, amit önmagában is rizikótényezőként tartanak nyilván. Hajdú-Bihar megyében a férfiak halálozásának 47,4%-át, a nők halálozásának 57,9%-át okozták a keringési rendszer betegségei 2011-ben, ez 3 278 halálesetnek (az összes haláleset 52,6%-a) felelt meg.

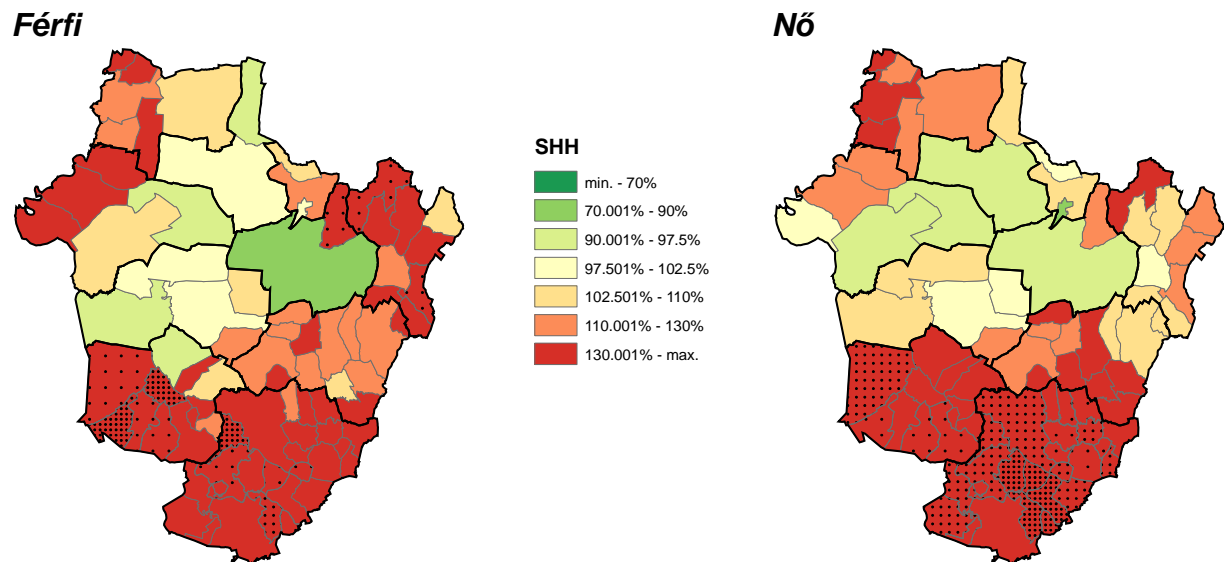
A nem megfelelő életmód – jellemzően a dohányzás, az egészségtelen táplálkozás, a mozgásszegény életvitel – valamint a figyelembe nem vett vagy elégtelenül kezelt magasvérnyomás betegség külön-külön és együtt is veszélyeztetik, vagy tovább rontják az érintettek esélyét egy teljesebb, egészséges és tartalmas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

A korai halálozások előfordulását megyei, járási és településszinten elemezve megállapítható, hogy **Hajdú-Bihar megyében** mindkét nemnél a keringési rendszer megbetegedése okozta halálozás **az országos átlagot szignifikánsan**, kb. 10%-kal meghaladta.

A betegség járásokon belüli területi előfordulását értékelve a legmagasabb halálozási kockázattal bíró terület a Berettyóújfalui (férfi SHH=162,3%, nő SHH=217,2%) és a Püspökladányi (férfi SHH=140,8%, nő SHH=167,4%) járás volt, ahol másfélszeres vagy azt meghaladó többlethalálozást lehet tapasztalni. Férfiaknál a Nyíradonyi (SHH=144,6%), Derecskei (SHH=126%) és a

Balmazújvárosi (SHH=121,1%) járásokban szintén szignifikánsan magasabb halálozás jellemző.

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, 2007-2011 között



A keringési rendszer betegségein belül a szív-érrendszeri betegségek és az agyérbetegségek halálozása okozza a legnagyobb veszteséget. Az **ischaemiás szívbetegségek okozta halálozás** (amely a keringési rendszer betegségei miatti halálozás kb. felét okozza) Hajdú-Bihar megyében **szignifikánsan magasabb**, mint az országos átlag (férfi SHH=111,2%, nő SHH=117,7%). Az **agyérbetegségek okozta halálozás** az országos átlagnál lényegesen **alacsonyabb** (férfi SHH=78%, nő SHH=85,7%).

5.3.2. Daganatok okozta halálozás

A halálozások gyakorisága körében a rosszindulatú daganatok a második, a 25-64 évesek körében viszont már az első helyet foglalják el. 2011-ben 1 668 esetben (az összes haláleset 26,6%-a) volt daganat a halálozás oka.

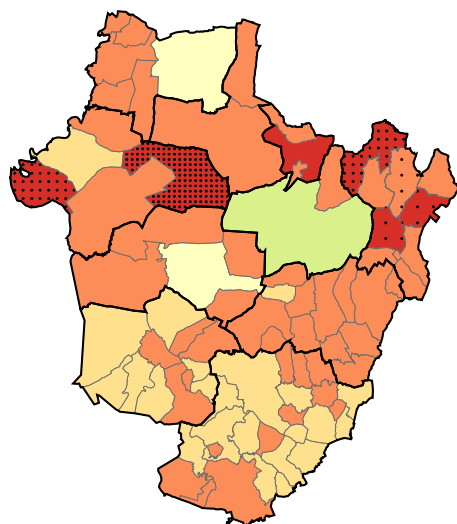
A daganatok kialakulásában számos kockázati tényező játszik szerepet, amelyek közül több az életmódra vezethető vissza (pl. dohányzás, alkoholfogyasztás, egészségtelen táplálkozás, stb.). Mindemellett egyéb környezeti, biológiai hatások és a genetikai hajlam is nagy szerepet játszik e betegségek kialakulásában.

Helyes életvezetéssel, körültekintő környezetkímélő magatartással, az embert védő munkakörnyezet biztosításával, valamint az ivóvíz, a levegő és az élelmiszerek biztonságának növelésével sokat lehet tenni 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

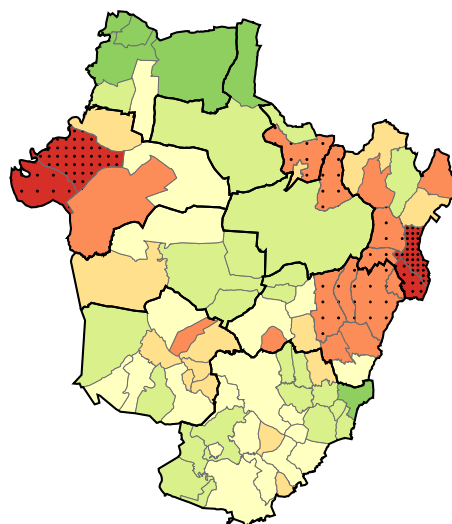
proszтата, a szájüreg és a tüdő daganata esetében a veszélyeztetettek célzott szűrése ajánlott.

Daganatos betegségek (BNO 10: C00-D48) okozta korai halálozás területi egyenlőtlenségei a 25-64 éves korcsoportban, férfiak és nők körében, Hajdú-Bihar megyében, 2007-2011 között

Férfi



Nő



A **daganatok** okozta korai halálozás területi egyenlőtlenségeit vizsgálva megállapítható, hogy a **megyében a férfiaknál az országos átlagot** szignifikánsan enyhén **meghaladta**, nők esetében is azzal közel egy szinten van (*férfi SHH=107,6%, nő SHH=98,5%*). Ezt az eredményt erősen árnyalja, hogy a megyeszékhely alacsonyabb értékei kedvező irányba befolyásolják a megyei átlagos halálozást.

A járási szintet vizsgálva jelentősebb tagozódások figyelhetők meg. Az országos szintnél szignifikánsan magasabb a halálozás kockázata a megyében, a férfiaknál a Hajdúhadházi (*SHH=152,9%*), a Nyíradonyi (*SHH=152,7%*), a Balmazújvárosi (*SHH=140,7%*) és a Derecskei (*SHH=124,3%*) járásban, nőknél pedig a Nyíradonyi (*SHH=128,2%*) járásban.

Hajdú-Bihar megye településeit vizsgálva férfiaknál az országos viszonyokhoz képest erősen szignifikáns (*az utólagos valószínűség arányszáma meghaladta a 0,9-et*) többlethalálozás figyelhető meg Hajdúhadház (*SHH=149,9%*), Nyíradony (*SHH=136,3%*), Egyek (*SHH=135,7%*) és Balmazújváros (*SHH=133,2%*), településeken. Nők esetében statisztikai számokkal is alátámasztott, többlethalálozás figyelhető meg Bagamér (*SHH=153,9%*), Álmosd (*SHH=142%*) és Tiszacsege (*SHH=130,4%*) településeken.

A magyar férfiakat érintő rosszindulatú daganatos megbetegedések között a **légcső, hörgők és a tüdő rosszindulatú daganatai** okozta halálozás vezető szerepet tölt be. A betegség kialakulásáért mintegy 80%-ban a dohányzás a felelős. Hajdú-Bihar megyében a férfiak tüdődaganat okozta halálozása jelentősen meghaladta az országos szintet (*SHH=113,9%*). Nők esetében a növekvő tendencia ellenére az országos átlag alatti (*SHH=91%*) halálozás volt jellemző a vizsgált időszakban.

A szűrhető daganatok közé tartoznak a **vastagbél, szigmabél és végbél rosszindulatú daganatai**, amelyek időben történő felismerésével a gyógyítás hatékonysága jelentősen javítható. A betegség kialakulásának hátterében elsősorban az egészségtelen táplálkozás és a mozgásszegény életmód áll.

Hajdú-Bihar megyében férfiaknál az országos szintnél magasabb ($SHH=108,2\%$), nőknél alacsonyabb ($SHH=90,9\%$) halálozási kockázat tapasztalható, azonban az eltéréseket statisztikailag nem lehet alátámasztani.

A női **emlődaganatos** halálozás egyike a legnagyobb társadalmi veszteséget okozó, női rosszindulatú daganatos megbetegedéseknek. Az okok sokasága miatt az elsődleges prevenció kevésbé hatékony, így a másodlagos prevenció, a szűrés felértékelődik. Hajdú-Bihar megyében a vizsgált korcsoportban az országos átlagot alig haladta meg ($SHH=104,6\%$) és az sem volt statisztikailag alátámasztható.

A **méhnyak rosszindulatú daganatának** elsődleges prevenciójához a genitális fertőzések kerülése, a személyi higiénia betartása és a HPV oltás tartozik. Nagyon fontos még a szervezett szűrővizsgálatokon való részvétel. A területi különbségeket vizsgálva elmondható, hogy a méhnyak rosszindulatú daganata a megye női lakosságát fokozottan érinti ($SHH=128,2\%$).

Az **ajak, szájüreg és garat tumorok** előfordulása Hajdú-Bihar megyében a férfiak és nők esetében is az országos átlagnál alacsonyabb (*férfi* $SHH=78,5\%$, *nő* $SHH=96,2\%$), a férfiak érintettsége 4-5-szöröse a nőkének.

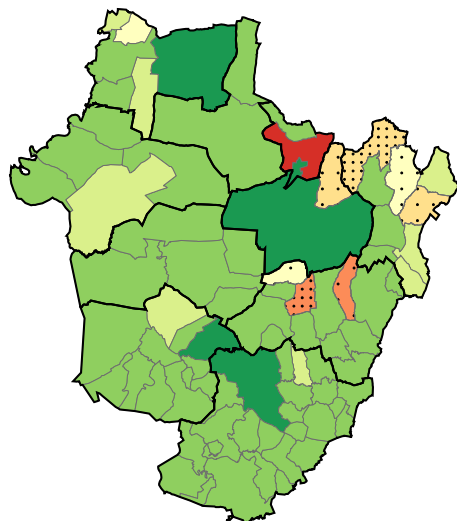
5.3.3. Emésztőrendszer betegségei okozta halálozás

Az emésztőrendszer betegségei okozta halálozás, ezen belül az alkoholos májbetegség és májsugor, valamint a gyomorbetegségek okozta halálozás haláloki súlya jelentős probléma Magyarországon, az Európai Unió átlagához képest előfordulásának gyakorisága 2-2,5-szeres.

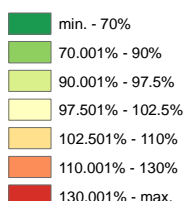
2011-ben Hajdú-Bihar megyében, 285 esetben (az összes haláleset 4,5%-a) volt a halálozás kiváltó oka az emésztőrendszer betegsége.

Az emésztőrendszer betegségei (BNO 10: K00-K92) okozta korai halálozás területi egyenlőtlenségei a 25-64 éves korcsoportban, férfiak és nők körében, Hajdú-Bihar megyében, 2007-2011 között

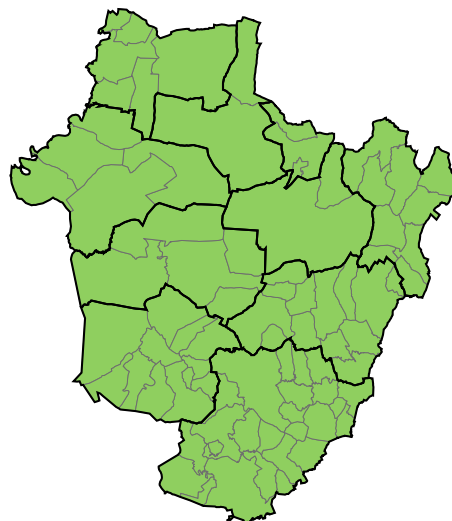
Férfi



SHH



Nő



Az **emésztőrendszer betegségei okozta korai halálozás** Hajdú-Bihar megyében, az országos viszonyokhoz képest **mindkét nemnél szignifikánsan kedvezőbb** (férfi SHH=75,8%, nő SHH=78,9%) volt.

A járási szintet vizsgálva statisztikailag alátámasztott, országos referencia szintet meghaladó többlethalálozás nem található.

Településenként tanulmányozva a betegség okozta halálozás előfordulását, férfiaknál beazonosíthatóak voltak olyan területek, amelyet ha nagyobb tagozódásban került megvizsgálásra, elfedve maradtak. Hajdúhadház (SHH=130,7%), Hajdúbagos (SHH=120,7%) és Nyíradony (SHH=113,8%) településeken magasabb volt a halálozás kockázata az országos átlagnál. Nők esetében homogén eloszlás látható.

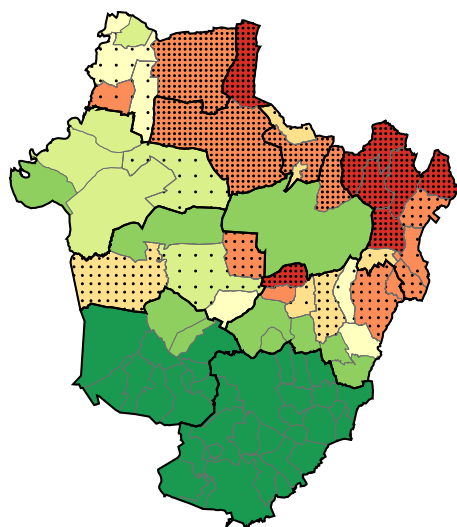
Az **alkoholos májbetegségek** okozta korai halálozás előfordulását vizsgálva az tapasztalható, hogy ugyanolyan területi tagozódások fordulnak elő, leginkább a hajdúhadházi férfiak érintettek. Fontos ezen a területen a fokozott felvilágosító munka végzése, valamint az egyének korai azonosítása az alapellátásban annak érdekében, hogy a halálozás csökkenthető legyen.

5.3.4. Légzőrendszer betegségei okozta halálozás

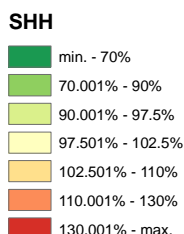
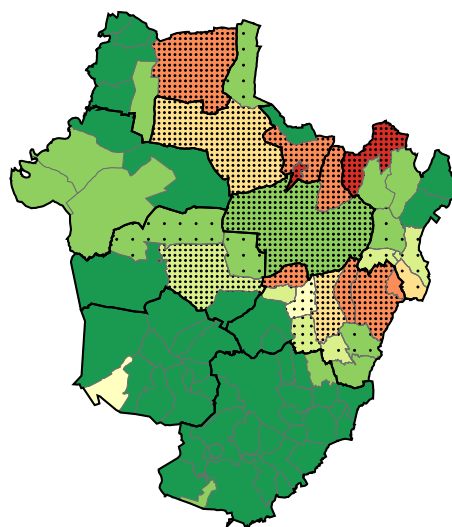
A légzőrendszer betegségei okozta halálozás több mint fele elkerülhető lenne bizonyos légúti megbetegedések (heveny légúti fertőzések, tüdőgyulladás, idült hörghurut, tüdőtágulat és asthma) megelőzésével és megfelelő kezelésével. 2011-ben Hajdú-Bihar megyében 265 esetben (az összes haláleset 4,2%-a) volt a halál közvetlen oka légzőrendszeri megbetegedés.

A légzőrendszer betegségei (BNO 10: J00-J98) okozta időskori halálozás területi egyenlőtlenségei a 65 év feletti korcsoportban, férfiak és nők körében, Hajdú-Bihar megyében, 2007-2011 között

Férfi



Nő



A légzőrendszer betegségei okozta korai halálozás mindkét nemnél az országos halálozási viszonyoktól lényegesen kedvezőbb, még települési szinten is homogén megoszlást mutat. A korai halálozás kockázata az országos szintet nem éri el, mégis az EU tagállamainak átlagával összevetve több mint 2-szerese a relatív halálozási kockázat.

A **légzőrendszer betegségei okozta időskori halálozás** Hajdú-Bihar megyében az országos viszonyokhoz képest **mindkét nemnél szignifikánsan kedvezőbb** (férfi SHH=86,2%, nő SHH=82%).

Azonban, ha a járási területi eloszlás kerül megvizsgálásra, férfiaknál a Nyíradonyi (SHH=158,3%) és a Derecskei (SHH=132,3%) járásban magasabb kockázatú területek azonosíthatók. Nőknél csak olyan többlethalálozást mutató területeket lehet találni, amelyekenél a statisztikai bizonytalanság a véletlen szerepét nem zárta ki.

Hajdú-Bihar megye településeit vizsgálva az országos viszonyokhoz képest erősen szignifikáns többlethalálozás látható számos településen az északi és a nyugati területeken, különösen a férfiak esetében.

5.3.5. Külső okok miatti halálozás

A külső okokra visszavezethető halálozások férfiaknál és nőknél is a harmadik helyen állnak a halálloki struktúrában a 25-64 éves korcsoportnál. Ide tartoznak a háztartási, közlekedési és munkabalesetek mellett az erőszak, illetve önsértés következtében bekövetkező halálozások is. Ezen halálok rendkívül kedvezőtlenül befolyásolja a születéskor várható átlagos élettartamot.

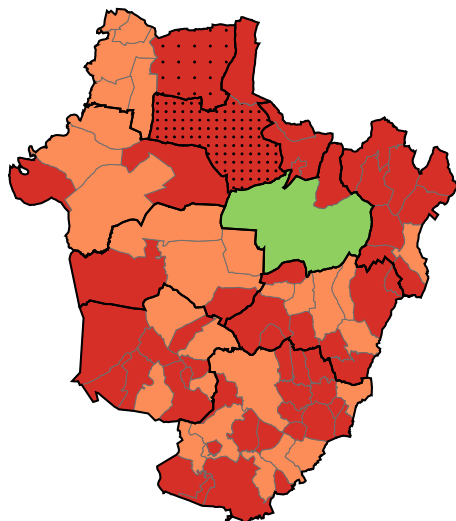
Hajdú-Bihar megyében 2011-ben 364 haláleset (az összes haláleset 5,8%-a) vezethető vissza külső okokra és ennek több mint 50%-a a 25-64 éves korcsoportban történt. A fiatalabb korosztálynál jellemzően a járműbalesetek, míg az idősebbeknél a balesetszerű esések a főbb okok. Tradicionálisan magas a

megyében az öngyilkosságok száma, a külső okok miatt bekövetkezett halálozások közel felét teszik ki.

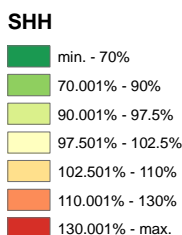
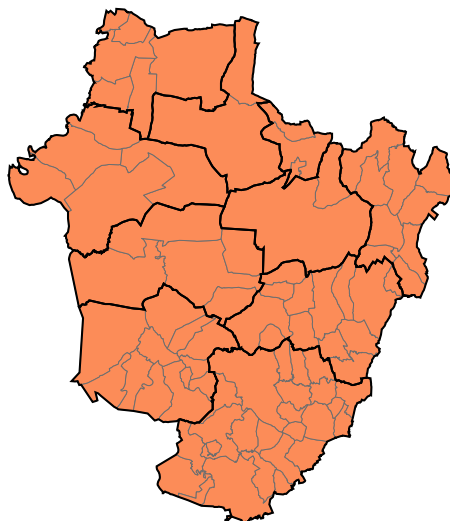
Az EU átlagánál mintegy 2-szer magasabb a külső okokra visszavezethető relatív halálozási kockázat Magyarországon.

A külső okok (BNO 10: V00-Y98) miatt bekövetkezett korai halálozás területi egyenlőtlenségei a 25-64 éves korcsoportban, férfiak és nők körében, Hajdú-Bihar megyében, 2007-2011 között

Férfi



Nő



A **külső okok** miatt bekövetkezett korai halálozás területi egyenlőtlenségeit vizsgálva a **megyében** mindkét nemnél **az országos átlagot** szignifikánsan **meghaladta a halálozás** kockázata (férfi SHH=117,9%, nő SHH=118,3%).

Járási szintet vizsgálva férfiaknál a Debreceni, nőknél a Hajdúszoboszlói járás kivételével magasabb a halálozás kockázata, azonban nők esetében az eredmények nem voltak szignifikánsak.

A területi eloszlást település szinten vizsgálva férfiaknál egyedül Hajdúböszörmény (SHH=151,8%) és Hajdúnánás (SHH=151,7%) esetében lehet statisztikailag is bizonyított országos szintet meghaladó halálozást tapasztalni.

6. Morbiditás

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

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

A morbiditási adatok gyűjtésére alapvetően négy módszer áll rendelkezésre:

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

Jelen tájékoztatóban ez utóbbi alapján, a betegségek *bekövetkezési gyakoriságán* keresztül kerül bemutatásra a morbiditás alakulása Hajdú-Bihar megyében. Az adatok feldolgozása település szerinti bontásban, megbízható statisztikai módszerekkel alátámasztva történt.

6.1. A morbiditás alakulása a háziorvosok országos statisztikai jelentése alapján (OSAP)

A megbetegedések számára vonatkozóan nehéz pontos információkkal szolgálni, éppen ezért a morbiditási arányszámok a mortalitási mutatóknál kevésbé megbízhatóak. Ennek hátterében az adatgyűjtési módszerek pontatlansága áll.

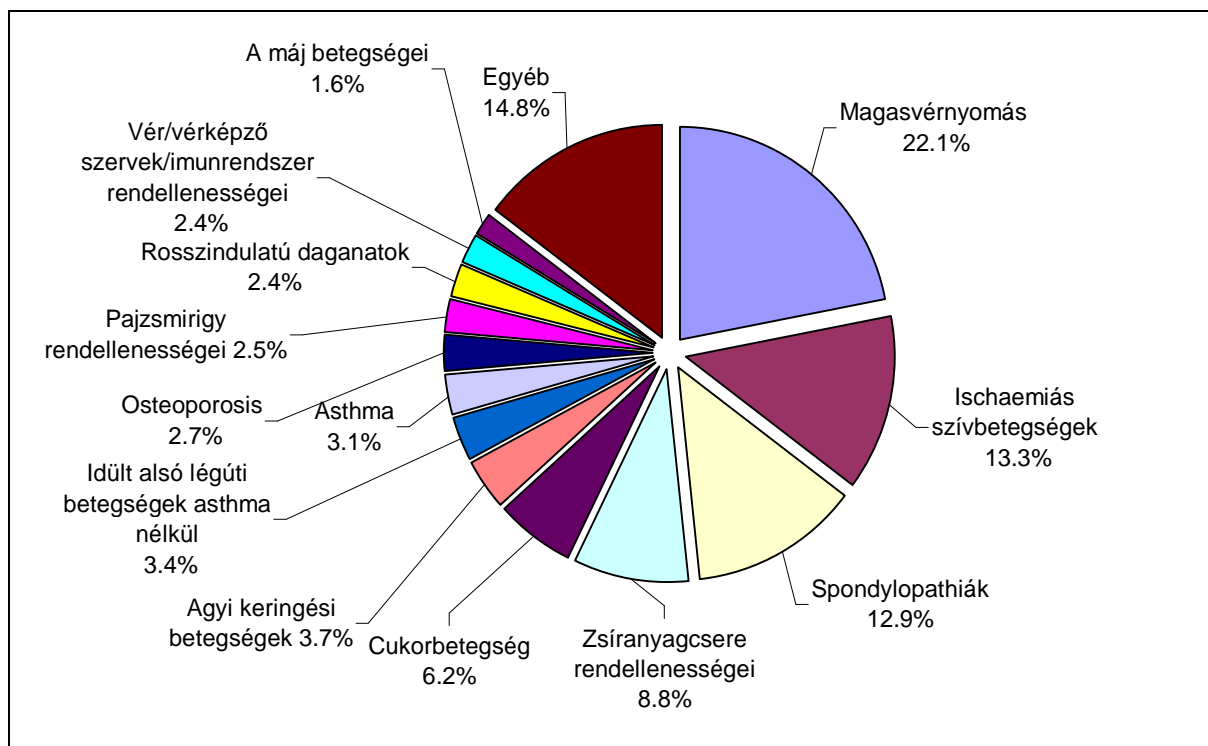
A Központi Statisztikai Hivatal minden páratlan évben jelentést kér a háziorvosoktól és házi gyermekorvosoktól az egyes betegségekkel kezelt személyek számáról. A tájékoztatóban a háziorvosok 2011. évi jelentése alapján, a felnőtt lakosság körében vezető morbiditási mutatók kerültek bemutatásra (magasvérnyomás betegség, ischaemiás szívbetegségek, csigolyabántalmak és háti gerincbántalmak, zsírsanyagcsere rendellenességei, cukorbetegség). Az adatgyűjtés nem a beteg lakóhelye, hanem a kezelés helye szerint történik, mégis jó közelítéssel, információkkal szolgálhat az egyes betegségek területi megoszlásáról is.

Hajdú-Bihar megye lakosságának egészségi állapotát - a krónikus, nem fertőző megbetegedések gyakorisága szempontjából vizsgálva - olyan betegségek alkotják, amelyek prevenciók eszközök segítségével jelentősen csökkenthetők vagy a megbetegedés megjelenésének várható ideje (milyen életkorban jelentkezik) kitolható lenne. Az életkor változásával az egyes betegségek a többi betegségcsoporthoz viszonyított relatív gyakorisága folyamatosan változik.

Magyarország 6 442 háziorvosi és házi gyermekorvosi praxisa közül Hajdú-Bihar megyében 2011-ben 349 praxis működött (*forrás: KSH*). Hajdú-Bihar megyében 2011-ben az összesített praxis adatok alapján a legnagyobb súlyú betegségcsoport a magasvérnyomás betegség, amely az összes eset mintegy negyedét tette ki. A második helyen az ischaemiás szívbetegségek állnak 13,3%-kal. Harmadik helyet a spondylopathiák és dorsopathiák (csigolya- és porckorong bántalmak) foglalják el 12,9%-kal, majd ezt követik a zsírsanyagcsere rendellenességei 8,8%-kal és a cukorbetegség 6,2%-kal.

Az adatok az összes diagnosztizált eset számát mutatják meg (**prevalencia**). Ez a mutató alkalmas leginkább a hosszabb lefolyású betegségek morbiditási viszonyainak bemutatására. A megbetegedések eloszlása nagymértékben eltér a halálozásnál tapasztalt halálloki sorrendtől. Sok olyan betegség kerül előtérbe, amely nem okoz közvetlen halált, azonban a társadalomban nagymértékű betegségterhet idéz elő.

A 19 évnél idősebb felnőttek leggyakoribb betegségei Hajdú-Bihar megyében, 2011-ben, a háziorvosok jelentése alapján



6.1.1. A keringési rendszer betegségei

A keringési rendszer betegségei (cardiovascularis betegségek) a mortalitás mellett a morbiditásban is vezető szerepet töltenek be. Kockázati tényezők lehetnek a genetikai fogékonyságon túl a dohányzás, a túlzott alkoholfogyasztás, a helytelen táplálkozás, az elhízás, a fizikai inaktivitás. A prevenció lehetőségei általánosak és nemcsak a keringési rendszer betegségeiben, hanem a daganatos megbetegedések megelőzésében is fontos szerepet kapnak.

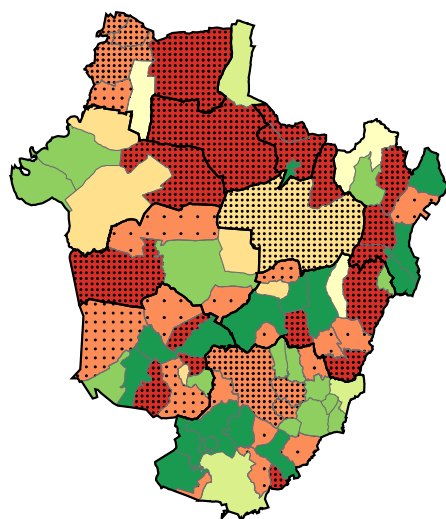
A cardiovascularis betegségek megelőzését célzó programok nem betegség-specifikusak, ide tartoznak a dohányzásellenes programok, az egészséges táplálkozási programok, illetve a fizikai aktivitást növelő programok.

6.1.1.1. A magasvérnyomás betegség

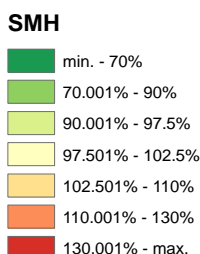
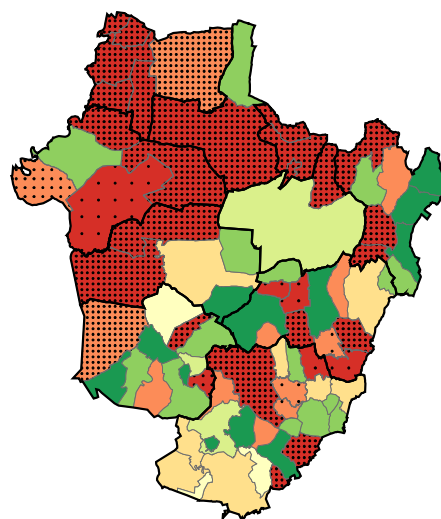
A magasvérnyomás betegség az egyik leggyakoribb kockázati tényezője a szív és érrendszeri betegségeknek. Az alapellátásban megvalósuló szív és érrendszeri szűrővizsgálatok, a talált elváltozások hatékony kezelése, valamint az életmódbeli változások csökkentik ezen megbetegedéseket. A betegség klinikai megjelenése döntően az idős korra tehető, de gyakran már fiatalon is kialakulhat. Az életkor előrehaladásával a betegség kockázata és súlyossága nő. Krónikus lefolyásukkal jelentős terhet rónak az egészségügyi ellátórendszerre.

A 19 évnél idősebb férfiak és nők magasvérnyomás betegségek (BNO 10: I10-I15) miatti megbetegedéseinek eltérései az országos átlagtól Hajdú-Bihar megye területén, 2011-ben

Férfi



Nő



Hajdú-Bihar megyében 2011-ben mindkét nem esetén a magasvérnyomás betegség előfordulása az országos átlagot szignifikánsan 10%-kal meghaladta. **Férfiaknál** a betegség előfordulásának gyakorisága **szignifikánsan magasabb** volt a **Hajdúböszörményi** (SMH=157,9%), a **Hajdúhadházi** (SMH=152,3%), a **Balmazújvárosi** (SMH=130,7%), a **Hajdúnánási** (SMH=127,1%) és a **Debreceni** (SMH=110,1%) **járásban**. **Nők** esetében a **Hajdúböszörményi** (SMH=170,5%), a **Hajdúhadházi** (SMH=151,2%), a **Hajdúnánási** (SMH=145,5%), a **Balmazújvárosi** (SMH=126,2%), a **Hajdúszoboszlói** (SMH=116%) és a **Berettyóújfalui** (SMH=107%) **járásokban** volt a betegség kockázata szignifikánsan magasabb. A legmagasabb kockázat férfiaknál és nőknél egyaránt a Hajdúböszörményi és Hajdúhadházi járásban figyelhető meg.

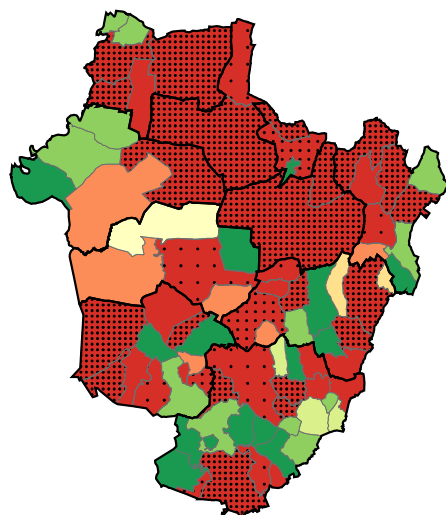
A megyében a települések felében volt legalább 10%-kal magasabb a betegség gyakorisága, mint az országos átlag.

6.1.1.2. Az ischaemiás szívbetegség

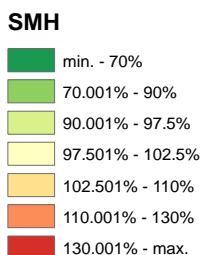
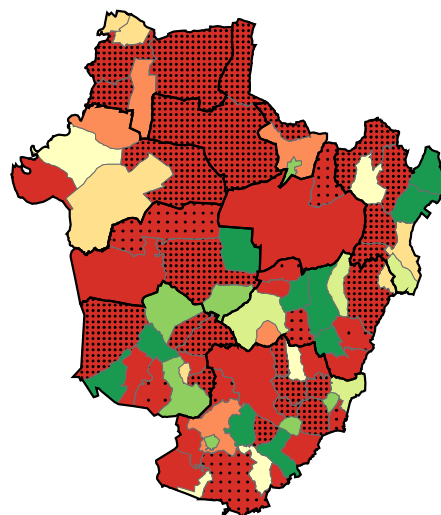
A felnőttek körében a második leggyakoribb betegség az ischaemiás szívbetegség, amely a szívizom elégtelen vérellátásából eredő betegség. A heveny szívizominfarktus az ischaemiás szívbetegségek jelentős részéért felelős. Jellemző rizikófaktorai a magas vérnyomás, dohányzás, cukorbetegség, magas vérzsír értékek és a kösvény. Szintén az általános kiváltó tényezők közé tartozik az elhízás és a stressz. A megelőzés legfontosabb része a rizikófaktorok csökkentése.

A 19 évnél idősebb férfiak és nők ischaemiás szívbetegségek (BNO 10: I20-I25) miatti megbetegedéseinek eltérései az országos átlagtól Hajdú-Bihar megye területén 2011-ben

Férfi



Nő



Hajdú-Bihar megyében 2011-ben **férfiaknál** az ischaemiás szívbetegség gyakorisága **kétszerese** az országos szintnek és **nőknél** is **74%-kal magasabb** volt. Megállapítható, hogy valamennyi járásban lényegesen meghaladta az országos szintet e betegség kockázata.

A betegség előfordulását település szinten vizsgálva látható, hogy meglehetősen homogén eloszlást mutat. Mindkét nemnél meghaladja az országos szintet legalább 10%-kal, a települések számának több mint felében.

6.1.2. Csigolyabántalmak és háti gerincbántalmak

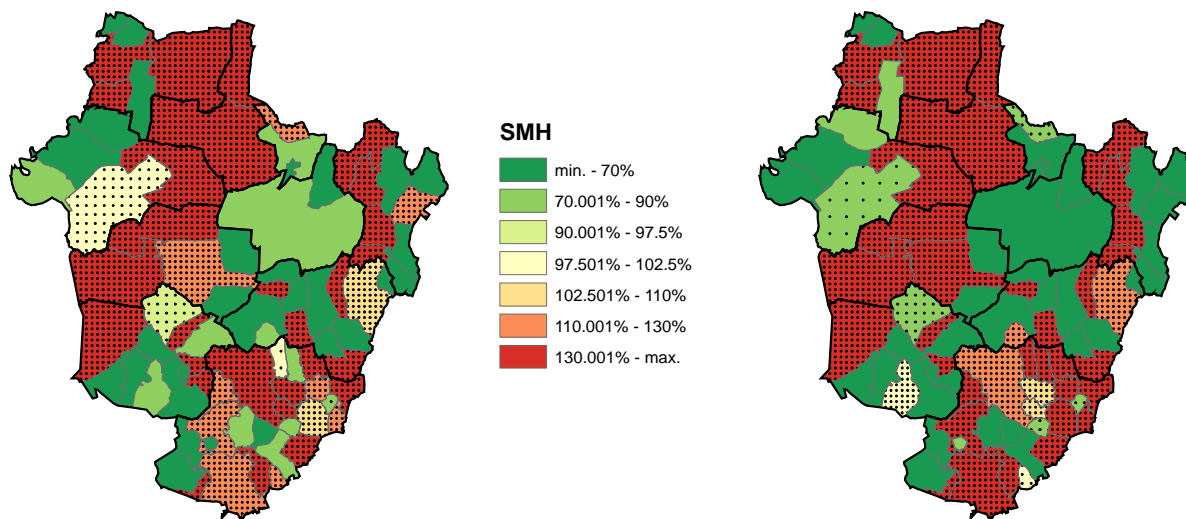
A csont-izomrendszer betegségei közé tartoznak a spondylopathiák (csigolyabántalmak) és egyéb dorsopathiák (háti gerincbántalom), előfordulásuk mindkét nemnél fiatal felnőttkortól kezdve számottevő. A felnőtt lakosság tekintetében a megyében, a harmadik leggyakoribb elváltozás.

A csigolyák elváltozásai az esetek többségében visszafordíthatatlanok, azonban általánosan megelőzhetők rendszeres testmozgással és kalciumban gazdag étrenddel.

A 19 évnél idősebb férfiak és nők spondylopathiák és egyéb dorsopathiák (BNO 10: M45-M54) miatti megbetegedéseinek eltérései az országos átlagtól Hajdú-Bihar megye területén, 2011-ben

Férfi

Nő



Hajdú-Bihar megyében 2011-ben a betegségcsoport előfordulása férfiaknál 30%-kal, nőknél mintegy 25%-kal haladta meg szignifikánsan az országos átlagot.

A járások tekintetében **férfiaknál** a betegség előfordulásának gyakorisága **szignifikánsan magasabb** volt a **Hajdúböszörményi** ($SMH=451,9\%$), a **Balmazújvárosi** ($SMH=187,6\%$), a **Nyíradonyi** ($SMH=160,2\%$), a **Hajdúnánási** ($SMH=144,8\%$), a **Berettyóújfalui** ($SMH=125\%$), és a **Hajdúszoboszlói** ($SMH=121,5\%$), **jársókban**. **Nők** esetében a **Hajdúböszörményi** ($SMH=460,7\%$), a **Balmazújvárosi** ($SMH=182,6\%$), a **Hajdúnánási** ($SMH=156,5\%$), a **Berettyóújfalui** ($SMH=125,1\%$) és a **Hajdúszoboszlói** ($SMH=121,7\%$) **jársókban** volt szignifikánsan magasabb a betegség kockázata. A legmagasabb kockázat férfiaknál és nőknél egyaránt a Hajdúböszörményi és Balmazújvárosi járásban figyelhető meg.

Települési szinten vizsgálva a betegség előfordulását sajátos megoszlás figyelhető meg a térképeken mindkét nemnél. A települések közel felében haladja meg legalább 10%-kal a standardizált megbetegedési hányados az országos szintet.

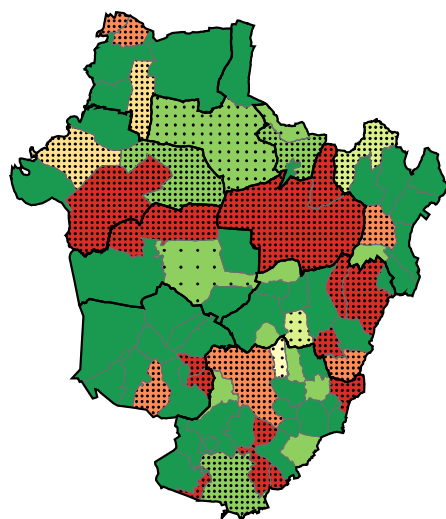
6.1.3. Zsíranyagcsere zavarok

A vérben keringő zsírok nagyobb részét a koleszterin és a triglicerid alkotja. A vérzsírok rendellenesen magas szintje a vérben bár tünetmentes, mégis nagymértékben növeli bizonyos súlyos betegségek kockázatát. Jól ismert, hogy minél magasabb valakinek a koleszterin szintje és minél több kockázati tényező van jelen, annál nagyobb a koszorúér-betegség kialakulásának kockázata. A vérzsírok szintje többnyire emelkedik a korrallal.

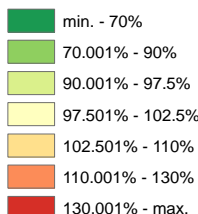
A legtöbb embernél a telített zsírban és koleszterinben gazdag ételek kerülése, a rendszeres testmozgás, a túlsúlyos embereknél pedig a fogyás is csökkenti a vér koleszterinszintjét.

A 19 évnél idősebb férfiak és nők a lipoprotein anyagcsere rendellenességei és egyéb lipidaemiák (BNO 10: E78) miatti megbetegedéseinek eltérései az országos átlagtól Hajdú-Bihar megye területén, 2011-ben

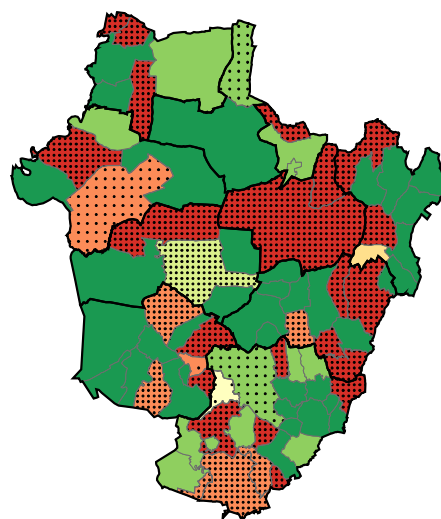
Férfi



SMH



Nő



A betegségcsoport előfordulása férfiaknál szignifikánsan alacsonyabb ($SMH=98\%$), nőknél az országos átlagnál szignifikánsan magasabb ($SMH=108,4\%$) volt 2011-ben Hajdú-Bihar megyében.

Járási szintet vizsgálva az országos szintnél **magasabb** a betegség kockázata a megyében **férfiaknál a Debreceni járásban, nőknél a Debreceni és a Derecskei járásban.**

A megyében a férfiaknál 20, nőknél 29 településen legalább 10%-kal magasabb a betegség gyakorisága, mint az országos átlag.

6.1.4. A cukorbetegség

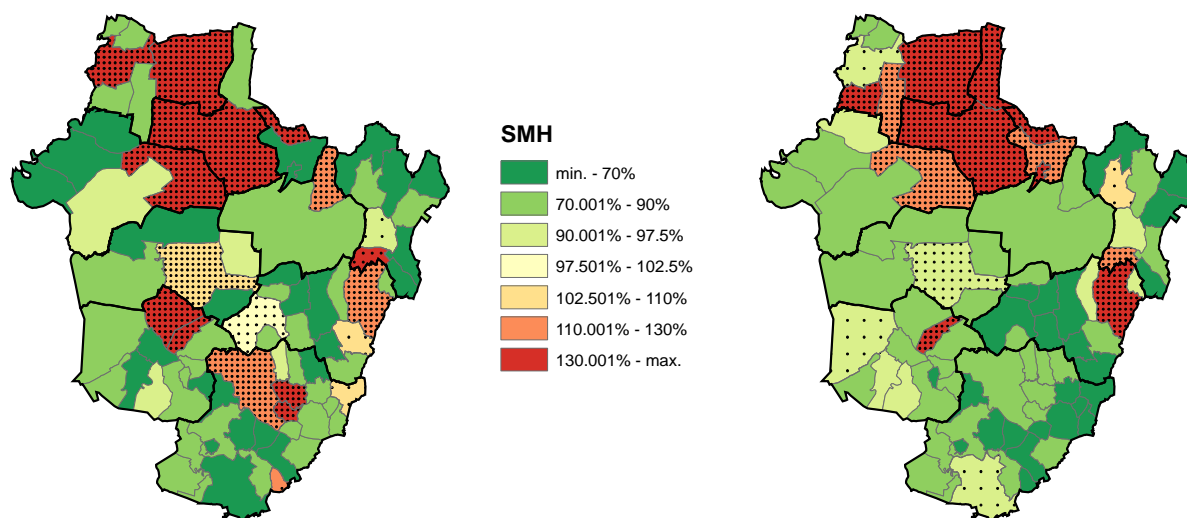
A cukorbetegség a háziiorvosi szolgálatokhoz bejelentkezett felnőtt lakosság körében Hajdú-Bihar megyében az ötödik leggyakoribb betegség, mely szövődményei révén rontja a beteg életminőségét és életkilátásait. A korai felismerés rendkívüli fontosságú a diabetes súlyos szövődményeinek megelőzése szempontjából (vesebetegség, cardiovascularis betegségek).

A korán felismert diabetes ma már diétával, orális antidiabetikumokkal, illetve inzulinpótló terápiával jól karbantartható. Javasolt a veszélyeztetett korcsoportok szűrővizsgálat keretében végzett vércukorszint-meghatározása.

A 19 évnél idősebb férfiak és nők cukorbetegség (BNO 10: E10-E14) miatti megbetegedéseinek eltérései az országos átlagtól Hajdú-Bihar megye területén 2011-ben

Férfi

Nő



Hajdú-Bihar megyében 2011-ben a betegségcsoport előfordulása mindkét nemnél közel 10%-kal ($SMH=91\%$) szignifikánsan alacsonyabb volt az országos átlagnál.

Járási szintet vizsgálva az országos szintnél szignifikánsan **magasabb** a betegség kockázata a megyében **férfiaknál a Hajdúböszörményi és a Hajdúnánási járásban, nőknél a Hajdúhadházi, a Hajdúböszörményi és a Hajdúnánási járásban.**

A megyében a férfiaknál 14, nőknél 12 településen legalább 10%-kal szignifikánsan magasabb a betegség gyakorisága, mint az országos átlag.

6.2. Szervezett, célzott lakossági szűrővizsgálatok

Magyarországon 2011-ben minden negyedik ember (az elhunytak 25,81%-a) daganatos betegségben halt meg. A daganat okozta megbetegedés és halálozás súlyos népegészségügyi probléma. A Nemzeti Népegészségügyi Program részét képező népegészségügyi onkológiai szűrővizsgálatok célja a daganatos betegségek okozta halálozás csökkentése. A korai felismerés, az idejében diagnosztizált daganatos betegségek minél korábban megkezdett kezelése adja a legtöbb reményt az eredményes gyógyuláshoz. A daganatos betegségek korai felismerésének eszköze a panasz és tünetmentes személyek időről-időre elvégzett szűrővizsgálata. Bizonyítottan hatásos szűrővizsgálati eljárások állnak rendelkezésre az emlődaganat, a méhnyak-daganat és a vastagbél-daganat okozta halálozás mérséklésére.

6.2.1. Emlőszűrés

A nők egyik leggyakoribb rosszindulatú daganatos megbetegedése az emlődaganat. Élete során kb. minden nyolcadik nő betegszik meg ebben a kórban. Az emlődaganatot leghamarabb, legnagyobb biztonsággal a mammográfia mutatja ki.

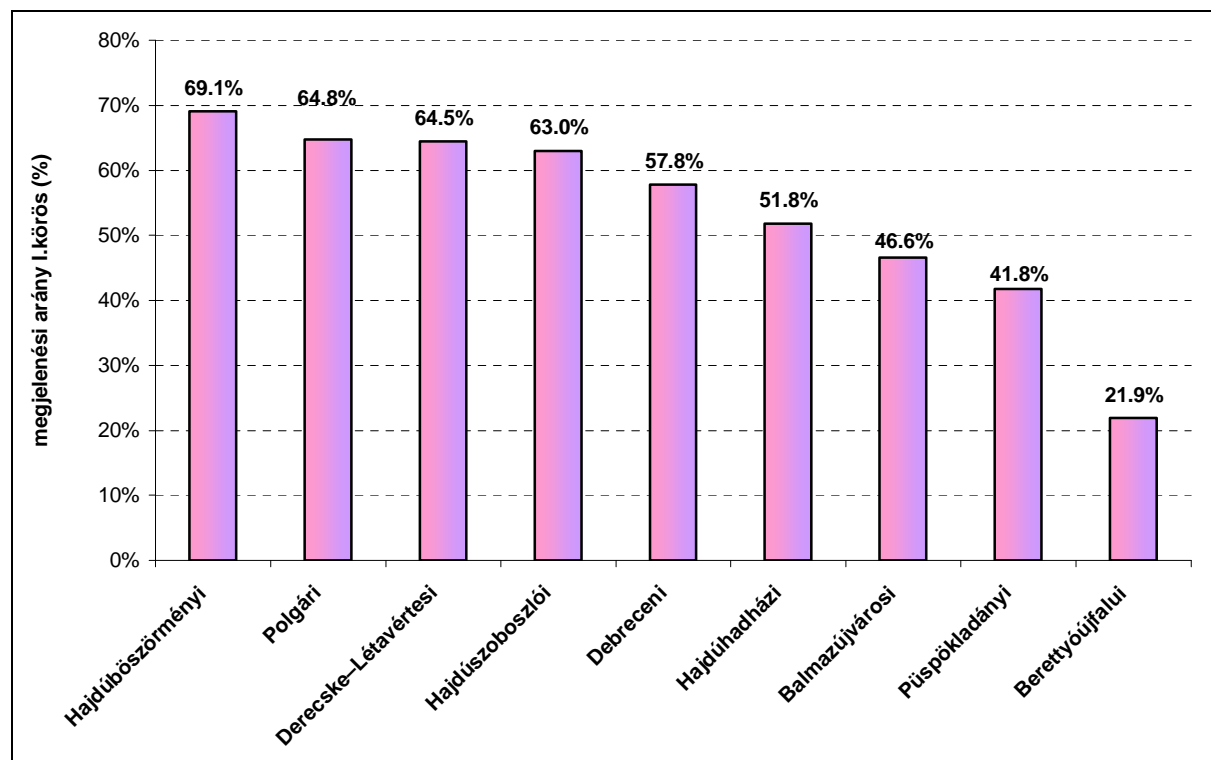
Segítségével az 1 cm-nél kisebb, tumoros elváltozásra utaló jelek is felismerhetővé válhatnak, még azt megelőzően, hogy kitapintható nagyságúvá növekedne, esetleg távolabbi szervbe adna áttétet. Az emlőrák kialakulása leginkább a 45-65 év közötti nőket veszélyezteti

Hajdú-Bihar megyében a Mammográfiás Központok 2012. évben összesen 47 669 meghívó levelet küldtek a szűrésre kétfévente jogosult nőknek, melyből első körben megszólítottak száma 30 328 fő volt. A felkínált lehetőséget 16 547 nő vette igénybe, a meghívottak 54,6%-a. Az országos részvételi arány 2012. évben 46,8% (OTH) volt. Az emlőszűrésen megjelentek közül 68 főnek javasoltak műtéti beavatkozást az emlőszűrő teamek, melyből 60 főnél végeztek műtéti beavatkozást (88,2%). A műtöttek 91,6%-ánál a szövettani vizsgálat rosszindulatú elváltozást igazolt. Az invazív műtétek 50%-ánál kisebb volt a tumor mérete 15 mm-nél. A szűréssel kiemelt nem operálható (inoperabilis malignus), rosszindulatú esetet a szűrőközpontok nem jelentettek.

Az emlőszűrésen való részvétel ösztönzése érdekében a népegészségügyi szakigazgatási szerv munkatársai megkeresték az önkormányzatok, a civil szervezetek képviselőit, az alapellátás dolgozóit a szűrés szervezésének egyeztetése céljából. Az önkormányzatok támogatásával 79 alkalommal, közel 2 000 nő ingyenes szűrővizsgálatra történő autóbuzsós utazása került megszervezésre.

A megjelenési arány a Hajdúböszörményi kistérségben (69,1%) közelítette meg leginkább a kívánatos 70%-ot. A megye több kistérségében is meghaladta a 60%-ot, (Polgári, Létavétes, Derecske, Hajdúszoboszlói) vagy alig maradt el attól (Debreceni 57,8%).

Az emlőszűrés megjelenési arányai Hajdú-Bihar megye kistérségeiben 2012. évben



A lakosság szűrésre motiválásában a megyei médiában, (városi és helyi televíziók, rádiók, sajtó) a települések honlapjain 2012. évben is folyamatosan jelentek meg szűrővizsgálattal kapcsolatos felhívások, cikkek, interjúk.

6.2.2. Méhnyak-szűrés

Évek óta nagy probléma a szervezett lakossági méhnyak-szűrésen részt vettek alacsony száma. A lakossági részvételi arány számítása a behívás (31 322 fő) és a cytológiai laboratóriumok által szűrési kódon megvizsgált kenetek (589) alapján történik. A megjelenési arány 2012. évben 1,85%. Az átszűrtség ennél bizonyosan magasabb.

A szűrésen való részvételi arányt csökkenti, hogy a nőgyógyászati szakrendelésen behívó levéllel megjelent, tünet és panaszmentes nőt, komplex nőgyógyászati vizsgálatot követően nem szűrési, hanem diagnosztikai kódon jelenítik meg.

Az alacsony megjelenés okai: sem a nem akkreditált cytológiai laboratóriumban végzett minta vizsgálatokról, sem a magán nőgyógyászoknak a méhnyak-szűrő tevékenységükről nincs jelentési kötelezettségük, a kistelepüléseken, falvakban lakók számára a nőgyógyászati szakrendelések hozzáférhetősége korlátozott.

A várandós anyák gondozására létrehozott konzultációs nőgyógyászati Mozgó Szakorvosi Szolgálatok (MSZSZ) felvállalják a „rákszűrést”, melyet a házi orvosok és a területi védőnők szerveznek meg évenként egy-egy alkalommal.

A védőnői méhnyak-szűrés magába foglalja a szűrésre meghívott nők személyes felkeresését, tájékoztatását, szűrésben való részvételre ösztönzését, szűrések végzését, a leletről való tájékoztatást, szükség esetén nőgyógyászhoz történő irányítást, a beteg követését. 2012-ben a védőnő 11 nőnél végezte el a szűrővizsgálatot, kóros vagy méhnyakrákos eset közöttük nem volt.

6.2.3. Vastagbélrák szűrése

A vastagbélrák szűrés 2010. évi programjához Hajdú-Bihar megyéből 10 háziorvos jelentkezett és vett részt a programban. Ennek a programnak a 2011-es és a 2012-es folytatására nem volt lehetőség Hajdú-Bihar megyében. A vastagbél szűrés országos kiterjesztése még várat magára, mintaprogramként egy-egy megyében bevezetésre kerül.

6.3. A gyermek- és ifjúsági korosztály egészségi állapotának jellemzői

A gyermek- és ifjúsági korosztály egészségi állapotáról az iskola-egészségügyi szolgálatok meghatározott rend szerinti adatszolgáltatásának felhasználásával ad a népegészségügyi szakigazgatási szerv tájékoztatást. A statisztikai adatokat a GYEMSZI összesíti.

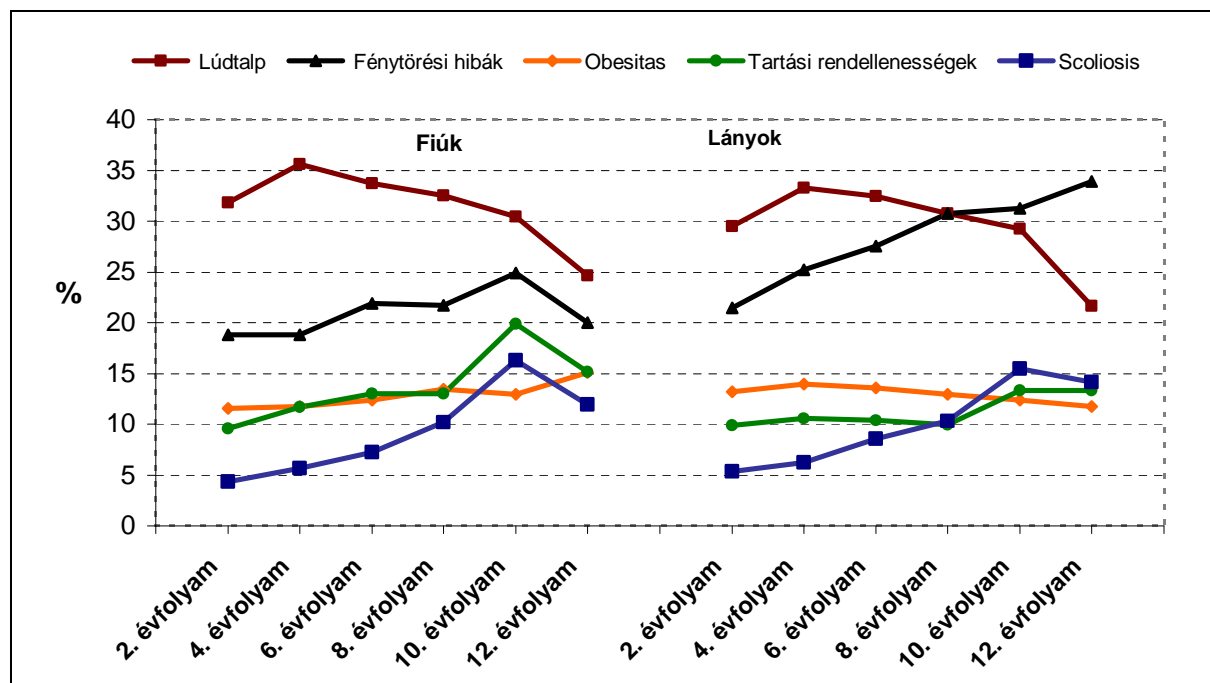
A gyermekek, tanulók egészségi állapotának vizsgálata, követése a nevelési-oktatási intézmény orvosa által ellátandó feladat, a megbetegedésekre vonatkozó adatokat meghatározott (index) osztályokról kell szolgáltatni.

Az alábbiakban, a Hajdú-Bihar megyében 2011/2012. tanévben elvégzett egészségi állapot vizsgálatok adatainak értékelése kerül bemutatásra.

Az iskola-egészségügyi szolgálatok által végzett vizsgálatok eredményeként a következő elváltozások szerepelnek a gyakorisági lista első öt helyén: *lúdtalp*,

fénytörési hibák, elhízás (obesitas), tartási rendellenességek és gerincferdülés (scoliosis).

**A leggyakrabban előforduló betegségek aránya Hajdú-Bihar megyében
a 2011/2012-es tanévben**



A **leggyakoribb** elváltozás a **lúdtalp**, a talp hosszanti irányú boltozatának süllyedése. Előfordulási aránya mindkét nemnél, a 4. évfolyamnál a legmagasabb, eléri a 33-35%-ot, a többi évfolyam esetében ennél az értéknél kevesebbet jelez a mutató.

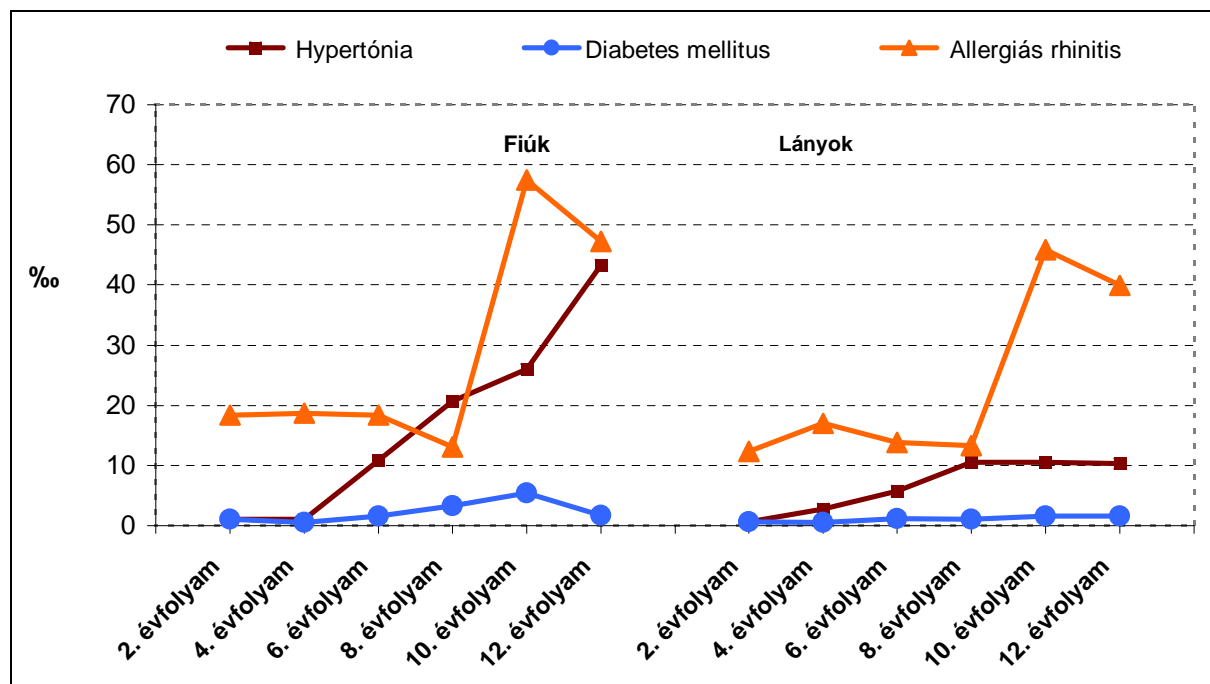
A **második leggyakrabban** előforduló betegségek a **fénytörési hibák** (látászavarok). A lányoknál gyakrabban fordul elő, mint a fiúknál. A lányok esetében a 8. évfolyamtól egyre több gyereket érint a betegség, a megvizsgáltak több mint 30%-ánál volt kimutatható az elváltozás az adatszolgáltatás szerint. A fiúk esetében a 10. évfolyamnál a legmagasabb (24,93%).

Az **obesitas**, azaz a kövérség, a **harmadik leggyakoribb** elváltozás az iskolások körében. Mindkét nemben és minden korosztályban a gyermekek 11-14%-a elhízott. Lányok esetében inkább az alsósoknál, idősebb korban pedig a fiúknál több a túlsúlyos.

A **tartási rendellenességek** a **negyedik leggyakrabban** előforduló elváltozások. A fiúk esetében a 10. évfolyamnál látható kiugrás (19,89%), ettől eltekintve mindkét nemnél közel azonos arányban fordul elő az elváltozás (9,6-13,4%).

Fokozatosan emelkedik és a 10. évfolyamnál éri el a legmagasabb értéket a mutató mindkét nemnél (15,47-16,31%) a **scoliosis** (gerincferdülés) esetében.

A népegészségügyi szempontból jelentős betegségek aránya Hajdú-Bihar megyében a 2011/2012-es tanévben



A leggyakoribb elváltozásokon túl a tájékoztató képet ad néhány **népegészségügyi szempontból jelentős elváltozás** iskolások körében előforduló gyakoriságáról. A magas vérnyomás (hipertónia) és a cukorbetegség (diabetes mellitus) jelentőségét az adja, hogy felnőtt korban a leggyakoribb megbetegedések között vannak, és kockázati tényezők a fő halálokoknak. Az allergiás nátha előfordulása folyamatosan növekszik a gyermek és felnőtt lakosság körében. Az adatszolgáltatás alapján gyakoriságukat mutatja a fenti ábra, fiú-lány bontásban, ezrelékben kifejezve. A három elváltozás közül az **allergiás nátha** érinti a legtöbb gyermeket, mind a fiúknál, mind a lányoknál a 10. (57,45%) és a 12. (47,32%) évfolyamosok körében a leggyakoribb. A többi vizsgált korcsoportban 10 és 20 ezrelék között mozog az előfordulása, mindkét nemnél.

A **magasvérnyomás** (hipertónia) előfordulását vizsgálva azt lehet tapasztalni, hogy az életkor előrehaladtával nő az előfordulás, az iskolás évek alatt többszörösére növekszik. A fiúknál jóval gyakoribb, mint a lányoknál. Legmagasabb az érték (43,33%) a 12. évfolyamos fiúknál, lányok esetében a legtöbb magasvérnyomás elváltozás a 10. évfolyamon volt (10,56%).

A **cukorbetegség** (diabetes mellitus) gyakorisága jóval alacsonyabb, mint az előző betegségeké. Előfordulása az életkor előrehaladtával növekszik. A vizsgált tanévben a legtöbb cukorbeteg gyermek a 10. évfolyam fiúk tanulói körében fordult elő (5,42%).

6.4. Fertőző betegségek morbiditása

Az emberre a környezetében élő mikroorganizmusok közül több veszélyt jelenthet azzal, hogy az emberi szervezetbe jutva megbetegedést okozhat. Fertőző betegség előfordulása során a kórokozó a beteg vagy tünetmentes állapotú - emberi vagy állati - fertőző forrásból eljut a fogékony szervezetbe, annak megbetegedését okozva. A fertőzés útja különböző, egyes mikroorganizmusok cseppfertőzéssel, a légutakon keresztül, míg mások széklettel, szennyezett élelmiszerrel, kézzel terjednek. A járványügyi szervek feladata – a járványfolyamat törvényszerűségeit ismerve – a fertőző betegségek és járványok keletkezését megakadályozni, betegség kialakulása esetén pedig terjedését mihamarabb megszüntetni. A gyors reagálás és a szakszerű intézkedések érdekében a tevékenységet jogszabályok szabályozzák, a betegség előfordulást az észlelő orvosnak jelentenie kell a népegészségügyi szakigazgatási szerv felé. A bejelentések alapján járványügyi vizsgálat indul, melyet intézkedés követ. Az adatokat folyamatosan elemzik a szakemberek, évente összegző statisztika készül, melyről tájékoztatást kapnak a nemzetközi egészségügyi szervezetek is. Az alábbiakban a 2012. év rövid értékelése kerül bemutatásra.

2012. évben 3 388 fertőző beteg került bejelentésre Hajdú-Bihar megyében, mely 85%-a a 2011. évi esetszámnak. A bejelentések számának csökkenése a 18/1998. (VI. 3.) NM rendelet módosításával magyarázható, mivel egyes betegségeket a későbbiekben nem szükséges a népegészségügyi szakigazgatási szerv felé jelenteni. Kedvezőtlen jelenséggént értékelhető a Tetanus (merevgörcs), a Botulizmus (kolbásmérgezés), a Tularaemia (nyúlpestis), a Kullancsencephalitis (kullancs által terjesztett agyvelőgyulladás), a vírusos haemorrhágiás láz (vírus eredetű vérzéses láz) előfordulása. Meningitisserosa (vírusos agyhártyagyulladás) megbetegedésből az előző évi esetszám több mint négyszeresét (13/3), a Q - láz megbetegedéseknek több mint a dupláját (12/5) jelentették, 5 esetben pedig HIV fertőzést diagnosztizáltak 2012. évben. Fertőző betegség 7 személy halálát okozta. Három esetben gennyes agyhártyagyulladás, míg 1-1 esetben Salmonellosis, Escherichia Coli, merevgörcs, valamint AIDS volt a halál oka. A korábbi évekhez viszonyítva kedvezően alakult a HepatitisA járványügyi helyzete. Míg 2011. és 2010. évben 17 és 18 megbetegedést jelentettek, 2012. évben 7 eset fordult elő. A bejelentett fertőző megbetegedések 36,7%-a (1 246 eset) gyomor-bélrendszeri fertőzés, 60%-a (2 033 eset) légúti fertőző megbetegedés volt. A gyomor-bélrendszeri megbetegedések során elvégzett laboratóriumi vizsgálat a betegek 64%-ánál igazolt bakteriális fertőzést.

Az elmúlt évben a megyében 4 közösségi és 12 családi járvány került bejelentésre. Az év során egy tömeges méretű, külföldieket is érintő Salmonellosis járvány alakult ki egy nemzetközi sporteseményhez kapcsolódóan, melynek során 43 fő betegedett meg, közülük 37 betegnél volt szükség kórházi ápolásra. A megbetegedések egy konkrét rendezvényen való étkezéshez voltak köthetőek, de a fertőző forrást egyértelműen bizonyítani nem sikerült, mivel a Nemzeti Élelmiszerlánc- biztonsági Hivatal által bevizsgált étel-, és tisztasági mintákból kórokozót nem sikerült kimutatni. A kistérségi intézetek 2012. évi jelentései szerint a megyében nőtt a közösségekben a tetvesség aránya. A gyermekközösségekben, gócgyanús lakásokban 2012 márciusa óta egy egészségőr-fertőtlenítő képesítésű munkatárs segítségével végzik a tetvességi szűrővizsgálatokat. Közreműködésével nagyobb létszámú közösségek egyidejű vizsgálatát és szükség esetén azonnali tetvetlenítését tudja elvégezni a

népegészségügyi szakigazgatási szerv. 2012. évben tetvesség miatt 503 fő kezelését végezték el.

6.4.1. Nemzetközi Oltóhely

A külföldi utazásokkal kapcsolatos védőoltási és tanácsadási tevékenységét 2012. évben is folytatta a népegészségügyi szakigazgatási szerv. 375 főt részesített védőoltásban, akik közül többen a megyén kívüli településekről, illetve külföldről is érkeztek. A legtöbb ügyfél a fertőző májgyulladás, hastífusz, sárgaláz, valamint tetanusz elleni védőoltást igényelte. Oltást követő nemkívánatos esemény nem volt.

6.4.2. HIV, AIDS tanácsadó működése

Az anonim HIV szűrés és tanácsadás a népegészségügyi szakigazgatási szerv epidemiológusa és két, HIV Counselling tanfolyamot végzett szakképzett ápolónő közreműködésével történt. 2012. évben 408 fő szűrése történt meg (106 nő és 302 férfi részvételével). A szűrővizsgálat egy férfi esetében vetette fel a HIV pozitivitás gyanúját, akit további vizsgálatra, illetve gondozásra a fővárosi László Kórházba utalt a népegészségügyi szakigazgatási szerv.

6.4.3. Lyssa-fertőzésre gyanús sérülés

A veszettség megbetegedés az ún. Lyssa-vírus által okozott fertőzés következtében, a központi idegrendszerben kialakult gyulladásos folyamat, amely gyakorlatilag 100%-ban halálos kimenetelű. A kórokozó veszett állatok testváladékaival, főként nyálával terjed, ezért minden Lyssa fertőzésre gyanús sérülés esetén veszettség elleni védőoltási sorozatban kell részesíteni a sérült személyt. A kóbor ebek harapása miatt a sérülések többsége Lyssa fertőzésre gyanús, ugyanis ezekben az esetekben nem megfigyelhető az állat.

A 2012-ben jelentett esetek száma 386, mely 61-gyel több a 2011. évinél. Védőoltást indikált az oltóorvos 336 esetben (2011. évben: 273 esetben). A sérülések jelentős részét (kb. 65%) kutya okozta.

6.4.4. Influenza

Influenza elleni védőoltásra Hajdú-Bihar megye részére 2012-ben 61 000 adag Fluval AB és 280 adag Vaxigrip junior oltóanyag állt rendelkezésre.

A meghatározott kockázati csoportok részére 40 959 adag Fluval AB oltóanyag beadása történt meg. A 6-35 hónapos gyermekek szezonális influenza elleni védőoltásához kapott 280 adag Vaxigrip junior oltóanyagból 255 adag került felhasználásra. A fel nem használt influenza oltóanyag visszaszállításra került, amelyet veszélyes hulladékként semmisített meg a népegészségügyi szakigazgatási szerv.

A megyében 2012-ben a 8. és a 13. hét között volt járványküszöb feletti az influenzaszerű megbetegedések előfordulási aránya. A legtöbb megbetegedést a 10. héten jelentették, ekkor 559 ‰ volt az influenzaszerű megbetegedések morbiditása. Az influenza járvány ideje alatt a fekvőbeteg intézetek vezetői saját hatáskörben rendelték el részleges látogatási tilalmat a fertőzés megakadályozása érdekében.

6.4.5. Védőoltások teljesítése

A népegészségügyi szakigazgatási szerv folyamatosan monitorozza az életkorhoz kötött kötelező védőoltások teljesítését a megyében. A magas átoltottsági arány biztosítja a jelentősebb gyermekkori fertőzések „eltűnését”, úgy mint a torokgyík, a kanyaró, a rózsahimlő, a mumpsz, a gyermekbénulás, valamint a Haemophilus Influenzae-B okozta megbetegedések.

A **folyamatos oltások** teljesítése a 2012. évre vonatkozó védőoltási módszertani levél alapján jelentendő korcsoportok esetében 99,29% és 100% között volt a megyében. A védőoltás két hónapot meghaladó elmaradásának leggyakoribb oka az egyéb kategóriába tartozik, ezt követi a tartós kontraindikáció, a 3 hónapot meghaladó külföldi tartózkodás, lázas betegség, ismeretlen helyen tartózkodás, szülői hanyagság, az oltást ellenző szülői magatartás, a gyermek neurológiai rendellenessége és a család vándorló életmódja. Az egyéb kategóriába tartozó elmaradások leggyakoribb oka a kivizsgálás alatt álló betegség, műtét, és az elhúzódó betegség miatt késve beadott előző oltás. Ebbe a kategóriába kerülnek azok az esetek is, ahol a jelentés időpontjáig nem érkezik meg a védőnőhöz az oltási jelentés.

A távolmaradó szülőknek a védőnők értesítést küldtek, és ha az is eredménytelen maradt, jelentették a kistérségi intézetnek. A 2012. évben 38 védőoltást elrendelő határozatot adtak ki a kistérségi intézetek (Hajdúböszörmény: 31 db, Balmazújváros: 7 db). Rendőri közreműködést 4 esetben vettek igénybe. Debrecenben védőoltások adminisztrálásával kapcsolatban (oltóorvos területén kívüli ellátottjának oltását követően oltási értesítő meg nem küldése miatt) 2 gyermekorvos részére eljárási bírságoló végzést adott ki a kistérségi tisztifőorvos, 3 orvosnak pedig felhívták a figyelmét a jogszabályi kötelezettség betartására.

A **kampányoltások** teljesítése valamennyi iskolai oltás esetén 99% fölötti.

6.4.6. 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.

2012. június 28-án határozat született a kötelező szűrésekre vonatkozóan, mely szerint Hajdú-Bihar megye közigazgatási területén belül, a **kötelező tüdőszűrő vizsgálatok elvégzése valamennyi Tüdőgondozó Intézet ellátási területén** – visszavonásig – elrendelésre került:

Huzamos jelleggel tartózkodó személyek számára az alábbiak szerint:

- A tüdőgondozó intézet vezetője, illetékességi területén a 30 éves és ennél idősebb lakosok szűrését végezze el.
- A szűrővizsgálat alól mentesülnek azok a személyek, akik egy éven belül ilyen vizsgálaton igazoltan részt vettek, illetőleg a tüdőgondozó intézetben gyógykezelés alatt állnak.

Az időközben történt jogszabályváltozások és szakmai egyeztetések alapján a tüdőszűrések rendjében változás várható, a jelenleg hatályos megbetegedési arány

vizsgálata helyett 2014. január 1-jétől egyes kontakt-, illetve rizikócsoportok (pl.: hajléktalanok, büntetés-végrehajtási intézményben, menekülteket befogadó állomáson, egészségügyi intézményben dolgozók, stb.) szűrése válik kötelezővé.

2012. szeptember 12-én az Emberi Erőforrások Minisztériuma Egészségpolitikai Főosztálya által szervezett – „A kötelező tüdőszűréssel kapcsolatos problémák Hajdú-Bihar megyében” témájú – megbeszélésen az országos szakemberekkel közösen megállapodás született:

- Hajdú-Bihar megye lakosainál a tbc megbetegedés kockázata az országos értéket meghaladja.
- A kötelező tüdőszűrés a 2012/2013 évben indokolt.
- A szűrési eredmények birtokában, a jogszabályváltozásnak megfelelően módosításra kerül a tüdőszűrés rendszere.

A terület lakosságának tüdőszűrésére vonatkozó adatok a tüdőgondozók jelentése alapján:

- **A debreceni lakosságnak** kiküldött idézések száma: 76 129 db, az idézésre megjelentek aránya 67%. Az ütemezés szerinti átszűrtség 47%.
- A **berettyóújfalui** Gróf Tisza István Kórház Tüdőgondozó Intézetének jelentése alapján, ellátási területe vonatkozásában a lakosság átszűrtsége 77,6%-os.
- **A püspökladányi tüdőgondozó** területén 14 településből 6 település lakosságának körében történt szűrés. A püspökladányi tüdőgondozó részére új készülék beszerzését hagyta jóvá a képviselő-testület, itt még nem történt szűrés.
- **A Hajdúszoboszlói** Járási Hivatal Járási Népegészségügyi Intézete illetékességi területén, Nagyhegyesen megtörtént a szűrés, az átszűrtség 72%-os. Hajdúszoboszlón a szűrés 2013. május 6-tól indult, melyet a Járóbeteg-ellátó Centrum végez. Hajdúszováton és Ebesen a kötelező tüdőszűrő vizsgálatok nem történtek meg.
- **A Balmazújvárosi** Járási Hivatal Járási Népegészségügyi Intézete területén 2012-ben 18 településen történt szűrés, 4 településen 40% alatti volt a megjelenési arány. 2013. április 25-ig szintén 18 településen fejezték be a vizsgálatot, 9 településen igen alacsony megjelenési aránnyal.
- **A Hajdúböszörményi** Járási Hivatal Járási Népegészségügyi Intézete területén Hajdúböszörményben az Egészségügyi Szolgáltató és Vagyonkezelő Nonprofit Kft. saját digitális Rtg készülékével, 2013. április és szeptember között végzi a vizsgálatokat. Hajdúdorogon a Kenézy Gyula Kórház és Rendelőintézet a tervek szerint 2013. júliusra tudja ütemezni a tüdőszűrést.
- **Hajdúnánáson** a Kenézy Gyula Kórház és Rendelőintézet szintén 2013. júliusra tudja ütemezni a szűréseket.

A népegészségügyi szakigazgatási szerv felé havonta elküldött jelentések alapján a megyében újonnan kiszűrt tuberkulózisban szenvedő betegek száma 151.

6.4.7. Kórházhygiéne

A kórházhygiéne a betegellátással összefüggő fertőzések előfordulásával és megelőzésével kapcsolatos tevékenység, továbbá az intézményi kórházhygiénés szakdolgozók epidemiológiai munkájára vonatkozó konzultatív ellenőrzés.

Az Epidemiológiai Felügyeleti Rendszer és Támogató Információs Rendszer (EFRIR NNSR) alrendszerében a fekvőbeteg intézmények kötelező jelentéseit folyamatosan nyomon követte a népegészségügyi szakigazgatási szerv, szükség esetén helyszíni ellenőrzéseket, valamint személyes konzultációkat tartott az adott kórházban. A nemzeti tendenciáknak megfelelően a megyében is megfigyelhető a multirezisztens kórokozók számának rohamos növekedése, mely jelenség szoros összefüggésben áll az antibiotikumok helytelen használatával.

Az egészségügyi ellátással összefüggő fertőzések megelőzéséről, e tevékenységek szakmai minimumfeltételeiről és felügyeletéről szóló 20/2009. (VI.18.) EüM rendelet határozza meg az egyes egészségügyi szolgáltatók infekciókontrollal kapcsolatos feladatait. 2012-ben az alap-, illetve járóbeteg ellátás keretein belül foglalkoztatott egészségügyi szakdolgozók képzését tűzte ki célul a népegészségügyi szakigazgatási szerv, infekciókontroll témában továbbképzéseket tartott, melyeken igen magas volt a részvételi arány, hiszen az ellátás e szintjén hasonló jellegű oktatásokra ritkán kerül sor.

A kézhigiéne fejlesztésére mindhárom intézmény különös figyelmet fordított 2012-ben. A compliance mérésen belül az indirekt megfigyeléses módszer (alkoholos kézfertőtlenítőszer fogyasztása) a kórházakban rutin tevékenységgé vált. Bevezetésre került az új dolgozók higiénés oktatása, illetve folyamatos a dolgozók képzése, melynek keretein belül kiemelt figyelmet fordítanak a kézhigiénés tevékenység oktatására.

Az intézeti infekciókontroll üléseken rendszeresen részt vett a népegészségügyi szakigazgatási szerv, a felmerülő problémák megoldásában igyekezett segítséget nyújtani.

Az illetékességi területén működtetett kórházi mosodák higiénés ellenőrzését elvégezte a népegészségügyi szakigazgatási szerv az elmúlt évben, megállapításra került, hogy a fertőtlenítő mosás minden intézményben a szakma szabályainak betartása mellett folyik.

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

A lakosság egészségi állapota számos történelmi, társadalmi, gazdasági, kulturális ok bonyolult eredője, de közvetlenül és meghatározó módon a lakosság életmódjával függ össze.

A vezető halálozásoknak számító keringési- és daganatos betegségek kialakulásában számos olyan kockázati tényező játszik szerepet, melyek az életmódra vezethetők vissza (pl. dohányzás, alkoholfogyasztás, egészségtelen táplálkozás, mozgásszegény életmód, tartós stressz). A megelőzésükre irányuló tevékenység egyik fontos része a rizikótényezők csökkentése.

Az ifjúság és a felnőtt lakosság körében végzett egészségfejlesztési tevékenységnek az egészséges életmód népszerűsítése, az egészségügyi ismeretek terjesztése, az egészséget veszélyeztető fő kockázati tényezők megelőzése és csökkentése volt a fő célja 2012-ben is.

Folytatódott az Országos Egészségfejlesztési Intézet Dohányzás Fókuszpontja óvodai és iskolai dohányzás megelőzési programjainak népszerűsítése a nevelési- és oktatási intézményekben. A hordozható érintőképernyős számítógép (HÉSZ), mely játékos formában hívja fel a figyelmet a dohányfüst-mentes életmód fontosságára, a megye több általános iskolájába jutott el. A népegészségügyi szakigazgatási szerv által iskolákban végzett egészségfejlesztési tevékenység jellemzően az iskola-orvos és védőnő bevonásával valósult meg. Prioritást élveztek az egészséges táplálkozás, aktív testmozgás, egészséges életmód programok mind az óvodai, mind az iskolai szinterek esetében. Tematikus előadások, interaktív programok valósultak meg. Iskolai egészségnapok, egészség-délutánok szerveződtek rizikófaktor szűréssel és életmód tanácsadással egybekötve. Nagyobb létszámú célcsoport elérését és bevonását tette lehetővé, költséghatékony módon, levelező versenyek, rajzpályázatok meghirdetése, vetélkedők lebonyolítása. A teljesség igénye nélkül néhány megvalósított program: „Éljünk egészségesen jókedvvel, mozgással, étrenddel” rajzpályázat, „Dohányzás és a rák – e-learning az egészségért”, „Légy egészséges” és „Vigyázz egészségedre” levelező versenyek.

Debrecenben a Bolyai János Általános Iskola, Óvoda és Alapfokú Művészetoktatási Intézményben ötödik ciklusa kezdődött meg az egészségtan tantárgy oktatását szolgáló „Egészséges életvitel kialakítása az ökoiskolákban” című projektnek. A 2012/2013-as tanévben Debrecen ökoiskolái közül – a modell-intézményen kívül – további 2 intézményben kezdődött el a program. Idei évben további csatlakozások várhatók (Hajdúhadház, Püspökladány).

Az emberi erőforrás miniszternek a nevelési-oktatási intézmények működéséről és a köznevelési intézmények névhasználatáról szóló 20/2012. (VIII. 31.) EMMI rendelete 128. § (7) bekezdése értelmében a nevelési-oktatási intézmény saját pedagógus munkakörben foglalkoztatott alkalmazottján kívül, csak olyan nevelési-oktatási intézménnyel jogviszonyban nem álló szakember vagy szervezet programjait, alkalmazásában álló munkatársát vonhatja be tanórai vagy gyermek tanuló részére szervezett egyéb foglalkozás vagy egyéb egészségfejlesztési és prevenciós tevékenység megszervezésébe, aki vagy amely rendelkezik minőségbiztosított egészségfejlesztési, prevenciós programmal és az egészségpolitikáért felelős miniszter által kijelölt intézmény szakmai ajánlásával.

Az iskolai egészségfejlesztési program ajánlási rendszer létrehozásának célja a magyarországi iskolai egészségfejlesztési programok szakmai színvonalának, hatékonyságának és megbízhatóságának emelése, közvetve pedig a magyar lakosság egészségi állapotának javítása.

A miniszter által kijelölt intézmény az Országos Egészségfejlesztési Intézet (OEFI), melynek kiemelt feladata az iskolai egészségfejlesztési programok ajánlásához kapcsolódó tevékenység elvégzése, a program ajánlás folyamatának szakmai és adminisztratív lebonyolítása.

A prevenciós tevékenység meghatározó színtere az oktatási intézmény. A jogszabályváltozás nehezíti a mindennapi egészségnevelési-, fejlesztési tevékenység elvégzését, mind az iskola-egészségügyi szolgálatnak, mind a

népegészségügyi szakigazgatási szerv, valamint a járási intézetek egészségfejlesztési szakterületén dolgozó munkatársaknak is.

A felnőtt lakosság a közösségi házak, egészségvédő klubok programjain, települési egészségnapokon érhető el. A területen működő egészség és életmód klubokban, melyeknek zömében nyugdíjas korúak a tagjai, a népegészségügyi szakigazgatási szerv munkatársai közreműködésével rendszeresen zajlottak az időskorúak egészségmegőrzésével kapcsolatos programok. Ezek az időskori egészség megőrzésének kulcsfontosságú elemeivel – egészséges táplálkozás, a fizikai, valamint szellemi aktivitás megőrzése és a rendszeres orvosi ellenőrzés – foglalkoztak. A klubfoglalkozások során egészségügyi témájú előadásokat, bemutatókat tartottak, közösségi programokat, kirándulásokat szerveztek az érdeklődő klubtagok részére, szükség szerint külső szakemberek bevonásával. Példaként említhető az Egészség Klub Hajdúböszörményben, ahol az időskorúak otthon is végezhető tornáját gyógytornász vezetésével tanulták a klubtagok. A foglalkozásról felvétel készült, melyet a helyi televízió két alkalommal vetített, hogy az idősök az otthonukban is elsajátíthassák az egyszerű gyakorlatokat. Hajdúszoboszlón Fogyi Klub 50+ néven indult program a helyi idősödő lakosság részvételével. Fő tevékenysége a rendszeres testmozgás (NordicWalking, úszás, biciklizés, séta) és az egészséges táplálkozás volt, az orvosi háttérrel házi orvos biztosította, az étkezéssel kapcsolatos tanácsadást dietetikus végezte.

Debrecenben az Asztmás és Allergiás Betegek Debreceni Egyesülete, a Hajdúsági Diabétesz Egyesület, továbbá a Rizikó Klub, Debreceni Női Klub egészségmegőrző foglalkozásaihoz nyújtott rendszeres szakmai támogatást a népegészségügyi szakigazgatási szerv.

A lakosság széleskörű tájékoztatásában a tömegkommunikációs eszközök is lehetőséget adtak az egészséges életmód propagálására, a lakosság érdeklődésének felkeltésére az egészségmegőrzéssel és a környezet megóvásával kapcsolatosan. A Nemzetközi Világnapokhoz kapcsolódóan a szakterület sajtóközleményeket készített és juttatott el az írott és elektronikus médiához a lakosság tájékoztatása, illetve figyelemfelhívás céljából (Mellrák Elleni Küzdelem Világnapja, Látás Hónapja, Egészség és a Fogápolás Hónapja, „Ne gyújts rá!” Világnap, Antibiotikum Nap, AIDS Elleni Világnap).

A lakosság körében végzett egészségfejlesztési tevékenység elengedhetetlen feltétele a széles partneri együttműködés. Az önkormányzatok, valamint a társadalmi- és civil szervezetek támogatása és szerepvállalása nélkülözhetetlen az eredményesség szempontjából.

Az egészségfejlesztési tevékenységet végző kistérségi intézetek folytatták az együttműködésüket az egészségkoalíciós partnerekkel Debrecen, Hajdúdorog, Hajdúszoboszló, Nagyhegyes és Nádudvar vonatkozásában. A 2012. évben új egészségkoalíció nem alakult a megyében. Előrelépés történt azonban a Debreceni Egészségkoalíció esetében, amelyhez további civil szervezetek csatlakoztak. Elsősorban a közösségi házakban működő csoportok, öntevékeny szervezetek eseményei valósultak meg együttműködésben. Hajdúdorogon kiemelkedő a népegészségügyi célú emlőszűrések keretében megvalósuló koalíciós tevékenység, amely 70% fölötti részvételt eredményezett 2012-ben. Hajdúszoboszlón az egészségfejlesztési programok megvalósításán túl, a lakókörnyezet megóvása érdekében hatékony az együttműködés a Városszépítő Egyesülettel. Nagyhegyesen

a lakossági emlő és méhnyak-szűrés vonatkozásában a buszos utak szervezésében érték el eredményeket.

A drogprobléma visszaszorításában, a Debreceni Kábítószerügyi Egyeztető Fórum 2012. évi aktuális feladatainak megvalósításában a Debreceni Kistérségi Intézet aktív szerepet vállalt. Az iskolai drog munkacsoport keretén belül általános és középiskolákban folyamatos munkával koordinálta a megelőzésre irányuló tevékenységet.

7.1. Nemdohányzók védelme

A 2012. évtől a nemdohányzók védelméről és a dohánytermékek fogyasztásának, forgalmazásának egyes szabályairól szóló 1999. évi XLII. törvény (a továbbiakban: Nvt.) előírásai több ponton is változtak, szigorodtak. A törvény a dohánytermékek elsősorban nyilvános helyeken történő fogyasztásának szabályozásával védelmet kíván nyújtani a nemdohányzók, valamint az életkoruk, vagy egészségi állapotuk miatt egyébként fokozott védelmet igénylő személyek részére a passzív dohányzás káros hatásaival szemben. Az előírások betartását fokozottan ellenőrizték a népegészségügyi szakigazgatási szervek munkatársai az egész ország területén. Két alkalommal országos akcióellenőrzés keretében is vizsgálták azokat. A törvény új szabályai 2012. január 1-jén léptek életbe, melyet három hónapos úgynevezett türelmi időszak követett. Az első átfogó ellenőrzési akcióra 2012. április 1-jén került sor, ezt követően pedig novemberben volt egy hetes összehangolt akció.

Hajdú-Bihar megyében 3 199 egység ellenőrzésére került sor az elmúlt évben, ebből 161 ellenőrzés a két akció során történt. Az ellenőrzések főként a közforgalmú intézményeket, munkahelyeket, a vendéglátó és szórakozó helyeket érintették. A türelmi időszakban végzett ellenőrzések során 128 egység esett kifogás alá, hiányosságként leginkább a tiltó feliratok kihelyezésének elmaradása, vagy nem megfelelő volta fordult elő. Ezen időszakban a bírság kiszabása mellőzhető volt. A hiányosságokat a megadott határidőre pótolták. A türelmi időszakot követően a vizsgált egységekben bírságolásra okot adó hiányosságot, problémát mindössze néhány esetben tártak fel. Az alapvetően jogkövető magatartás kialakításához a népegészségügyi szakigazgatási szerv is igyekezett hozzájárulni, 2012. első negyedévében számos érintett egységet keresett fel figyelemfelhívás céljából.

Az Nvt.-vel kapcsolatos változásokat, akcióellenőrzéseket folyamatos médiaérdeklődés kísérte.

8. Környezeti tényezők

8.1. Környezet- és település-egészségügy

8.1.1. Ivóvíz higiéne

Hajdú-Bihar megye területén 83 közütemi vízellátó rendszer, illetve a Keleti-főcsatorna Felszínivíz Tisztítómű üzemel, melyek összesen 99 települést, illetve településrészt látnak el ivóvízzel. A megye településeinek közműves ivóvízellátása mennyiségi szempontból alapvetően megfelelő. A rendelkezésre álló ivóvízkészlet a vízforrás jellegét tekintve jellemzően rétegvíz. A szolgáltatott ivóvíz mennyisége az elmúlt évben 22 436 184 m³ volt (ami az előző évi adatot bázisként alapul véve 5%-os csökkenést jelent), ebből a lakosság által fogyasztott víz 74%, az élelmiszer

előállítók részére szolgáltatott ivóvízmennyiség 4,4%, egyéb fogyasztók számára szolgáltatott víz mennyisége 21,6% volt.

Az ivóvíz minősége jogszabályban meghatározott, az illetékes népegészségügyi szakigazgatási szerv által ellenőrzött, kiemelt fontosságú közegészségügyi kérdés. Az ivóvíz egészségügyi szempontból kiemelten kezelt kémiai összetevői - bór, fluorid, nitrit és arzén - határérték alá csökkentése érdekében a 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 a programban előírányzott határidőig (2006. december 25-ig) nem felel meg a jogszabályban rögzített határértékeknek.

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.

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

A megyében a kémiai vízminőségi jellemzők közül az arzén bír kiemelkedő jelentőséggel a tartósan határérték feletti ivóvizet szolgáltató települések számát tekintve, míg néhány településen az ivóvíz bór tartalma nem felel meg a határértéknek. Az ivóvíz tartósan határérték feletti nitrit tartalma nem jellemző a megye településeire. Határérték feletti fluorid tartalmú ivóvizet szolgáltató vízellátó rendszer nem található a megyében.

Az Észak-alföldi Ivóvízminőség-javító Program (a továbbiakban: Program) I. ütemében a megyében 8 vízművel rendelkező és 4 ellátott település (Bihartorda, Bihardancsháza, Nagyrábé, Sáp, Csökmő, Darvas, Ebes, Hajdúnánás, Mezősas, Nyíradony, Pocsaj, Esztár) esetében a 2011. évben lezárult a próbaüzem. A próbaüzemet követő műszaki átadás-átvételi eljárások a 2011. év utolsó hónapjaiban fejeződtek be, ennek megfelelően az év során az érintett ivóvíz-minőségi eredmények változó képet mutattak. Várhatóan - az elvégzett technológiai fejlesztések nyomán - a Programban részt vevő településeken az ivóvíz minősége megfelel majd a vonatkozó határértékeknek.

A Program II. üteme az előírányzott határidőig - 2009. december 25. - nem valósult meg, mert több önkormányzat saját hatáskörben, a programból kiválva kívánta megoldani településének ivóvízminőség problémáját.. A kormány a Program végrehajtását akadályozó tényezők ismeretében meghatározta (az Ivóvízminőség-javító Program felgyorsításáról szóló 1224/2011. (VI. 29.) Korm. határozat) a felgyorsítás érdekében szükséges feladatokat.

Magyarország az arzén/bór vízminőségi jellemzők tekintetében biztosított átmeneti eltérés meghosszabbítására vonatkozóan kérelmet nyújtott be az Európai Bizottsághoz. Az Európai Bizottság 2012. május 30. napján kelt, a Magyarország által kért eltérésről szóló döntése alapján (a továbbiakban: Bizottsági döntés) 2012. december 26-tól hazánkban az arzén határértéke 10 µg/l, a bór határértéke 1 mg/l.

Tekintettel arra, hogy határérték feletti arzén/bór tartalmú ivóvíz tartós fogyasztása az egészségkockázat megengedhetetlen növekedését eredményezi, a bizottsági döntés, illetve az ivóvíz minőségi követelményeiről és az ellenőrzés rendjéről szóló

201/2001. (X. 25.) Korm. rendelet (a továbbiakban: rendelet) értelmében a fenti időpontot követően azokon a településeken, ahol az üzemeltető nem tudja tartósan biztosítani a rendeletben szereplő határértéket, átmeneti ivóvízellátás elrendelésére kerül sor. Ez a határérték feletti arzén és/vagy bór tartalmú ivóvíz ivásra, főzésre, ételkészítésre való felhasználásának tiltását, illetve a lakosság határérték alatti ivóvízzel való ellátására történő kötelezését jelenti. A magas arzén/bór tartalmú ivóvíz minden egyéb higiénés vízhasználatra (pl. mosakodás, fürdés, fogmosás, mosás, mosogatás, gyümölcs, zöldségmosás, stb.) korlátozás nélkül megfelel. Egyes településeken nehézséget jelent annak megítélése, hogy az érintett település határérték alatti vagy az azt meghaladó csoportba tartozik-e, ezért ezeken a településeken fokozott monitoring elrendelésére kerül sor.

A 2012. évben eljárás indult azon üzemeltetők ellen, akik a népegészségügyi szakigazgatási szerv rendelkezésére álló adatok szerint nem tudták hitelt érdemlően bizonyítani, hogy megfelelő üzemeltetéssel, műszaki beavatkozással elhárították az ivóvíz arzén/bór határérték feletti koncentrációjából adódó közegészségügyi veszélyt. Az eljárások megindítását követően hatósági intézkedésre a 2013. évben került sor. Jelenleg 21 településen/településrészen átmeneti ivóvízellátás-, illetve több esetben (8 településen) fokozott arzén monitoring elrendelésére került sor. Azokon a településeken, ahol az ivóvízellátás átmeneti, jellemzően a Honvédelmi Minisztérium által rendelkezésre bocsátott lajtos kocsikkal biztosított a lakosság egészséges ivóvízzel történő ellátása, illetve a későbbiekben több településen konténeres szűrőberendezés telepítésére kerül sor.

A 2010-2012. évben több településen is intézkedések történtek az ivóvíz határérték feletti arzén tartalmának csökkentése érdekében (pl. Egyek-Telekházán vas-mangántalanító és ammónium-mentesítő technológia kiépítése, vas-klorid adagolás, Konyáron vas-mangán és ammóniamentesítő technológia kiépítése, Újlétán használaton kívüli magas vastartalmú kút beüzemelése, előklórozás szintjének emelése, Hajdúböszörmény-Pródon vas-mangántalanító technológia kialakítása, Vámospércsen homokszűrő szűrőanyag cseréje, kálium-permanganát adagolás, alacsony arzén tartalmú kút üzemeltetése, hálózatmosatás kéthavonta, Fülöpön arzénmentesítő technológia kialakítása, Sárrétudvari (a vízmű által ellátott települések Biharnagybajom és Szerp), Monostorpályi és Hajdúdorog településeken ideiglenes arzénmentesítő technológia kialakítása, stb.).

A 2011. évben Kaba településen rendkívüli nitrit monitoring elrendelésére került sor, mivel az érintett vízellátó rendszer úgynevezett kimenő vizének, és a víztermelő telep által ellátott település hálózati vizének nitrit tartalma időnként és helyenként meghaladta az egészségügyi határértéket (kimenő víz: 0,1 mg/l, hálózati víz: 0,5 mg/l). A 2012. évben a rendkívüli nitrit monitoring folytatódott, illetve átmeneti ivóvízellátás elrendelésére került sor. a sérülékeny csoportok (az érintett területen lakó egy évnél fiatalabb csecsemők és várandós anyák) részére.

Önkéntesen bevezetett szükség-vízellátás a 2012. évben két településrészen volt. Hajdúböszörmény Nagy-Bocskai szőlőskert településrészén az érintettek száma 600-700 fő. Hajdúböszörmény Város Önkormányzata megállapodást kötött egy helyi kisbolttal, annak érdekében, hogy a 2 literes szénsavmentes ásványvizet a lehető legalacsonyabb áron biztosítsa az ott lakók számára. Ezt a szükség-vízellátási formát az indokolta, hogy a Nagy-Bocskai szőlőskertben kizárólag nem megfelelő minőségű, nem ivóvizet biztosító ásott kutak találhatók. A másik érintett

településrészen (Debrecen-Haláp) működő óvoda számára (26-30 fő) továbbra is palackos ivóvizet biztosítanak.

A megyében az ivóvíz nitrát tartalmával összefüggő, vagy más, az ivóvízzel kapcsolatba hozható megbetegedés, járvány az elmúlt évben nem fordult elő.

A vízminőséget jellemző, mikrobiológiai indikátorok közül határérték túllépést leggyakrabban a magasabb telepszám, a gyulladásos tüneteket okozó, elsősorban legyengült szervezetekre veszélyes *Pseudomonas (aeruginosa)* baktérium vagy a további kórokozók jelenlétére utaló Coliform baktérium jelenléte okozott. Mikrobiológiai szempontból „nem ivóvíz” minősítés az elmúlt évben a fertőzést is előidézni képes *Enterococcus* baktérium jelenléte miatt 2 esetben fordult elő.

Kiemelten vizsgálta a népegészségügyi szakigazgatási szerv a debreceni Tóth Árpád Gimnázium belső hálózatának vízminőségét, annak *Pseudomonas aeruginosa* baktériummal való szennyezettsége miatt. A szennyeződés hátterében a házi vízelosztó rendszer műszaki hibáját tárták fel, melynek javítása megtörtént.

A biológiai vizsgálati eredmények a korábbi évekhez hasonlóan nagy számban estek kifogás alá, jellemzően férgek, véglények (többnyire egysejtű, szabad szemmel nem látható, rendszertanilag sem az állatokhoz, sem a növényekhez be nem sorolható élőlények) jelenléte miatt. Amennyiben a szolgáltatott víz minősége biológiai szempontból kifogásolt, az azt jelzi az üzemeltető felé, hogy a hálózatban beavatkozást igénylő biológiai folyamat indult el.

Az elmúlt évekhez hasonlóan a leggyakrabban előforduló szennyeződések tárgyévben is hálózati, úgynevezett másodlagos eredetűek voltak. A jelenség egyik oka, hogy a megyében üzemelő ivóvíz hálózatok jelentős részének kora előrehaladott, a vezetékrendszer elöregedett, még azokon a településeken is, ahol viszonylag korszerűnek tekinthető a vízmű-telep. A vezetékrendszer karbantartását számos településen megnehezíti a tolózárok rendkívül leromlott állapota (hiánya), melyek nem tesznek lehetővé megfelelő vízkormányzást (a víz célzott irányítását, visszatartását, továbbvezetését), és alapvető akadályát jelentik a mechanikai (szivacs dugós) mosatásnak.

8.1.2. Fürdővíz higiéné

A 92 **medencés fürdő** egységben összesen 142 hatósági helyszíni ellenőrzés történt, a vonatkozó jogszabályban meghatározott esetekben mintavétellel kiegészítve (a medencét tápláló vízből, illetve a medencevízből). A medencék esetében a mintavételek a lehetőségekhez mérten a legnagyobb terhelés időszakában valósultak meg. A helyszíni ellenőrzések tapasztalatait figyelembe véve, általánosságban megállapítható, hogy a megye fürdőiben az alapvető személyi és tárgyi feltételek biztosítottak. Az intézkedések az elmúlt évhez hasonlóan elsősorban a nem megfelelő vízminőséghez kapcsolódtak. Igazolt fürdővíz eredetű megbetegedés nem fordult elő.

A népegészségügyi szakigazgatási szerv illetékességi területén egy **természetes fürdő** található, a Látóképi Tófürdő. A nyilvánosság tájékoztatása érdekében a honlapon közzétételre került a Látóképi Tófürdő fürdővízprofilja, osztályozása, az adatok rendelkezésre állását követően folyamatosan megjelenítésre kerültek a laboratóriumi vízvizsgálati eredmények. A vízvizsgálati eredmények a 2012. évben nem estek kifogás alá, *Cianobaktérium* (kékalga, egyes fajtái tömeges

elszaporodásuk esetén az édesvizekben vízvirágzást, esetleg halpusztulást okozhatnak, allergén hatással bír) burjánzás nem fordult elő.

8.1.3. Levegőhigiéne

A megyében 3 helyen (Debrecen: Kalotaszeg tér, Hajnal u., Klinika) működik telepített mérőállomás a levegő szállópor terhelésének mérésére. A 2012. évben az év valamennyi hónapja tekintetében a levegő szállópor terhelése - a 3 mérőállomás adatait figyelembe véve - jellemzően a $<50 \mu\text{g}/\text{m}^3$ koncentráció tartományba esett. Az $50\text{-}74 \mu\text{g}/\text{m}^3$ koncentráció tartományba eső napok száma, eloszlása a 2011. évhez hasonlóan alkalmanként meghaladta az egy, illetve két hetes idő intervallumot. Egy esetben fordult elő, hogy a $75\text{-}99 \mu\text{g}/\text{m}^3$ koncentráció tartományba eső napok száma túllépte az 1 hetes időtartamot. A $>100 \mu\text{g}/\text{m}^3$ koncentráció tartományba eső napok száma az elmúlt évben nem érte el az egy hetes időintervallumot. 2012. február 8-án és február 10-én a légköri szállópor átlagkoncentrációja meghaladta a tájékoztatási küszöbértéket, illetve 2012. február 9-én és február 14-én, mindhárom mérőállomáson a riasztási küszöbértéket is. Riasztásra nem került sor az időjárás javulása miatt.

8.1.4. Extrém hőmérsékleti helyzetek

A klímaváltozás kedvezőtlen hatását nemzetközi kutatási eredmények igazolják. Az előrejelzések szerint egyre melegebb és egyre gyakoribb hőhullámok várhatók az országban is. A több napig tartó magas átlaghőmérséklet megterheli a szervezetet, fokozódik a rosszullétek száma. A klímaváltozás káros hatásaihoz való alkalmazkodás elősegítése érdekében fontos, hogy a szükséges intézkedések megtörténjenek már a hőséghullámok megérkezése előtt.

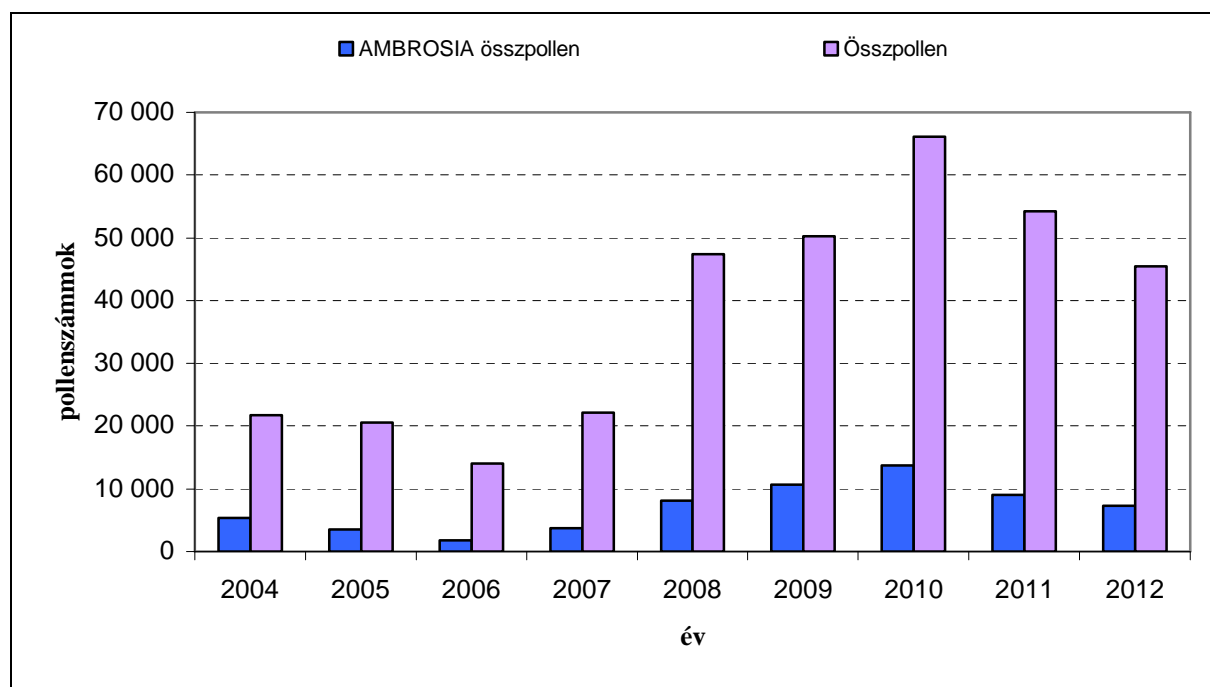
Az országos tisztifőorvos az Országos Meteorológiai Szolgálat előrejelzése alapján, továbbá az Országos Környezetegészségügyi Intézet szakmai ajánlásának figyelembe vételével a várhatóan több napig tartó hőséghullámok érkezése miatt az elmúlt évben 7 alkalommal adott ki riasztást. A hőségriasztás négy alkalommal 2-es fokozatú, három esetben 3-as fokozatú volt. A népegészségügyi szakigazgatási szerv a kiadott hőség riasztásokat továbbította az egészségügyi fekvőbeteg ellátó intézményeknek, értesítette az alapellátási területeket (háziiorvosi, védőnői, fogorvosi, iskola-egészségügyi ellátás, stb.), valamint a gyógyszertárakat. Folyamatosan figyelemmel kísérte az egészségügyi szolgáltatók, intézmények intézkedéseit, felkészülését a fokozott környezet-egészségügyi kockázatból eredő többletfeladatokra. A lakosságot az írott és elektronikus médián keresztül tájékoztatta a hőséghullámok okozta veszélyekről és a megelőzés lehetőségeiről.

8.1.5. Aerobiológiai hálózat működése

A lakosságot érintő biológiai eredetű légszennyezettségi paraméterek folyamatos monitorozását az ÁNTSZ Aerobiológiai Hálózata végzi a megyékben működtetett pollencsapdák adatainak felhasználásával. Debrecenben 1993 óta működik pollencsapda, az elmúlt évben január közepétől október végéig üzemelt. Az aktuális heti pollenhelyzet az ÁNTSZ honlapon tekinthető meg. Debrecen és vonzáskörzete légtérének pollenkoncentrációjáról, a növények allergénitálásáról a szakigazgatási szerv a helyi médián keresztül rendszeresen ad tájékoztatást. Az allergiás megbetegedések száma világszerte, így hazánkban is emelkedik, ezért szükséges a lakosság, a betegek, az érintett szakemberek rendszeres tájékoztatása.

Az alábbi ábrán a pollenszezonban mért összes pollenszámot, továbbá az egyik legismertebb allergén növény, a parlagfű (ambrosia) pollenkoncentrációjának alakulása kerül bemutatásra a 2004-2012. közötti időszak vonatkozásában. Megállapítható, hogy 2007-től 2010-ig a pollenterhelés mind az összpollen, mind a parlagfű pollen esetében fokozatos, tendenciaszerű növekedést mutatott. Az utóbbi 2 évben viszont csökkenés figyelhető meg.

***Parlagfű-pollen koncentráció és az összpollenszám alakulása Debrecenben
2004-2012 években***



A pollenkoncentráció alakulásában az időjárásnak meghatározó szerepe van, de a környezet gyommentesítésével, rendben tartásával sokat lehet tenni a légköri allergének koncentrációjának csökkentése érdekében.

8.2. Gyermek- és ifjúság-egészségügy

A gyermekek és a fiatalok egészségi állapotát nagymértékben befolyásolják azok a környezeti tényezők, amelyek a gondozási, nevelési, oktatási intézményekben hatnak rájuk. Ezért fontos az előírásoknak megfelelő személyi és tárgyi feltételek biztosítása. Az intézményekben a közegészségügyi előírások betartását rendszeresen ellenőrzi a szakigazgatási szerv. 2012-ben a középfokú oktatási intézményekben került sor a közegészségügyi feltételek meglétének vizsgálatára országos felmérés keretében. Hajdú-Bihar megye középiskolaiban leginkább a nyílászárók és vizesblokkok állapota esett kifogás alá, de az akadálymentesítés elmaradása, a megfelelő méretű bútorzat hiánya, a nem oktatás célját szolgáló helyiségekben történő tanórák tartása is a gyakran előforduló hiányosságok közé tartozott. A hiányosságok felszámolása érdekében az intézmények fenntartói felé minden esetben intézkedés történt.

A különböző típusú táborok közül az elmúlt évben a szálláshellyel rendelkező nyári táborok közegészségügyi helyzetének felmérése történt meg, szintén országos felmérés keretében. A megyében üzemelő táborok bejelentése megtörtént, az

alapvető közegészségügyi feltételeket – ivóvízellátás, szennyvízelhelyezés, hulladéktárolás, tisztálkodási lehetőség – biztosították, az étkeztetés körülményei megfeleltek az előírásoknak. A közegészségügyi feltételek a táborok mintegy harmadában maradéktalanul teljesültek, a többi táborban néhány hiányosság volt kifogásolható, melyek felszámolására intézkedés történt. Jogszabályi változás kapcsán a táborban résztvevő gyermek egészségi állapotának megfelelőségét a gyermek törvényes képviselőjének kell a rendeletben megadott nyilatkozat kitöltésével igazolni. A nyilatkozatok meglétére fokozott figyelmet fordítottak a munkatársak.

Az egész napos étkeztetést biztosító nyári táborokban az étkeztetés körülményeit vizsgálta a népegészségügyi szakigazgatási szerv a közétkeztetésben alkalmazandó táplálkozás-egészségügyi ellenőrzési szempontokat tartalmazó, az országos tisztifőorvos 1/2011. számú Normatív Utasítása alapján. A Hajdú-Bihar megye területén működő 11 tábor közül az utasításban feltüntetett élelmiszerekből a naponta biztosítandó mennyiséget csak egy táborban kapták meg a gyermekek. A táborok többségében elsősorban a tej és a teljes kiőrlésű gabona mennyisége maradt el a szükségéstől, de a zöldség és gyümölcs ellátás sem volt megfelelő.

A Hajdú-Bihar Megyei Kormányhivatal Szociális és Gyámhivatalának megkeresésére a vonatkozó kormányrendelet alapján a megyében lévő személyes gondoskodást nyújtó gyermekjóléti- és gyermekvédelmi intézmények ellenőrzésére került sor. A vizsgált egységek közegészségügyi helyzete - kevés kivétellel - megfelelőnek bizonyult.

8.3. Élelmezés- és táplálkozás-egészségügy

Az elmúlt évben a népegészségügyi szakigazgatási szerv illetékességi területén az élelmezés-egészségügyi helyzet stabil volt. A megyében 5 élelmiszer eredetű megbetegedés került bejelentésre. A megbetegedések a vendéglátásban (2), a magánháztartásban (2) és a közétkeztetésben (1) fordultak elő. A bejelentett események kapcsán 79 fő betegedett meg, kórházban 41 főt kezeltek. Az elmúlt évekhez viszonyított magasabb megbetegedésszámot és a kórházban ápoltak magas számát a Debrecenben rendezett U20-as Női Kosárlabda Európa Bajnokság résztvevői körében jelentkezett megbetegedések okozták.

Élelmezés- és táplálkozás-egészségügyi vizsgálatokat oktatási-, egészségügyi-, szociális intézményekben, illetve munkahelyeken végeztek a kistérségi intézetek 2012-ben. A tapasztalatok alapján elmondható, hogy az Országos Tisztifőorvosi Hivatal által kiadott normatív utasítást jellemzően ismerik, ugyanakkor a vizsgálatok több hiányosságot is feltártak, pl.: magas sótartalom, kevés a zöldség és gyümölcs az étrendben, korszerű főzési technológiák, tápanyagszámítást segítő programok hiánya a területen.

A 2012. évben csatlakozott a népegészségügyi szakigazgatási szerv a Békés megyéből induló, majd országos kiterjesztésűvé vált MENZA MINTA = MINTAMENZA Programhoz. A program alapvető célja a közétkeztetés megújítása, egészségesebb, korszerű táplálkozás kialakítása. A megyében 1 fő koordinátor, illetve 3 fő facilitátor segíti a program előrehaladását.

Magyarország táplálkozással összefüggő egészségügyi mutatói a legrosszabbak közé tartoznak az Európai Unióban. Az egészség megőrzésében, a betegségek megelőzésében az egyik legfontosabb elem a helyes táplálkozás. A felnőttkori szokásokat a gyermekkori hatások és minták határozzák meg. Az ekkor megszerzett

ismeretek a későbbi egészségmagatartást, azon belül az étkezési kultúrát jelentősen meghatározzák. Ezért különösen fontos a nevelő hatású, az otthoni, esetlegesen nem megfelelő táplálkozási szokásokat is ellensúlyozó, az életkori szükségleteket kielégítő közétkeztetés.

A program része, hogy a közétkeztetésben is minél szélesebb körben jelenjenek meg a magyar, ezen belül is elsősorban a helyi alapanyagok, illetve a mezőgazdasági és élelmiszeripari vállalkozások termékei. Fontos, hogy a bioélelmiszerek egyre növekvő arányban jelenjenek meg a bölcsődei, óvodai, kórházi étkeztetésben. A helyben megtermelt nyersanyagok felválthatnák az ételek elkészítéséhez használt ún. kényelmi (félkész, előpanírozott, gyorsfagyasztott, stb.) termékeket. Az „igazi” nyersanyagok előkészítése élő munkát igényel, így ez a közmunka-programban résztvevők számára is új foglalkoztatási területet jelenthet.

A jelenleg érvényben lévő előírások szerint a közétkeztetésben - különös tekintettel az egészségügyi, szociális és gyermekintézményekre - az élettani szükségleteknek megfelelő minőségű és tápértékű étkezést kell biztosítani. Ezt a célt szolgálja az országos tisztifőorvos által kiadott táplálkozás-egészségügyi ajánlás. A gyakorlati megvalósításban pedig iránymutatóak lehetnek azok a programok, amelyek a népegészségügyi és gasztronómiai szakemberek együttműködésén alapulnak. Erre példa a MENZA MINTA = MINTAMENZA program.

8.4. Kémiai biztonság

A veszélyes anyagokkal és a veszélyes készítményekkel kapcsolatos egyes eljárások, illetve tevékenységek részletes szabályairól szóló 44/2000. (XII. 27.) EüM rendelet (a továbbiakban: rendelet) módosítását követően a veszélyes anyaggal/keverékkel folytatott tevékenységet, illetve a tevékenységben bekövetkezett változást 2012. április óta elektronikus úton kell bejelenteni. Az új Kémiai Biztonsági rendszer működtetése az elmúlt évben több problémát vetett fel. Az ügyfelek egy része nem rendelkezett internet hozzáféréssel, ezért nem tudta teljesíteni a bejelentést, sokan pedig túlságosan bonyolultnak tartották a rendszert, vagy nem rendelkeztek megfelelő informatikai jártassággal. A fentiek eredményeként a kötelezettek egy része továbbra is papír formátumban tette meg bejelentését.

A mérgezeteket ellátó fekvőbeteg intézmények mérgezési eset-bejelentési rendjének helyszíni ellenőrzésére 2012. IV. negyedévében került sor. A rendeletben foglaltaknak megfelelően a mérgezési esetek bejelentésének ellenőrzését, a 2012. évi munkatervben is megjelölt, két fekvőbeteg intézmény (DEOEC, Kenézy Gyula Kórház és Rendelőintézet) 6 osztályán, tanszékén végezték el. A vizsgált osztályok első ellátást végző, illetve végleges kórismét megállapító egységként vesznek részt az eljárásban, az intézmények által kialakított belső szabályozásnak megfelelően. Mindkét intézményben nyilvántartást vezetnek az OTH Szakrendszeri Információs Rendszeréhez bejelentett esetekről.

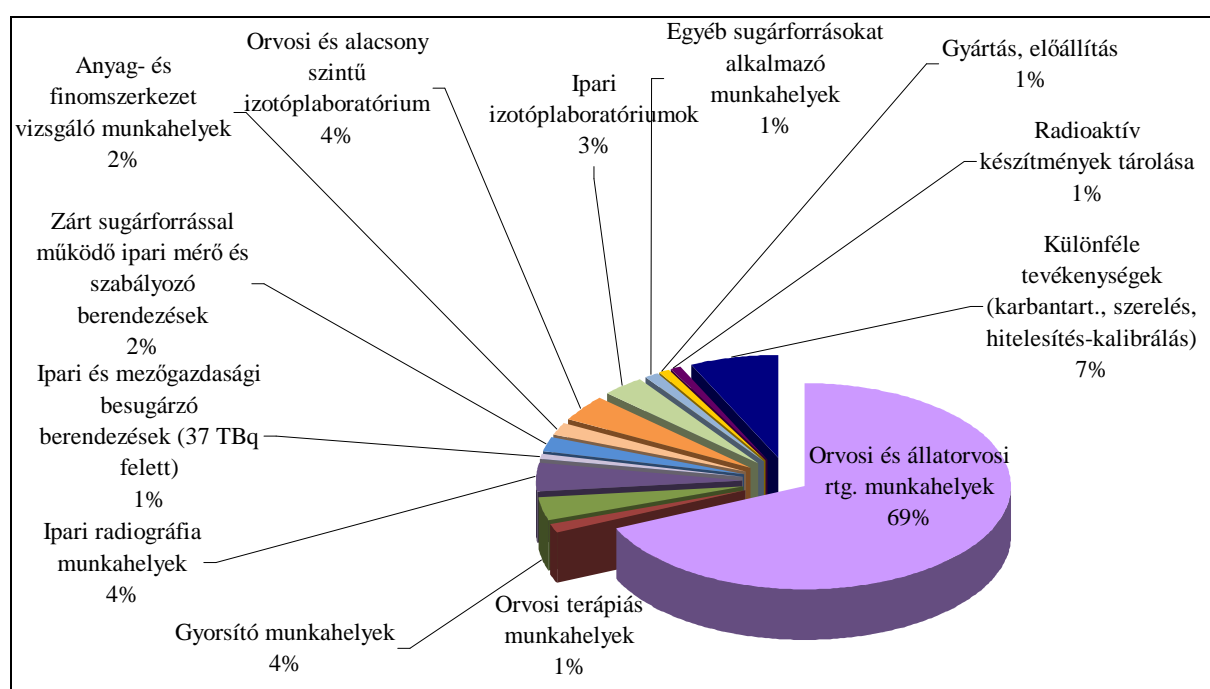
8.5. Sugárbiztonság

A népegészségügyi szakigazgatási szerv Sugáregészségügyi Decentrumának feladata – az atomenergiát békés céllal használó munkahelyek munkavállalóinak, valamint a lakosság egészségvédelme érdekében –, érvényesíteni és ellenőrizni a radioaktív anyagokkal és ionizáló sugárzást kibocsátó berendezésekkel, valamint az

elektromos és mágneses erőkkel kapcsolatos munkahelyi és környezeti sugárvédelmi normákat, közegészségügyi követelményeket.

A Sugáregészségügyi Decentrum hatósági feladatait az Észak-alföldi régió területén látja el, és tevékenysége alapvetően négy fő területre osztható, úgy mint a sugárveszélyes tevékenységek engedélyezése (megszüntetése) – szakhatósági állásfoglalások kiadása, az egységek ellenőrzése, valamint azok központi nyilvántartása, továbbá eljárás lefolytatása a sugáregészségüggyel kapcsolatos panaszok, közérdekű bejelentések kapcsán. Ezen tevékenység az atomenergiát használó valamennyi területre – egészségügy, ipar, oktatás – kiterjed, kivéve a nukleáris energiát alkalmazókat.

Hajdú-Bihar megye sugáregészségügyi egységei 2012-ben

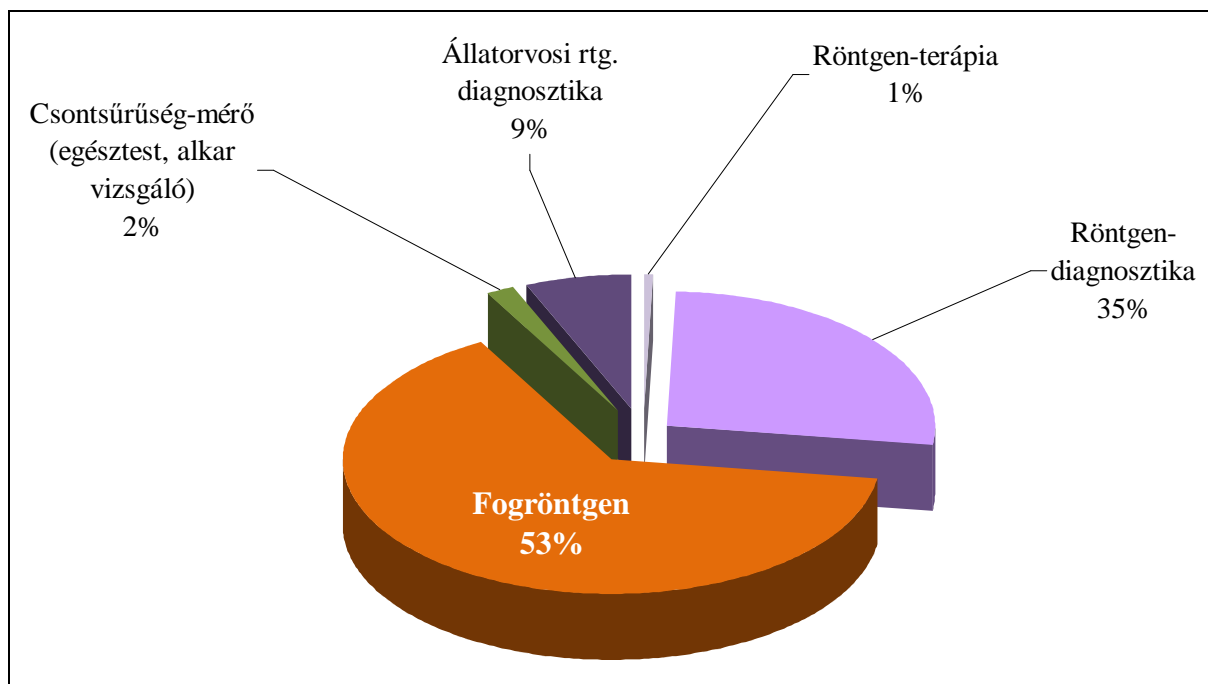


Hajdú-Bihar megye területén a népegészségügyi szakigazgatási szerv nyilvántartásában, a 2012. év folyamán 320 – az atomenergiáról szóló 1996. évi CXVI. törvény hatálya alá tartozó – sugárveszélyes tevékenységet folytató egység szerepelt.

A „Hajdú-Bihar megye sugáregészségügyi egységei 2012-ben” című diagramról az látszik, hogy az orvosi- és állatorvosi röntgen munkahelyek mellett igen színes az egységeket rögzítő paletta. Ez leginkább a Debreceni Egyetem sokrétű oktatási és képzési rendszerének, valamint fejlett ipari és mezőgazdasági technológiát alkalmazó cégek és intézmények tevékenységének következménye (a másik két megyére ez nem jellemző).

Az orvosi diagnosztika és terápia területét az ipari felhasználástól külön vizsgálva, az alábbi diagram jól reprezentálja, hogy a fogászati röntgendiagnosztika (143 egység) igen nagy számban van jelen. A fogászati röntgenmunkahelyek, azon belül is leginkább a magánrendelések egyre nagyobb mértékben telepítenek, vagy szereznek be mobil fogászati röntgenberendezéseket.

Hajdú-Bihar megye orvosi- és állatorvosi röntgen munkahelyek megoszlása 2012-ben

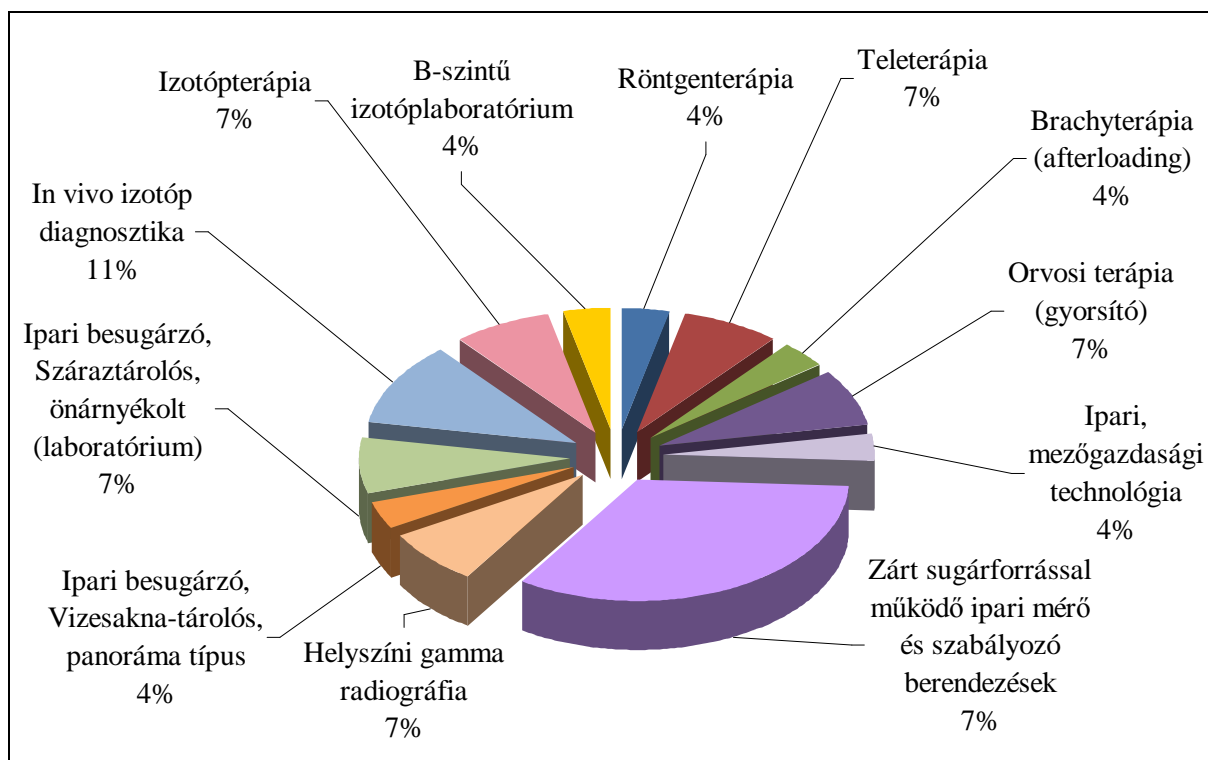


Az atomenergiáról szóló 1996. évi CXVI. törvény egyes rendelkezéseinek végrehajtásáról szóló 16/2000. (VI. 8.) EüM rendelet 19. § és 7. számú mellékletének függeléke szerint az egységeket külön kategóriákba soroljuk azok engedélyének érvényességi ideje és kötelező időközönként történő ellenőrzése szerint. Ez alapján megkülönböztethetők kiemelt létesítmények, valamint I., II., és III. kategóriás létesítmények.

Hajdú-Bihar megye területén „kiemelt létesítmények”, például atomerőmű, radioaktív hulladéktemető, stb. nem találhatóak.

Az I. kategóriába sorolt munkahelyek közül 27 Hajdú-Bihar megyében, azon belül is leginkább Debrecen területén található. (Ezen kívül, a másik két megye mindösszesen 6 I. kategóriás egységgel rendelkezik.)

Hajdú-Bihar megye I. kategóriás létesítményei 2012-ben

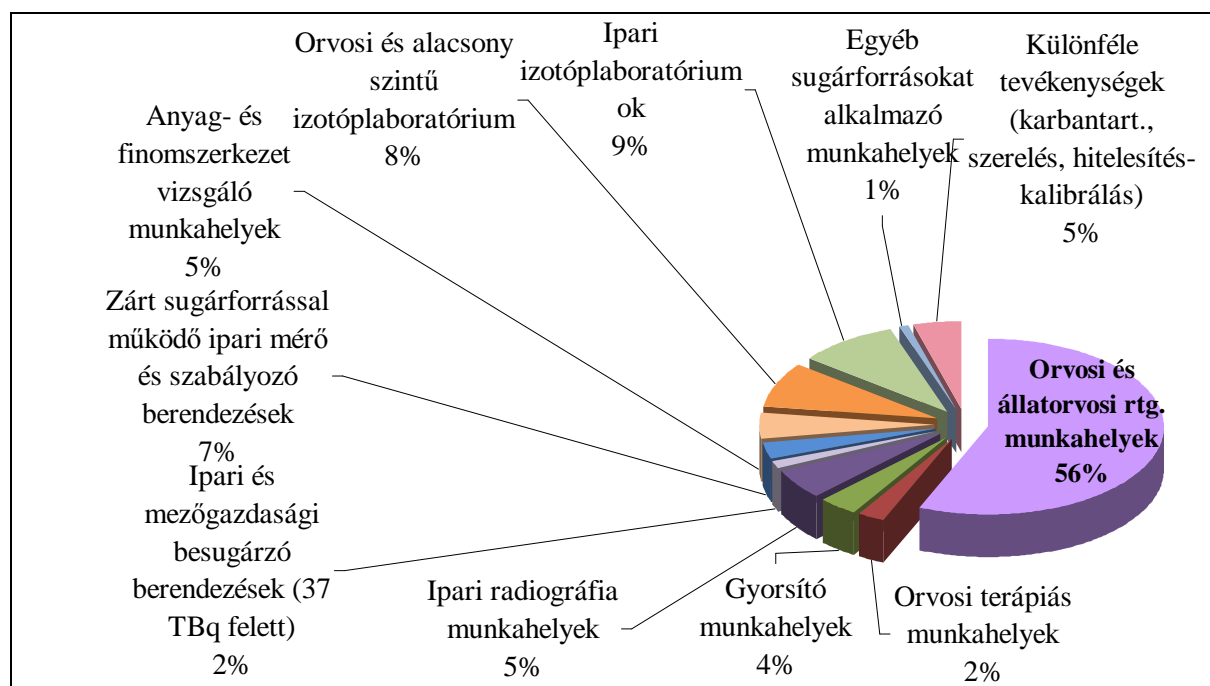


A hatályos jogszabályok előírásainak, a kockázati besorolásoknak megfelelően és gyakorisággal teljes körűen ellenőrzi a népegészségügyi szakigazgatási szerv a sugárveszélyes munkahelyeket. Az ellenőrzések során a dóziskorlátok betartása, a munkavállalók sugáregészségügyi-sugárvédelmi oktatottsága, az egészségügyi alkalmasság, személyi dozimetriai adatok, továbbá a lakosság és a környezet sugárvédelmének biztosítása képezi vizsgálat tárgyát.

Ezen tevékenység során műszeres méréseket is végez a népegészségügyi szakigazgatási szerv, és a feltárt hiányosságok esetén intézkedik azok megszüntetéséről.

Az ellenőrzések a 2012. év folyamán is rendszeresek voltak. A 2012. évben Hajdú-Bihar megye területén 131 üzembe helyezési eljárást, illetve sugáregészségügyi, sugárvédelmi ellenőrzés lefolytatására került sor. A nyilvántartott egységek számához viszonyítva, ez 41%-os ellenőrzöttséget jelent.

Sugáregészségügyi ellenőrzés Hajdú-Bihar megyében, 2012-ben



2012-ben jelentősebb változást a DE OEC területén megkezdett átalakítások, felújítások jelentették, melynek során az ionizáló sugárzást alkalmazó munkahelyek egy része – telephelyen belüli – áthelyezésre, illetve az ionizáló sugárzást kibocsátó berendezések egy része lecserélésre került. Létesítési engedélyezési eljárás lefolytatására került sor a Magyar Tudományos Akadémia Atommagkutató Intézete új gyorsító berendezésével kapcsolatban, melyet kutatás (és oktatás) céljából szeretnének majd használni.

A sugárveszélyes tevékenységet végző munkavállalók körében a személyi dozimetria rendszere a korábbi évek gyakorlatához hasonlóan igen jó hatásfokkal működik. A filmdoziméter viselése mellett a kéz-doziméter, valamint a TLD doziméterek egyre nagyobb számban történő megjelenése tapasztalható.

Az atomenergiát felhasználó munkahelyeken dóziskorlát-túllépés, valamint személyi túlexpozíció nem történt.

A Sugáregészségügyi Decentrum Laboratóriuma az Egészségügyi Radiológia Mérő- és Adatszolgáltató Hálózat „ERMAH” hálózat részét képezi. Ezáltal az országban egységesen működik a mintavételezés és kiértékelés, valamint a környezeti dózisteljesítmény-monitorizálás. Tevékenységét az atomenergiáról szóló 1996. évi CXVI. törvény 68. § (2) bekezdés f) pontjában kapott felhatalmazás alapján az egészségügyért felelős miniszter az egészségügyi ágazat radiológia mérő és adatszolgáltató hálózata felépítéséről és működéséről szóló 8/2002. (III. 12.) EüM rendeletében szabályozta. Feladata a környezeti elemekben – levegő, talaj, növényzet, felszíni vizek, élelmiszerek, stb. –, a természetes és mesterséges eredetű radioaktivitás folyamatos monitorizálása, a sugárterhelés meghatározása, mintavételezés a radioaktív anyagok kimutatására, minőségük és mennyiségük megállapítása helyszíni és laboratóriumi mérésekkel. Az adatokat az Országos Környezeti Sugárvédelmi Ellenőrző Rendszer (OKSER) részére szolgáltatja.

Mintavételezési program:

A mért aktivitáskoncentráció értékek a korábbi évek eredményeivel jó egyezést mutatnak. A mérési eredmények alapján megállapítható, hogy az összes aktivitáskoncentráció 90-98%-a természetes eredetű radioaktív izotópokból származik, és a mesterséges eredetűek mennyiségében (Cs-137, fall-out érték: 0,28 Bq/m³/30 nap) igen kismértékű csökkenés állapítható meg a korábbi években mért értékekhez képest.

A levegő környezeti dózisteljesítménye (azaz a háttér átlagosan): megközelítőleg 144 nSv/h.

A környezeti elemekben nem volt mérhető az átlagost meghaladó radioaktivitás.

A Sugáregészségügyi Decentrum szakhatóságként részt vesz a nem ionizáló sugárzások területén ún. bázisállomások létesítésében, használatba vételében. A nem-ionizáló sugárzások (bázisállomások, antennák, transzformátor állomás) megépítésével, telepítésével kapcsolatban a 2012. évben 16 alkalommal került kiadásra szakhatósági állásfoglalás.

Az elektromágneses sugárzás által okozott egészségügyi panaszokat feltételezve a lakosság részéről egyre több bejelentés és panasz érkezik a lakóhelyük közelében felszerelt, a mobiltelefon-hálózat részét képező, elektromágneses hullámokat továbbító bázisállomások (antennák, adótornyok) miatt. A panaszok kivizsgálását nehezíti a naprakész nyilvántartás hiánya, tekintve, hogy a bázisállomások egy részének létesítése, illetve azok korszerűsítése nem engedélyköteles.

9. Egészségügyi ellátás

9.1. Alapellátás

9.1.1. Háziiorvosi ellátás

Hajdú-Bihar megyében 196 felnőtt háziiorvosi szolgálat, 69 felnőtt háziiorvosi és házi gyermekorvosi és 91 házi gyermekorvosi szolgálat működik, a praxisok zöme egy szakdolgozóval. Hajdú-Bihar megye néhány településén (pl.: Sáp, Egyek, Balmazújváros, Létavértes, Újiráz, Mezősas, Komádi, Váncsod) a betegellátás - a házi orvosok hiánya, alacsonyabb száma miatt – helyettesítéssel történt.

A megyében új körzet kialakítására, körzetrendezésre 2012-ben nem került sor.

A gyermekorvosi praxisokba bejelentkezettek létszáma változó, egyre több a 600 fő alatti praxisok száma - a születésszám csökkenése főként a városokban érezteti hatását.

A megyében az egészségügyi alapellátási szolgáltatók egy részénél változatlanul fennálló tárgyi hiányosság az épületek akadálymentes megközelíthetőségének biztosítása, amely az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimum feltételekről szóló 60/2003. (X. 20.) ESzCsM rendelet alapján 2012. június 1-jétől kötelező, valamint előírja az alapellátási szolgáltatók részére az akadálymentes mellékhelyiség kialakítását is. A jogszabály-módosításnak való

megfelelés további terhet ró az önkormányzatokra, amelyen pályázati források bevonásával lehetne enyhíteni.

9.1.2. Védőnői ellátás

A megyében 7 vezető védőnő látja el a vezető védőnői feladatokat. A szakfelügyelendő védőnői állások száma 292, betöltött állások száma 272. A védőnői ellátást nyújtó 71 szolgáltató közül 31% vállalkozásban működik, a területi védőnői szolgálatok (körzetek) 56%-a az iskolavédőnői szolgálatok, 74%-a egyéni, vagy társas vállalkozás tagja. Javult a személyi- és tárgyi megfelelés, az összes szolgáltató mindössze 2,8%-a rendelkezik ideiglenes működési engedéllyel.

A vezető védőnők 933 szakfelügyeleti ellenőrzést végeztek, 272 esetben tettek szakmai látogatást, 174 szakmai megbeszélést folytattak le a társszakmák képviselőivel, a működési engedélyek felülvizsgálatát 33 esetben végezték el, 28 966 családot gondoztak, egyeztettek az önkormányzatok vezetőivel.

Az első életév végén szűrővizsgálatban részesültek 8%-a igényel egészségügyi és szociális okból fokozott gondozást, a hároméveseknél ez az arány 12%, míg az ötéveseknél 14,8%.

A területi védőnők 780 alkalommal végeztek csoportos egészségnevelést, a résztvevők száma összesen 18 220 fő volt.

9.1.3. Közfinanszírozott fogorvosi alapellátás

A megyében 140 közfinanszírozásban részesülő alapellátó fogorvos dolgozik. Az iskola fogászati tevékenység hatékonysága érezhetően romlott, tekintettel arra, hogy a szűrően részt vett gyerekek 30-40%-a részesül végleges ellátásban.

9.1.4. Foglalkozás-egészségügyi alapellátási szolgálat

A megyében 137 db foglalkozás-egészségügyi alapellátási szolgálat működik. Fontos lenne a foglalkozás-egészségügyi szolgálatok hatékonyabb bevonása a prevencióba, mivel a háziorvosi rendszer túlterhelt, és a növekvő napi feladatok mellett csökken a megelőzésre fordítható idő. Az elmúlt évben növekedett azoknak a krónikus megbetegedéseknek a száma, amelynek első észlelője a hálózat volt. A foglalkozás-egészségügyi szolgálatoknál való megjelenés az aktív dolgozói korosztály számára kötelező, az alkalmassági vizsgálatok céljából viszont háziorvosukat a munkavállalók sokszor még panaszuk esetén sem keresik fel időben.

9.1.5. Otthoni szakápolás és otthoni hospice ellátás

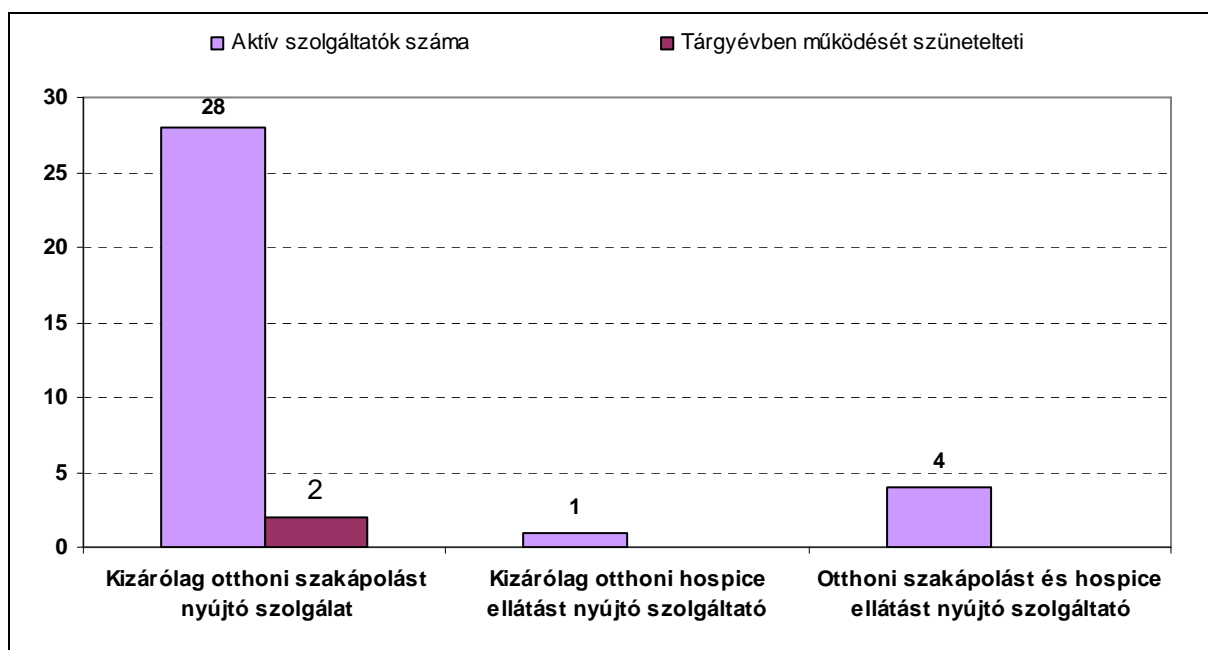
Az otthoni szakápolási és otthoni hospice ellátási tevékenység körében ellátható szakmai feladatokat, a személyi és tárgyi feltételeket, a dokumentációs követelményeket az otthoni szakápolásról szóló 20/1996. (VII.26.) NM rendelet

szabályozza. Otthoni szakápolás keretében a beteg számára szakápolás, gyógytorna, fizioterápia, illetve logopédiai szolgáltatás nyújtható.

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 tüneteinek megszüntetése vagy csökkentése által a betegek életminőségének javítását tűzi ki célul.

A megyében 35 szolgáltató nyújt otthoni szakápolást/otthoni hospice ellátást. Közülük 1 szolgáltató költségvetési szerv, 33 vállalkozási formában, 1 szolgáltató pedig non-profit formában működik.

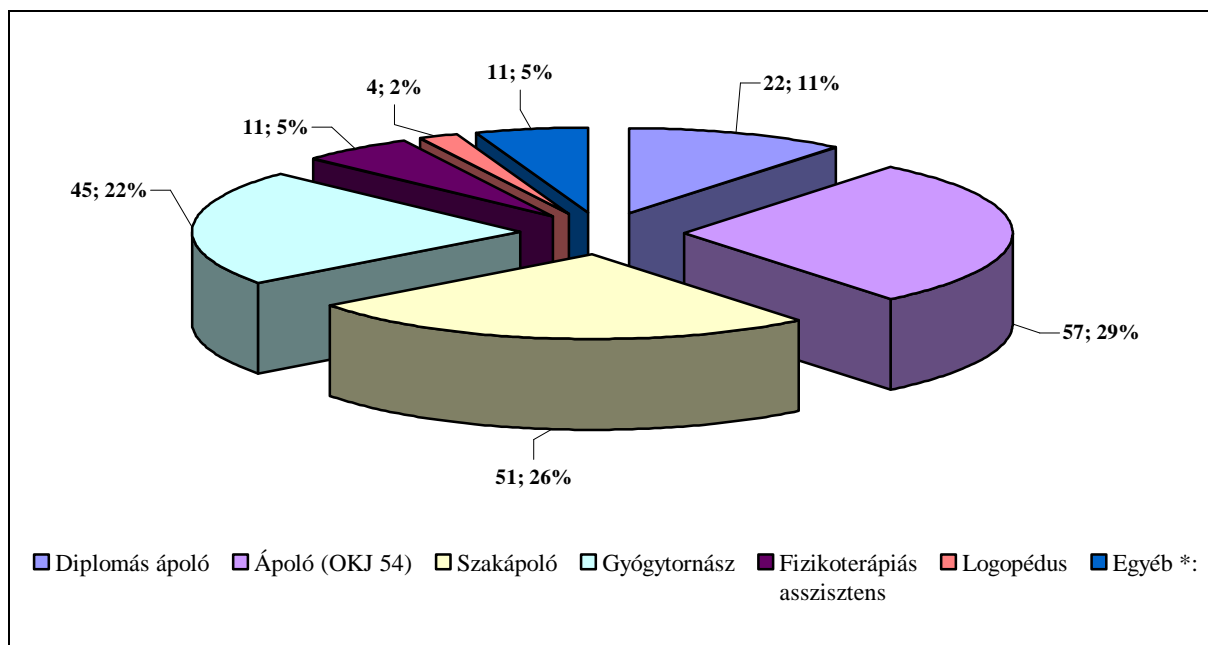
Otthoni ápolást nyújtó szolgáltatók szám- és ellátott szakmai feladat szerinti megoszlása Hajdú-Bihar megyében a 2012. évben



Az otthoni szakápolás/otthoni hospice ellátás területén foglalkoztatott egészségügyi szakdolgozók száma a 2012. évben 201 fő, a 2011. évhez képest növekedést mutat.

A szakdolgozók 2%-a költségvetési szerv és intézménye alkalmazásában, 94,5 %-a vállalkozási formában, 3,5 %-a pedig non-profit szervezet alkalmazásában látja el feladatait. A szakdolgozók 19,4 %-a teljes munkaidőben, 80,5 %-a pedig rész-munkaidőben foglalkoztatott.

Az otthoni szakápolás/otthoni hospice ápolás területén foglalkoztatott egészségügyi szakdolgozók szakképzettség és számszerinti megoszlása a 2012. évben



Az egészségügyi szakdolgozók szakmai képesítés szerinti megoszlását a fenti ábra szemlélteti.

A szakdolgozói kvalifikáció tekintetében elmondható, hogy az otthoni szakápolás/otthoni hospice ellátás területén magasan kvalifikált szakemberek látják el feladataikat, közülük a 2012. évben 33,3% egészségügyi felsőfokú szakképzésben megszerzett diplomával (diplomás ápoló, gyógytornász) rendelkezik. Az euro-konform ápolói képzettséggel rendelkező szakdolgozók aránya 28% és a további, szakápolói végzettséggel rendelkező szakdolgozók aránya 25%.

A gyógytornász, fizioterápiás asszisztens végzettséggel alkalmazott egészségügyi szakdolgozók, illetve a logopédusok számában a 2011. évhez képest tapasztalható növekedés (42 főről 60 főre, közel 30%-kal) oka lehet, hogy az egyes otthoni szakápolási szolgáltatók számára megállapított, teljesíthető vizit-számok legalább 30%-ában rehabilitációs (gyógytorna, fizioterápia, logopédia) szakmai feladatot kell végezni, amelyhez elengedhetetlenül szükség volt a szakmai létszám növelésére.

A 2012. évben az ÁNTSZ OTH által meghatározott munkatervi feladatok körében az otthoni szakápolási/otthoni hospice ellátást nyújtó szolgáltatók dokumentációs-folyamatainak megismerésére és az ápolási dokumentáció vezetésére vonatkozóan történtek – országosan egységes szempont- és beszámolási rendszerrel – ápolás szakmai ellenőrzések. Hatósági intézkedést igénylő hiányosság egy esetben fordult elő, személyi feltétel hiánya miatt. A szolgáltató a hiányosságot megszüntette.

9.2. Járóbeteg ellátás

Hajdú-Bihar megye 3 fekvőbeteg-ellátó intézménye járóbeteg ellátást is működtet. Összességében a megyében 114 ambulancia/szakambulancia, 122 rendelés/szakrendelés, valamint 79 engedélyezett diagnosztikai egység és 19

engedélyezett gondozó intézet/részleg működik a fekvőbeteg-ellátással összevont, vagy ahhoz integrált járóbeteg ellátás területén.

A megyében az összes finanszírozott szakorvosi óraszám 18 121 óra, a finanszírozott nem szakorvosi óraszám 3 427 óra. Ezekben a finanszírozott óraszámokban egyaránt benne van a fekvőbeteg intézetekhez integrált járóbeteg-ellátás, az a magánrendelő, amely közfinanszírozott órászámmal is rendelkezik, valamint a szakrendelő/szakrendelés és a rendelőintézeti szakrendelők.

A szakellátási kapacitások meghatározásáról, nyilvántartásáról, módosításáról az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről szóló 2006. évi CXXXII. törvény rendelkezik. A kapacitások nyilvántartását, a kapacitások módosítását az ÁNTSZ OTH végzi, a törvény értelmében közhiteles nyilvántartást vezet, és saját honlapjáról biztosítja a betekintést a nyilvántartásba. A nyilvántartás szerint 2012-ben a megye területén egyidejűleg 5 kapacitásmódosítási határozat, 5 kapacitásmódosítás és területi ellátási kötelezettség módosítás határozat született.

Közfinanszírozási szerződéssel is rendelkező magánrendelő 85, szakrendelő/szakrendelés 139, rendelőintézet 8 található a megyében. A magán járóbeteg ellátásban 645 szolgáltató vesz részt.

A népegészségügyi szakigazgatási szerv illetékességi területén a 2012. évben új rendelőintézet kezdte meg működését Vámspércsen, a Társadalmi Infrastruktúra Operatív Program járóbeteg szakellátás fejlesztése pályázati kiírása keretében. Ellátási területe Vámspércs, Nyíracsa, Nyírábrány, Nyírmártonfalva, Fülöp, Újléta. Jelenleg 21 területen lát el járóbeteg szakrendelést: belgyógyászat, sebészet, szülészet-nőgyógyászat, csecsemő-gyermekegyógyászat, fül-orr-gége gyógyászat, szemészet, bőr- és nemibeteg ellátás, neurológia, ortopédia, urológia, reumatológia és fizioterápia, pszichiátria, tüdőgyógyászat, kardiológia, orvosi labor diagnosztika, röntgen diagnosztika, ultrahang diagnosztika, fizioterápia és gyógytorna, gyógytorna, gyógymasszázs, nappali ellátás.

Az Észak-alföldi Regionális Operatív Program Egészségügyi szolgáltatások fejlesztése / Kistérségi járó beteg szakellátó központok fejlesztése, alap-, járóbeteg szakellátás korszerűsítése pályázati kiírása keretében Hajdúszoboszlói Járóbeteg-Ellátó Centrum épület felújításra, műszerek beszerzésére kapott támogatást melyhez 128 óra többletkapacitás is társult az alábbi szakmákra: általános laboratóriumi diagnosztika, ultrahang diagnosztika, urológia, nefrológia (gyermek), endokrinológia, anyagcsere és diabetológia, kardiológia, sebészet (proctológia), fül-orr-gégészet (audiológia), ortopédia, gyermekszemészet, addiktológia.

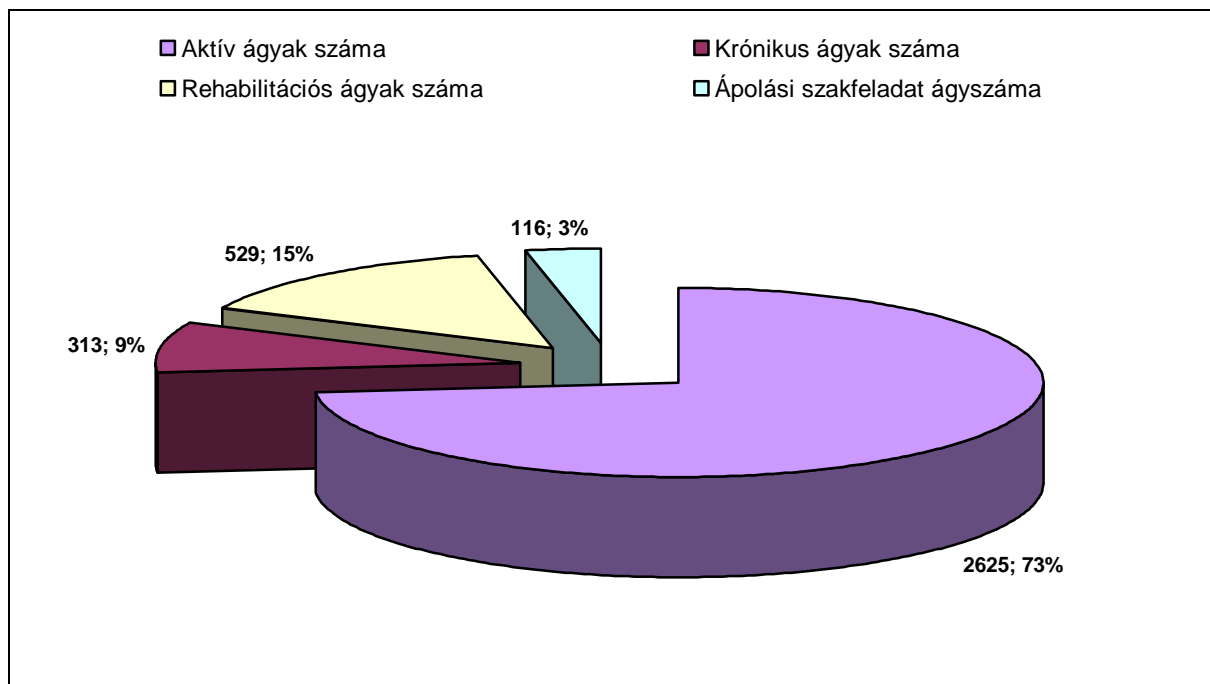
A 2012. évben folytatódott az előző évben megkezdett hajdúböszörményi szakrendelő rekonstrukciója, átalakítása. A munkálatok idején - egy ideiglenes telephely bevonásával - zavartalanul folyt az ellátás.

Azon egészségügyi szolgáltatóknál akik nem jutottak eddig pályázati támogatáshoz, szükség lenne pályázati forrás bevonására az ellátás szinten tartásának és színvonalának emelése érdekében.

9.3. Fekvőbeteg ellátás

Hajdú-Bihar megyében a fekvőbeteg ellátás számára engedélyezett ágyszám kapacitás 3 583 ágy, amely 2 625 aktív és 958 krónikus ágyból tevődik össze. A krónikus ágyak magukban foglalják az ún. krónikus, valamint a rehabilitációs és az ápolási szakfeladat ellátására szolgáló ágyszám kapacitásokat. Az összes ágyszám kapacitás 73%-a aktív, 27%-a pedig krónikus ellátást szolgál.

Engedélyezett fekvőbeteg-ellátó intézményi ágyszámok és megoszlásuk típusonként Hajdú-Bihar megyében a 2012. december 31-i állapot szerint

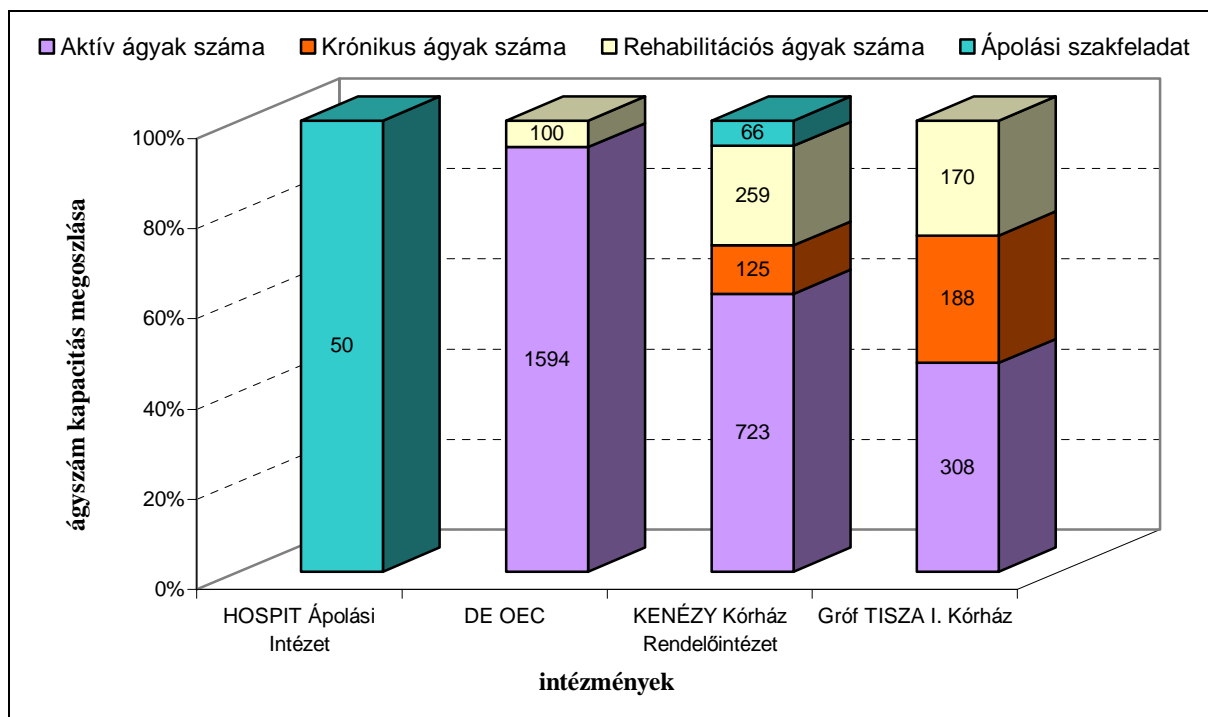


A megyében fekvőbeteg ellátást 4 intézmény nyújt, ágyszám-kapacitásukat és a kapacitások megoszlását a következő ábra szemlélteti. Ápolás szakmai feladat vonatkozásában ágyszám-kapacitás változás nem történt, a megyében továbbra is egy önálló ápolási intézet és egy kórházi ápolási osztály működik.

A közszolgáltatást nyújtó fekvőbeteg-ellátási feladat állam általi átvétele és a feladatról való állami gondoskodás az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről szóló 2006. évi CXXXII. törvény és annak végrehajtásáról szóló 337/2008. (XII. 30.) Korm. rendelet, valamint a megyei önkormányzatok konszolidációjáról, a megyei önkormányzati intézmények és a Fővárosi Önkormányzat egyes egészségügyi intézményeinek átvételéről szóló 2011. évi CLIV. törvény szabályozásának megfelelően megtörtént.

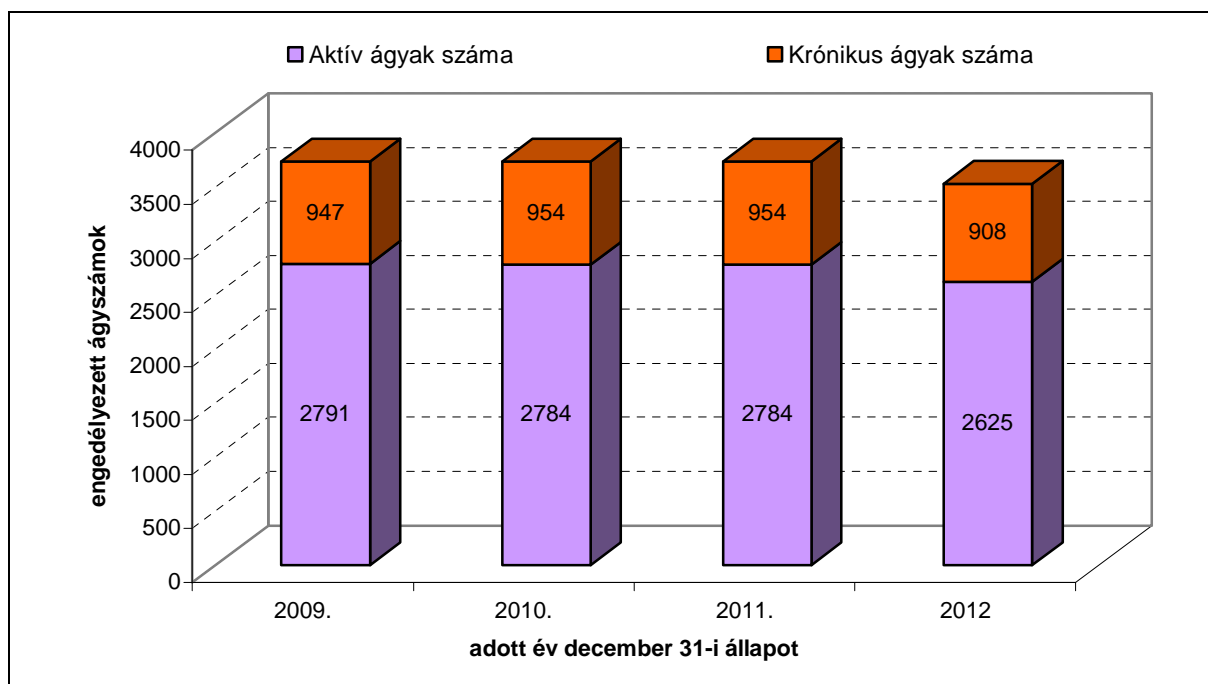
A fekvőbeteg-ellátást nyújtó egészségügyi szolgáltatók számára (a debreceni Kenézy Gyula Kórház és Rendelőintézet, a berettyóújfalui Gróf Tisza István Kórház) 2012. július 1-jétől meghatározásra kerültek (a GYEMSZI javaslatára) az ágyszám-kapacitások, és a hozzá tartozó területi ellátási kötelezettség (új szakmai struktúra).

Hajdú-Bihar megye fekvőbeteg-ellátó intézményeinek ágyszám struktúrája a 2012. december 31-i állapot szerint



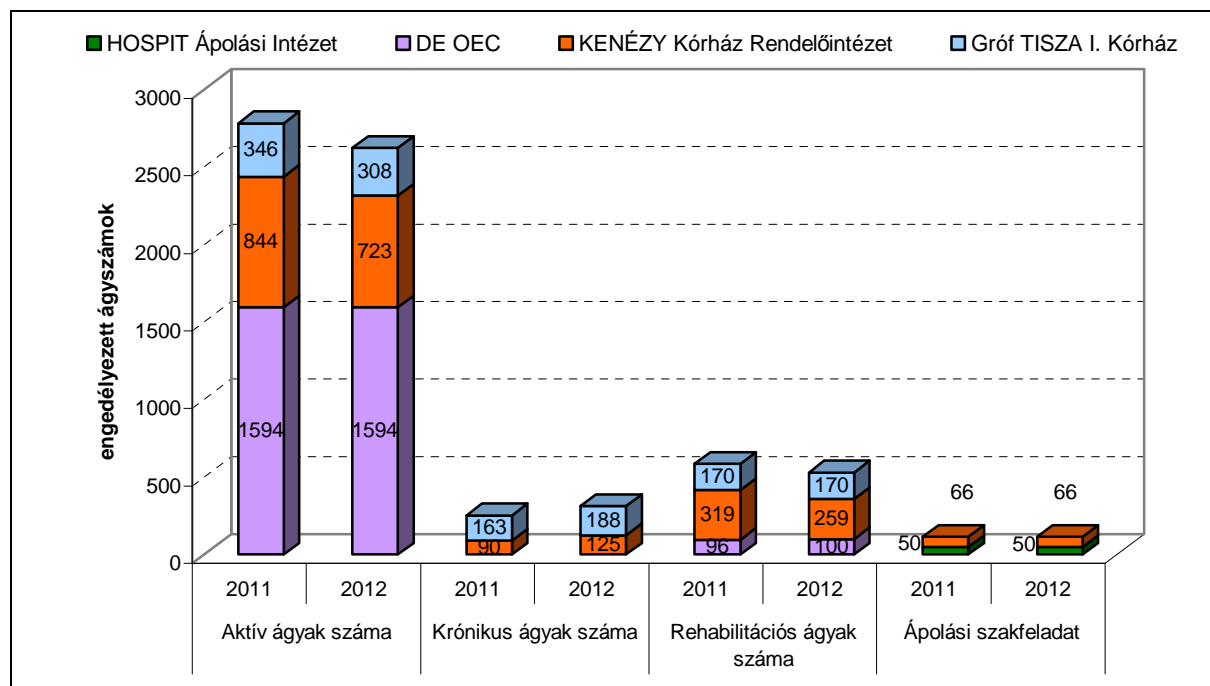
A fekvőbeteg ellátást nyújtó szolgáltatók aktív és krónikus ágyszám-kapacitásainak változását a következő ábra szemlélteti, mely nem tartalmazza az ápolás-szakfeladat ellátására specializálódott Hospit Egészségügyi Szolgáltató Kkt. ágyszám-kapacitásait, mivel az új struktúra kialakítása során azokban változás nem történt.

Engedélyezett fekvőbeteg-ágyszám kapacitások Hospit Egészségügyi Szolgáltató Kkt. nélkül a 2009-2012. években Hajdú-Bihar megyében



Összefoglalva az alábbi ábrában szemléltethetők a 2011-2012. év vonatkozásában történt kapacitásváltozások:

Engedélyezett fekvőbeteg ágyszám-kapacitásváltozások Hajdú-Bihar megyében a 2011-2012. években



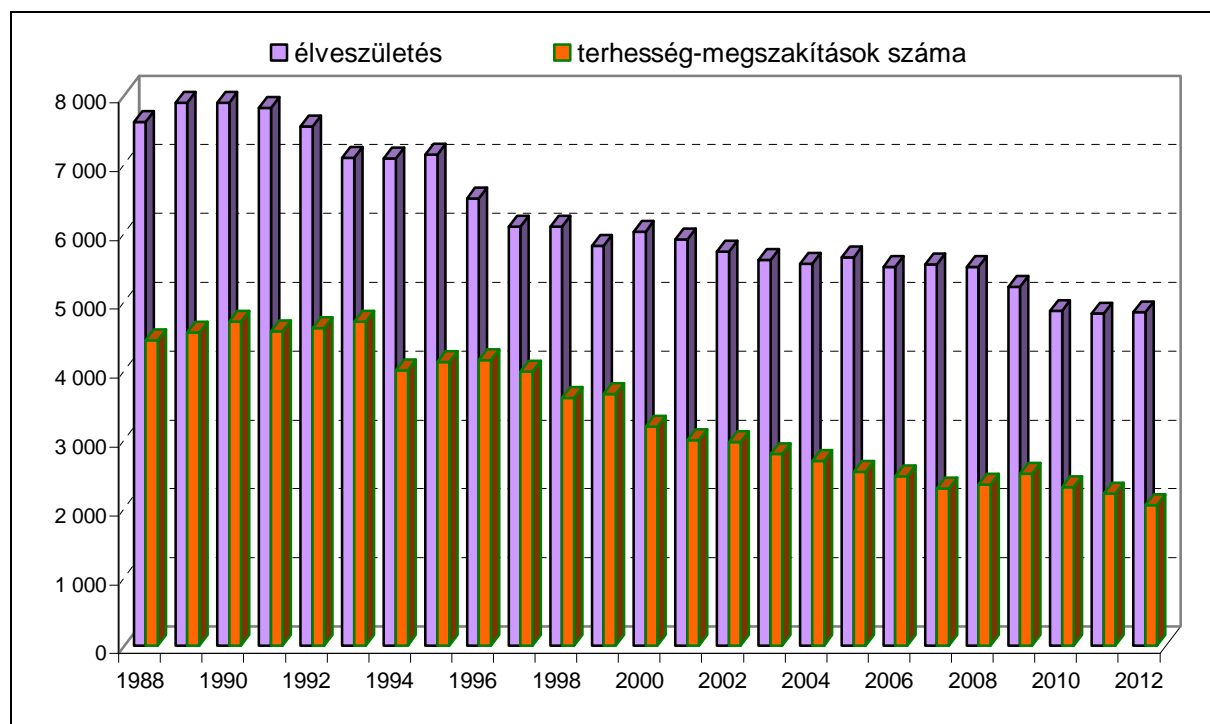
A fekvőbeteg-ellátó intézményekben a 2012. évben az OTH által kiadott munkatervi feladatoknak megfelelően - országosan egységes szempontrendszerrel és adatfelvételi eljárással – az ápolási dokumentációs-folyamat szabályozottság és az ápolási dokumentációs tevékenység ellenőrzésére került sor. Hatósági intézkedés kezdeményezésre okot adó körülmény nem merült fel.

9.4. Családvédelmi Szolgálat

A terhesség-megszakítások száma folyamatosan csökken, 2012-ben 2 042 fő volt, 162 fővel kevesebb, mint előző évben.

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, a másik két eleme a halvaszülés (ez ismert) és a vetélések (ez nem ismert) száma.

**Az élveszületések és a terhesség-megszakítások számának alakulása,
az elmúlt 25 évben Hajdú-Bihar megyében**



A terhesség-megszakítások miatti magzati veszteség 60-40% között van, szinte folyamatosan, a 25. év vonatkozásában. Az abortuszok száma folyamatosan csökken, de arányaiban nem változik.

A megyében 5 családvédő védőnő, 4 tanácsadóban végezte ezt a munkát. Szakmai fejlesztés céljából kerülnek megszervezésre rendszeres jelleggel az ún. esetmegbeszélő konzultációk, melyeket a védőnők rendkívül hasznosnak ítélnék meg.

A résztvevők elégedettségét kérdőívekkel rendszeresen monitorozza a népegészségügyi szakigazgatási szerv, hasonlóan az előző évekhez, a nagyon elégedettek és elégedettek aránya majdnem 100%-os.

A 2012. évben a megye családvédelmi szolgálatainál 4 843 ügyfél-megjelenés történt. 2 234 fő kérelmezte terhessége megszakítását, végül a megszakított terhességek száma 2 042 volt, a megtartott terhességek száma 85 (3,8 %). A megszakítás teljes díját 28,8%-uk fizette meg. A többi ügyfél, különböző mértékű kedvezményben részesült szociális helyzete miatt.

A megjelent kliensek társadalmi státuszának arányai (életkor, iskolai végzettség, családi állapot, gyermekek száma, szociális helyzet, munkaerő-piaci aktivitás) hosszú évek óta állandóságot mutatnak. Ugyanígy állandóságot mutat a megtartott terhességek aránya, ami hosszú évek távlatában 4% körül mozog.

9.5. Mentés, betegszállítás

Hajdú-Bihar megyében 2012-ben 51 szervezett mentőkocsi teljesített szolgálatot, melyből 1 rohamkocsi, 1 gyermek mentőorvosi kocsi, 13 esetkocsi, 3 kiemelt felszereltségű mentőgépkocsi és 33 átlagos felszereltségű mentőgépkocsi.

A megyében 7 főállású és 4 részállású oxyológus szakorvos, 2 szakorvos jelölt, 3 oxyológus rezidens, 54 mentőtiszt, 10 orvos-mentőtiszt teljesít szolgálatot.

A megye mindhárom fekvőbeteg intézményében működik sürgősségi osztály, és mindhárom helyen jelentős problémát jelent a megfelelő szakorvosok hiánya. A betegszállítás az Országos Mentőszolgálatnál (a továbbiakban: OMSZ) teljesen megszűnt, ezt a szerepet magán betegszállítók vették át. A koordinációt az OMSZ végzi, a betegszállítók területi ellátásának meghatározása egyeztetési eljárással történik, az eredmény megtekinthető az OMSZ honlapján.

9.6. Gyógyszerellátás

A gyógyszerhez jutás térbeli feltételei Hajdú-Bihar megyében nem változtak jelentősen 2012-ben. Új gyógyszertár alapítás nem történt. A megyében öt településen (Ártánd, Bedő, Bihardancsháza, Folyás, Told) nincs gyógyszertár.

Gyógyszerellátó helyek

Év	Közforgalmú gyógyszertár	Fiók gyógyszertár	Orvosi Kézi gyógyszertár	Intézeti gyógyszertár	Üzlet	Összesen
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
2011.	136	26	14	3	24	203
2012.	136	26	14	3	24	203

121 gyógyszertár hétköznapi napokon napi 8 órában tart nyitva, 33 településen pedig ennél hosszabb ideig. A hozzáférhetőség ezen túl készenlét* formájában hétköznapi napokon zárás után több településen biztosított. Ezen felül folyamatos ügyeleti** ellátást nyújtott egyidejűleg a megye 2 településén (Debrecen, Balmazújváros) kettő-kettő közforgalmú gyógyszertár. A két településen az ügyelet váltott formában működik, összesen 2-2 gyógyszertár részvételével. A megyeszékhelyen az év minden napján 8.00 – 22.00 óráig nyitva tart a gyógyszertár a városközpontban. Az olyan településeken, ahol több gyógyszertár is működik, a nyitvatartási idő csökkenésével járó tendencia figyelhető meg, mely a megyeszékhelyen a legerősebb.

Ezen túlmenően 13 településen hétvégén napi néhány órát – ha több gyógyszertár működik, akkor váltva – nyitva tartanak a gyógyszertárak. Összességében a

* 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.

sürgősségi gyógyszerellátás a lakosság több mint kétharmada számára elérhető a lakóhelyén. Az ügyeleti ellátásra vonatkozó aktuális információ minden közforgalmú- és fiókgyógyszertár bejáratánál, a helyi médiában és az ÁNTSZ honlapján (www.antsz.hu) megtalálható.

Az akadálymentesítésben lényegi változás nem történt, elsősorban beépítési és műemléki korlátozások miatt. Ezeken a helyeken különféle hívórendszerek felszerelése és a házhozszállítás jelenti a megoldást továbbra is.

9.7. Orvostudományi kutatások engedélyezése

Az orvostudományi kutatások engedélyezése továbbra is a népegészségügyi szakigazgatási szerv feladatkörébe tartozik. Az év folyamán kiadott orvostudományi kutatási engedélyek száma 75 db. Egy, már korábban kiadott vizsgálati engedély esetében a határozat módosítására került sor. A kutatások túlnyomó részben rövid, egy-két éves időtartamúak. 2012-ben mindössze két 5 éves vizsgálati időszakra szóló kutatás engedélyezésére került sor. A kutatási témák között egy gyógyszer rezisztencia vizsgálatára vonatkozó engedélykérelem volt, a többi inkább a gyógyító tevékenységre irányult.

Az engedélyezési eljárás során gyakori problémaként jelentkezett, hogy a beadott dokumentáció nem felel meg a hatályos jogszabályoknak, ezért a DE OEC Regionális Kutatásetikai Bizottságával egyeztetve, közösen megbeszéléseket kezdeményezett a népegészségügyi szakigazgatási szerv az illetékességi területén lévő egészségügyi intézményekkel.

9.8. Részvétel a Védelmi Bizottságok munkájában

A népegészségügyi szakigazgatási szerv és a kistérségi népegészségügyi intézetek vezetői a 2012. évben kivétel nélkül tevékenyen részt vettek a helyi védelmi bizottságok munkájában. Témakörök: SZMSZ-ek elfogadása, védelmi igazgatási felkészítés, árvíz-belvíz helyzetre való felkészülés, teendők téli rendkívüli időjárási helyzetekben.

A Hajdú-Bihar Megyei Katasztrófavédelmi Bizottság felkérésére a hajdúböszörményi, balmazújvárosi, hajdúszoboszlói és berettyóújfalui kistérségi intézetek illetékességi területén az árvíz által veszélyeztetett lakosság kitelepítésének esete kapcsán 71 óvoda, 84 általános iskola, 11 középiskola és 9 kollégium közegészségügyi megfelelőségét ellenőrizték a munkatársak. A tisztálkodási- és illemhelyek korlátozott száma, valamint egyéb feltételek hiánya miatt a vizsgált egységek zöme nem bizonyult alkalmasnak a tervezett létszámú lakosság elhelyezésére.

9.9. Az egészségbiztosítás 2012. évi jellemző adatai Hajdú-Bihar megyében

Az Egészségbiztosítási Alapból történt 2012. évi kifizetések összege: **5 665 982 e Ft.**

Jogcím	teljesítés (ezer Ft)
Terhességi gyermekágyi segély	944 321
Táppénz	1 464 479
Gyermekeápolási táppénz	56 328
Baleseti táppénz	159 843
Egyszeri segély	22 000
Gyermekgondozási díj	2 638 161
Utazási költségtérítés	226 144
Külföldi sürgősségi gyógykezelés	2 341
Egyéb kiadások	74 647
Nem TB Alapot terhelő ellátás kiadása (csak átfutó tétel)	77 718
Összesen:	5 665 982

Az egészségbiztosítási pénzbeli ellátásokkal (táppénz, terhességi-gyermekeágyi segély, gyermekgondozási díj) és a gyógyítással összefüggő utazási költségtérítésekkel kapcsolatos kérelmek száma Hajdú-Bihar megyében az előző évhez képest számottevően nem változott: 2011. évben 79 650 db, 2012. évben 78 915 db ellátási kérelem került benyújtásra.

A **táppénz iránti igények** száma: 13 511 eset, amely valamivel több, mint 4%-kal csökkent a 2011. évi 14 171 esethez képest, ami az ún. passzív táppénz (munkaviszony megszűnése után folyósított táppénz) megszűnésével áll összefüggésben. A **baleseti táppénz iránti kérelmek** száma azonban mintegy 3%-kal nőtt: 2011-ben: 341, míg 2012-ben: 352 igény érkezett.

Terhességi gyermekágyi-segélyt (TGYÁS) 2012-ben 1 165 esetben igényeltek, amely kis mértékben csökkent a 2011. évhez képest.

A **gyermekgondozási díjat (GYED)** igénylők száma közel 10%-kal növekedett: 2012-ben 1 263 fő igényelt ilyen egészségbiztosítási ellátást.

A gyógyítással összefüggő **utazási költségtérítés iránti kérelmek** száma jelentősen emelkedett: 2011-ben 48 434 db, 2012-ben 51 915 db utalványt nyújtottak be az erre jogosultak. A tartós gyógyintézeti elhelyezés helyett a betegek jelentős része otthonában gyógyul tovább, és csak az utókezelésre, vizsgálatokra utazik vissza, amely megnöveli az utazások számát.

A megyében a 2012. évben felhasznált – OEP által meghatározott összegű – **méltányosságból engedélyezhető évi egyszeri segély** kerete 22 millió Ft volt. Ez az évente egyszer megállapítható segélyezési forma elsősorban azt célozza, hogy a hirtelen fellépő egészségromlás gyógyításához biztosítson pénzügyi forrást azoknak, akik szociális okokból nem tudják a szükséges gyógyszerek beszerzését biztosítani.

A beérkezett kérelmek száma az elmúlt évben 1 751 db volt, a támogatások 18 000 Ft és 50 000 Ft közötti összegben kerültek megállapításra.

A közgyógyellátottak nyilvántartása szerint az egészségbiztosítási pénztári szakigazgatási szerv 2012. évben 17 443 db közgyógyellátási igazolványt adott ki, s 627 db közgyógyellátási igazolványt vont vissza. Ez az ellátási forma - ha a beteg körülményei nem változnak - tartós állami segítségnyújtásként a megállapítást követő 3 éven keresztül megilleti a beteget. Támogatható a gyógyászati segédeszközök és a mozgáskorlátozottak személyes közlekedéséhez szükséges szállító eszközök beszerzése is. A megyében mintegy 50 ezer közgyógyellátásban részesülő személy él.

10. Összefoglaló

Hajdú-Bihar megye lakosságát 2012. évben is természetes fogyás jellemezte, az elveszületések alacsony- és a halálozások magas száma miatt.

A megye lakosságának korai (25-64 évesek) halálozási viszonyai az országos halálozáshoz viszonyítva mindkét nemben kedvezőtlenebb a keringési rendszer betegségei okozta halálozás tekintetében.

A férfiak daganatos betegségek okozta korai halálozásánál tapasztalható halálozási többletért nagy részben olyan életmódbeli tényezők felelősek, amelyek megváltoztatásával hatékonyan csökkenthető lenne e betegségek részaránya. A méhnyak rosszindulatú daganata a megye női lakosságát fokozottan érinti.

A külső okok miatt bekövetkezett halálozások igen jelentős potenciális életév veszteséget okoznak a megyében. Nagyon magas a halálokokon belül az öngyilkosságok száma, amelyek kiváltó oka lehet a mentális betegségek mellett a szociális helyzet is.

A szervezett lakossági szűrővizsgálatok megyei koordinálása keretében folyamatos volt a mammográfiás emlőszűrés működésének fenntartása. A szűrés a szűrőállomásokon az ütemezési tervnek megfelelően, folyamatosan történt.

A lakossági emlőszűrő vizsgálatokon való részvétel a megyében jobb az országos átlagnál.

A méhnyak-szűrés messze elmarad az elvárttól, ezen javíthat a helyben, településeken végzett védőnői méhnyak-szűrési tevékenység. Az országban folyamatosan történik a védőnők ez irányú képzése, felkészítése és bevonása a lakosság népegészségügyi célú méhnyak-szűrésének elvégzésébe.

Az emlő- és méhnyak-daganatos megbetegedések korai felismerése érdekében maguk a nők tehetnek a legtöbbet.

2012. évben 3 388 fertőzőbeteg került bejelentésre Hajdú-Bihar megyében, mely 85%-a az előző évi esetszámnak. A bejelentések számának csökkenése a jogszabály-változással magyarázható, mivel megszűnt egyes fertőző betegségek jelentési kötelezettsége. A megelőzés egyik legfontosabb eszközeként szolgáló folyamatos oltások teljesítése – a 2012. évre vonatkozó védőoltási módszertani levél alapján jelentendő korcsoportok esetében – 99,29% és 100% között van a

megyében, mely minimális csökkenést mutat az előző évhez képest. A határmenti országok instabil járványügyi helyzete és a menedékesek nagyszámú megjelenése miatt szorosabb járványügyi kontrollra van szükség a megyében. Többek között ez is indokolja, hogy az előző évek gyakorlatához hasonlóan 2012-ben is elrendelésre került a kötelező tüdőszűrés.

A környezeti kockázati tényezők jelenlétének kontrollálása különösen fontos a mindennapi fogyasztásra szánt ivóvíz tekintetében. A határértéket meghaladó arzén, bór tartalmú ivóvíz fogyasztása bizonyítottan egészségi kockázatot hordoz magában, ezért a népegészségügyi szakigazgatási szerv a rendeletben foglalt határértékek betartatásáról gondoskodott. Az Európai Bizottság döntése alapján 2012. év végén eljárást indított a népegészségügyi szakigazgatási szerv a tartósan határérték feletti arzén-, bór tartalmú ivóvizet szolgáltató vízellátó-rendszerek üzemeltetői ellen. Ivóvízzel kapcsolatba hozható megbetegedés az elmúlt évben nem fordult elő.

A megye sugáregészségügyi helyzete a hatósági vizsgálatok és a laboratóriumi mérési eredmények alapján biztonságos volt.

A 2012. évben a járóbeteg szakellátás működése megfelelő volt. Jogszabályi előírásoknak megfelelően a fekvőbeteg ellátás terén az új szakmai struktúra kialakításra került.

A gyógyszerhez jutás térbeli lehetőségei lényegesen nem változtak az év során, az időbeli hozzáférési lehetőségek azonban kis mértékben csökkentek. Az ellátás egyenletes, folyamatos és elegendő volt.

Az egészségfejlesztés az a folyamat, amely képessé teszi az embereket arra, hogy saját egészségüket felügyeljék és javítsák. Hatékony egészségfejlesztés az egyének és a közösségek akarata, motivációja, valamint támogató társadalmi háttér nélkül nem lehetséges. Az emberek mindennapi életéhez hozzátartozik a bizonyos kockázatokkal való együttélés, ezért különösen fontosak az életminőséget javító, az egészség fejlesztését segíteni kívánó programok.

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

Debrecen, 2013. június 4.

Dr. Fodor Mária
megyei tisztifőorvos