Johan Béla Országos Epidemiológiai Központ

Észak-Alföldi Regionális Népegészségügyi Jelentés 2005

...a döntéshozóknak

Johan Béla Országos Epidemiológiai Központ

Észak-Alföldi Regionális Népegészségügyi Jelentés 2005

Készült az Egészségügyi Minisztérium megbízásából az eEgészség Program, és a Népegészségügyi Jelentés Projekt keretében, az Országos Epidemiológiai Központ koordinálásával, az alábbi intézetek összefogásával:

ÁNTSZ Hajdú-Bihar Megyei Intézete
ÁNTSZ Jász-Nagykun-Szolnok Megyei Intézete
ÁNTSZ Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Intézete

Budapest, 2005.

TARTALOM

Ajánlás....3
Bevezetés....4
Demográfia, társadalmi-gazdasági mutatók....5
Születéskor várható élettartam....7
Halálozás....8
Általános halandóság....8
Csecsemőhalálozás....9
Ok-specifikus halandóság....10
Haláloki struktúra az észak-alföldi régióban....10
Szív-érrendszeri halálozások....11
Rosszindulatú daganatok....14
Külső okok miatti halálozások....17
Megbetegedések....19
Szív-érrendszeri betegségek....19
Daganatos megbetegedések....21
Egészséget befolyásoló tényezők....22
Funkcionalitás....22
Egészségmagatartás....22
Dohányzás....23
Alkoholfogyasztás....23
Táplálkozás, elhízás....23
Testmozgás....24
Egészségkultúra....24
Együttműködési készség....24
Egészségügyi ellátórendszer....26
Alapellátás....26
Járó és fekvőbeteg ellátás....27
Megbeszélés, javaslatok az észak-alföldi régió döntéshozói számára....30

AJÁNLÁS

A népegészségügyi jelentések a döntéshozók és szakemberek számára a lakosság egészségéről és az azt meghatározó legfontosabb tényezőkről készített rendszeres beszámolók. 2003 elején az Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium kezdeményezésére indult meg a hazai népegészségügyi jelentési rendszer kialakítása a szakterület legjelentősebb intézményeinek összefogásával. Az együttműködés eredményeként jelent meg 2004 novemberében a „Népegészségügyi Jelentés 2004 … a szakértőknek", mely átfogó képet ad a magyar lakosság egészségéről.

A regionális népegészségügyi jelentések kiadványsorozat a fenti kezdeményezés keretén belül készült el. Célja, hogy gyorsjelentés formájában bemutassa egy-egy magyarországi régió lakosságának egészségi állapotát a fontosabb meghatározó tényezőkkel együtt.

Az Országos Epidemiológiai Központ által 2004 novemberében kiírt pályázati felhívásra az észak-alföldi régiót alkotó megyék ÁNTSZ intézetei összefogásával elkészült az itt élő lakosság egészségi állapotát elemző tanulmány, amely több évre visszatekintve mutatja be a régióban végbement demográfiai változásokat, a megbetegedési és halálozási viszonyok és egyes egészség meghatározó tényezők alakulását.

BEVEZETÉS

A népesség egészségi állapotát, halandóságát a fejlett országokban az életmód, a gazdasági, társadalmi és magatartásbeli tényezők, a szűkebb és tágabb fizikai környezet állapota, valamint az egészségügyi szolgáltatások minősége és hozzáférhetősége határozza meg.

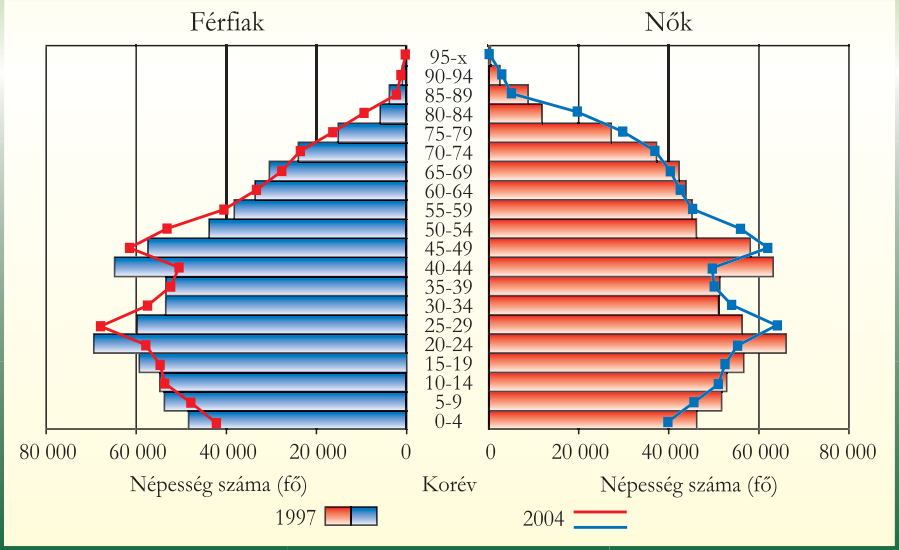
Az észak-alföldi régióban a társadalmi-gazdasági egyenlőtlenségek, például az eltérő infrastrukturális adottságok, a különböző szintű iskolázottság, a lakosság egészségi állapotában jelentős egyenlőtlenségeket eredményezett.

Jelentésünk szeretné felhívni a társadalmi-gazdasági-szociális folyamatokra befolyással bíró döntéshozók és egészségpolitikusok figyelmét az észak-alföldi régió lakosságának egészségi állapotára és az abban tapasztalható egyenlőtlenségekre. Hangsúlyozni kívánjuk, hogy minden politikai döntés végső soron befolyásolja az ott élő lakosok egészségi állapotát is.

DEMOGRÁFIA

Az észak-alföldi régió népessége valamivel több, mint 1,5 millió. Az 1990-es évek elejétől a lakosság száma folyamatosan csökken. Az utolsó 5 évben közel 26000 fővel élünk kevesebben a térségben, a halálozások számának lassú, folyamatos csökkenése ellenére (1. ábra). A folyamat magyarázata a halálozások mérséklődését meghaladó mértékű születésszám csökkenésében rejlik.

1. ábra: Az észak-alföldi régió népességének korösszetétele 1997 és 2004. január 1-jén nemenként, korcsoportonként



A lakosság korösszetétele a nemzetközi tendenciákhoz hasonlóan alakul. A 65 év feletti lakosok részarányának növekedésével párhuzamosan a 15 év alattiak arányának csökkenése figyelhető meg, aminek következtében növekszik az aktív korúak eltartási terhe.

A településhálózat jellege erősen befolyásolja a lakosság életmódját, a munkához valamint az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférési lehetőségeit. A régióban, e tekintetben legnehezebb helyzetben Szabolcs-Szatmár-Bereg megye van, ahol a kistelepülések száma a legmagasabb.

Jól ismert összefüggés van egy térség gazdasági teljesítőképessége és lakosságának egészségi állapota között. A régió gazdasági teljesítőképességét jelző mutatók csak kis mértékben javulnak, messze elmaradva az Európai Unió országaitól (1. táblázat).

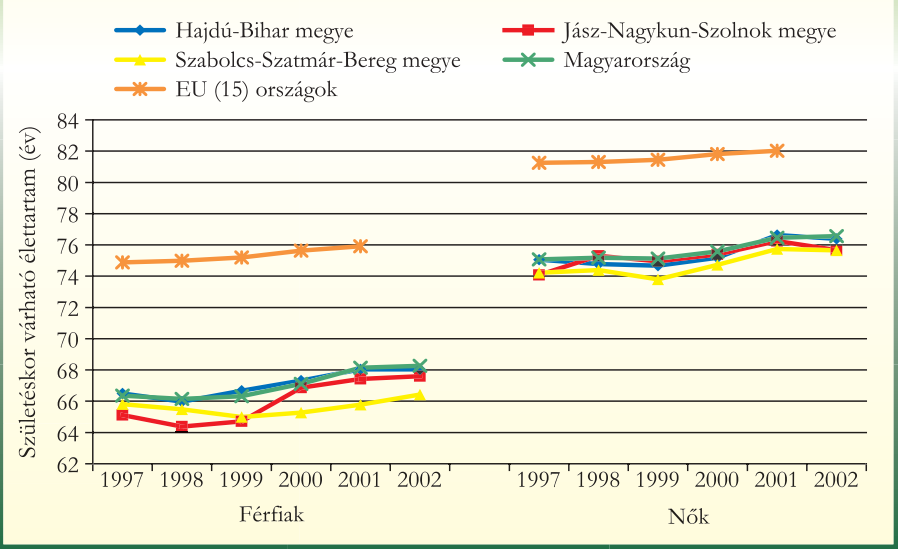
1. táblázat: Társadalmi-gazdasági mutatók alakulása az észak-alföldi régió megyéiben, 1999-2003.

Mutató		**1999**	**2000**	**2001**	**2002**	**2003**
Foglalkoztatottak / 1000 fő	Szabolcs-Szatmár-Bereg	168,3	168,5	173,9	177,8	185,5
	Hajdú-Bihar	188,7	188,7	192,3	191,1	196,4
	Jász-Nagykun-Szolnok	142,7	145,3	142,8	143,3	152,1
Gazdaságilag aktív / 1000 fő	Szabolcs-Szatmár-Bereg	189,1	189,8	192,4	195,5	202,6
	Hajdú-Bihar	205,7	201,3	202,9	204,5	208,9
	Jász-Nagykun-Szolnok	160,1	160,3	154,1	155,5	161,2
Regisztrált munkanélküliek száma	Szabolcs-Szatmár-Bereg	40 215	38 373	36 145	35 308	36 928
	Hajdú-Bihar	32 956	31 630	28 021	28 178	27 890
	Jász-Nagykun-Szolnok	21 702	20 748	17 724	17 234	17 860
Munkanélküliségi ráta (%)	Szabolcs-Szatmár-Bereg	11,0	11,2	9,6	9,1	8,4
	Hajdú-Bihar	8,8	7,2	6,5	6,6	6,0
	Jász-Nagykun-Szolnok	10,9	9,4	7,3	7,8	5,6
Bruttó hazai termék GDP (millió Ft)	Szabolcs-Szatmár-Bereg	352 929	406 745	486 397	523 027	
	Hajdú-Bihar	439 800	508 298	592 978	665 675	
	Jász-Nagykun-Szolnok	315 117	359 949	428 703	463 991	
Egy lakosra jutó GDP (1000 Ft)	Szabolcs-Szatmár-Bereg	598	690	826	891	
	Hajdú-Bihar	794	919	1073	1206	
	Jász-Nagykun-Szolnok	745	855	1022	1112	

SZÜLETÉSKOR VÁRHATÓ ÉLETTARTAM

A születéskor várható átlagos élettartamot az előzőkben részletezett társadalmi-gazdasági jellemzők által is befolyásolt halálozási arányok határozzák meg.
Az észak-alföldi régióban született férfiak születéskor várható átlagos élettartama 67,3 év, mely 8 évvel rövidebb, mint az EU 15 országaiban (a 2004. évi csatlakozás előtti 15 európai uniós ország átlaga). A nemzetközi adatoknak megfelelően a régióban is magasabb a nők születéskor várható átlagos élettartama, melynek értéke a vizsgált időszakban 75,9 év volt. A térségben különösen rosszak a Szabolcs-Szatmár-Bereg megyei lakosok életkilátásai, ahol a férfiak várhatóan mindössze 66,4 évet élnek.

2. ábra: Születéskor várható átlagos élettartam alakulása az észak-alföldi régió megyéiben és az Európai Unióban, 1997-2002.



HALÁLOZÁS

Az észak-alföldi régió népességének halálozása lényegesen magasabb egyes betegségekben, illetve bizonyos területeken, mint az európai országokban, vagy mint hazánkban átlagosan. A 3. ábrán a régió és az ország teljes (0-X éves), illetve a 65 év alatti (0-64 éves) lakosság halálozási viszonyait tüntettük fel, kiegészítve a kiemelkedően magas halálozással bíró megyék adataival.

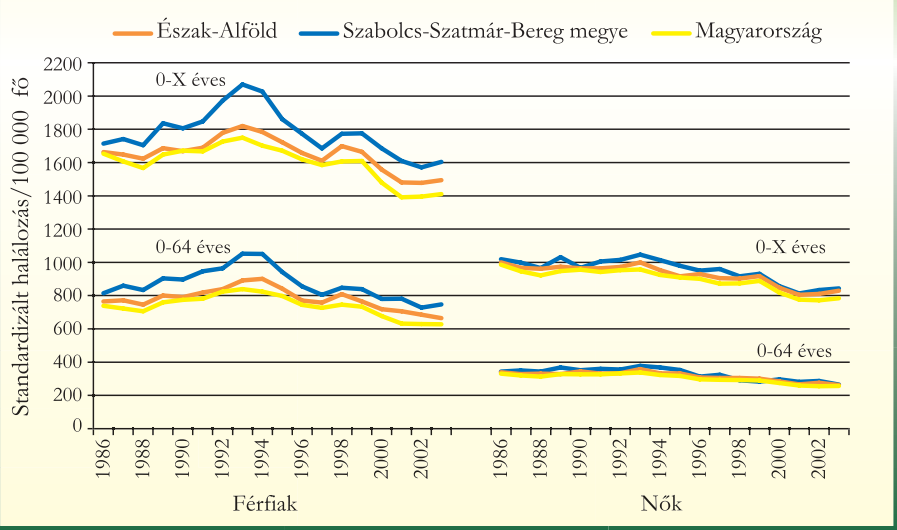
ÁLTALÁNOS HALANDÓSÁG

65 év alatt a férfiak halálozása háromszor magasabb, mint a nőké.

A fejlett világ országaihoz hasonlóan, a férfiak halálozása – a 90-es évek csökkenő tendenciája ellenére – jóval magasabb, mint a nőké.

Figyelemre méltó, hogy fiatalabb életkorban a férfiak halálozása jóval meghaladja a nők halálozását, ami a régióban azt jelenti, hogy az aktív korban bekövetkező halálesetek háromnegyede a férfiakat sújtja. Szembetűnő Szabolcs-Szatmár-Bereg megye férfi lakosságának kiemelkedően magas halálozása.

3. ábra: Összhalálozás alakulása az észak-alföldi régióban, Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében és Magyarországon, 1985-2003.

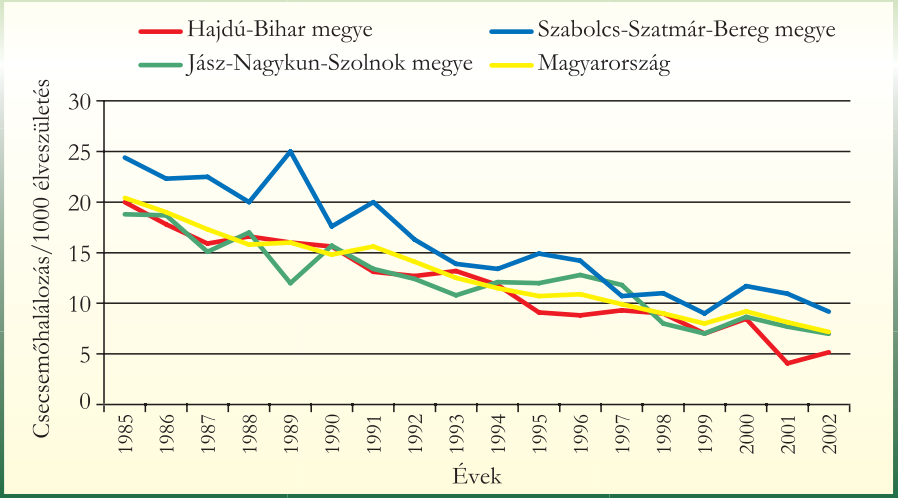


CSECSEMŐHALÁLOZÁS

Szabolcsban kétszer annyi csecsemő hal meg egy év alatt, mint Hajdú-Bihar megyében.

Az országos tendenciáknak megfelelően az utóbbi 30 évben folyamatosan és egyenletesen csökkent az egy év alatti csecsemők halálozása, ennek ellenére az észak-alföldi régióban jelentős különbségeket lehet megfigyelni (4. ábra). Míg 2002-ben Hajdú-Bihar megyében 1000 egy év alatti gyermekből 5 halt meg, addig Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében, ugyanebben az évben majdnem kétszer annyi azonos korú gyermek vesztette életét. Megjegyezzük, hogy a csecsemőhalálozást jelentősen befolyásolja az adott terület koraszülötteinek aránya, mely a régióban is, a csecsemőhalálozással párhuzamosan, Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében a legmagasabb. A csecsemőhalálozást általában a speciális ellátások (szülészeti ellátás, védőnői szolgálat, alapellátás) minősége, elérhetősége, a koraszülések kockázatát növelő káros életmódbeli szokások (például anyai dohányzás), vagy az anyák halmozottan előforduló rossz gazdasági-társadalmi státusa (például alacsony iskolázottság) befolyásolhatja.

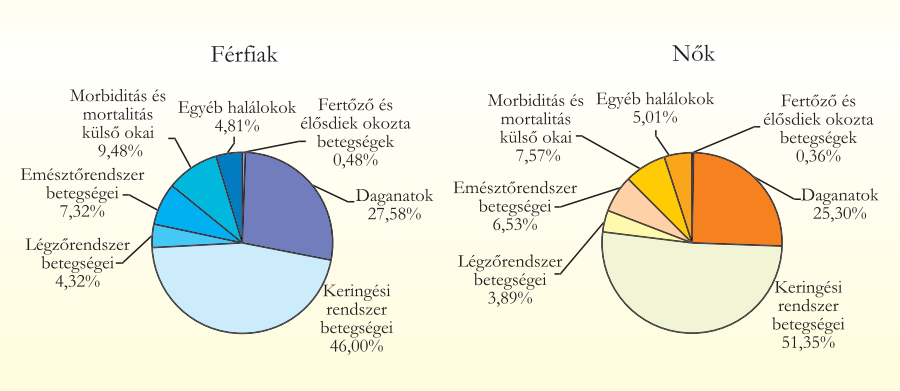
4. ábra: Csecsemőhalálozás alakulása az észak-alföldi régió megyéiben és Magyarországon, 1985-2002.



OK-SPECIFIKUS HALANDÓSÁG

Haláloki struktúra az észak-alföldi régióban

5. ábra: Haláloki struktúra az észak-alföldi régióban, 2003.



Napjainkban a fejlett országokban a nem-fertőző betegségek okozzák a halálozás döntő részét. Ezek között első helyen a szív-érrendszeri betegségek állnak, melyeket a rosszindulatú daganatok után, a külső okok (közúti és háztartási balesetek, öngyilkosság, szándékos ártalom) miatt bekövetkező halálozások követnek.

Az észak-alföldi régióban is (5. ábra) az évenkénti közel 21000 haláleset felét a szív-érrendszeri betegségek okozzák, melyek után mintegy 5500 esetben rosszindulatú daganatos betegség a halál oka. Megjegyezzük, hogy a halálozási struktúra korcsoportonként változhat: így például gyermek és serdülőkorban a külső okokhoz tartozó balesetek jelentik a vezető halálokokat. A 35-55 év közötti középkorú férfiak esetében a daganatos és szív-érrendszeri halálozás jelentős. A hasonló korú nőknél azonban a rosszindulatú daganatok jelentik a fő halálokot, 55 év felett pedig a már általánosságban fent megfogalmazott haláloki sorrend figyelhető meg. A légzőrendszeri és emésztőrendszeri halálozások folyamatosan csökkennek.

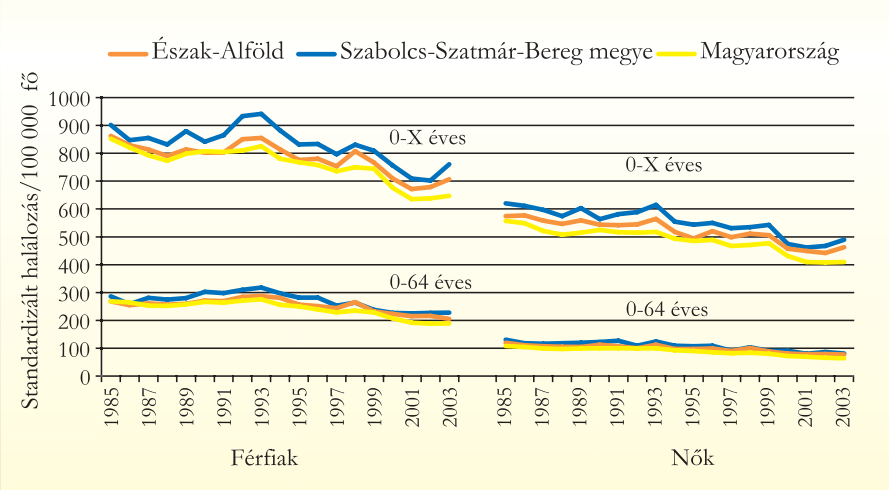
Szív-érrendszeri halálozások

A régióban a korai (65 éves életkor előtt) szív-érrendszeri halálozások száma csak lassan, az 1990-es évek közepétől kezdett csökkeni, szemben az európai országok több mint 30 éve tartó jelentős javulásával.

A halálozások több mint felét a szív-érrendszeri betegségek okozzák.

Annak ellenére, hogy a halálozások döntő hányada idős korban következik be, százezer 65 év alatti férfi lakosból a régióban több mint 200-an halnak meg szív-érrendszeri betegség következtében, szemben az EU (15) országok 65 halálesetével (6. ábra). Különösképpen figyelemre méltó ez az aktív korú lakosságnál megfigyelhető többlethalálozás akkor, amikor tudományos bizonyítékok szólnak amellett, hogy megfelelő egészségügyi szolgáltatás, valamint egészséges életmód mellett a halálozások döntő hányada elkerülhető lenne.

6. ábra: A keringési rendszer betegségei okozta halálozás az észak-alföldi régióban, Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében és Magyarországon, 1985-2003.



A régión belül minden korcsoportban, mindkét nemben Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében legmagasabb a halálozás. A szív-érrendszeri betegségek között érdemes olyan halálokokat kiemelni, melyek egészséges életvezetés és jó minőségű, könnyen elérhető egészségügyi szolgáltatások mellett nem kellene, hogy 65 év alatt halálhoz vezessenek.

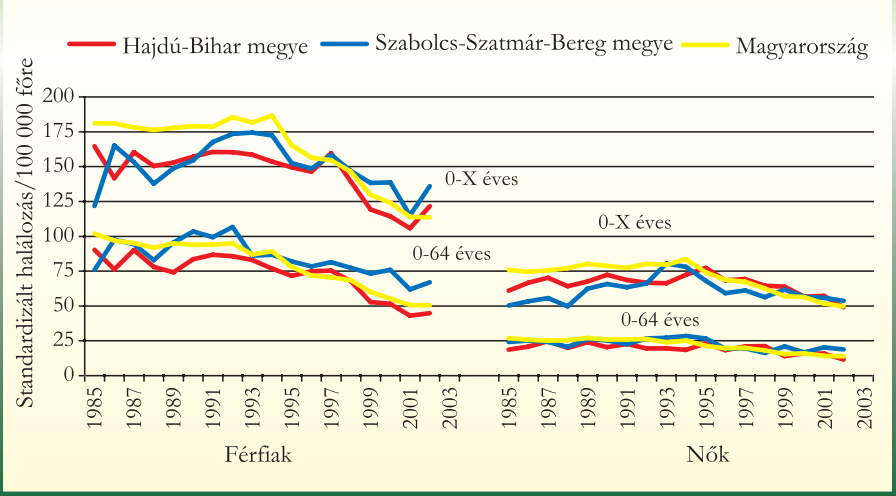
Szívinfarktus, agyérbetegségek

65 év alatt minden második haláleset szívinfarktus vagy agyérbetegség miatt következik be.

A szívinfarktus az a betegség mely megelőzhető a kockázati állapotok (magas vérnyomás, magas vérzsír-szint, cukorbetegség, dohányzás) időbeni felismerésével, az életmód megváltoztatásával, megfelelő gyógyszeres kezelés bevezetésével, illetve ha már kialakult az életveszélyes betegség, akkor gyors és szakszerű sürgősségi és intenzív ellátás biztosíthatja a beteg túlélését.

Az észak-alföldi régióban, a szívinfarktusok miatti halálozásokban nagy területi egyenlőtlenségek figyelhetők meg (7. ábra). A halálozások csökkenő tendenciája ellenére Szabolcsban az országos értéket jóval meghaladja a 65 év alatti férfiak halálozása.

7. ábra: Heveny szívizom elhalás miatti halálozás az észak-alföldi régió megyéiben és Magyarországon, 1985-2003.



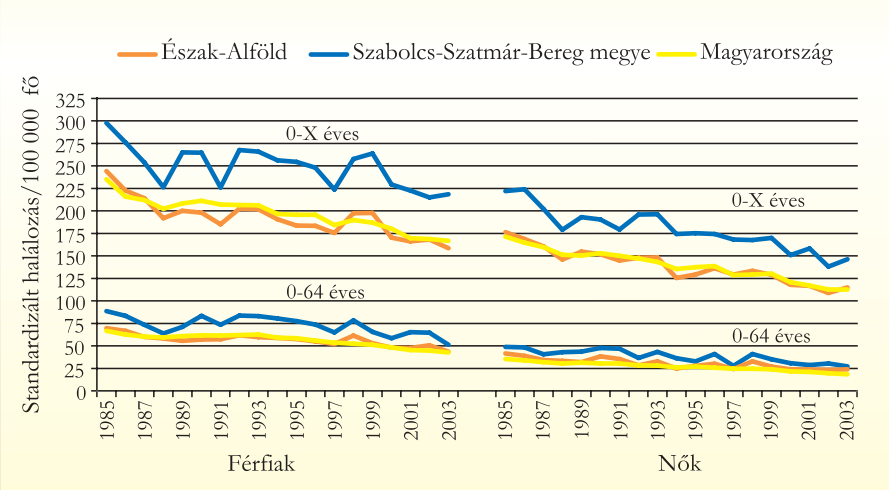
Az agyérbetegségek okozta halálozásokat az alapellátás egyik minőségi paramétereként tartják számon. A fentiek magyarázata, hogy az agyérbetegségek között legnagyobb arányban szereplő agyvérzéseket, a nem hatékonyan kezelt vagy a fel nem ismert magasvérnyomás betegség okozza, melynek felismerése és kezelése az alapellátás kompetenciájába tartozik.

A régióban százezer 65 év alatti férfi lakosból valamivel több, mint 40 fő hal meg agyérbetegség következtében, szemben az Európai Unió 10 halálesetével (8. ábra).

Különösen magas Szabolcs-Szatmár-Bereg megye férfi lakosságának korai halálozása, ahol 50 haláleset jut 100 000 lakosra.

Mindezek alapján hangsúlyozzuk, hogy a szív-érrendszeri halálozások csökkentésére irányuló stratégiákban alapvető szempont kell, hogy legyen a szív-érrendszeri lakossági szűrőprogramok kiterjesztése (vérnyomás, vércukor, vérkoleszterinszint-mérés, szív-érrendszeri kockázati állapot meghatározás stb.), az alapellátás minőségének javítása, a minőségi ellátás garantálása a régió minden településén, valamint a sürgősségi és intenzív ellátás jelenlegi egyenlőtlen hozzáférési esélyeinek javítása a régión belül.

8. ábra: Agyérbetegségek miatti halálozás az észak-alföldi régióban, Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében és Magyarországon, 1985-2003.



Rosszindulatú daganatok

A férfiak daganatos halálozása lassan, de folyamatosan nőtt az elmúlt 15 évben.

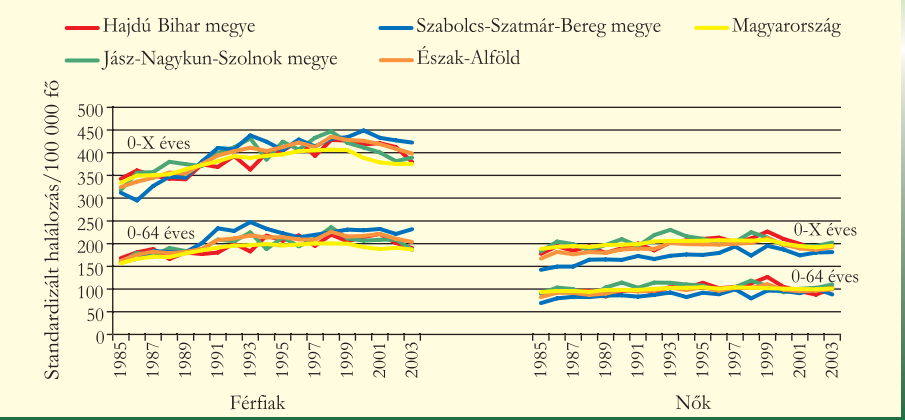
A halálozások gyakorisági listáján a rosszindulatú daganatok a második helyet foglalják el. A régióban ez csaknem 5500 halálesetet jelentett 2003-ban.

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

Az egészséges életvezetést, körültekintő környezetkímélő magatartást, az embert védő munkakörnyezet kialakítását, valamint az ivóvíz és élelmiszerek biztonságát elősegítő politikák kialakításával sokat lehet tenni a rosszindulatú daganatok kialakulása ellen (primer prevenciós eszközök). További fontos tényező lehet a daganatok okozta halálozások csökkentésében, hogy több olyan rosszindulatú daganat van, mely gyógyítható, ha időben kerül felismerésre, például szűrővizsgálat alkalmával (szekunder prevenciós eszközök).

Az észak-alföldi régió összdaganatos halálozása a férfiak esetében minden korcsoportban, minden megyében az országos értékeket meghaladja. További kedvezőtlen tényező, hogy – a nemzetközi csökkenő halálozási trendektől eltérően – az utóbbi 15 évben, a régióban a daganatos halálesetek száma és aránya lassan, de egyenletesen emelkedik.

9. ábra: A rosszindulatú daganatos betegségek okozta halálozás az észak-alföldi régióban, megyéiben és Magyarországon, 1985-2003.



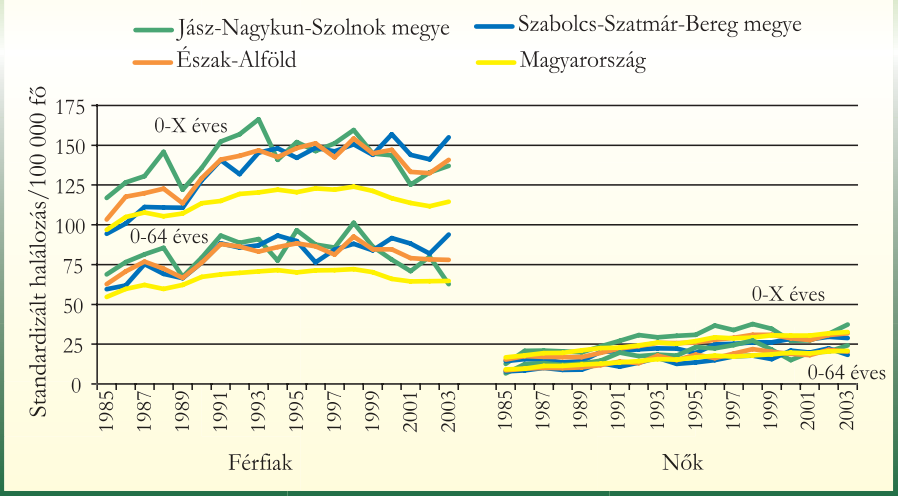
Légcső, hörgő és tüdő, az emlő és a méhnyak rosszindulatú daganatai

Az észak-alföldi régióban a férfiak rosszindulatú daganatai között, az országos viszonyokhoz hasonlóan, első helyen a légcső-, hörgő- és tüdőrák áll. A halálozások mértéke azonban jóval meghaladja az országos átlagértékeket (10. ábra). A teljes férfi lakosságot figyelembe véve, a régióban az országos adatokhoz képest közel 40%-os a többlethalálozás, mely valamelyest kisebb mértékű (20% körüli) a 65 év alatti férfiak körében.

E halálok esetén is megfigyelhetők területi egyenlőtlenségek a régióban, mely legmarkánsabban a 65 év alatti korcsoportban, Szabolcs-Szatmár-Bereg megye férfi lakosságának halálozásában nyilvánul meg. Itt ugyanis százezer lakosra 93 légcső-, hörgő- és tüdőrák miatti haláleset jutott 2003-ban, az országos 65 halálesettel szemben.

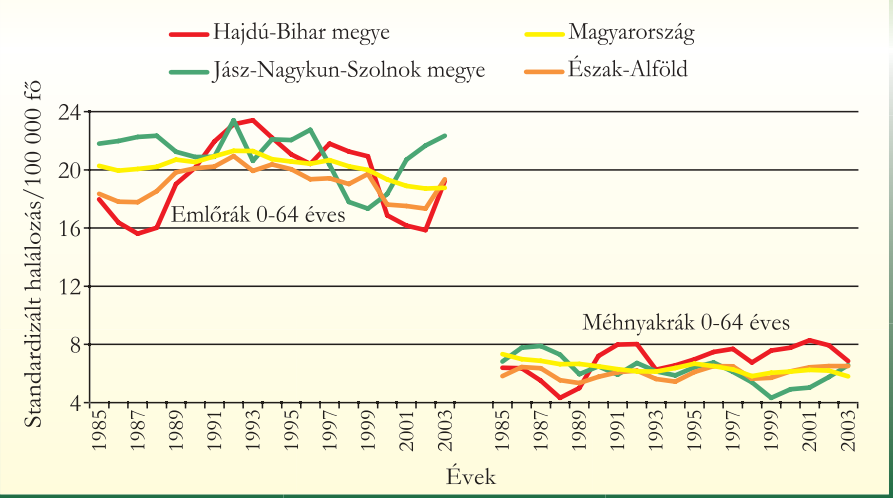
A daganatos halálozások elleni stratégiáknak primer és szekunder megelőző aktivitásokat kell meghatározniuk. Ilyen, főleg primer megelőzési aktivitásokkal (dohányzás, légszennyezettség elleni küzdelem, biztonságos munkakörnyezet biztosítása stb.) csökkenthető a légcső, hörgő és tüdő rosszindulatú daganatai miatti halálozás.

10. ábra: Légcső, hörgő, tüdő rosszindulatú daganata miatti halálozás az észak-alföldi régióban, megyéiben és Magyarországon, 1985-2003.



Az aktív korú nők daganatos betegségek miatti halálozásában kiemelt az emlő rosszindulatú daganatos betegsége. Az észak-alföldi régióban az emlőrák miatti halálozás, rövidebb periódusoktól eltekintve, két megyében (Hajdú-Bihar és Jász-Nagykun-Szolnok) magasabb, mint az országos átlag. A méhnyakrák okozta fiatalkori halálozások Jász-Nagykun-Szolnok megyében mutatnak többletértékeket az országos halálozási viszonyokhoz képest (11. ábra).
Ma már számos tudományos bizonyíték szól amellett, hogy az emlő rosszindulatú daganata, illetve a méhnyakrák esetén, a veszélyeztetett korú lakosság szűrése csökkenti e betegségek miatti halálozást. Régiós szinten is fontos a lakossági szűréseket támogató egészségfejlesztési stratégiák megalkotása.

11. ábra: Emlőrák és méhnyakrák miatti halálozás alakulása az észak-alföldi régióban, megyéiben és Magyarországon, 65 év alatti nőknél, 1985-2003.

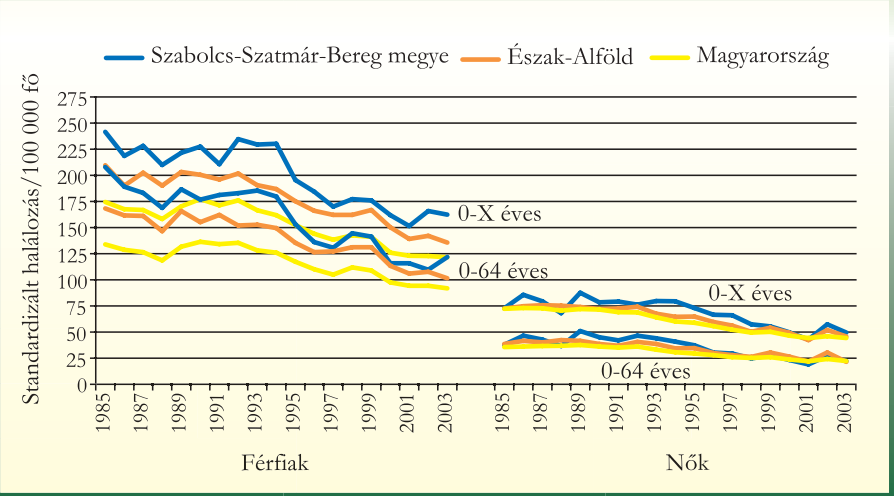


Külső okok miatti halálozások

A külső okokra visszavezethető halálozások a haláloki struktúrában a harmadik helyen állnak. Ide tartoznak a háztartási, a közlekedési és munkahelyi balesetek mellett az erőszak illetve önsértés következtében bekövetkező halálozások is. E halálozások okai sok esetben olyan társadalmi-gazdasági-kultúrális összefüggésekre vezethetők vissza, melyek messze túlmutatnak az egészségügy kompetenciáján.

Az észak-alföldi halálozási viszonyok elemzésekor – a ritkán megfigyelhető kedvező csökkenő tendenciák mellett is – figyelemre méltó, hogy a térség férfi lakosságának halálozása minden korcsoportban és minden megyében magasabb, mint az országos átlag, valamint több mint kétszerese az EU 15 országok halálozásának (12. ábra). A férfiak halálozásának közel 80%-a (135 halálesetből 101, százezer lakosra vonatkoztatva), nők esetén pedig valamivel kevesebb mint 50%-a (46 halálesetből 22 százezer lakosra) a fiatal, 65 év alatti korosztályban következik be.

12. ábra: Morbiditás és mortalitás külső okai miatti halálozás alakulása az észak-alföldi régióban, Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében és Magyarországon, 1985-2003.



Öngyilkosság

Az észak-alföldi régióban közel 50%-kal magasabb a fiatalkori halálos öngyilkosságok aránya, mint országosan.

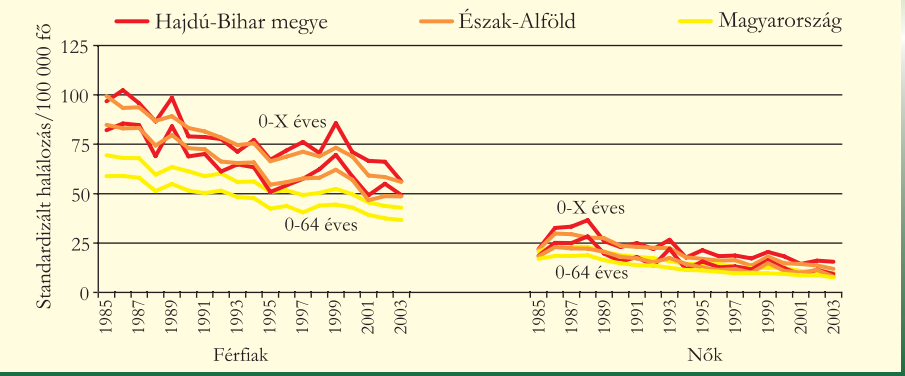
Az öngyilkosság minden korban és kultúrában előfordul, igaz eltérő gyakorisággal. Az öngyilkosságok tekintetében Magyarország a világranglistát vezető országok közé tartozik. A nyolcvanas évek elejétől vezető szerepünk ellenére, az öngyilkosságok okozta halálozások minden korosztályban csökkentek. A javuló tendencia hátterében a pszichiátriai ellátás fejlődése, ezen belül is a depressziók korábbi és jobb felismerése, hatékonyabb kezelése, az antidepresszívumok forgalmazásának növekedése, illetve a sürgősségi (S.O.S) krízistelefon-szolgálatok elérhetőségének javulása állhat.

A régióban is az országos tendenciáknak megfelelően, az 1980-as évek elejétől főleg a férfiaknál egyenletesen csökkenő halálozási trend figyelhető meg (13. ábra).

Figyelemre méltó, hogy a régióban az aktív korú férfi lakosok öngyilkossági halálozása meghaladja az országos teljes lakosságra vonatkoztatott, azaz az idősebb korosztályt is magába foglaló halálozási értékeket. Az utóbbi években a öngyilkosság miatt a legjelentősebb többlethalálozás mind a férfiak, mind a nők körében Hajdú-Bihar megyében volt.

Fontosnak tartjuk hangsúlyozni, hogy a régiós politikáknak támogatni kell azon multiszektoriális együttműködéseket (oktatásban, egészségügyben, egyházaknál, szociális területen dolgozók ismereteinek bővítése), melyek során javul a krízisállapotba jutottak felismerése és a megfelelő segítségnyújtás gyakorisága.

13. ábra: Öngyilkosság, önsértés miatti halálozások alakulása az észak-alföldi régióban, Hajdú-Bihar megyében és Magyarországon, 1985-2003.



MEGBETEGEDÉSEK

A lakosság megbetegedési viszonyainak ismerete – a halandósági elemzések mellett – elengedhetetlen a hatékony, szükségletekhez alkalmazkodó egészségügyi ellátórendszer, a sikeres egészségfejlesztési stratégiák, valamint szűrőprogramok tervezéséhez.
Tájékoztatónk olyan megbetegedési viszonyokra hívja fel a döntéshozók figyelmét, mely a két legnagyobb haláloki csoporttal – a szív-érrendszeri és a rosszindulatú daganatos halálozásokkal – állnak szoros összefüggésben.

SZÍV-ÉRRENDSZERI BETEGSÉGEK

A nők 60%-a túlsúlyos vagy elhízott a régióban.

Sok olyan rizikó állapot/betegség létezik, mely időbeni felismerésével és hatékony kezelésével a szív-érrendszeri halálozások száma csökkenthető. Ilyen rizikó betegség a magas vérnyomás és cukorbetegség, illetve rizikó állapot az elhízás, melyet 1998 óta a WHO betegségként definiál.
A nőknél a magasvérnyomás betegség gyakrabban fordul elő, mint férfiaknál a vizsgált korosztályok többségében (2. táblázat). A férfiak között az észak-alföldi régióban összességében ritkább ez a betegség, mint országosan.
Ugyanez az általános tendencia figyelhető meg a cukorbetegség esetében is, alacsonyabb megbetegedési gyakoriság mellett.

2. táblázat: A magas vérnyomás, a cukorbetegség és az elhízás gyakorisága az észak-alföldi régió és Magyarország lakosai között, kor és nem szerint, 2003.

Terület	Férfiak				Nők			
	18-34	35-64	65+	Összesen	18-34	35-64	65+	Összesen
	Magas vérnyomás gyakorisága (%)							
Észak-Alföld	9%	27%	43%	22%	7%	34%	69%	32%
Magyarország	8%	32%	48%	26%	6%	35%	64%	33%
	Cukorbetegség gyakorisága (%)							
Észak-Alföld	-	7%	12%	5%	2%	6%	20%	8%
Magyarország	-	8%	20%	7%	2%	7%	18%	8%
	Túlsúly/Elhízás gyakorisága (%)							
Észak-Alföld								
Túlsúlyos	30%	45%	35%	38%	16%	39%	36%	31%
Elhízott	11%	19%	31%	17%	19%	10%	20%	29%
Magyarország								
Túlsúlyos	31%	44%	40%	39%	15%	35%	38%	30%
Elhízott	11%	23%	29%	20%	7%	23%	23%	18%

*forrás: Országos Lakossági Egészségfelmérés 2003, Országos Epidemiológiai Központ

A túlsúly és az elhízás világszerte növekszik a fejlett országokban. Megdöbbentően magas arányban érintett a régió lakossága is e kockázati betegségben: mintegy 60% körüli az elhízott vagy túlsúlyos nők aránya, jóval meghaladva az országos 48%-os gyakoriságot. Tovább súlyosbítja a helyzetet, hogy elsősorban a fiatal, 35 év alatti nőket érinti az elhízás.
Az észak-alföldi férfiak közül, bár az országos előfordulási gyakoriságokat nem meghaladva, de még így is az érintettek több mint fele túlsúlyos vagy elhízott.
Az alapellátásban megvalósuló szív-érrendszeri szűrővizsgálatok (vérnyomás, vércukor és vérkoleszterinszint-mérés) és azok hatékony kezelése, valamint egyes életmódbeli változások (egészséges táplálkozás, testmozgás) tudományos bizonyítékok alapján csökkentik és megelőzhetik a szív-érrendszeri megbetegedéseket, javítva a lakosság egészségi állapotát.
A régiós stratégiák tervezésekor alapvető az ebben érintett szolgáltatók tevékenységének, (az alapellátás és a járóbeteg-szakellátás) az ellátás minőségének és hozzáférhetőségének javítása.
Annál is inkább sürgetőnek tűnik e kérdés megoldása, mert a magas, elsősorban férfiakat érintő halálozási viszonyok mellett valószínűtlen a megbetegedések országosnál ritkább előfordulása régiónkban. Az említett paradox helyzet inkább annak köszönhető, hogy a régión belül – valószínűleg a többlethalálozással bíró területeken – még mindig sok a fel nem ismert és kezeletlen beteg.

DAGANATOS MEGBETEGEDÉSEK

A régión belüli összehasonlítás alapján elmondható, hogy mind a légcső-, hörgő- és tüdő-, mind pedig az emlőrák tekintetében a legnagyobb megbetegedési gyakoriságot a régió nyugati megyéjében, Jász-Nagykun-Szolnok megyében találtunk (3. táblázat).

3. táblázat: Daganatos megbetegedések becsült gyakorisága a GYÓGYINFOK adatbázisából 1998-2000 között (10000 25-X éves lakosra vonatkoztatva, %)

	Hajdú-Bihar	Szabolcs-Szatmár-Bereg	Jász-Nagykun-Szolnok	Észak-Alföld
Tüdőrák	50,0	44,4	63,4	51,7
Emlőrák*	57,6	52,9	85,4	63,6

*csak női lakosokra vonatkoztatva

A rosszindulatú daganatok elleni küzdelemben fontosnak tartjuk hangsúlyozni a már beindult lakossági szűrőprogram támogatását, az egészségügyi struktúra daganatos megbetegedési viszonyaihoz igazodó átalakítását, fejlesztését, a daganatos betegségek kialakulását csökkentő egészséges lakó és munkakörnyezet kialakítását, valamint az egészséges életmód terjedését célzó programok fontosságát.

EGÉSZSÉGET BEFOLYÁSOLÓ TÉNYEZŐK

A lakosság egészségi állapotának leírásakor nem szabad figyelmen kívül hagynunk olyan, az egészséget jelentősen befolyásoló tényezőt, mint a lakosság egészségmagatartását, ezen belül is az életmódbeli szokásokat.

FUNKCIONALITÁS

Az utóbbi időkben az egészség jellemzésére olyan egészségmodellt alkalmaznak, – a WHO ajánlásával – mely egy személy egészségét annak alapján ítéli meg, hogy mennyire tud aktívan részt venni az őt körülvevő társadalmi környezet életében. E modell szerint három kategória különböztethető meg a személy korlátozottságának mértékére: nincs korlátozottság, enyhe/közepes és súlyos korlátozottság.
A régióban átlagosan a felnőtt férfiak majdnem 60%-a, a nők 50%-a nem korlátozott a mindennapi életében, ami az országos értékeknél valamivel jobbnak mondható. Természetesen a kor előrehaladtával növekszik a súlyosan korlátozottak aránya is, mely a régióban azt jelenti, hogy 65 év felett minden 5. férfi, és minden 6. nő igényelt segítséget a mindennapi életéhez (öltözködés, mosakodás, étkezés, stb.). Ellátásuk, segítésük, olyan ápoló, gondozó, segítő szolgáltatásokat igényel, melyek kialakítása az egészségügyi és szociális stratégiák közös része kell, hogy legyen.

EGÉSZSÉGMAGATARTÁS

Az egészségi állapot jellemzéséhez hozzátartozik olyan magatartásformák vizsgálata, mellyel az egyének növelik a betegségek kialakulásának kockázatát, illetve az ezzel ellentétes magatartások, melyek a betegségek elkerülésére vagy azok gyógyítására irányulnak. A kockázati magatartáshoz tartoznak a káros életmódbeli szokások, mint például a dohányzás, az alkoholfogyasztás, vagy az inaktív, mozgásszegény életmód. Ezek súlyára utal, hogy az utóbb említett néhány káros életmódbeli szokás, az összes betegségteher 30%-nál jelent kockázati tényezőt. Az ún. egészségmegőrző tevékenységhez tartozik például a testmozgás vagy a lakosok szűrővizsgálatokon való részvétele.

Dohányzás

A férfiak 40%-a dohányzik a régióban.

A legsúlyosabb kockázatot jelentő életmódbeli tényezőnek a rendszeres dohányzás tekinthető. A dohányzás nemcsak a rosszindulatú daganatos betegségek rizikófaktora, hanem a szív-érrendszeri betegségeké is. Így például dohányos emberek körében az agyvérzés, agylágyulás vagy szívinfarktus kockázata 3-4-szer nagyobb, mint nemdohányzó társaiknál. Egyes nemzetközi felmérések szerint évente világszerte négymillióan halnak meg a dohányzás következtében.
Az OLEF 2003 (Országos Lakossági Egészségfelmérés 2003) adatai szerint az észak-alföldi férfiak 40%-a, a nők 25%-a napi rendszerességgel dohányzik. Férfiaknál a dohányzás gyakorisága valamivel magasabb, mint az országos átlag. A rendszeresen dohányzó férfiak 2/3-a, a nők kevesebb, mint fele naponta 20 szálnál többet szív. Aggasztónak tekinthető, hogy fiatal korban mindkét nemnél magasabb a rendszeresen és sokat cigarettázók aránya, mint időseknél.

Alkoholfogyasztás

A mérsékelt alkoholfogyasztás kedvező hatású lehet a szív-érrendszeri halálozások megelőzésében, a rendszeres, nagymértékű alkoholfogyasztás, és az abból eredő függőség már súlyosan károsítja a testi-lelki egészséget.
A régióban minden 7. férfi (14%) saját bevallása szerint nagyivó, szemben az országos 18%-kal. Az életkor előrehaladtával nő a rendszeres, nagy mennyiségű alkoholt fogyasztók aránya. A nők italfogyasztási szokásai a megkérdezettek bevallása alapján jóval kedvezőbbek, ugyanis életkortól függetlenül csak mintegy 1%-uk tartozik a nagyivók közé, szemben az országos 2,5%-os gyakorisággal.

Táplálkozás, elhízás

Az egészségtelen táplálkozási szokások egyik következménye a túlsúly vagy elhízás. A WHO adatai alapján az elhízás gyakorisága világszerte emelkedik. Ma már az elhízást is olyan betegségként emlegetjük, mely fontos kockázati tényező a szív-érrendszeri betegségek, egyes bélrendszeri daganatok, a cukorbetegség, valamint a csontritkulás kialakulásában. Az elhízás már a régióban is népbetegségnek számít, hisz átlagosan a lakosság több mint fele érintett ebben az egészségproblémában.

Testmozgás

A testmozgás egészségi állapotra kifejtett hatása ma már bizonyítottan pozitív: csökkenti a szív-érrendszeri betegségek előfordulási gyakoriságát, valamint megelőző tényezőként tartják számon a magasvérnyomás, az elhízás, a cukorbetegség, a csontritkulás, a depresszió, valamint a vastagbél-daganatok kialakulásában.
A régióban minden 6. férfi és nő soha, vagy ritkábban, mint hetente végez testmozgást.
Hangsúlyozzuk, hogy az életmód javítását célzó stratégiák része kell, hogy legyen a minél szélesebb körben, könnyebben és olcsóbban hozzáférhető tömegsportolási lehetőségek biztosítása is, hisz egyéb kutatásokból ismert, hogy a kevésbé iskolázott vagy rosszabb anyagi helyzetben lévők lehetőségei, esélyei még kisebbek a rendszeres testmozgás végzésére.

Egészségkultúra

Az egészségkultúra magában foglalja mindazon hiedelmeket, ismereteket, attitűdöket, melyek meghatározzák az egyén saját egészségi állapotának befolyásolhatóságával kapcsolatos gondolkodását. Az egészségkultúra egyik mérhető jellemzője, hogy mit gondolnak az emberek arról, hogy mennyit tehetnek saját egészségük érdekében.
A régióban a férfiak 30%-a, a nők 36%-a véli úgy, hogy semmit vagy csak nagyon keveset tehet saját egészsége érdekében.
Az egyének életmódja, egészségmagatartása, kockázati tényezők jelenléte és az egészségvédő magatartásokhoz való hozzáférhetőség társadalmilag, gazdaságilag, kulturálisan nagymértékben meghatározott és függ az egyének választásától, döntésétől is.

Együttműködési készség

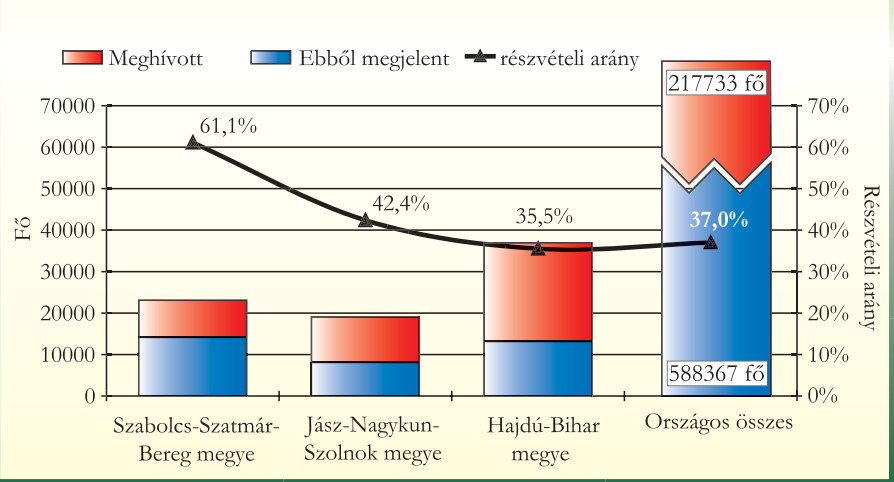
Szűrővizsgálatokon való részvétel

Az egészségmagatartás magába foglalja az egészségmegőrző aktivitásokat, melyek közé tartozik a szűrővizsgálatokon való részvétel is. A Népegészségügyi Program keretében, 2001. év végén indultak el a szervezett lakossági szűrések, elsőként az emlőszűrés.

Az észak-alföldi régióban, 2004-ben nagy különbségek voltak a részvételi arányok tekintetében (14. ábra). Legjobban a szabolcsi nők, asszonyok voltak motiválva a szűrésen való megjelenésre.

Fontosnak tartjuk olyan kezdeményezések támogatását, melyek elősegítik, hogy a régió magasabb megbetegedési aránnyal bíró területein is minél nagyobb arányban vegyenek részt a szűrővizsgálatokon.

14. ábra: Emlőszűrésen megjelentek száma és aránya országosan, valamint az észak-alföldi régió megyéiben, 2004.



EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÓRENDSZER

Bár az egészségügyi ellátás hozzájárul a lakosság egészségi állapotának alakulásához, mégis e tekintetben a környezeti (fizikális és társadalmi), életmódbeli és genetikai sajátságok egyenként és összesítve is sokkal meghatározóbbak.
Hazai kutatók szerint a volt szocialista országokban az egészségügyi ellátás, és annak minősége illetve hozzáférhetősége, a fejlett országoktól nagyobb mértékben, mintegy 18-20%-ban felelős a lakosság egészségi állapotának alakulásáért.
Az ellátórendszer hatása betegségenként is eltérő lehet. Így például a szív-érrendszeri halálozások csökkenésének 1/3-a az egészségügyi technológiák robbanásszerű fejlődésének és széles körű elérhetőségének tulajdonítható.
Fontos tehát egy régióban, hogy a lakosság egészségi állapotának, betegségterhének megfelelő egészségügyi struktúra kerüljön kialakításra, amely a megfelelő hozzáférést is biztosítja.

Alapellátás

Az alapellátás kompetenciájába tartozik a betegségek korai felismerése érdekében végzett szűrővizsgálatok, a már kialakult betegségek kezelése, a lakosok egészségmagatartását befolyásoló tevékenységek.
A jó minőségű alapellátás biztosításával javítható a lakosság egészségi állapota is. Sok hazai publikáció foglalkozik azonban azzal, hogy az alapellátás bár mindenki számára könnyen hozzáférhető, a jelenlegi ellátási rendszerben nincsenek meg azok az ösztönző erők, melyek a preventív szemléletű, s a szakmailag megalapozott, lehető legszélesebb körű ellátás terjedését segítenék elő.
A finanszírozási és egyéb szabályozási mechanizmusokon túl az ellátás minőségét a praxisok leterheltsége is meghatározza. Az egy praxisba bejelentkezettek száma alapján elmondható, hogy a régióban működő háziorvosoknak (felnőtt és gyermek) több beteget kell ellátniuk, mint az országban átlagosan. Különösképpen igaz ez Szabolcs-Szatmár-Bereg megyére (4. táblázat), ahol az alapellátás helyzete egyes kistérségekben katasztrofális az orvoshiány okozta be nem töltött praxisok nagy száma miatt.

4. táblázat: Az alapellátás jellemzői az észak-alföldi régió megyéiben és országosan, 2002.

Intézményi ellátás	Szabolcs-Szatmár-Bereg megye	Hajdú-Bihar megye	Jász-Nagykun-Szolnok megye	Észak-Alföld	Magyarország
Háziorvosi körzetek száma/ 100 000 20 év feletti lakos	62,8	65,3	62,2	63,5	65,2
Egy felnőtt praxisra jutó páciens-szám	2190	2045	2107	2114	1982
Házi gyermekorvosi körzetek száma/ 100 000 19 év alatti lakos	4,2	6,7	6,2	5,5	6,9
Egy gyermek praxisra jutó páciens-szám	1739	1497	1610	1612	1515
Védőnők száma/ 100 000 lakos	56	44	51	50	48

Az ellátás minőségét nem kizárólag az ellátást végzők felkészültsége, hanem a betegek egészségmagatartása, vagy éppen az alapellátás túlterheltsége is befolyásolhatja.

Az alapellátásban végzett szűrések közül vérnyomásmérés a felnőtt lakosság 76%-ánál, vércukormérés 46%-ánál, vérkoleszterinszint meghatározás pedig csak 38%-ánál történt, szemben a magasabb országos gyakoriságokkal.

Kiemelt javaslatunk az alapellátás minőségének javítása, csakúgy, mint az alapellátás terheltségét csökkentő új praxisok létrehozásának, valamint az orvosok a régióban való letelepedésének támogatása.

Járó és fekvőbeteg ellátás

A gazdaságossági szempontokat is figyelembe vevő egészségügyi rendszer az egyes ellátásokat minél alacsonyabb progresszivitású szinten, s lehetőleg a beteghez minél közelebb biztosítja.

Az utóbbi évek hazai betegellátásában bár az ágyszámok csökkenésével párhuzamosan a járóbeteg kapacitások növekedtek, mégsem érvényesül az előbbi gazdaságossági elv. Ennek magyarázata abban rejlik, hogy az egyes szolgáltatási szintek ellátási kompetenciái nincsenek meghatározva. Ily módon sok esetben a beteg ellátásának helyét nem az aktuális állapota határozza meg, hanem az, hogy melyik szolgáltató az, akinek a maximális kihasználtsághoz és finanszírozáshoz, ellátási esetre van szüksége.

Másrészről az alapellátás nem ösztönzött és nem is kényszerített a kompetenciájába tartozó esetek ellátására, így semmilyen gátló tényező nem érvényesül az indokolatlanul magasabb és egyben drágább szakellátások számának csökkentése érdekében.

A régióban a jelenlegi kapacitások összetétele, valamint földrajzi megoszlása nem teljes mértékben illeszkedik a halálozások és betegségek alapján megfogalmazható szükségletekhez (5. táblázat).

A kiemelkedően magas szív-érrendszeri halálozással terhelt Szabolcsban, ahol magas az akut intenzív ellátást igénylő esetek száma, az intenzív, belgyógyászati és ideggyógyászati kapacitások mértéke a legalacsonyabb a régióban, messze elmaradva az országos átlagtól.

A régió igen terhelt a rosszindulatú daganatos halálozások szempontjából, mégis az onkológiai ellátásának teljesítőképessége átlagban sem éri el az országos értékeket, s földrajzi megoszlása is rendkívül egyenlőtlen.

Bár Hajdú-Bihar megyében az öngyilkosságok aránya rendkívül magas az országos átlaghoz képest, ennek ellenére a megelőző állapotok (krízis állapot, depresszió) kiszűrését és ellátását végző szolgáltatók kapacitásai csak az országos értékeknek megfelelőek (pszichiátria, addiktológia). A szakorvosok száma és aránya 100 000 lakosra vonatkoztatva csak Hajdú-Bihar megyében közelíti meg az országos átlagot.

A régió jelenlegi humán erőforrása a jelenlegi kapacitások fenntartására elegendő, s a szakemberhiány az ellátórendszer átalakítását veszélyeztető tényezővé válhat.

Fontos egy régióban, hogy a gazdaságossági szempontokat is figyelembe véve, a szükségleteknek (morbiditási, mortalitási viszonyoknak) megfelelő összetételű betegellátó-rendszer kerüljön kialakításra, ahol az ellátás lehetőleg minél alacsonyabb progresszivitású szinten, minél inkább a beteg lakhelyéhez közelebb realizálódjon.

5. táblázat: Fekvőbeteg (ágyszám) és járó (óraszám) kapacitások 10000 lakosra vonatkoztatva, 2003.

	Országos átlag	Hajdú-Bihar	Szabolcs-Szatmár- Bereg	Jász- Nagykun-Szolnok
Fekvőbeteg-ellátó intézményi kapacitások (ágyszám/10000 fő)				
Belgyógyászat	13,98	15,15	13,50	15,33
Sebészet	6,9	9,22	5,75	7,07
Traumatológia	3,38	4,27	2,68	3,32
Szülészet-nőgyógyászat	4,84	6,02	4,63	5,45
Csecsemő és gyermekgyógyászat	4,85	5,00	4,97	4,19
Ideggyógyászat	3,38	3,20	3,17	2,54
Onkológia, onkoradiológia	1,82	2,84	0,69	0,73
Elmegyógyászat	5,48	4,44	3,52	2,42
Felvételi osztály	0,23	0,47	0,74	0,29
Intenzív betegellátó	1,33	3,51	0,93	1,16
Rehabilitációs osztály	6,47	4,22	3,26	1,45
Tartós ápolás	1,49	1,29	0,34	2,08
Krónikus osztályok együtt	19,25	10,58	14,17	10,36
Aktív és krónikus összesen	79,25	79,62	70,79	65,4
Járóbeteg-ellátó kapacitások (óraszám/10000 fő)				
Belgyógyászat és társszakmái	28,28	31,51	15,19	16,12
Kardiológia	9,13	9,20	4,87	2,95
Sebészet és társszakmái	14,19	12,60	7,74	6,56
Traumatológia	8,00	11,38	6,54	3,43
Szülészet-nőgyógyászat	16,59	15,25	9,33	10,48
Csecsemő- és gyerekgyógyászat	17,54	14,86	10,25	9,79
Ideggyógyászat és stroke	11,21	14,61	4,09	6,12
Onkológia	3,89	3,25	1,72	1,69
Onkoradiológia	2,12	1,24	2,42	0,00
Pszichiátria	10,94	15,73	5,01	12,73
Ideg- és elmegyógyászat	9,83	10,49	2,24	8,26
Addiktológia	5,49	5,41	0,97	0,12
Sürgősségi betegellátás	3,07	1,60	2,80	3,48
Laboratórium	23,48	30,13	13,00	13,27
Képalkotó eljárások	37,5	38,44	21,63	14,82
Patológia	7,31	7,90	1,90	4,31
Rehabilitáció	2,99	4,95	2,10	0,00
Összesen	321,38	318,66	166,71	173,15

MEGBESZÉLÉS, JAVASLATOK AZ ÉSZAK-ALFÖLDI RÉGIÓ DÖNTÉSHOZÓI SZÁMÁRA

Az egészséget az egyén társadalmi-gazdasági helyzete, az őt körülvevő környezet állapota, az öröklött adottságai és az elérhető egészségügyi szolgáltatások színvonala határozza meg. Minden központi kormányzati (adó-, agrár-, és árpolitika stb.) és regionális szintű döntés (várospolitikai) hatással van az emberek egészségi állapotára és választott egészségmagatartási szokásaira.

Az alábbiakban néhány lényeges pontban összefoglaljuk azokat a megállapításokat, melyet fontosnak tartunk a régiós politika, egészségpolitika kialakításánál:

- Az észak-alföldi régión belül jelentős eltérések vannak a lakosság egészségi állapotában (mortalitási, morbiditási viszonyok). Minden régiós politikai, egészségpolitikai döntésnek azt a célt kell szolgálnia, hogy csökkenjenek az egészségi állapotban megnyilvánuló egyenlőtlenségek.
- Az aktív korú férfiak egészségi állapota lényegesen rosszabb, mint a nőké. A helyi döntéshozóknak növelni kell a férfiak munkakörülményeinek biztonságát, segíteni kell azon törekvéseket, melyek a férfiak jobb egészségmagatartását támogatják.
- A szív-érrendszeri halálozások magas gyakorisága és aránytalan területi megoszlása sok aktív korú lakost érint. Szükségszerű a régióban a hatékonyabb, preventív szemléletű alapellátás támogatása, valamint a hátrányos helyzetű térségekben az intenzív sürgősségi ellátás minőségének és hozzáférési esélyeinek javítása.
- Az országban, az észak-alföldi régió daganatos halálozása a legmagasabb. Minden politikai döntésnek szem előtt kell tartani a daganatok kiváltásában is szerepet játszó külső hatásoktól (expozícióktól) mentes környezet kialakítását, vagy legalábbis az egészségre még nem ártalmas határértékek betartását. Fontos a daganatok okozta veszteségek csökkentésében a lakossági szűrővizsgálatok helyi támogatása és az intézményrendszer megfelelő kapacitásainak kialakítása a daganatos betegek ellátására, valamint az egészséges életmód elterjesztése a daganatok megelőzésére.
- Komoly többlete van a régiónak az öngyilkosságok okozta halálozásokban. Olyan multiszektoriális együttműködésre van szükség (egyházak, oktatás, egészségügy stb.), mely képes a krízis állapotba, depresszióba került személyek felismerésére és hatékony támogatására.
- Időszerű a régió intézményrendszereinek, járó és fekvőbeteg kapacitásainak átalakítása a régió lakosságának szükségletei alapján, valamint a szakemberek térségben maradását és térségbe vándorlását segítő politikák kialakítása.

- Kedvezőtlen a térségben a lakosok egészségmagatartása. Támogatni kell minden olyan szervezett és civil kezdeményezést, mely az egészséges életmód elterjedéséhez vezethet, különösképpen a dohányzási, alkoholfogyasztási, táplálkozási és testmozgási szokások vonatkozásában.
- A politikusoknak, az egészségügyi szakembereknek, az oktatásban és egyéb közszférában dolgozóknak tudniuk kell, hogy saját magatartásformáik, és felelős gondolkodásuk az egészséggel kapcsolatban (például a nemdohányzók védelméről szóló törvény betartásával szembeni magatartásuk stb.) befolyásolják a lakosság egészségmagatartási szokásait is.

Források:

Központi Statisztikai Hivatal évkönyvei

Europen Health for All Database, WHO/Europa, June 2004. www.who.dk

Magyar Egészségadattár 1985-2003. Országos Epidemiológiai Központ, Budapest 2004.

Kutatási jelentés az Országos Lakossági Egészségfelmérésről 2000 (OLEF 2000). Országos Epidemiológiai Központ, Budapest 2002.

Gyorsjelentés az Országos Lakossági Egészségfelmérésről 2003. (OLEF 2003). Országos Epidemiológiai Központ, Budapest 2004.

Józan P: Epidemiológiai válság Magyarországon a 90-es években. Statisztikai szemle 1994, 72:5-20.

Boys RJ, Forster DP, Jozan P: Mortality from causes amenable and non-amenable to medical care: the experience of eastern Europe. British Medical Journal 1991, 303:879-83.

U.S. Preventive Services Task Force: Guide to clinical preventive services. Williams and Wilkins, 1996.

Sándor J., Szűcs M., Kiss I. és mtsai: Subdurális vérzéssel kezelt betegek halálozási viszonyait befolyásoló tényezők. Clinical Neuroscience/Ideggyógyászati szemle 2033, 56: 386-95.

Lynch JW, Kaplan GA, Pamuk ER és mtsai: Incoma inequality, and mortality in metropolitan areas of the United States. American Journal of Public Health 1998, 88: 1074-80

Lalonde M: A new perspective on the health Of Canadians. A working document. Minister of Supply and Service Canada, Ottawa, 1981

Second national report on health sector performance indicators. A report to the Australian Helth Mininister' Conference by National Health Ministers' Benchmarking Working Group, Camberra, June 1998.

Puska P: Successful prevention of non-communicable diseases: 25 years experiences with North Karelia Project in Finland. Public Health Medicine 2002, 4 (1): 5-7.

Bondár É: A magyar egészségügyi finanszírozási rendszer vizsgálata. Budapest, Vegyesvállalati együttműködés, 1998.

T. Baxter, Ph. Milner, K. Wilson, M. Leaf and mtsai: A cost effective, community based heart health promotion project in England: prospective comparative study, BMJ 1997, 315: 382-85.

Palla S.: A háziorvoslás finanszírozási anomáliái. Miskolci Háziorvosi Egyesület felkérésére készült munkaanyag 2003. www.webdoki.hu

DOKUMENTUM INFORMÁCIÓK

Készült: 2004. november-2005. február
Az Országos Epidemiológiai Központ pályázati felhívására

Sorozatcím: Népegészségügyi Jelentés

Kiadványcím: Észak-Alföldi Regionális Népegészségügyi Jelentés 2005

Pályázatban közreműködők: Észak-Alföld területén működő
Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat
Jász-Nagykun-Szolnok, Hajdú-Bihar és
Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Intézetei

Intézetvezetők: **Dr. Kósa Zsigmond** megyei tisztifőorvos
ÁNTSZ Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Intézete

Dr. Pásti Gabriella megyei tisztifőorvos
ÁNTSZ Hajdú-Bihar Megyei Intézete

Dr. Imre Anikó megyei tisztifőorvos
ÁNTSZ Jász-Nagykun-Szolnok Megyei Intézete

Szerzők: **Dr. Tokár Zsuzsanna**
ÁNTSZ Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Intézete

Dr. Kohut Zsuzsa
ÁNTSZ Hajdú-Bihar Megyei Intézete

Dr. Ragó Márta
ÁNTSZ Jász-Nagykun-Szolnok Megyei Intézete

Felelős kiadó: **Dr. Melles Márta**

Szerkesztők: **Bakacs Márta, Kaposvári Csilla**
Országos Epidemiológiai Központ, Budapest

A kiadás dátuma: 2005. április

Kiadja: Országos Epidemiológiai Központ, Budapest
Országos Tisztifőorvosi Hivatal, Budapest

A dokumentum pdf formátumban letölthető a www.oek.hu weboldalról

Kapcsolattartó: Kiss Gábor (kissgabor@oek.antsz.hu)

A kiadvány adatainak másodlagos publikálása csak a forrás feltüntetésével történhet!

Johan Béla Országos Epidemiológiai Központ
1097 Budapest, Gyáli út 2-6.

2005