

KAJTOR ERZSÉBET

## Az életminőség kihívásai Nógrád megyében, a morbiditási és mortalitási mutatók alapján

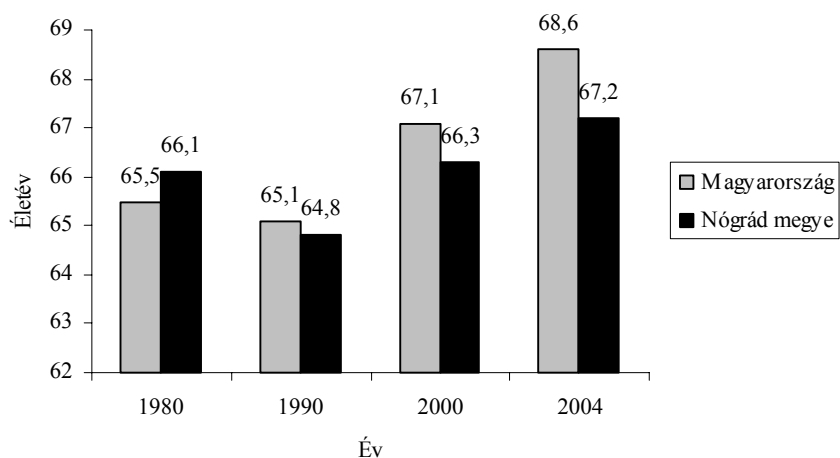
### Bevezető

Az elérhető legjobb egészségi állapot élvezete minden emberi lény alapvető joga, bármilyen legyen is vallása, politikai nézete, gazdasági vagy társadalmi helyzete (az Egészségügyi Világszervezet alkotmánya, 1948).

A Magyar Köztársaság területén élőknek joguk van az élethez, az emberi méltósághoz, a lehető legmagasabb szintű testi és lelki egészséghez. Ezt a jogot az alkotmány a munkavédelem, az egészségügyi intézmények és az orvosi ellátás megszervezésével, a rendszeres testedzés biztosításával, valamint az épített és a természetes környezet védelmével valósítja meg. Törvény szabályozza az egészségügy ellátórendszerének struktúráját, az állam és az önkormányzatok kötelező feladatait az egészségügyi alap- és szakellátást érintően.

1. ábra

*A születéskor várható átlagos élettartam alakulása férfiaknál*



Adatforrás: Egészségügyi statisztikai évkönyv, 2004.

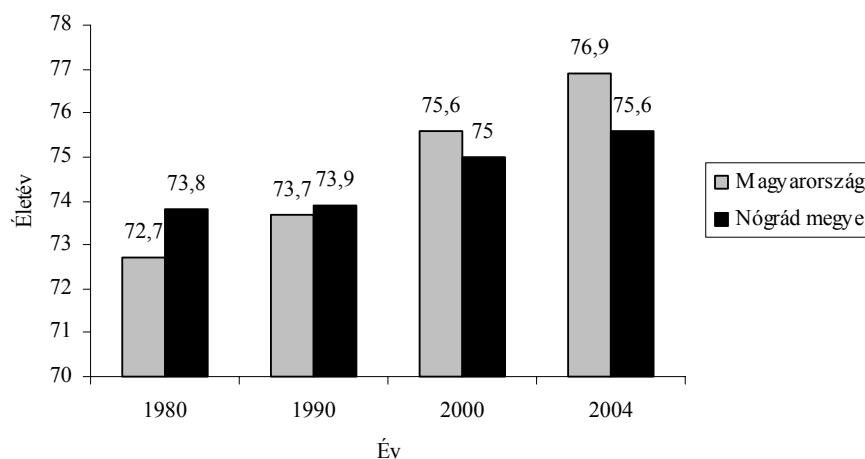
Ennek ellenére hazánk népességének egészségi állapota és a demográfiai helyzete évtizedek óta rendkívül rossz. Az élve születések csökkenő száma, az igen magas halálozá-

si arány, az egészséges életérzet alacsony szintje, a kedvezőtlen életmódi tényezők, a szenvedélybetegségek terjedése, a kevésbé hatékony rehabilitáció mind hozzájárulnak ahhoz, hogy Magyarország messze lemarad az Európai Unió átlagától.

A népegészségügyi helyzet súlyosságát a születéskor várható élettartam, a természetes szaporodás/fogyás, a mortalitási mutatók jelzik. A világ lakosságának születéskor várható élettartama majdnem 20 évvel növekedett az 1950-es évektől: 46,5-ről 65,2 évre. Néhány afrikai országban, a volt Szovjetunió országaiban és sajnos Magyarországon is – a 1970-es években, valamint a rendszerváltástól 1993-ig – előfordult csökkenés.

2. ábra

*A születéskor várható átlagos élettartam alakulása nőknél*



Adatforrás: Egészségügyi statisztikai évkönyv, 2004.

A magyar lakosság születéskor várható élettartamára vonatkozó statisztikai adatok nemzetközi viszonylatban rosszak. Ez az érték Magyarországon 2004-ben a férfiaknál 68,6, míg a nőknél 76,9 év, ezen belül Nógrád megyében a férfiaknál 67,2, a nőknél 75,6. A magyar férfiak 7, a nők 5 évvel számíthatnak rövidebb életre uniós társaikhoz képest. Nógrád megye adatai az országos átlagnál is kedvezőlenebbek (1–2. ábra).

Egyfelől szembesülnünk kell a várható életek alacsony számával, másfelől a krónikus betegségek megjelenése nehezíti az idősebb korban leélt éveket. *A nem egészséges életek száma* a férfiaknál 6,9 év, a nőknél 8,6 év. Ennek oka elsősorban az életmódban keresendő. A fizikai aktivitás hiánya, a táplálkozás minősége és mennyisége, az egészségkárosító szokások hozzájárulnak ahhoz, hogy Magyarországon az összhalálozás több mint fele a szív- és érrendszeri betegségeknek tulajdonítható. A koszorúér-betegség a legfőbb halálokok. A második helyen a daganatos megbetegedések szerepelnek.

Egy másik összegző mutató a *teljes egészségben leélt életek* számával jellemzi az egészséget, a várható élettartamot két szakaszra osztva; egészségben megromlott és az

egészségben leélt évekre. Az egészséges életévek száma nagy szórást mutat a világ országaiban, a legmagasabb Japánban, ahol a nők 78, a férfiak 72 teljes egészségben leélt évre számíthatnak. A legkevesebb egészséges életév Sierra Leonében vár: a nőkre 30 év, a férfiakra 27 év (The World Health Report 2003).

A magyar lakosság körében lényegesen alacsonyabb az egészséges életévek száma, mint az várható lenne az ország gazdasági helyzete, teljesítőképessége szerint. A magyar férfiak 61,5, a nők 68,2 egészséges életévet remélhetnek, 5,3 illetve 3,6 évvel kevesebbet, mint az Európai Unióban átlagosan. A férfiak a nőknél nemcsak rövidebb életre, de azon belül kevesebb egészséges évre számíthatnak.

Tartósan magas a halálozás, különösen aggasztó a középkorú férfilakosság halandósága, amely világviszonylatban is figyelemfelkeltő. A magyar lakosság halandósága – Lettország után – a legmagasabb az uniós országok között.

Az észak-magyarországi régió életminőséget meghatározó mutatói az országosnál is kritikusabbak, Nógrád megye lakosságának életésélyei a legrosszabbak.

#### *Hipotézis, célkitűzés, módszer*

*Hipotézis:* Nógrád megye gazdasági, társadalmi, szociális, kulturális környezete összefügg a lakosság rendkívül rossz egészségi állapotával.

*Célkitűzés:* A megyei népesség egészségi állapotának felmérése. A kritikus egészségi állapotból kivezető út keresése a Nógrád megyei lakosság egészségi helyzetének és jólétének javítása érdekében.

Tanulmányomban az egészség és az egészségügyi ellátás térbeli aspektusait együttesen vizsgáltam, az egészségföldrajz/egészségügyföldrajz problémafeltáró módszerével.

Az egészségügyföldrajz felöleli mind a betegségek térbeli eloszlását, a földrajzi környezettel való összefüggéseit tanulmányozó tradicionális irányzatot, mind az egészségügyi szolgáltatások területi vonatkozásaival foglalkozó, az 1960-as, 1970-es években kibontakozott új irányzatot (Orosz 1988). Napjainkban is jelentős kutatások folynak az egészségügyföldrajz területén (Pál 2002, Uzzoli 2003).

Vizsgálatom során figyelemmel kísértem a magyar életminőségi és a lakosság egészségi állapotára vonatkozó kutatásokat, valamint az életminőséget befolyásoló megyei gazdasági, foglalkoztatási, szociológiai és egészségügyi elemzéseket. (Többek között az MTA Orvosi Osztályának kezdeményezésére készült hiánypótló összefoglaló tanulmányt, ami az ezredforduló népegészségügyi helyzetelemzésének tekinthető. A tanulmány több fejezetében is elemzés tárgyát képezik az országon belüli térségi egyenlőtlenségek (Ádány 2003)).

#### *Az egészség és az életminőség fogalma*

*Egészségi állapot:* az egyén biológiai sajátosságai, valamint a természetes és az épített, továbbá a társadalmi-gazdasági környezeti tényezők által együttesen meghatározott testi és lelki jólét. Az egészség és a betegség elméleti szintű megfogalmazására a szak-

irodalomban két irányzat különült el. *A naturalista iskola szerint* egészséges az a szervezet, mely környezetéhez jól alkalmazkodik, beteg az, amelyik rosszul. *A normalista iskola* egészségdefiníciója: az egészség az a testi és szellemi állapot, mely lehetővé teszi az ésszerű társadalmi normákhoz való fájdalom- és szenvedésmentes alkalmazkodást, és ezen társadalomban való minél hosszabb, boldogabb életet (Kovács 1995).

*Az egészségdefiníció a legegyszerűbb megfogalmazásban:* az egészség a betegség hiánya. Az egészség a testi, szellemi és szociális teljes jólétnek az állapota, és nem csak a betegség vagy fogyatékoság hiánya (az Egészségügyi Világszervezet (WHO) alkotmánya, 1948).

A WHO egészségmeghatározásából következik, hogy az egészségnek a betegség és fogyatékoság hiánya mellett még valamilyen harmadik „dimenziója” is van. Ezt a harmadik dimenziót lehet az *életminőség* fogalommal megközelíteni (Kullmann – Harangozó 1999).

A WHO életminőség-felfogása szélesen értelmezett fogalom, amely bonyolult módon magába foglalja az egyén fizikai egészségét, pszichés állapotát, függetlenségének fokát, társadalmi kapcsolatait, személyes hitét, valamint a környezet lényeges jelenségeihez fűződő viszonyát (WHO 1993).

Az egészséggel kapcsolatos életminőséget az egészséggel kapcsolatos elvárásaink és tapasztalataink közötti eltérés határozza meg. Az életminőség érzékelése egyénenként különbözik, és időben is változik. Az elvárásaik szerint különböző, de hasonló állapotú betegek különböző életminőségről számolnak be. Előfordulhat, hogy akinek egészségi állapota változott, egy újabb mérés alkalmával életminőségét a korábbihoz hasonló szintűnek írja le. Az életminőség meghatározására jelenleg használt módszerek nem veszik figyelembe a betegek elvárásait, illetve nem teszik lehetővé a betegség megtapasztalásának és az egészségi állapotra vonatkozó elvárások megváltozásának elkülönítését (Carr – Gibson – Robinson 2001).

### **Az egészségügyi állapotot befolyásoló tényezők**

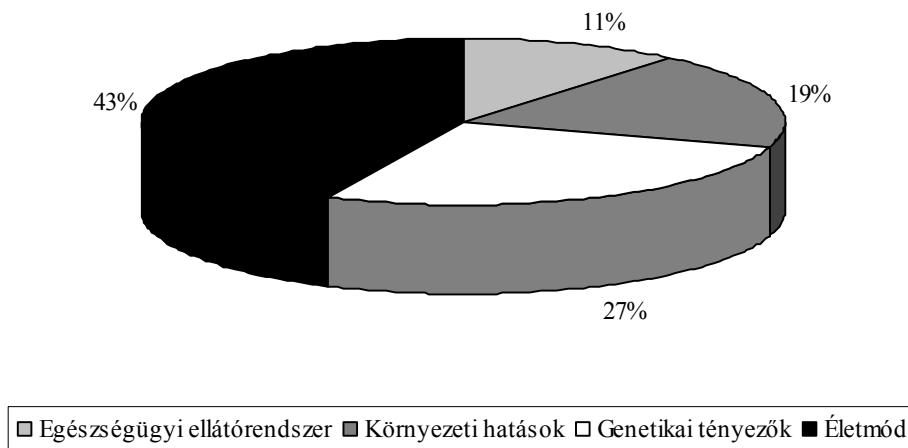
Az Európai Unió programja az egészséget meghatározó tényezőket az alábbi csoportokba sorolja (3. ábra).

*Az egyén biológiai adottságai:* genetikai meghatározottság, az egyéni fejlődés útja, az ellenálló-képesség, alkat, fizikai teljesítőképesség, az öregedés, a szervezet egészének vagy az egyes szerveknek a működése.

*A külső környezet:* természeti (fizikai, kémiai, biológiai), társadalmi (család, munkahely, lakás-kereseti viszonyok, intézmények, szervezetek). Idetartozik az *egészségügyi ellátás* elérhetősége, mennyisége és minősége is. A környezeti tényezők az esetek nagy részében adottak, de állandó változásban vannak, és ehhez az emberi szervezetnek igen nehéz alkalmazkodnia, illetve hosszú időre van szüksége.

*Életmód, életvitel:* az egyéni döntések halmaza, amelyet befolyásol a mikro- és makrokörnyezet, a társadalom, a vallás, a család. Alakítása részben az egészségnevelés feladata, részben az egészségpolitika döntéseitől függ.

3. ábra

*Az egészségi állapotot meghatározó tényezők*

Forrás: Kincses Gy.: Egészségpolitikai ábragyűjtemény, 1996.

### A demográfia kihívásai

Az egészségi állapotot minősíteni lehet a lakosság demográfiai összetételét jellemző mutatókkal, az egészségben bekövetkezett változásokkal (halálozás, megbetegedés) és az ezekhez vezető káros magatartásbeli tényezőkkel.

1. táblázat

*Főbb népmozgalmi adatok Nógrád megyében, 2004*

| Kistérség                   | Lakónépesség az év végén, fő | 1000 lakosra jutó |             |  |  |
|-----------------------------|------------------------------|-------------------|-------------|--|--|
|                             |                              | élve születés     | halálozás   | természetes szaporodás, illetve fogyás (-) | belföldi vándorlási különbözet évi átlaga, 2000–2004 |
| Balassagyarmati             | 42 581                       | 8,6               | 15,2        | -6,6                                       | 2,3  |
| Bátonyterenyei              | 26 319                       | 10,1              | 16,1        | -6,0                                       | -1,6   |
| Pásztói                     | 33 641                       | 9,0               | 16,7        | -7,7                                       | 0,4  |
| Rétsági                     | 25 795                       | 9,1               | 13,0        | -3,9                                       | 3,4  |
| Salgótarjáni                | 68 070                       | 9,3               | 14,3        | -5,0                                       | -3,7   |
| Szécsényi                   | 20 095                       | 10,1              | 16,1        | -6,0                                       | -0,4   |
| <i>Kistérségek összesen</i> | <i>216 501</i>               | <i>9,2</i>        | <i>15,1</i> | <i>-5,9</i>                                | <i>-0,5</i>  |

Forrás: Nógrád megye statisztikai évkönyve, KSH, 2004.

A népesség összetétele meghatározza az egészségügyi ellátási igényeket, a lakosság egészségi állapota pedig befolyásolja az ország versenyképességét (táppénzes esetek száma, rokkantság, testi fejlettség, reprodukciós növekedés és fogyás).

Nógrád az ország legkisebb lélekszámú megyéje, legjellemzőbb mutatója a lakosság tartós és természetes fogyása. A lakónépesség 1980-tól 23 323 fővel, 9,7%-kal csökkent. Országosan ez a csökkenés 6,5%. A lakónépesség számának csökkenését a vándorlási veszteségen túl a természetes fogyás eredményezte (1. táblázat).

A halálozások számának több mint három évtizede tartó folyamatos növekedését nem ellensúlyozta az 1970-es évek relatíve magasabb élve születési gyakorisága. A termékenység visszaesése miatt az élve születések csökkenő száma tovább rontotta a megye lélekszámának veszteségét. Nógrád megyében az 1000 lakosra jutó élve születés megközelíti az országos átlagot, sajnálatos tény azonban az országos átlagot jelentősen meghaladó halálozás.

A népesség korcsoportok és nemek szerinti összetétele is jellemző demográfiai mutató.

2. táblázat

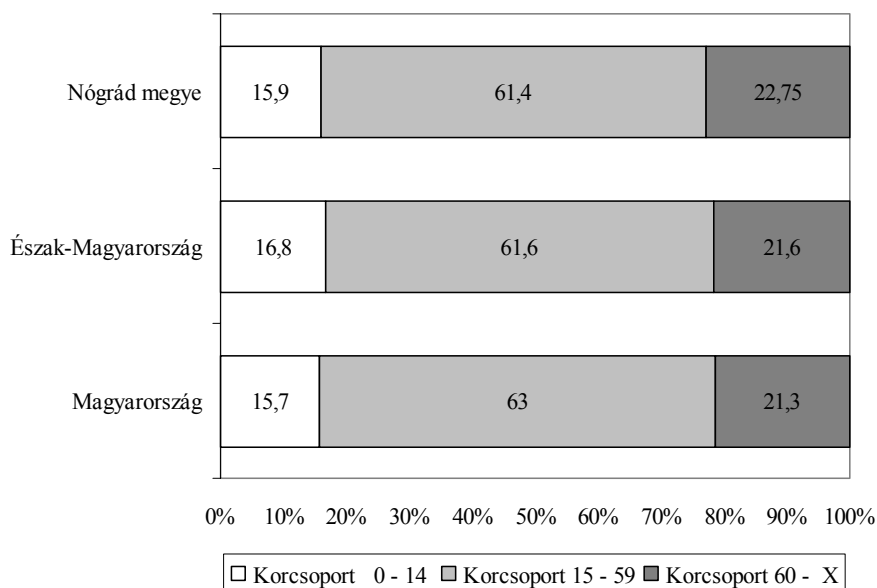
*Eltartottsági ráta, öregedési index, 2005. január 1.*

| Terület      | Eltartottsági ráta, öregedési index, 2005. január 1. (%) |                                       |                              |                 |
|--------------|--|---------------------------------------|------------------------------|-----------------|
|              | A gyermeknépesség eltartottsági rátája                   | Az idős népesség eltartottsági rátája | Az eltartott népesség rátája | Öregedési index |
| Magyarország | 22,8   | 22,7                                  | 45,5                         | 99,9            |
| Nógrád megye | 23,5   | 24,5                                  | 48,0                         | 103,9           |

Forrás: Nógrád megye statisztikai évkönyve, KSH, 2004.

4. ábra

*A népesség korösszetétele, 2005. január 1.*



Adatforrás itt és azon ábrák esetében, amelyeknél forrást nem jelölünk meg: Egészségügyi statisztikai évkönyv, 2004.

A megye népességének korösszetétele kedvezőtlenebb az országosnál (4. ábra). A lakosságon belül az idős népesség aránya nő, ezzel együtt folyamatosan csökken és öregszik megyénk lakossága. Az életkor kitolódása és a születések alacsony száma következtében Nógrád megyében az idős népesség eltarthatósági rátája 24,5% (2. táblázat).

Megfigyelhető az idősödő lakosságon belül a nők arányának növekedése (3. táblázat). Ennek okai a halandóságra vezethetők vissza, ugyanis a férfiak és a nők születéskor várható élettartama eltér.

3. táblázat

*Nógrád megye lakónépessége nem és életkor szerint, 2005. január 1.*

| Nemek           | 0–14 év       |              | 15–59 év       |              | 60–X év       |              | Összesen       |              |
|-----------------|---------------|--------------|----------------|--------------|---------------|--------------|----------------|--------------|
|                 | lélekszám     | megoszlás, % | lélekszám      | megoszlás, % | lélekszám     | megoszlás, % | lélekszám      | megoszlás, % |
| Férfi           | 17 673        | 51,3         | 72 730         | 49,7         | 12 906        | 36,1         | 103 309        | 47,7         |
| Nő              | 16 763        | 48,7         | 73 539         | 50,3         | 22 890        | 63,9         | 113 192        | 52,3         |
| <i>Összesen</i> | <i>34 436</i> | <i>100,0</i> | <i>146 269</i> | <i>100,0</i> | <i>35 796</i> | <i>100,0</i> | <i>216 501</i> | <i>100,0</i> |

Forrás: Nógrád megyei statisztikai évkönyve, KSH, 2004.

A fiatalok munkaképes korba lépve a magas munkanélküliség miatt tömegesen hagyják el szűkebb hazájukat, ezért a 15 és 64 év közötti lakosság létszámának csökkenése a legjelentősebb.

Az élve születések számának további csökkenése esetén – a halandósági mutatók feltehetően javulásával – az előregedés tovább folytatódik. Ez a tendencia új kihívások elé állítja a megye egészségügyi és szociális ellátórendszerét.

### **A primer prevenció kihívásai**

A *prevenció* azon tevékenységek összessége, melyek a betegségek kialakulásának megelőzését, korai felismerését, gyógyítását, szövődésének, a későbbi károsodások bekövetkezésének elkerülését szolgálják.

Az egészség megőrzése az egyén és a társadalom közös érdeke. Az Egészséges nemzetért népegészségügyi program megvalósulásának stratégiai célja a betegségek kialakulásának megelőzése, a primer prevenció. Ez minden külső rizikófaktorra érvényes, amelyek a biológiai-kémiai, pszichikai és szociális környezetből hatnak, de érvényes az endogén rizikófaktorokra is, amelyek részben szerettek, részben genetikailag függők.

Nógrád megye egyik történelmi gondja a megfelelő vízellátás és az egészséges ivóvíz biztosítása. 1990-től a nógrádi infrastruktúrában a vízhálózat fejlesztése felgyorsult, és a vízellátás csaknem teljessé vált az 1992 óta tartó nógrádi vízhálózat-fejlesztési program eredményeként. A vízhálózat hossza a megyében tíz év alatt közel 700 km-rel nőtt. Vízellátás tekintetében Nógrád megye felzárkózott az ország fejlettebb vidéki területeihez.

Nógrád megye településeinek száma 129. A megye minden települése közütemi vízműről ellátott. A megyében 89 001 lakás van. A közütemi vízellátásba bekapcsolt lakások aránya 87,4% (városokban 91,9%, községekben 83,7%). A be nem kapcsolt

lakások részben külterületen található, részben egyes lakók nem csatlakoztak a hálózatra.

A megyében 1998-ban az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat 210 magánkutatót vizsgált meg, amelyeknek a vizét a lakók rendszeresen használták, illetve fogyasztották. A vizsgált kutak 80%-a nem felelt meg az ivóvízszabványnak, zömében a magas nitráttartalom miatt. Ezzel a problémával szembe kell nézni, mert a lakosság egy részét nem érdekli, hogy az általa fogyasztott víz minősége megfelelő-e. A vízfogyasztás fő szempontja, hogy az milyen drága.

A közműcsatorna a megyében igen rövid, az ivóvíz hálózatához képest a csatornázás lassabban fejlődött az elmúlt tíz évben. A közüzemi szennyvízcsatorna hálózatába bekapcsolt lakások aránya országosan 62,2%, Nógrád megyében 52,1% (városokban 72,7%, községekben 35,6%, Salgótarjánban 71,6%). A nem csatornázott háztartások által folyamatosan termelt, de el nem vezetett nagy mennyiségű szennyvíz tisztítatlanul kerül be a talajba, a befogadóvízbe.

Országszerte, így Nógrád megyében is nő a szilárd és a folyékony hulladék, valamint a mérgező ipari hulladék mennyisége. A hulladékok megnyugtató ártalmatlanítása még megoldásra vár. A környezetszennyezés veszélyes következményei a rosszindulatú daganatos megbetegedések. Magyarországon a daganatok okozta halálozások száma a három vezető halál oka közé tartozik, és emelkedő tendenciát mutat. A rosszindulatú daganatos halálozások aránya (100 000 lakosra) a megyében 340,5, országosan 330,8.

Nógrád megyében három nemzetközi (Parassapuszta, Balassagyarmat, Somoskőújfalu), egy két ország közötti (Ipolytarnóc) és egy alkalmi (Cered) határátkelőhely működik. A határátkelőhelyek átlagos napi forgalma a szlovák–magyar határszakaszon az utóbbi években Nógrád megye területén a legerőteljesebben fejlődő. Különösen dinamikus fejlődő forgalmat bonyolít a somoskőújfalui határátkelőhely.

A kerülőutak hiánya miatti nagy forgalom okozta környezeti ártalom az érintett községeken túl sújtja Balassagyarmat, Bátorfyerenye, Rétság, Salgótarján városokat, továbbá növeli a balesetek kockázati tényezőit. A Salgótarjánban elvégzett szállóporvizsgálatoknál a határérték-túllépés több mint 80%-ban fordult elő.

A szennyezett levegő miatt Nógrád megyében szembetűnően magas a légzőrendszer betegségei következtében elhunytak aránya: 100 000 lakosra 117,7, az észak-magyarországi régióban 89,8, országosan 61,5. A házi orvosi és házi gyermekorvosi szolgálathoz bejelentett betegségek közül leggyakoribb az asztma: 10 000 lakosra országosan 198,3, Nógrád megyében – Baranya (287,2) után – a legrosszabb: 259,9.

### **A morbiditási, mortalitási viszonyok kihívásai**

A betegség korai felismerése, a diagnózis gyors felállítása, a kor színvonalának megfelelő eredményes gyógyítása napjaink kihívása.

Nógrád megyében a terhes nők száma csökken, a fokozott gondozást igénylő terhesek száma viszont emelkedik. A csecsemők száma – az előzőek következtében – szintén csökken.



Az iskoláskorúak szűrési tapasztalatai alapján emelkednek az egészségkárosodásra utaló jelek. A legkomolyabb problémát az elhízás és a mozgásszervi elváltozások jelentik. A 17 éves korosztályban – korábban – a sorozások alkalmával jelentős számú alkalmatlanságot állapítottak meg.

A felnőtt lakosság körében még szomorúbb a helyzet. Megdöbbentőek azok az adatok, amelyek a házi orvosokhoz bejelentkezettek betegségeiről tájékoztatnak. A statisztika szerint minden második megyei lakos szenved valamilyen krónikus betegségben. A legnagyobb gondot – az előfordulásuk gyakorisága szerinti sorrendben – a magas vérnyomás, az ischémiás szívbetegségek, a cukorbetegség, az emésztőrendszeri és légzőszervi betegségek jelentik. Ugyanakkor egyre nő a rosszindulatú daganatok, az agyérrendszeri és a májbetegségek száma is. A pszichiátriai gondozók forgalma is növekedett, döntően az alkoholbetegek száma emelkedett.

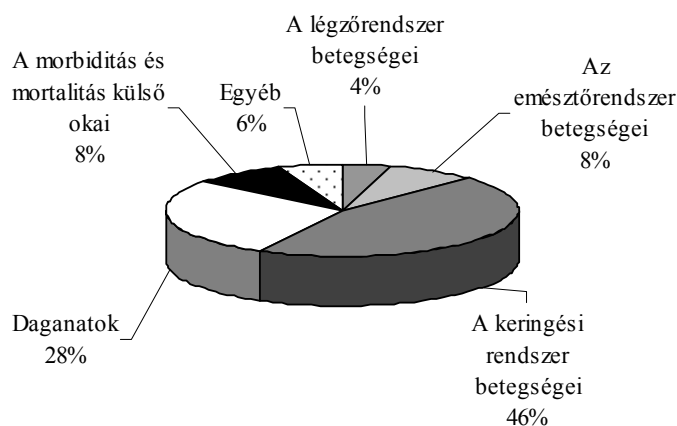
Bár a keresőképtelen-esetek száma az elmúlt 10 év alatt jelentősen csökkent, ennek oka inkább a dolgozó lakosság félelme munkahelyének elvesztésétől, és nem a morbiditás csökkenése. Ezt igazolja az is, hogy a rokkantsági nyugdíjban részesülők száma az elmúlt 10 év alatt megduplázódott.

A lakosság egészségi állapotának megítélésében egyik legmegbízhatóbb mutató a halandóság. A halálokokat a betegségek nemzetközi osztályozása (BNO) szerint csoportosítják, így az adatok nemzetközileg összehasonlíthatók.

A magyar halálozási viszonyok kritikus alakulásáról számos tanulmány készült, regionális, hazai és nemzetközi összehasonlításban egyaránt. A kutatások általában a vezető halálokokra irányulnak (5 ábra). Az utóbbi években megfigyelhető a haláloki struktúra átrendeződése. A szív- és érrendszeri betegségek miatti halálozás aránya valamelyest csökken, a daganatos betegségeké emelkedik.

5. ábra

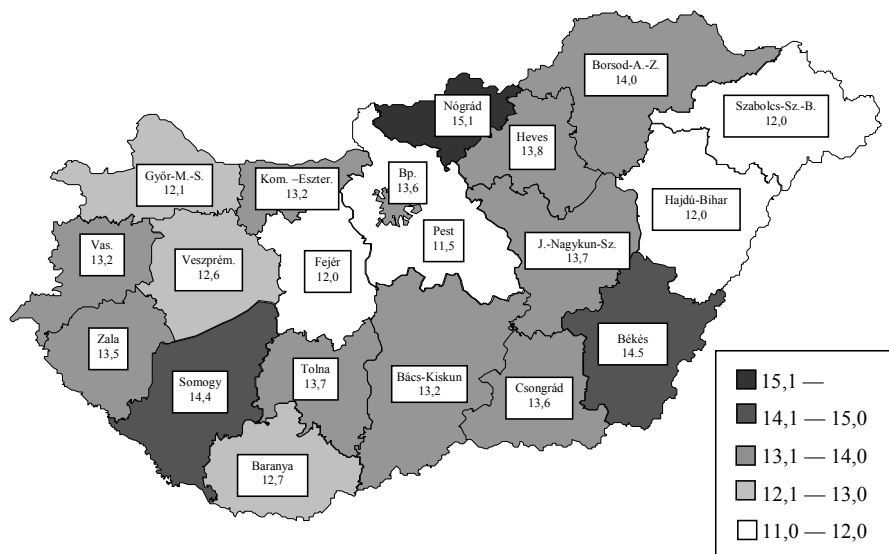
*A halálozások megoszlása főbb halálokok szerint, 2004*



Az országon belül a halandóság területenként eltérő, az észak-magyarországi régióban, ezen belül Nógrád megyében a legmagasabb (6. ábra).

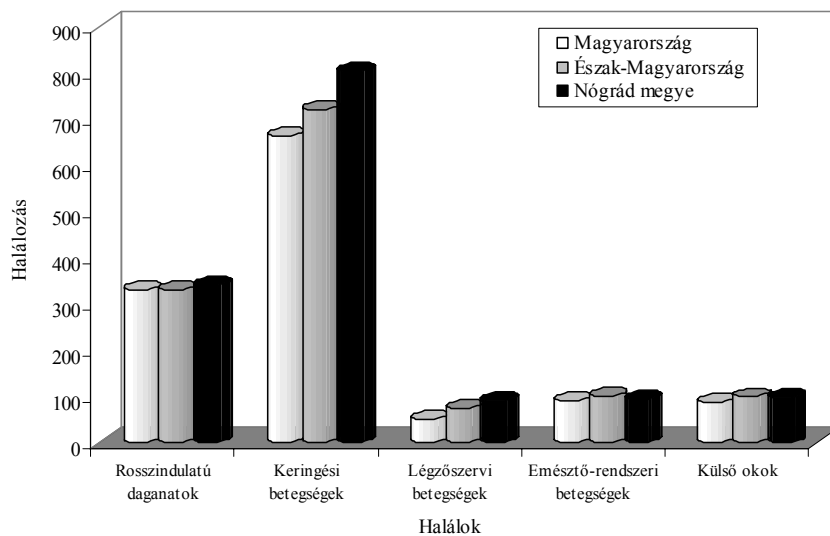
6. ábra

*A halandóság 1000 lakosra*



7. ábra

*A halandóság kiemelt halálokok szerint  
(100 000 lakosra jutó halálozás)*



Nógrád megyében valamennyi halálloki főcsoportban – a külső okok kivételével – magasabb a halálozás, mint országosan. Az országos adat 13,1%, a Nógrád megyei 15,1% (7. ábra). A községekben lakók halandósága (16,3%) meghaladja a városban lakókét (13,6%).

### **Az egészségügyi ellátórendszer kihívásai**

A vezető halállokok miatti halandóság területi különbségeivel foglalkozó kutatások is felhívják a figyelmet Nógrád megyében a keringési betegségek miatti halálozások többletére és a daganatos, valamint az emésztőrendszeri betegségek halálozási többlet maximumára.

Az egészségügyi ellátórendszerekkel szembeni elvárás a minél gyorsabb és eredményesebb gyógyítás. Ehhez biztosítani kell a megfelelő személyi és tárgyi feltételeket.

Nógrád megye lakosságának egészségügyi alapellátása 56 felnőtt-, 59 vegyes és 26 gyermek-háziorvosi körzetben történik, 114 felnőttházi orvos és 26 gyermekorvos által. Az egy háziorvosra és házi gyermekorvosra jutó kezelési esetek száma 100 lakosra országosan 1525, Nógrád megyében 1628.

A megye aprófalvas településszerkezete rányomja bélyegét az alapellátásra is. A napi betegforgalom 14–67 főig terjed. Komoly gondot jelent a háziorvosok által ellátott lakosok száma, amely igen nagy szóródást mutat, a megyében 513–2602 fő között mozog. A házi gyermekorvosok által ellátott lakosok száma 610–1844 fő közötti. Az optimális körzetlétszám felnőtteknél 1200 fő, gyermekeknél 600 fő, amely lehetővé tenné az alapfeladatok maradéktalan ellátását, a progresszív betegellátást is figyelembe véve.

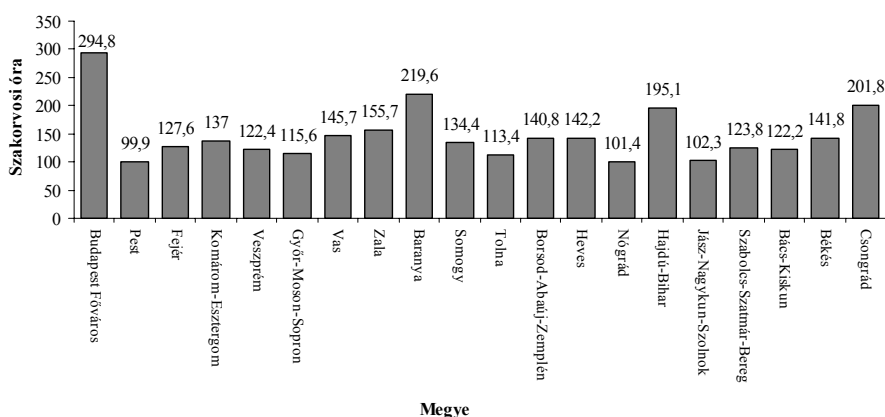
A háziorvosok leterheltségét tovább növeli, hogy dolgoznak a foglalkozás-egészségügyben, a járóbeteg-szakellátásban, a bölcsődékben, az óvodákban, az általános iskolákban, az idősek klubjaiban és a szociális otthonokban is.

Nógrád megye lakosságának fele igen hátrányos helyzetben van, ami a napi orvosi ellátáshoz való hozzáférést illeti. A megyében dolgozó felnőtt- (vegyes) háziorvosok 47%-a egynél több települést lát el. 60 kistélepülésen, továbbá 11 csatolt községben – ahol a megye lakosságának mintegy 50%-a él –, helyben hetente csak egyszer vagy kétszer van rendelés. A hét többi napján a székhelyközségben vagy a másik településen érhető csak el az orvos.

Nógrád megyére évek óta jellemző a krónikus orvoshiány, amely a járóbeteg- és fekvőbeteg-ellátás területén már gondot okoz.

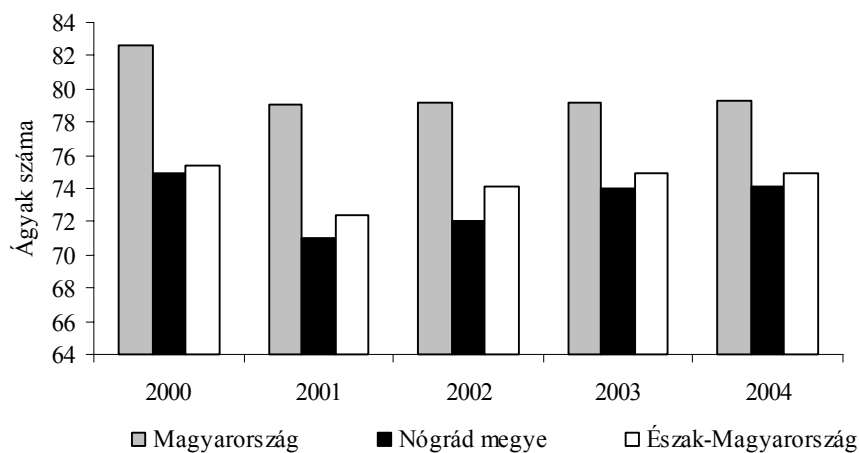
A járóbeteg-szakellátásban Nógrád megye az országos átlaghoz viszonyítva rendkívüli lemaradást mutat (a 100 lakosra jutó rendelőóra száma országosan 165,4, Nógrád megyében 101,4). A megyében a lakosság számához képest alacsony óraszámokban látják el a járóbetegeket az orvoshiány miatt. Ennek következtében az orvosok leterheltek, és alacsony a betegekre fordítható percátlag (8. ábra).

8. ábra

*A teljesített szakorvosi órák száma 100 lakosra*

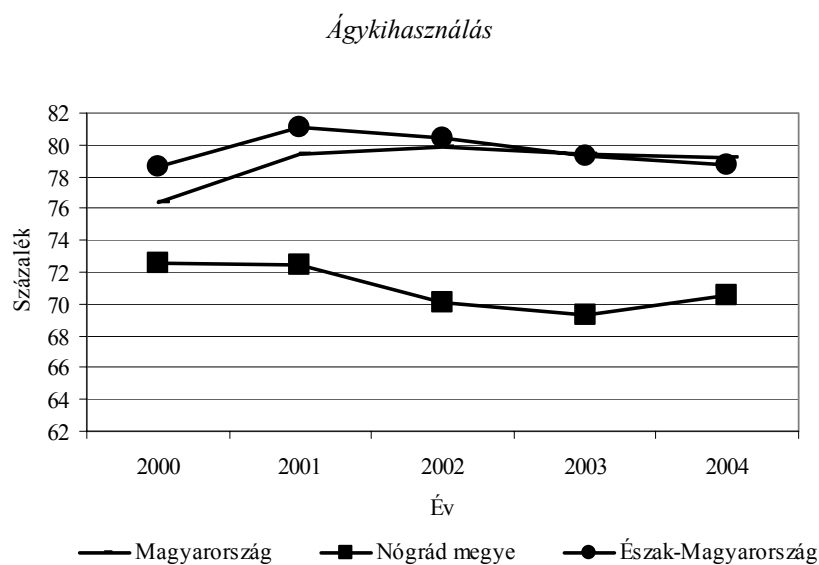
Nógrád megyében három kórházban 1622 ágyon (ebből 1605 működő ágyon) biztosítják a fekvőbeteg-ellátást. A 10 000 lakosra jutó működő ágyak száma 74,1 megközelíti az országos átlagot, amely 79,0 (9. ábra). Valamennyi kórház önkormányzati tulajdonban van. A salgótarjáni Szent Lázár Megyei Kórház a Nógrád Megyei Önkormányzat, a balassagyarmati Dr. Kenessey Albert Kórház a Balassagyarmat Városi Önkormányzat, a pásztói Margit Kórház pedig a Pásztó Városi Önkormányzat tulajdona.

9. ábra

*10 000 lakosra jutó működő ágy*

Nógrád megyében az ágykihasználás jelentősen alacsonyabb az országos átlagnál (10. ábra).

10. ábra



Véleményem szerint a megye ágystruktúrája nem igazodik az igényekhez, és működtetése nem hatékony. Célszerű lenne az ágystruktúrát felülvizsgálni a lakosság korösszetételének, valamint gyakoribb megbetegedési és halálozási mutatóinak figyelembevételével, megyei szintű koordinációval.

Az aprófalvakban az orvosi alapellátás hatékonysága a csatolt községek miatt nem éri el a városok vagy a nagyközségek színvonalát. Ezeken a településeken a kórházi ellátáshoz jutás is nehezebb. Az egyre idősödő lakosság feszítettebb és áldozatosabb egészségügyi munkát kíván.

A megyének nincs szakembereket vonzó, illetve megtartó ereje. Az itt születettek és a pályakezdőként ideérkezők rövid idő után távoznak. Ezt a jelenséget az országosnál rosszabb gazdasági helyzeten túl a lakáshiány, a kedvezőtlen tömegközlekedési viszonyok, a kulturális, művelődési, szórakozási lehetőségek hiánya idézi elő.

A bányák „visszafejlesztése” és bezárása, majd az ipari üzemek felszámolása következtében megszűntek a munkahelyek, nagymértékűvé vált a munkanélküliség. A megye domborzati viszonyai miatt gazdaságosan nehezen hasznosíthatók a mezőgazdasági területek. Mindezek a tendenciák és adottságok a lakosság elszegényedését, a fiatalok elvándorlását idézték elő.

1990-től a megyében is megjelent a hajléktalanság, amely – bár okai összetettek – nagy részben a munkahelyek, munkásszállók megszűnésének következménye. A hajléktalanok körében nagy arányú az egészséget veszélyeztető magatartás (dohányzás, alkoholizmus), közülük sokan szenvednek krónikus, fertőző és pszichiátriai betegségekben.

A munkanélküliségi arány 2004-ben 9,4% (országos: 6,1%), tartósan a legkedvezőtlenebb a megyék között. Rétság és Balassagyarmaton az előző évekhez képest javult a

munkanélküliségi arány, azonban Nógrád megye még mindig a legrosszabb foglalkoztatású megyék között szerepel.

Megyénkben a cigány etnikum aránya meghaladja az országos átlagot (országosan 1,86%, Észak-Magyarországon 5,17%, Nógrád megyében 4,18%). Ebben a körben a munkanélküliség sokkal magasabb, mint a nem cigány lakosság körében.

A foglalkoztatottság előnyös hatása az egészségre, míg a munkanélküliség összefügg a betegséggel (Linn – Sandifer – Stein 1985, Perlin – Lieberman – Menaghan – Mullan 1981).

A keresetek növekedése és nagysága egyaránt az országos átlag alatt marad, a fizikai és szellemi foglalkozásúaknál egyaránt (4. táblázat).

4. táblázat

*Havi bruttó átlagkereset, 2004*

| Terület      | Fizikai        | Szellemi | Összesen |
|--------------|----------------|----------|----------|
|              | foglalkozásúak |          |          |
| Magyarország | 95 955         | 202 604  | 145 059  |
| Nógrád megye | 86 941         | 162 787  | 119 248  |

Forrás: Magyar statisztikai évkönyv, 2004.

Vizsgálati eredmények alapján a rossz szociális-gazdasági helyzet a depresszió közvetítésével vezet magasabb megbetegedési arányokhoz a viszonylag rosszabb helyzetű rétegekben (Kopp – Skrabski – Szedmák 1999).

A lakosság elszegényedése fokozta a betegségek számát és súlyosságát valamennyi korosztályban.

### **Irányított betegellátási rendszer (IBR) mint lehetséges kivezető út**

Az IBR-ben rejlő – az ellátási szintek és egészségügyi szolgáltatók együttműködése révén kialakuló – lehetőségeket ismerte fel Nógrád Megye Önkormányzata, célul tűzve maga elé, hogy a megye területén működő egészségügyi szolgáltatók modellértékű összefogását segítse, közös kockázatok viselésére és eredmények elérésére ösztönözze őket.

A nógrádi irányított betegellátási rendszer sikeres pályázat után 2004. szeptember 1-től részt vesz az országos irányított betegellátási modellben 79 háziorvossal.

#### *A nógrádi IBR célja és feladatai*

Feladatok a nógrádi IBR-ben:

- egy adott, összefüggő földrajzi területen 106 940 lakos tényleges szükségleteihez igazodó egészségügyi ellátás racionális megszervezése;
- a lakóhelyhez közeli alapellátás és járóbeteg-szakellátás erősítése, az indokolatlanul igénybe vett magasabb szintű ellátás eseteinek csökkentése;

- primer, szekunder, terciér prevenció megvalósítása azon állapotok esetén, amelyek szűrésére miniszteri rendelet által a háziorvos nem kötelezett, valamint az ezt szolgáló alap- és szakellátási struktúra kialakításának kezdeményezése;
- az egészségügyi ellátás különböző szintjein a szolgáltatásokat igénybe vevők betegútjainak szervezése, irányítása, elemzése, a nyert tapasztalatok alapján az egészségügyi ellátás racionálisabb szervezésére javaslatok kidolgozása;
- a progresszív betegellátás minden szintjén az egészségügyi szolgáltatást nyújtó szervezetek helyi összefogásának, szakmai kapcsolatainak, együttműködésének erősítése;
- a lakosság egészségi állapotának és az igénybe vett szolgáltatások minőségének javítása;
- a felszabaduló források ésszerű allokációja az ellátandó feladatok kiegyensúlyozott, folyamatos, hosszú távú ellátása érdekében.

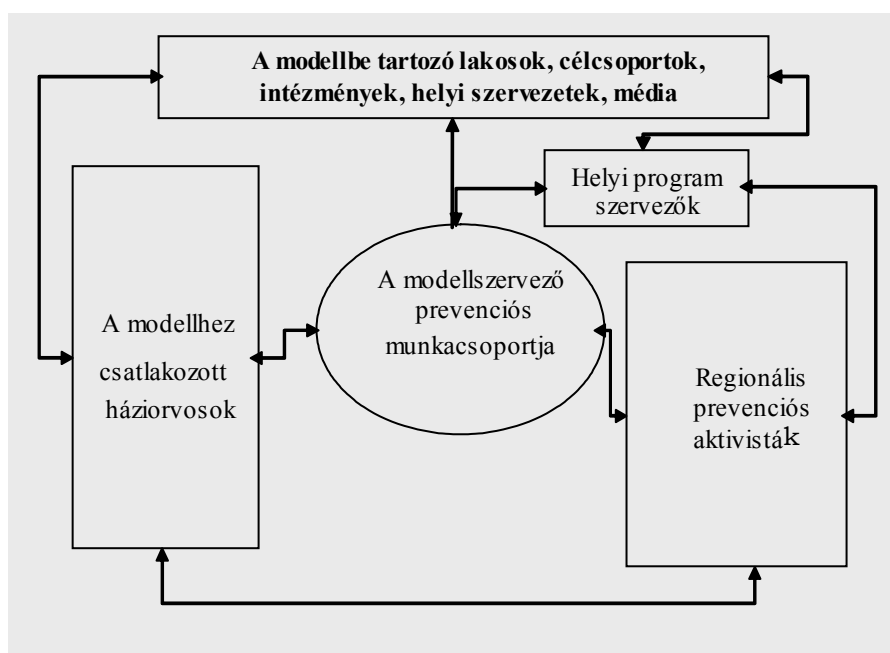
Az IBR alapvető feladata a *prevenciós tevékenység*.

#### *A nógrádi IBR prevenciós stratégiája*

A nógrádi IBR menedzsmentje elkészítette a megye részletes népegészségügyi, demográfiai, szociológiai helyzetelemzését, ami meghatározta a további tevékenység irányát (11. ábra).

11. ábra

#### *A prevenciós tevékenység folyamatának szervezése, menedzselése*



Forrás: A nógrádi IBR prevenciós programja (szerk. Kajtor E. – Muhari G. – Csordás P.)

Az Egészség évtizedének nemzeti programjával összhangban álló prevenciós programterv kiemelkedő jelentőségű pontjai:

- szív- és érrendszeri prevenciós programok,
- iskola-egészségügyi programok,
- belső pályázati rendszer keretében működő kockázatsökkentő programok, melyek várhatóan pozitívan befolyásolják az ellátásba bevont populáció életmódját.

A prevenciós feladatok két korcsoportba tartoznak.

*1. A 35–65 éves rizikókorcsoportra vonatkozó prevenciós-gondozási program*

Célcsoport a Nógrád megyei IBR-hez csatlakozó háziiorvosok ellátási körzetébe tartozó 35–65 éves lakosság, mely az összlakosság 41%-a.

- Primer prevenció:* életmódprogramok, rizikócsökkentő programok, felvilágosítás, egészségkommunikáció; belső pályázati rendszer keretében megvalósítandó szív- és érrendszeri kockázatsökkentő programok.
- Szekunder prevenció:* tünetekkel nem rendelkező, gyógyszereket nem szedő egyének szív- és érrendszeri rizikófelmérése kérdőíves szűréssel; a kiszűrt egyének kockázatbecslése.
- Tercier prevenció:* a magasvérnyomás-betegség, koszorúér-betegség gondozása.

A morbiditási és mortalitási adatok alapján a szív- és érrendszeri prevenció programja az elsődlegesen megvalósítandó feladat.

A veszélyeztetett populáció elérése és a már beteg egyének felkutatása érdekében a nógrádi IBR kérdőíves rizikófaktor-szűrőprogramot működtet. Az egy vagy több kockázati tényező által érintett egyének első vizsgálata, a szükséges kezelés elkezdése, az esetleges vizsgálatok indikálása a háziiorvosnál történik a megfelelő protokoll szerint. Az így kiszűrt és korán kezelésbe vett egyének esetében a súlyos szövődmények jó eséllyel megelőzhetők, magasabb életminőséget és jobb életkilátást biztosítva a páciensnek.

*2. A 6–18 éves korcsoportra vonatkozó prevenciós program (12. ábra)*

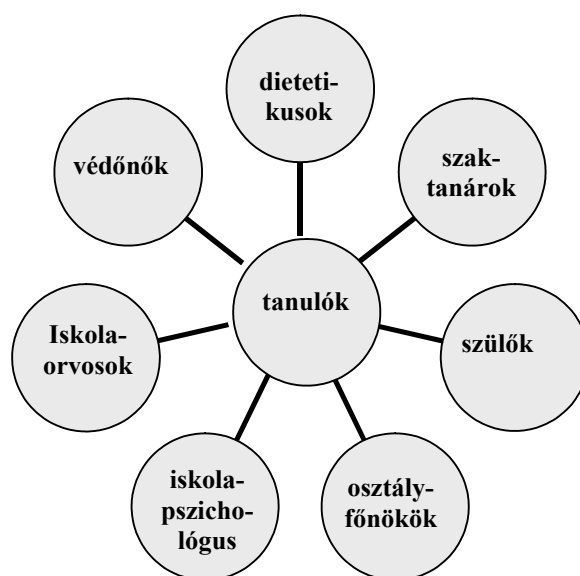
- Primer prevenció:* kábítószer-megelőzési program támogatása általános iskolások részére; egészségfejlesztési program támogatása kortársoktató-képzés keretében, középiskolások részére.

Az evidenciákon alapuló, korszerű terápiás protokollok bevezetésétől a betegek életkilátásainak javulása, a szövődmények előfordulásának mérséklődése vagy későbbre tolódása remélhető a szív- és érrendszeri halálozás esetszámának csökkentése érdekében.



12. ábra

*Az iskola-egészségügyi programok résztvevői*



Forrás: A nógrádi IBR prevenció programja (az ábrát szerk. Kajtor E. – Muhari G. – Csordás P.)

### **További lépések az életminőség javításának útján**

Az Egészségügyi Minisztérium Egészségügyi fejlesztéspolitikai koncepciót dolgozott ki, amely az egészségügyi rendszerre vonatkozó, 2020-ig meghatározó, jövőorientált fejlesztési stratégiai dokumentum.

Az egészségügy hosszú távú tervezéséhez készített előrejelzés a KSH által a népesség összetételének 2021-ig végzett előreszámításain, mortalitási, társadalmi-gazdasági indikátorain, illetve az országos lakossági egészségfelmérés eredményein alapuló összetett statisztikai modelleken alapszik. Az átfogó cél az, hogy jelentősen javuljon a magyar lakosság egészségi állapota. 2020-ban egy magyar lakos ugyanannyi egészséges életévre számíthatson, mint egy átlagos állampolgár az Európai Unióban.

A nemzetet érintő stratégián túl nagyon fontos a területi egyenlőtlenség mérséklése, okainak kutatása, mivel jelentős eltérések tapasztalhatók az ország régióiban.

A nógrádi térség nehézipari múltjából keletkezett magas munkanélküliség, az alacsony életszínvonal kihat a lakosság életkörülményeire, az egészségügyi kultúra hiányosságára, a 60 éven felüliek nagyobb arányára. Mindezen jelenségek összefüggésben állnak a lakosság rosszabb egészségügyi állapotával.

A megye és az egészségügyi ellátórendszer e problémák megoldására nem képes, ezért fontos az Egészség évtizedének nemzeti programja. Ennek végrehajtásától remél-

hető, hogy Nógrád megye, illetve az ország lakosságának egészségi állapota a közeli és távolabbi jövőben lényegesen javuljon.

Az egészség előfeltételei a Dzsakartai Charta szerint (is): a béke, lakóhely, oktatás, társadalmi biztonság, társadalmi kapcsolatok, élelem, jövedelem, a nők jogai, stabil ökoszisztéma, a források fenntartható felhasználása, a társadalmi igazságosság, az emberi jogok tiszteletben tartása és az egyenlőség. Mindenekelőtt a szegénység a legfőbb veszély az egészségre (Dzsakartai nyilatkozat, 1997).

Legfontosabb feladat a szegénység csökkentése, elsősorban befektetők keresése, munkahelyek teremtése. Amíg ez nem sikerül, javulást nem várhatunk.

#### IRODALOM

- Ádány R. 2003 (szerk.): A magyar lakosság egészségi állapota az ezredfordulón. Medicina Könyvkiadó, Budapest, pp. 73–109.
- Carr A. J. – Gibson B. – Robinson P. G. 2001: Az életminőség mérése: Az elvárások vagy a tapasztalatok határozzák meg az életminőséget? *British Medical Journal* magyar kiadás. <http://www.lam.hu/folyoiratok/mbj/0104/17.htm>
- Dési I. 1987: Magyarország környezetegészségügyi helyzetének elemzése. Bács-Kiskun megyei orvosok-gyógyszerészek évkönyve. Kecskemét, pp. 38–49.
- Az egészség évtizedének Johan Béla Nemzeti Programja 2003. 46/2003. (IV. 16.) OGY-határozat, Egészségügyi Közlöny, 10. pp. 1556–1614.
- Egészségügyi Minisztérium 2005. Egészségfejlesztés-politikai koncepció (EFK). Szakmai és társadalmi egyeztetésre jóváhagyott változat
- Egészségügyi statisztikai évkönyv 2004. KSH, Budapest, 2005.
- Ember I. 1998: Humánökológia, Népegészségtan. Dési I. (szerk.) Semmelweis Kiadó, Budapest, p. 235.
- Hajdú K. 2002: Tájékoztató Nógrád megye lakosságának egészségügyi állapotáról. A megyei tisztifőorvos tájékoztatója, Salgótarján
- Kardos L. – Széles Gy. – V. Hajdú P. – Bordás I. – Ádány R., Ádány R. (szerk.) 2003: A magyar lakosság egészségi állapota az ezredfordulón. Medicina Könyvkiadó, Budapest, pp. 141–159.
- Kékes E. 1999: Az életminőség megítélése – a mérés módszerei. *Lege Artis Medicine*, 9. 9. p. 671.
- Kincses Gy. 1996: Egészségpolitikai ábragyűjtemény. Praxis Server, p.16.
- Kopp M. – Skrabski Á. – Szedmák S. 1999: A testi és lelki egészség összefüggései országos reprezentatív felmérések alapján. *Demográfia*, 42. 1–2. pp. 88–119.
- Kovács J. 1995: *Népegészségtan. Forgács J. – Paksi A. – Pauka T.* (szerk.) Hajnal Imre Egészségtudományi Egyetem, Budapest.
- Kulmann L. – Harangozó J. 1999: Egészségügyi Világszervezet életminőség-vizsgáló módszerének hazai adaptációja. *Orvosi Hetilap*, 140. 35. p.1947.
- Linn, M. W. – R. Sandifer – S. Stein 1985: Effects of Unemployment on Mental and Physical Health. *American Journal of Public Health*, 75. pp. 502–506.
- Magyar statisztikai évkönyv 2004. KSH, Budapest, 2005
- Nógrádi irányított betegellátási rendszer modellkísérlet pályázati anyag, 2004
- Nógrádi irányított betegellátási rendszer prevenciós programja, 2004
- Nógrád megye statisztikai évkönyve 2004. KSH, Salgótarján, 2005
- Orosz É. 1988: Az egészségügyi rendszer földrajzáról. *Tér és Társadalom*, 4. pp. 29–50.
- Paksy A. 1995: Az egészségi állapot és mérési módszerei. Forgács I. – Paksy A. – Pauka T. (szerk.) Népegészségtan. Hajnal Imre Egészségtudományi Egyetem, Budapest, 1995
- Pál V. 2002: Egészségföldrajz. Tóth J. (szerk.) Általános Társadalomföldrajz I. Dialóg Campus Kiadó, Budapest–Pécs, pp. 403–408.

- Pearlin, L. I. – M. A. Lieberman – E. G. Menaghan – J. T. Mullan* 1981: The Stress Process. *Journal of Health and Social Behavior*, 22.
- Tahin T. – Jeges S. – Lampek K.* 2000: Iskolai végzettség és egészségi állapot. *Demográfia*, 43. 1. p. 80.
- Tóth J.* 1995: A földrajztudomány néhány alapkérdéséről. Golobics P. – Tóth J. (szerk.) Válogatott fejezetek a társadalomföldrajz köréből. JPTE TTK, Pécs, pp. 5–16.
- Uzzoli A.* 2003: A magyar népesség egészségi állapota az európai országok körében. *Földrajzi Közlemények*, Budapest, pp. 131–156.
- Vargáné Hajdú P. – Ádány R.* 2000: A halálozás területi különbségei Magyarországon, 1994–1996. *Népegészségügy*, 81. 1. pp. 4–26.
- V. Hajdú P. – Kardos L. – Ádány R.* 2003: A keringési rendszer betegségei okozta mortalitás jellegzetességei hazánkban
- Zsámbokiné Bakacs M. – Nádor G. – Páldy A. – Vincze I. – Pintér A.* 2000. Fontosabb betegségek területi halmozódása Magyarországon 1986–1997 között. *Népegészségügy*, 81. 3. pp. 4–15.
- Vitrai J.* 2004: Összefoglaló a világ lakosságának egészségéről 2003. *The World Health Report 2003, Shaping the Future*. Országos Epidemiológiai Központ, Budapest, 2004
- World Health Organization 1993: WHOQOL study protocol. World Health Organization, Geneva, (MNH/PSF/93.9).
- A WHO alkotmánya, 1948. [www.vitalitas.hu](http://www.vitalitas.hu)
- A Dzsakartai Nyilatkozat 1997. [www.amarodrom.hu](http://www.amarodrom.hu)

*Kulcsszavak:* megelőzés, prevenció, irányított betegellátás, életminőség, egészségügyi állapot, morbiditás, mortalitás.

#### Resume

Demographic, epidemiological, spatial analytical and statistical data prove the disastrous health situation of Hungarian people. Especially bad are the indicators of the region of Northern Hungary. The crude death rates for both sexes of the population living in Nógrád county have been the worst in county rankings for years.

It is a proved fact that where people are poorer they are also more ill.

The author aims at drawing the attention to the alarming state of health of the population in Nógrád county in her study.

Economic, employment and income indicators of Nógrád county lag significantly behind national data. The lack of investors and jobs, the lag in terms of infrastructure, hopeless perspectives and the ageing population are all factors and trends that lead to impoverishment and the development of diseases.