

**DEBRECEN MEGYEI JOGÚ VÁROS**

**EGÉSZSÉGTERVE**

**KIVONAT**

**DEBRECENI EGYETEM NÉPEGÉSZSÉGÜGYI KAR**

**SZERKESZTETTE:**

**DR. ZSUGA JUDIT**

**ÍRTÁK:**

**DR. BÁNYAI-MÁRTON GÁBOR**

**DR. BÍRÓ KLÁRA**

**BORBÉLY ÁGNES**

**DR. LEGOZA JÓZSEF**

**DR. NAGY ATTILA CSABA**

**DR. PAPP CSABA SÁNDOR**

**SZŐLLŐSI GERGŐ JÓZSEF**

**DR. ZSUGA JUDIT**

**TÖRDELŐ SZERKESZTŐ:**

**NAGY-BELGYÁR ZSUZSA**

## TARTALOMJEGYZÉK

BEVEZETÉS.....	4
DEBRECEN VÁROS 2008. ÉVI EGÉSZSÉGTERVÉNEK ÉRTÉKELÉSE .....	8
DEBRECEN VÁROS LAKOSSÁGA .....	12
Népesség .....	12
Népmozgalom .....	14
A LAKOSSÁG EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTA.....	16
A mortalitás főbb jellemzői .....	16
Általános halálozási viszonyok.....	16
Okspecifikus nyers halálozási arányszámok .....	18
Standardizált halálozási hányadosok.....	19
A morbiditás főbb jellemzői .....	20
A megbetegedések gyakorisága Debrecenben .....	21
Az egészséget meghatározó egészségmagtartási tényezők .....	22
AZ EGÉSZSÉGET BEFOLYÁSOLÓ KÖRNYEZETI TÉNYEZŐK.....	23
JAVASLATOK.....	23
FÜGGELÉK .....	29
MÓDSZERTAN.....	29
Demográfiai viszonyok.....	29
Megbetegedési és halálozási adatok elemzése.....	29
Standardizálás.....	30
Egészségfelmérés a debreceni lakosok körében .....	32
Halálozási (mortalitás) adatok, betegség főcsoportok a betegségek BNO kódjaival .....	33
Megbetegedési (morbidity) adatok, betegség főcsoportok a betegségek BNO kódjaival.....	35

## BEVEZETÉS

A betegségek nem csupán az egyén számára jelentenek egyfajta küzdelmet, hanem a társadalom egésze szempontjából kihívásként kezelendők, hiszen a betegségek kialakulásában szerepet játszik életmódunk, szokásaink (káros szenvedélyek, alkoholfogyasztás, dohányzás, az egészségtelen étrend és a fizikai inaktivitás). Amennyiben ezeken változtatunk, jó eséllyel bizonyos betegség kialakulása megelőzhető, mely minden esetben kifizetődőbb, mint a már kialakult betegség gyógyítása. A megelőzésre fektetett hangsúly, nem csak az egyén szempontjából értékelhető, a társadalom egésze számára is pozitív hozadékkal jár.

Mindezek miatt, azon egészségi állapotot befolyásoló kockázati tényezőkre, melyek ténylegesen befolyásolhatók, célszerű kiemelt figyelmet fordítani, nem csak az egyén szintjén, hanem állami (önkormányzati) szinten egyaránt. Az embereket döntéseikben segíthetik figyelemfelhívó kampányok, az önkormányzatok révén megvalósuló tájékoztató, közösségerősítő rendezvények, illetve környezetünk alakításával szokásainkra is pozitív hatás gyakorolható különböző városi szintű intézkedésekkel, fejlesztésekkel.

A helyi közügyek közé tartozik többek között az egészségügyi alapellátás, az egészséges életmód segítését célzó szolgáltatások biztosítása, a környezet-egészségügy, a sport és ifjúsági ügyek, a szociális és gyermekjóléti szolgáltatások és ellátások biztosítása, valamint a település közbiztonságának javításában való közreműködés. Az említett közfeladatok külön-külön és együttesen is kihatással vannak a lakosság egészségi állapotára, hiszen a közösségi, társadalmi tényezők legalább azonos mértékben befolyásolják az egészségünk alakulását, mint az egyéni biológiai, genetikai tényezők. Ezt a szemléletmódot tükrözi az *egészségfejlesztés* középpontba kerülése.

Debrecen infrastruktúrája, közlekedése, szolgáltatásainak mennyisége és minősége, valamint gazdaságának ereje eredményezheti azt, hogy a város nem csak Kelet-Magyarország tekintetében, hanem nemzetközi viszonylatban is régióközponttá váljon.

Az Egészségterv által érintett egyes témák kérdései egy körbe vonhatók és a közvetlen kapcsolódási pontok miatt, az oda-visszaható kölcsönhatások, összefüggések okán csoportosításuk viszonylagos.

A levegő minősége összefüggésbe hozható a közösségi közlekedés kihasználtságával és minőségével, a megfelelő kerékpárutak és a gyalogos közlekedés kialakításával. Ezek a közlekedési formák (úgynevezett aktív közlekedési formák) alternatívát nyújthatnak a személygépjárművekkel szemben, ami hozzájárulhat a levegő minőségének, illetve a városlakók levegőminőségről alkotott véleményének javulásához. Ráadásul, a levegő minőségének javulása

mellett a forgalom csökkenése a balesetek és a torlódások számának előnyös alakulásához is hozzájárulhat. Mindezzel pedig elősegítve egy, a közlekedés szempontjából (is) ideális város benyomásának kialakítását. Kiemelkedő jelentőséggel bírhat tehát a közösségi közlekedés használata, illetve kihasználtságának növelése.

Számos kutatás foglalkozott már a szubjektív jólét és a fizikai aktivitás kapcsolatával. Ezen belül is külön kutatás tárgyává vált a közösségi közlekedés, mint a közlekedés aktív formája a személygépjárművek használatával szemben. A gyaloglás és a kerékpározás mellett tehát, a közösségi közlekedést is az aktív közlekedés formájához sorolhatjuk. Megállapítható, hogy mindhárom forma egyértelmű pozitív hatást gyakorol az egyének pszichés jólétére is.

A parkok, zöld területek elérhető közelségben történő építése, megnövelése szintén jó hatással van a levegő minőségére, illetve az ott lakók ehhez társított képzetére (ami legalább olyan fontos összetevő). Mindemellett növelik a környékeliek jólétét, hiszen a könnyen elérhető parkok esetében, illetve annak közelében élők körében a szabadban eltöltött idő aránya magasabb, ami csökkenti a stresszt, depressziót, szorongást<sup>1</sup> és növeli a fizikai aktivitást.<sup>2</sup>

Ezen előnyök kiaknázásában fontos szerepet játszik a közbiztonság, valamint a környéken lakók biztonság érzete, melynek alkotóelemei közé tartozik a környékbeli gépjármű forgalom intenzitása, a közvilágítás minősége, az infrastruktúra állapota, annak karbantartása.<sup>3</sup> Mindehhez hozzátehetjük konkrét példaként a játszóterek kapukkal történő lehatárolását, zárását, nyitvatartási idő meghatározását, biztonsági szolgálat (rendőrség, közterület felügyelet, egyéb) diszkrét jelenlétét, a gyermekek védelme és a szülők biztonságérzetének növelése érdekében, és nem utolsósorban az állagmegóvás céljából. Mindez a parkok, közösségi terek esetén is hasznos és előremutató lehet, ahogy ez Debrecen esetén már több, felújított és rendszeresen karbantartott terén is megfigyelhető, az előnyei pedig szemmel láthatóak.

A felsorolt példák egyik közös vonását, általánosságban megfontolandó javaslatként említenénk meg: amennyiben megfelelően tervezzük meg a döntési helyzeteket, úgy segíthetünk a lakosságnak a helyes választás meghozatalában, s olyan viselkedési mintákat kialakítani, ami számára és a közösség, illetve a város számára is egyaránt kedvező eredménnyel szolgálhat.

---

<sup>1</sup> Van den Berg, A.E.; Maas, J.; Verheij, R.A.; Groenewegen, P.P. Green space as a buffer between stressful life events and health. Soc. Sci. Med. 2010, 70, 1203–1210.

<sup>2</sup> Christian, H.; Zubrick, S.R.; Foster, S.; Giles-Corti, B.; Bull, F.; Wood, L.; Knuiman, M.; Brinkman, S.; Houghton, S.; Boruff, B. The influence of the neighborhood physical environment on early child health and development: A review and call for research. Health Place 2015, 33, 25–36.

<sup>3</sup> Groff, E.; McCord, E.S. The role of neighborhood parks as crime generators. Secur. J. 2012, 25, 1–24.

Groshong, L.; Wilhelm Stanis, S.A.; Kaczynski, A.T.; Hipp, J.A. Attitudes About Perceived Park Safety Among Residents in Low-Income and High Minority Kansas City, Missouri, Neighborhoods. Environ. Behav. 2018, 0013916518814291.

A döntési helyzetek ilyen módon történő előre megtervezése, egy „kis lökést” (‘nudge’) adhat, mely segíthet terelni az egyéneket, anélkül, hogy megfosztanánk a választás szabadságától, az önálló döntés lehetőségétől, autonómiájától.<sup>4</sup>

A ‘nudge’ elmélet szerint le kell számolni azzal a tévhitel, hogy az emberek racionális döntéshozók (homo economicus), akik a megfelelő információ birtokában észszerű, józan döntést fognak hozni, ami hosszútávú érdekeiket, céljaikat szolgálja. Éppen ezért szükségessé válik a racionális döntések irányába terelni az egyéneket (döntéstervezés, ‘choice architecture’).<sup>5</sup> Ezen felismerés további gyakorlati jelentőségét és hasznát az adja, hogy a magatartástudomány kutatási eredményeinek figyelembevételével tervezi meg a döntési helyzeteket, azaz csupán megtervezi, de nem korlátozza a döntési szabadságot és alapvetően nem alkalmaz közvetlen pénzügyi ösztönzőket.<sup>6</sup>

A lakosság döntéseinek, magatartásának befolyásolására alkalmas eszköztár három nagyobb halmazt képezhet. Hatékonyan befolyásolható az emberek viselkedése

- társadalmi-kulturális hatásokon,
- a döntéshelyzetek megtervezésén és
- a kommunikáció kialakításán

keresztül.

A társadalmi-kulturális hatások alatt értendő, minden olyan szituáció, amikor úgy véljük, nem rendelkezünk megfelelő információval, ismeretekkel egy bizonyos problémáról, kérdésről és ennek köszönhetően döntéseinket leginkább az befolyásolja, hogy a környezetünkben élők (szomszédjaink, munkatársaink, barátaink, stb.) miként döntenek, milyen magatartást tanúsítanak.

A döntéshelyzetek megtervezése alatt gondolhatunk a fizikai környezetünk kialakítására, helyiségek elhelyezésére, termékek elhelyezésére, ugyanis ez bizonyítottan befolyásolja

---

<sup>4</sup> Magyarul roppant nehéz visszaadni a Thaler és Sunstein által használt kifejezést (‘nudge’), ami tulajdonképpen a szerzők által alkotott libertárius paternalizmus (lágy vagy aszimmetrikus paternalizmus) egy kevésbé elrettentő elnevezése.

<sup>5</sup> A ‘nudge’ tehát olyan finom beavatkozás a döntési helyzetbe, ami előtérbe helyezi az észszerűbb döntést. Logikus kérdésként merül fel, hogy az ilyen jellegű befolyásolás mennyire etikus? Hiszen a döntéshozó az esetekben többségében nem is lesz tudatában annak, hogy ez egyik, tudományosan alátámasztott, helyesnek vélt választást ösztönzik számára. Számos vitairat született ezzel kapcsolatosan. Az etikai aggályok ellenére nem merült fel a ‘nudge’ alkalmazásának teljes elvetése, hiszen akkor is befolyásoljuk a döntést, ha nem tudatosan tervezzük meg, hanem ad hoc találjuk, prezentáljuk. Szigorú feltételek mellett a ‘nudge’ alkalmazható és hasznos, olcsó beavatkozási lehetőséget biztosít. Mivel ez az ösztönzés gyakran tudat alatt hat, így nagyon fontos a transzparencia, az átláthatóság, hogy ne bujtatott formában kerüljön felhasználásra, hiszen abban az esetben könnyen válhat az egyéni érdekek, a profit áldozatává, eszközévé, s teheti akár alaptalanul is alapból gyanakvóvá a döntéshozókat.

<sup>6</sup> Alapelve tehát, hogy észszerű döntések ösztökéléséhez nem feltétlen szükséges minden esetben közgazdasági ösztönzőkkel a pénztárcájukon keresztül befolyásolni az embereket, hanem ennél sokkal enyhébb, lágyabb, kifinomultabb módszerekkel is rávezethetők a tudományosan megalapozott és helyesnek vélt döntésekre.

döntéseinket. Egy épület kialakításánál, ha a lépcsőket olyan módon tervezik meg, hogy élmény rajta felsétálni (érdekes vonalvezetésű, nyitott kialakítású), akkor önkéntelenül is többen fogják használni. Emellett pedig, ha a felvonókat nem központi helyre tervezik, hanem keresni kell és nem rögtön abba ütközik az ember, még többen fognak önkéntelenül is fizikai aktivitásnak lenni. Természetesen, nem csak fizikailag megtervezett döntéshelyzetekről beszélhetünk, e csoportba tartoznak az alapbeállítások (defaults) is. Az alapbeállítások választási helyzetekben szintén fontos befolyásoló tényezők, a legtöbb esetben ugyanis nem fogunk az alapbeállításokon változtatni.

A kommunikáció módozatai, tudatos kialakítása, hogyan is kommunikálunk, milyen szavakba öltöztetjük az átadásra szánt információt (forma és tartalom), mikor fogalmazunk meg kérést, utasítás helyett, mikor építünk félelmekre vagy inkább dicsérünk, biztatunk (pl. munkanélküli helyett álláskereső), esetleg úgy fogalmazzuk meg a célokat, hogy nem feltétlenül az észszerűsége (racionális döntés), hanem az érzelmekre próbálunk hatni.

Ezen általánosságban bemutatott elmélethez kapcsolódó példák segítségével kívánunk ötletekkel szolgálni a döntéshozók (döntéstervezők) számára.<sup>7</sup>

A pozitív tartalmú üzenetek formájában megjelenő, magatartást befolyásoló beavatkozások elősegíthetik a változásokat. A lakosság döntéseinek tudatos tervezése, az egyéni döntések megfelelő irányba történő terelésével a helyes viselkedés, valamint döntések meghozatalának ösztökélése olyan minimál intervenció, mely hatása messze meghaladhatja az igényelt befektetést. A felvázolt javaslatok, ötletek kidolgozásában, megvalósításában a város partnerként építhet a Debreceni Egyetem mellett több olyan szervezetre is, melyek értékes tapasztalattal rendelkeznek az adott témában. A levegő minőségének vizsgálata és a lakosság tájékoztatása szempontjából a Levegő Munkacsoport említhető. A közösségi közlekedés szempontjából a DKV Debreceni Közlekedési Zrt., valamint a Debreceni Regionális Közlekedési Egyesülettel történő együttműködés javasolható, továbbá a Magyar Kerékpárosklub helyi szervezete. Nemzetközi viszonylatban pedig a Cycling Embassy of Denmark szakembereivel való együttműködés lehetőségére érdemes felhívni a figyelmet.

A jelen dokumentum Debrecen Megyei Jogú Város Egészségtervének kivonata. A részletes elemzések az eredeti dokumentumban találhatók.

---

<sup>7</sup> Az alábbiakban említett konkrét példák mellett figyelemreméltó megoldások születtek a belvárosi utcák tisztántartása, a szemetelés megelőzése vonatkozásában, mint tipikus nagyvárosi problémára.

## DEBRECEN VÁROS 2008. ÉVI EGÉSZSÉGTERVÉNEK ÉRTÉKELÉSE

Az új egészségterv alapjainak lefektetése előtt szükséges az elmúlt időszak eredményeit röviden áttekinteni. A visszatekintés segít leltárba venni a városvezetés eddigi erőfeszítéseit, mely hasznos kiindulópontja lehet a további lépések egészségfejlesztési szempontokat előtérbe helyező megtervezésében (esetleges újra tervezésében).

A 2008-ban megalkotott egészségterv által megfogalmazott (és az alábbiakban felidézett) prioritások, stratégiai javaslatok alapján Debrecen városvezetése számos intézkedést hozott, melyek a Debreceni Megyei Jogú Város Egészségtervében részletesen be vannak mutatva.

### *Ad 1.:*

A 2008-as Egészségtervben megfogalmazott stratégiai javaslattal összhangban került bővítésre a város **Egészségügyi és Szociális Bizottságának feladata**, így a Bizottság mára figyelemmel kíséri a lakosság egészségügyi ellátását, az egészségügyi mutatóit és a város környezet-egészségügyi helyzetének alakulását.<sup>8</sup>

### *Ad 2.:*

Az egészséges életmódra nevelésben, a gyermekek harmonikus lelki, testi és értelmi fejlődésének elősegítésében a köznevelési intézményeknek fontos szerep jut. Az **iskola-egészségügyi ellátás** megszervezése az egészségügyi alapellátását a város a Debreceni Alapellátási és Egészségfejlesztési Intézetre bízta, mely ennek keretében kiemelt hangsúlyt fektet az egészségtudatosság kialakítására, formálására, új módszerek bevezetésére.

A **lakossági egészségfejlesztés** terén a debreceni Egészségfejlesztési Iroda szerepe kiemelendő, melynek hosszú távú célja a kistérségben élők egészségi állapotának javítása, amely által javul a munkaképes korú lakosság munkaerő-piaci helyzete, csökken a kistérségre jellemző nagyarányú elvándorlás, így járulva hozzá a versenyképesség növeléséhez.

Az **egészséges táplálkozás** elősegítéséhez hozzátartozik a megfelelő mennyiségű zöldség és gyümölcs fogyasztása. Az önkormányzat az elmúlt időszakban törekedett a városi piacokat felújítani, hogy a vásárlói igényeket kielégítő körülmények között vásárolhassanak a város lakói, és a termelők számára is megfelelő, méltó körülményeket biztosítsanak.

Az ártalomcsökkentés területén a **függőségek** elkerülése kulcsfontosságú az egészség megőrzése szempontjából. Ez lényegesen túlmutat a szerhasználat okozta kihívásokon, hiszen ide tartoznak az internet, a szerencsejáték és a sportfogadás okozta viselkedési, illetve függőségi

---

<sup>8</sup> Debrecen Megyei Jogú Város Önkormányzata Szervezeti és Működési Szabályzatáról szóló Debrecen Megyei Jogú Város Önkormányzata Közgyűlésének 1/2013 (I.24.) önkormányzati rendelete 58. § (5) bekezdése 2013. február 1-i hatálybalépésétől kezdve tartalmazza ezen hatásköröket



problémák. A „Tegyünk Közösén! (2014-2020)” stratégia elsődleges célja megmutatni, hogy az egészséges életmód könnyebbé teszi a mindennapokat. Az önkormányzat törekszik párbeszédet fenntartani a lakosokkal, különös tekintettel a fiatalokra (14-24 éves korosztály).

Debrecen stratégiai ágazatként tekint mind a professzionális, mind a tömegsportra egyaránt; ez utóbbi népegészségügyi jelentősége elvitathatatlan, ezért a városban létesülő sportparkok és szabadidőparkok létesítése és népszerűsítése a stratégiai feladatok szerves részét képezik.

A lakossági **egészségmegőrző programok** kivitelezéséhez és végrehajtásához egy Debrecen méretű város esetén szükséges elhivatott önkéntesek bevonása is. A városban számtalan egyesület foglalkozik a lakosság egészségét támogató programokkal, melyekkel a város vezetése törekszik közvetlen kapcsolatot kiépíteni és a Civil Információs Centrummal közösen támogatni tevékenységüket.<sup>9</sup>

Az **időskorú lakosok szükségleteivel** a „Helyi Esélyegyenlőségi Program” is kiemelten foglalkozik, hangsúlyt fektetve az idősök helyzetével, életminőségük javításával kapcsolatos intézkedésekre. A program intézkedési tervének része volt az önkormányzati döntésekben az idősök érdekeit képviselő Debreceni Idősügyi Tanács létrehozása, mely részt vett a „Debrecen Megyei Jogú Város Önkormányzata Idősügyi Stratégiája 2020-2025” megalkotásában.

A Közgyűlés a Debreceni Karitatív Testület létrehozásával támogatja a városi szintű **karitatív munka** operatív és koordináló tevékenységét, annak érdekében, hogy hatékonyabb humanitárius segélyezési tevékenységet tudjanak kifejtetni az érintett civil szervezetek.

Debrecen városa tudatosan fejleszti a **kerékpárút hálózatát**. Az elmúlt, több mint 10 évre visszatekintve összesen több, mint 40 km kerékpárút készült el, vagy került felújításra, átalakításra a városban. A 2010-ben már meglévő kerékpáros útvonalak nem képeztek összefüggő hálózatot, ezért az Önkormányzat 2014-ben sikerrel pályázott a belvárost és a legfontosabb lakossági tömörüléseket, az egyes egyetemi egységeket összekötő kerékpárút-hálózat kiépítésére, illetve a nagyobb turisztikai célpontok kerékpárral történő megközelíthetőségének javítására.

*Ad 3.:*

Az óvodai és iskolai **szociális segítség** fő célja a gyermekek, tanulók, szülők, óvodapedagógusok, pedagógusok részére adekvát szakmai támogatás nyújtása, prevenciós programok működtetése, az észlelő- és jelzőrendszer működésének koordinálása. Az óvodai és

---

<sup>9</sup> Debrecen városa minden évben nyilvános pályázatot ír ki a városi költségvetés Civil-, Kulturális-, Sport-, Ifjúsági Alapjában szereplő összegekre, melyekre elsősorban civil szervezetek pályázhatnak működésük finanszírozására, illetve programjaik megvalósításához.

iskolai szociális szakemberek egyéni, csoportos és közösségi tevékenységek keretein belül látják el a feladataikat, az adott intézmény szükségleteinek megfelelően. Pedagógusok, gyermekek, szülők egyaránt fordulhatnak a szociális szakemberekhez, hogy adekvát válaszokat kapjanak a tapasztalt problémákra.<sup>10</sup>

*Ad 4.:*

A városvezetés törekszik arra, hogy minél **zöldebb és élhetőbb legyen Debrecen**, ennek érdekében a zöld felületek folyamatosan megújultak.<sup>11</sup> Különösen a lakótelepek környezete újult meg a zöldterületek mennyiségének növelésével, minőségének javításával, valamint olyan rekreációs területek létrejöttével.

2020-ban létrejött egy **környezetvédelmi munkacsoport**, mely helyi szakmai bázist jelent ezen szakpolitika tekintetében. A zöld felületek megújításával 2007 óta kiemelten foglalkozik az önkormányzat, melybe beletartozik a fák rekonstrukciója (felmérés, kivágás, telepítés).<sup>12</sup>

A város **levegő szennyezettségének** csökkentésében új eszköz lehet az elektromobilizáció, melyet a város elektromos töltőállomások telepítésével támogat.

A **közösségi közlekedés** fontos szerepet játszik a légszennyezés csökkentésében, ezért annak korszerűsítése, minőségének javítása, a felhasználói élmény növelése fontos szerepet játszhat a lakosság szemléletmódjának formálásban, elfogadottságának növelésében. Hosszabb távú célként lehetne kitűzni, hogy ne alternatívaként, hanem első számú választásként tekintsenek rá a debreceniek.

*Ad 5.:*

Magyarországon a **méhnyakrákkal** kapcsolatban már 2009-ben pilot jelleggel elindult egy új szolgáltatás, a Védőnői Méhnyakszűrő Mintaprogram (VMMP).

A **cukorbetegség, zsíryanycsere-zavarok és a magasvérnyomás szűrése** is az alapellátás feladatai közé tartozik. Az önkormányzat azzal tudja leghatékonyabban támogatni a fenti betegségek prevalenciájának és incidenciájának csökkentését, ha megfelelő körülményeket

---

<sup>10</sup> A szociális szakemberek részéről a problémák rendszerszemléletű, holisztikus megközelítése, a munkájuk során használt széles körű kapcsolati hálózatuk, szakmai tudásuk és személyiségük lehetővé teszi, hogy adekvát válaszokkal szolgáljanak a köznevelési intézményekben felmerülő, veszélyeztetettséggel összefüggő kérdésekre.

<sup>11</sup> E folyamatban kiemelt szerep jut a „Zöld Város Program”-oknak, melyeket az Új Főnix Terv alapján a D2030-as városfejlesztési stratégia is tartalmaz.

<sup>12</sup> A város több akcióval népszerűsíti a környezet védelmét, mely komoly hatást gyakorolhat a lakosság szemléletmódjának változására. A város vezetése, továbbá a város egyéni képviselői folyamatosan, önkéntes tevékenység keretében vesznek részt a város zöldterületeinek növelésében. A villamos nyomvonalán megjelenő, ún. „Zöld Pálya” is növeli a város zöldfelületét.

biztosít az alapellátási feladatok ellátására, ezért az egészségügyi ellátási célra használt önkormányzati tulajdonú ingatlanok infrastrukturális fejlesztését valósította meg.<sup>13</sup>

*Ad 6.:*

Az **„Egészséget Minden Szakpolitikában”** (Health in All Policies) koncepció törekszik azt a kétirányú összefüggést hangsúlyozni, hogy egy jól működő és jól teljesítő gazdaság előfeltétele egy egészséges társadalom és ahogy javul az emberek egészségi állapota, úgy bizonyul egyre versenyképesebbnek egy város gazdasága. E koncepció előtérbe helyezése olyan komplex megközelítést valósíthat meg, melyre hazánkban egyelőre nem található példa, de rendkívül jól illeszkedik a gondoskodó város által sugallt értékrendbe. A javaslat szellemiségében megfontolandó egy olyan szakmaközi bizottság felállítása, mely lebonyolítja a különböző érdekelt felek közötti szakmaközi egyeztetéseket és támogatást nyújt az érintettek közötti közvetlen kommunikáció megteremtésében és valódi partnerség kialakításában, miközben érvényre juttatja a népegészségügyi szempontokat a döntéselőkészítés során.

---

<sup>13</sup> Az infrastrukturális fejlesztések mellett elindult az alapellátás működési modelljének átalakulása is. Elkezdődött a háziorvosi praxisközösségek megszervezése, melyek célja a háziorvosok közötti szakmai, gazdasági együttműködés kiépítése, a definitív ellátás erősítésén keresztül a szakellátás tehermentesítése.

## DEBRECEN VÁROS LAKOSSÁGA

## Népesség

Debrecen város lakosságának létszáma a 2019-es évben 201 273 fő volt a Központi Statisztikai Hivatal adatai szerint, melyből a férfiak száma 94 199 fő (46,8%), a nők száma 107 074 fő (53,2%) volt. Az ország lakosságának létszáma 9 771 143 fő volt, melyből 4 678 306 (47,9%) férfi és 5 092 837 (52,1%) nő. A lakónépesség kor és nem szerinti megoszlását összefoglalóan az 1. táblázat, részletesebb korcsoportos bontásban az 1. ábra szemlélteti.

Nem	Korcsoport	Debrecen		Magyarország	
		Fő	Részarány (%)	Fő	Részarány (%)
Teljes populáció	0-18	37 080	18,4%	1 809 468	18,5%
	19-64	125 888	62,5%	6 045 578	61,9%
	65-X	38 305	19,0%	1 916 097	19,6%
	Összesen	201 272	100,0%	9 771 142	100,0%
Férfi	0-18	18 812	20,0%	929 290	19,9%
	19-64	61 106	64,9%	3 019 782	64,5%
	65-X	14 281	15,2%	729 234	15,6%
	Összesen	94 198	100,0%	4 678 306	100,0%
Nő	0-18	18 268	17,1%	880 178	17,3%
	19-64	64 782	60,5%	3 025 796	59,4%
	65-X	24 024	22,4%	1 186 863	23,3%
	Összesen	107 074	100,0%	5 092 836	100,0%

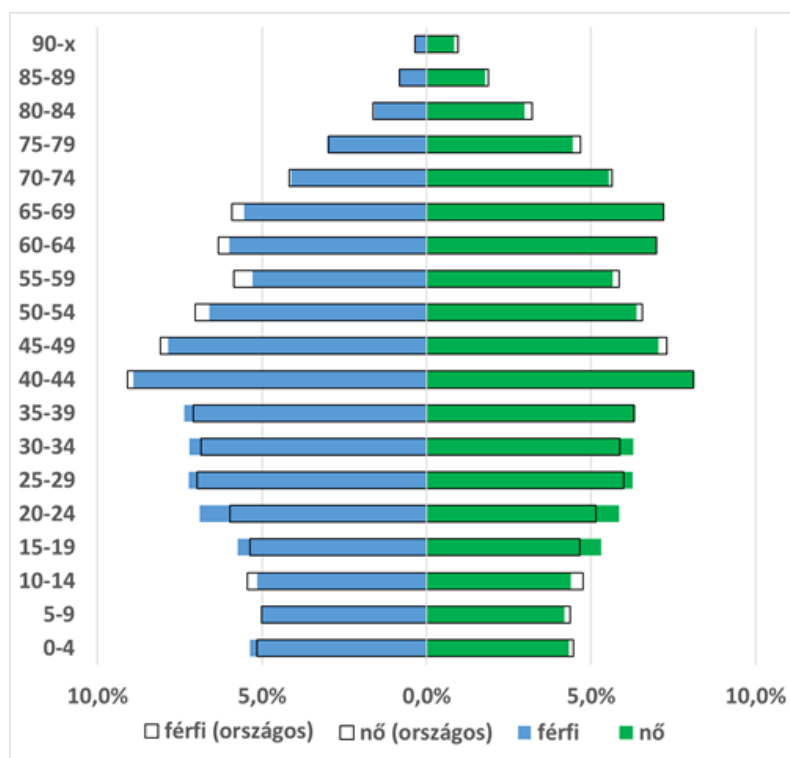
1. táblázat: Korcsoport és nem szerint Debrecen és Magyarország lakosainak száma, valamint az egyes korcsoportok százalékos aránya nemenként 2019-ben. (Forrás: Központi Statisztikai Hivatal)

A lakosság jelentős részét az aktív munkaképes korosztály adja (19-64 évesek), a férfiak körében ez az arány 64,9% (61 106 fő); míg a nők körében 60,5% (64 782 fő) Debrecenben. A 0-18 éves fiúk részaránya 20,0% (18 812 fő), míg lányok körében ugyanezen a korcsoport részaránya 17,1% (18 268 fő). A 65 év feletti férfiak részaránya 15,2% (14 281 fő), a nők részaránya 22,4% (24 024 fő).

Országos szinten a 19-64 éves korcsoport férfiak részaránya 64,5% (3 019 782 fő) a nőké 59,4% (3 025 796 fő) volt, a 0-18 éves fiúk részaránya 19,9% (929 290 fő) a lányoké pedig 17,3% (880 178 fő). A 65 évnél idősebb férfiak részaránya 15,6% (729 234 fő) a nőké pedig 23,3% (1 186 863 fő) volt. Kiemelendő, hogy a legidősebb korcsoportban a nők részaránya jelentősen magasabb, mint a férfiaké országosan és Debrecenben is, mely jelenség elsődleges oka a nők magasabb átlagos élettartamában keresendő. A részarányok kapcsán elmondható, hogy a korcsoportok szerinti megoszlásban nincs számottevő eltérés Debrecen városában az országos megoszláshoz képest.

## Debrecen város lakosságának demográfiai megoszlása

Debrecen városának 2020. január 1-jei korfája alapján jól látszik, hogy lakosságának korösszetétele az előregedő népességű és fejlett társadalmakra jellemző, úgynevezett urna mintázatot követi. Általánosságban az látható, hogy a fiatalabb életkorokban a férfiak aránya enyhén magasabb, azonban az életkor előrehaladtával a nők részaránya nő. A 15-39 éves korcsoport vonatkozásában a debreceni lakosság részaránya meghaladja az országos gyakoriságot, azonban az idősebb korcsoportokban jól látható, hogy a korcsoportok részaránya csökken az országos előfordulási gyakoriságokhoz képest. A korfa alapján elmondhatjuk, hogy az országos demográfiai összetételhez viszonyítva enyhe eltérés látható, a 15-39 éves korcsoport aránya magasabb, a fiatalabb (0-14) és az idősebb (40-X) korcsoport esetén pedig alacsonyabb a debreceni lakosság részaránya mindkét nem esetén. (1. ábra)



1. ábra: Debrecen város korfája (2020. január 01. adatok), a lakosság nemenkénti korcsoportos megoszlása százalékban

Debrecenben a vizsgált időszak alatt (2015 és 2020 között), a létszámokban kismértékű, monoton csökkenés látható mindkét nem esetében. A férfiak létszáma a 2015-ben 94 782 fő volt, amely 2019-re 94 198-ra csökkent. Hasonlóan csökkenő tendencia volt megfigyelhető a nők körében, mely szerint a 2015-ös évben 108 501 nő élt Debrecenben, 2019-ben azonban számuk 107 074 főre csökkent.

Az életkor és nem szerinti bontást tekintve, a 18 év feletti korosztályban (19-64 év, illetve 65 év feletti korcsoportokban), a vizsgált időszakban minden évben enyhén magasabb a nők

száma, mint a férfiaké. Ezzel szemben a fiatalabbak körében (0-18 éves korcsoport) magasabb a fiúk létszáma. A vizsgált 2015-2020-ig terjedő időszakban jelentős kiugrás vagy nagyobb mértékű változás nem következett be a nemek létszámának vonatkozásában egyik korcsoportnál sem (2. táblázat).

Év	Férfiak				Nők				Összesen
	0-18	19-64	65-X	Összesen	0-18	19-64	65-X	Összesen	0-X
	évesek								
2015	18 786	62 988	13 009	94 782	18 234	68 341	21 927	108 501	203 283
2016	18 688	62 501	13 327	94 515	18 164	67 310	22 531	108 005	202 520
2017	18 682	62 117	13 653	94 452	18 175	66 459	23 012	107 646	202 098
2018	18 772	61 709	13 913	94 393	18 264	65 734	23 432	107 430	201 823
2019	18 812	61 106	14 281	94 198	18 268	64 782	24 024	107 074	201 272

2. táblázat: A debreceni lakosság létszámának alakulása nem és fő korcsoportok szerint 2015-től 2019-ig

## Népmozgalom

A települések népességének alakulását legfőképp a születések és halálozások befolyásolják (eltekintve a vándorlástól és a közigazgatási átrendeződéstől).

Debrecen város évközepe lakosság számait illetően csökkenő trend volt megfigyelhető a 2015-2019-es időszakban, melyhez hasonló csökkenés volt látható az élveszületések abszolút számát illetően is ugyanezen időszakban (ez alól kivétel a 2017-es év). A halálozások számát illetően nem történt sem számottevő kiugrás, sem számottevő eltérés az időbeni trend vizsgálata során. Az élveszületési arányszám 2000-ben 9,5 volt, amely 2019-re 8,8-ra csökkent, azaz 0,7-tel csökkent az 1000 főre vonatkoztatott születések száma, ami azt jelenti, hogy 7-tel kevesebb gyerek született 2019-ben 1000 főre vonatkoztatva, mint 2000-ben. A 2015-2019-es időszakot tekintve, Debrecenben az élveszületési arányszám 2015-ben 9,7/1 000 főről 8,8/1 000 főre csökkent. Az országos adatokat tekintve is csökkenő trend volt megfigyelhető. Az országos élveszületési arányszám 2015-ben 9,3 volt, amely 9,1-re csökkent 2019-re.

A halálozási arányszám 2019-ben az országos értéknél alacsonyabb volt (11,5 vs. 13,3), azaz 10 000 főre vonatkoztatva 18 fővel kevesebben haltak meg Debrecenben, mint az országosan. A halálozási arányszám azonban Debrecenben az utóbbi években emelkedett, 2015-ben 10,9 volt, majd 2019-re 11,5-re nőtt (ez azt jelenti, hogy 10 000 főre vonatkoztatva 6-tal emelkedett a halálozások száma). Az időbeni tendenciát tekintve, azonban az országos halálozási arányszám csökkent a 2015-2019-ös időszakban, ugyanis 2019-ben 13,3; 2015-ben pedig 13,4 volt a mutató értéke. A kedvezőtlen tendencia okai Debrecen esetében további vizsgálatot igényelnek

a szükséges beavatkozások kidolgozása végett.

A természetes szaporodási arányszám előjele Debrecenben és országosan is negatív, ami azt jelenti, hogy mind Debrecenben, mind országosan természetes fogyás következett be a vizsgált időszakban. Azonban amíg a 2015-ös évben a természetes fogyás mértéke az országos érték megközelítőleg harmada volt Debrecenben (29,3%), addig 2019-ben már majdnem elérte az országos érték kétharmadát (65,8%).

Ez a tendencia nem újkeletű, hiszen a természetes szaporodási arányszám a 2000-es évtől már negatív előjelűvé vált, azaz 2000 óta természetes fogyás figyelhető meg.

Az alábbi, 3. táblázat bemutatja a népmozgalmi indikátorokat Debrecen városára, és Magyarországra vonatkoztatva. A 2000; 2005; és 2015-2019-es adatok kerülnek bemutatásra.

Népmozgalmi mutatók		2000	2005	2015	2016	2017	2018	2019
DEBRECEN	Évközepi lakosságszám	207 341	204 190	203 283	202 520	202 098	201 823	201 272
	Élveszületések száma	1 967	2 031	1 972	1 833	1 921	1 809	1 763
	Halálozások száma	2 632	2 264	2 214	2 116	2 188	2 265	2 307
	Élveszületési arányszám <sup>14</sup> (X) (1000 főre)	9,5	9,9	9,7	9,1	9,5	9,0	8,8
	Halálozási arányszám <sup>15</sup> (Y) (1000 főre)	12,7	11,1	10,9	10,4	10,8	11,2	11,5
	Természetes szaporodási arányszám <sup>16</sup> (X-Y) (1000 főre)	-3,2	-1,1	-1,2	-1,4	-1,3	-2,3	-2,7
MAGYAR-ORSZÁG	Évközepi lakosságszám	10 121 761	10 087 065	9 843 028	9 814 023	9 787 966	9 775 564	9 771 141
	Élveszületések száma	97 597	97 496	91 690	93 063	91 577	89 807	89 193
	Halálozások száma	135 601	135 732	131 697	127 053	131 674	131 045	129 603
	Élveszületési arányszám <sup>2</sup> (X)	9,6	9,7	9,3	9,5	9,4	9,2	9,1
	Halálozási arányszám <sup>3</sup> (Y)	13,4	13,5	13,4	12,9	13,5	13,4	13,3
	Természetes szaporodási arányszám (X-Y)	-3,7	-3,8	-4,1	-3,5	-4,1	-4,2	-4,1

4. táblázat: Népmozgalmi mutatók Debrecenben és Magyarországon (Forrás: KSH)

<sup>14</sup> Az élveszületési arányszám, más néven nyers élveszületési arányszám az ezer főre jutó élveszületések számát mutatja egy adott évben.

<sup>15</sup> A halálozási arányszám a halálozások ezer főre jutó száma, évközepi népességre számítva.

<sup>16</sup> A természetes szaporodás nyers arányszáma a természetes szaporodás abszolút számának a lakossághoz viszonyított arányát mutatja 1000 lakosra számítva.

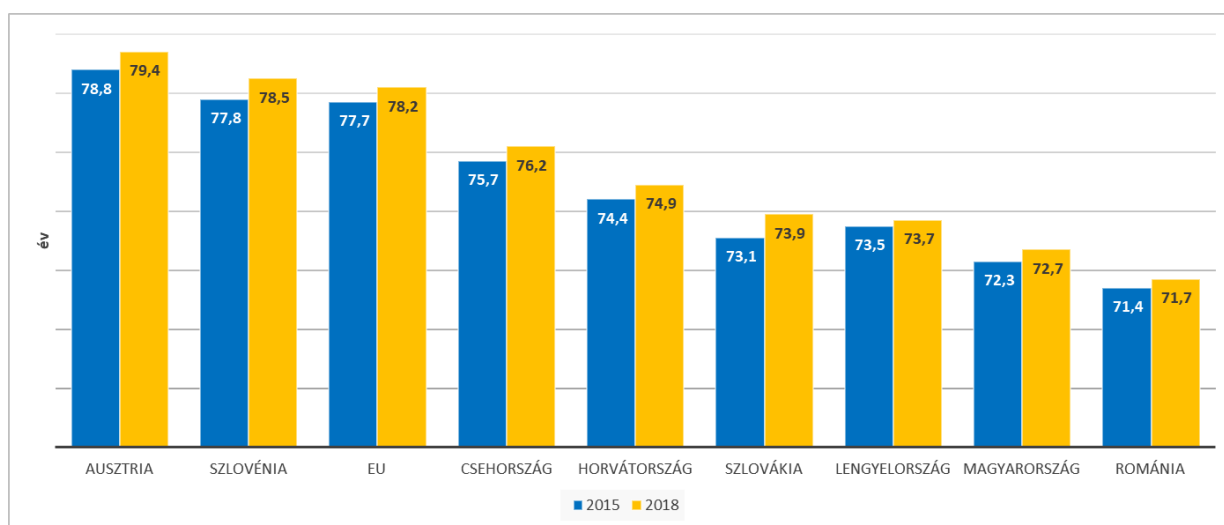
## A LAKOSSÁG EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTA

### A mortalitás főbb jellemzői

#### Általános halálozási viszonyok

A legfrissebb 2018-as becslés alapján Magyarországon a születéskor várható élettartam 72,7 évre emelkedett a 2015-ös 72,3 évről. Bár a debreceni összhálózás enyhe emelkedést mutat a vizsgált időszakban (108,91/10 000 főről 114,62/10 000 főre emelkedett), azonban ez kedvezőbb képet mutat, mint az országos kép, mivel az országos összhálózás 2019-ben 10 000 lakosra vetítve magasabb, meghaladja a 132 főt.

Az Európai Unió statisztikai hivatalának (Eurostat) legfrissebb 2018-as becslése alapján a születéskor várható élettartam Magyarországon 72,7 év. A hasonló szociális-kulturális berendezkedésű V4 országok<sup>17</sup> közül az utolsó helyen helyezkedünk el, elmaradva az Európai Unió átlagtól (78,2 év). A környező Európai Unió (EU) országok közül csak Romániában volt alacsonyabb a születéskor várható élettartam (71,7 év). Kiemelendő azonban, hogy a születéskor várható élettartam a 2015-2018-as időszakban 72,3 évről 72,7 évre emelkedett. (2. ábra)

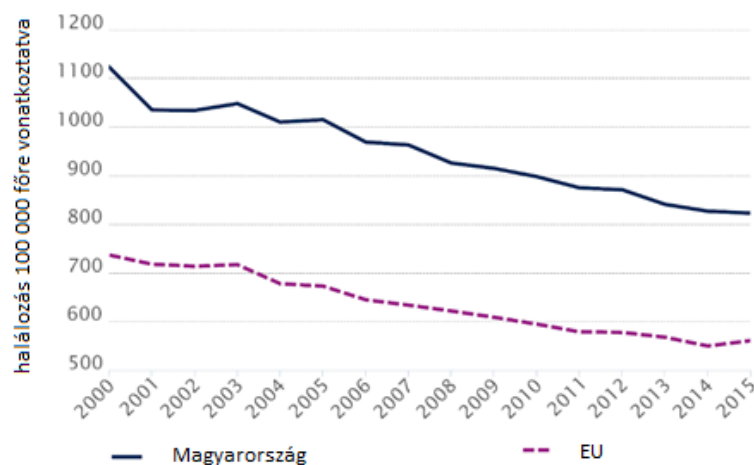


2. ábra: Születéskor várható élettartam 2015-ben és 2018-ban az Eurostat adatai alapján (V4, Magyarországgal határos Európai Unió országok, EU átlag)

<sup>17</sup> V4: A Visegrádi Együttműködés vagy V4-ek négy közép-európai tagállam regionális szervezete: Csehország, Lengyelország, Magyarország és Szlovákia

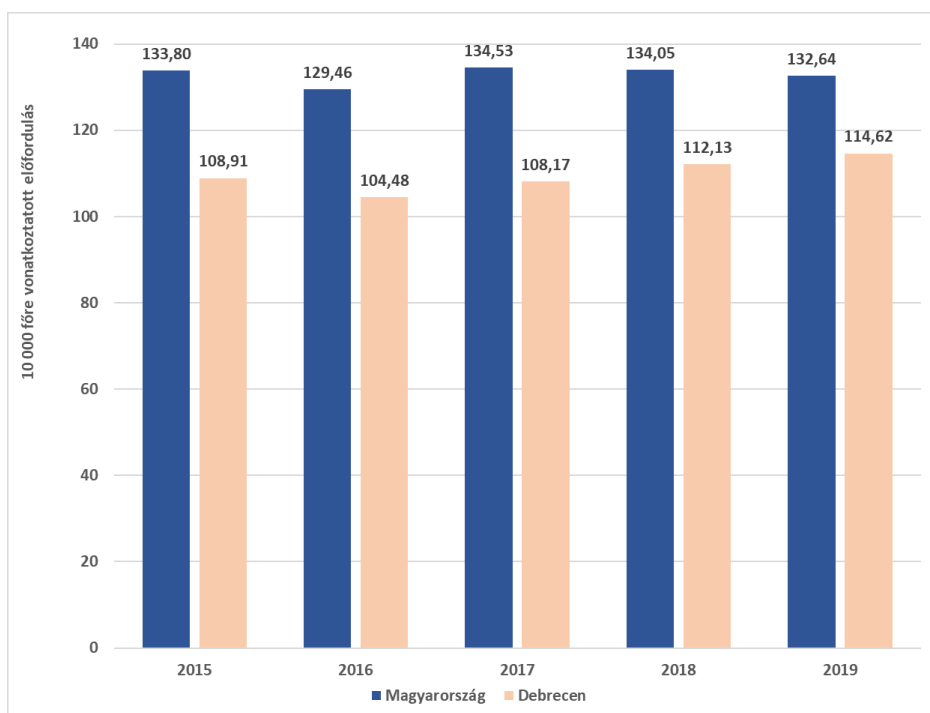


Magyarországon a WHO legfrissebb (2015) adatai alapján a standardizált összhálózás, az Európai Unió átlagos javulással párhuzamosan csökkent 2000 és 2015 között. (3. ábra)



3. ábra: A standardizált összhálózás időbeni alakulása 2000-2015<sup>18</sup>

A 10 000 főre vonatkoztatott összhálózás Debrecenben kedvezőbb képet mutat, mint az országos hasonló adatok, azonban az időbeli változást alapján elmondható, hogy a 10 000 főre vonatkoztatott összhálózás gyakorisága enyhe növekvő tendenciát mutat (108,91-ről 114,62-re). (4. ábra)



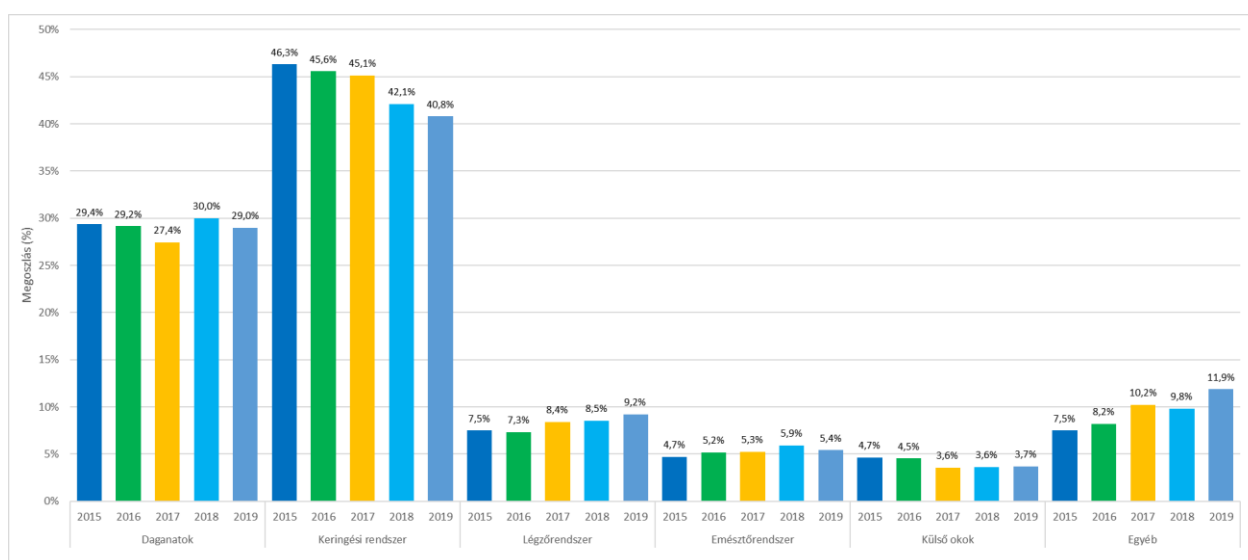
4. ábra: Összhálózás 10 000 főre vonatkoztatott nyers gyakoriságának időbeni alakulása 2015-2019 között, a debreceni és a hazai lakosság körében

<sup>18</sup> Az Európai Unió adatok 2015-ig állnak rendelkezésre (Forrás: WHO European Health for All Database (HFA-DB))

## Okspecifikus nyers halálozási arányszámok

A halálokok szerinti halálozást tekintve megfigyelhető, hogy Debrecenben a keringési rendszer okozta halálozás részaránya az összhála-lozás tekintetében a vizsgált időszakban (2015-2019) 46,3%-ról (1025 fő) 40,8%-ra (941 fő) csökkent, a légzőrendszerrel kapcsolatos halálokok részaránya 7,5%-ról (166 fő) 9,2%-ra (213 fő) emelkedett. A daganatok miatti halálozás részaránya és az emésztőrendszerrel összefüggő betegségek miatti halálozás részaránya minimális ingadozást mutatott (rendre 27,4% és 30,0% illetve 4,7% és 5,9% között volt) a 2015-2019-ig terjedő időszak során. A külső okok miatti halálozás részaránya minimálisan (4,7%-ról 3,7%-ra) csökkent. (5. ábra)

A halálloki tényezők megoszlásának változását tekintve elmondható, hogy a keringési rendszer okozta halálozás részaránya csökkent (46%-ról 41%-ra), a légzőrendszerrel kapcsolatos halálokok részaránya növekedett (7%-ról 9%-ra).

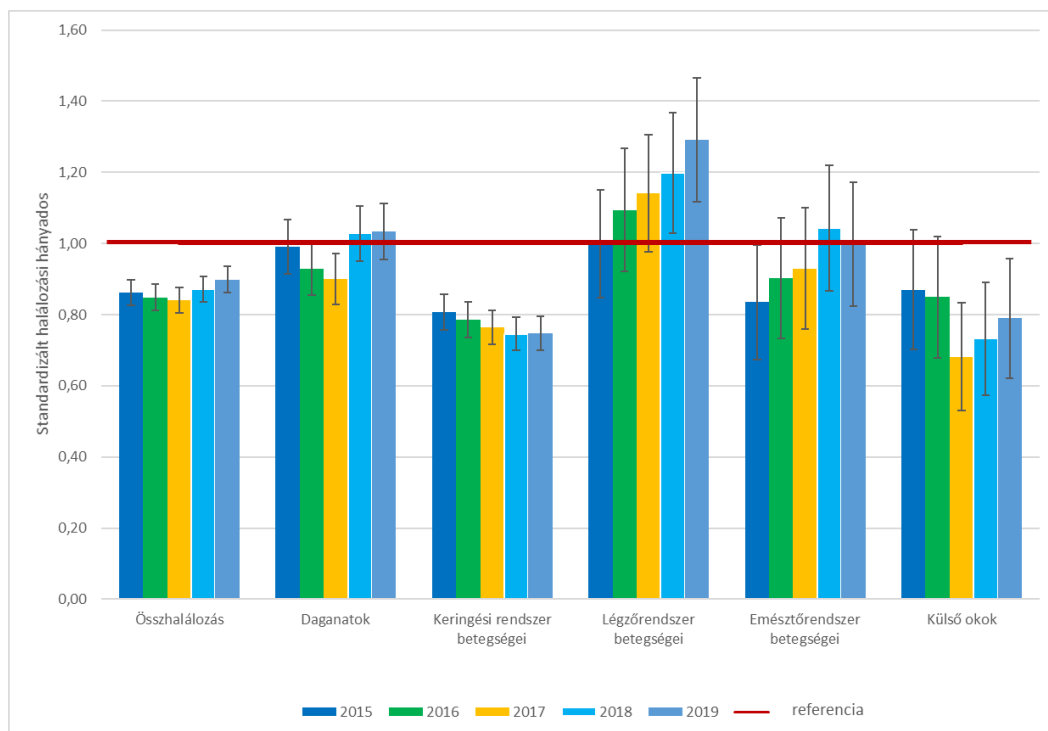


5. ábra: A BNO főcsoportok szerinti fő halálloki tényezők százalékos megoszlása az egyes vizsgált években az összhála-lozáson belül, 2015-2019-ig a debreceni lakosok körében (forrás: KSH) <sup>19</sup>

<sup>19</sup> Az adott évben tapasztalt összhála-lozás 100%, melynek a BNO főcsoportok szerinti fő halálloki tényezők százalékos részarányai adnak ki.

## Standardizált halálozási hányadosok

Az alábbiakban a standardizált halálozási hányadosok kerülnek bemutatásra. Mindkét nemet együttesen vizsgálva, elmondható, hogy az összhalálozás minden vizsgált évben jobb volt az országos referenciánál, ám enyhe romló tendencia figyelhető meg, mivel az érték az idő előrehaladtával közeledik az országos szinthez. A keringési rendszer betegségei miatt bekövetkező halálozás minden vizsgált évben (2015-2019) szignifikánsan kedvezőbb képet mutatott, mint az országos referencia és az évek során javuló tendenciát mutatott. A külső okok miatti halálozás is alacsonyabb a debreceni lakosok körében, azonban itt a 2015-2017 közötti javuló tendencia 2018-2019-ben megfordult. Ettől függetlenül, a 2019-es adatok még mindig szignifikánsan alacsonyabbak, mint az országos referencia, szemben a 2015-ben tapasztalt értékkel, amely még nem tért el szignifikánsan az országos referenciától. A daganatos megbetegedések, valamint az emésztőrendszeri megbetegedések miatti halálozás az országos referenciához hasonló. Elmondható továbbá, hogy a vizsgált időszak végén 2019-ben több rosszindulatú daganat, így az ajak- szájüregi, a végbél- szigmbél végbélnyílás miatti halálozási aránya is szignifikánsan alacsonyabb volt, mint az országos értékek alapján várható értékek. A légzőrendszer betegségei miatt bekövetkező halálozás azonban romló tendenciát mutat az évek során, 2018-tól kezdve már szignifikánsan rosszabb a helyzet, mint az országos referencia. (6. ábra)



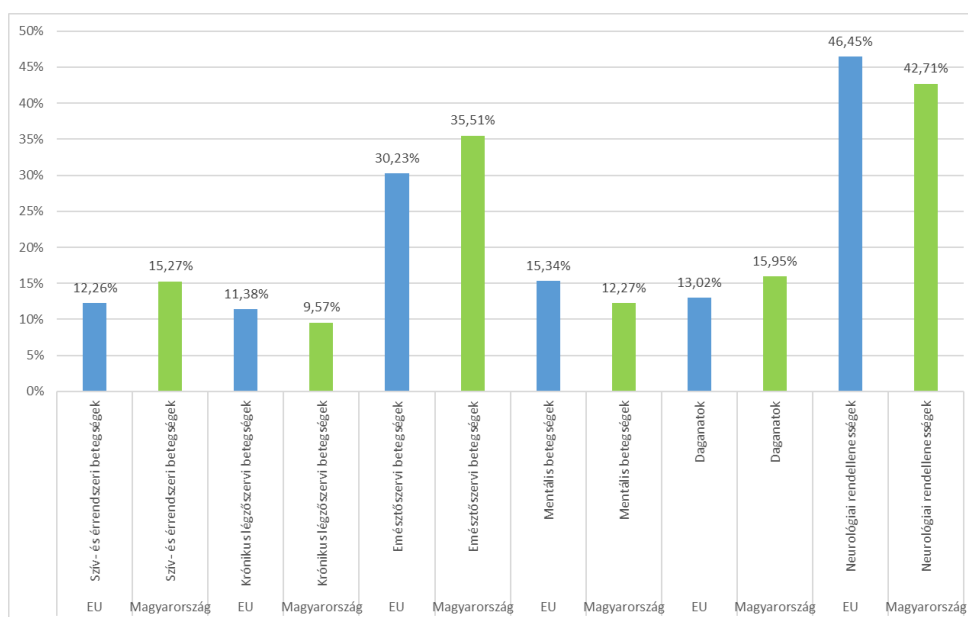
6. ábra: A BNO főcsoportok szerinti fő haláloki tényezők standardizált halálozási hányadosainak (SHH) időbeni alakulása 2015-2019 között, a debreceni lakosok körében

## A morbiditás főbb jellemzői

A 10 000 főre vonatkoztatott megbetegedések száma, illetve a standardizált morbiditási hányados informatív epidemiológiai mutatók. Az előbbi egy kor és nemre való korrigálás nélküli egyszerű gyakoriságot mutat 10 000 főre vonatkoztatva, míg az utóbbi egy az előbbi tényezőkre korrigált standardizált mutató, mely az országos szinttől való eltérés nagyságát és irányát mutatja meg.

A nagy népegészségügyi jelentőséggel bíró főbb betegségcsoportoknál tapasztalható legfrissebb (2019) előfordulási gyakoriságok, Európai Unió átlagértékekhez való viszonyulását az alábbi ábra szemlélteti.

A szív- és érrendszeri betegségek gyakoriságát vizsgálva elmondhatjuk, hogy Magyarországon közel 3%-kal magasabb volt ezen megbetegedések gyakorisága 2019-ben az Európai Unióban tapasztalható átlagos értékhez képest. A krónikus légzőszervi megbetegedések kapcsán viszont kedvezőbb képet kaptunk hazánk esetében, itt körülbelül 1,8%-kal kisebb volt az előfordulás az Európai Unió átlaghoz viszonyítva. Az emésztőszervi betegségek kapcsán elmondható, hogy 5,28%-kal magasabb az előfordulás nálunk, az Európai Unió értékéhez viszonyítva. A mentális betegségek terén körülbelül 3%-kal kisebb volt a nálunk becsült előfordulás, míg daganatos megbetegedések előfordulásának tekintetében körülbelül 3%-kal nagyobb a hazai gyakoriság. A neurológiai rendellenességek tekintetében viszont 3,74%-kal kisebb a hazai becsült érték.<sup>20</sup> (7. ábra)



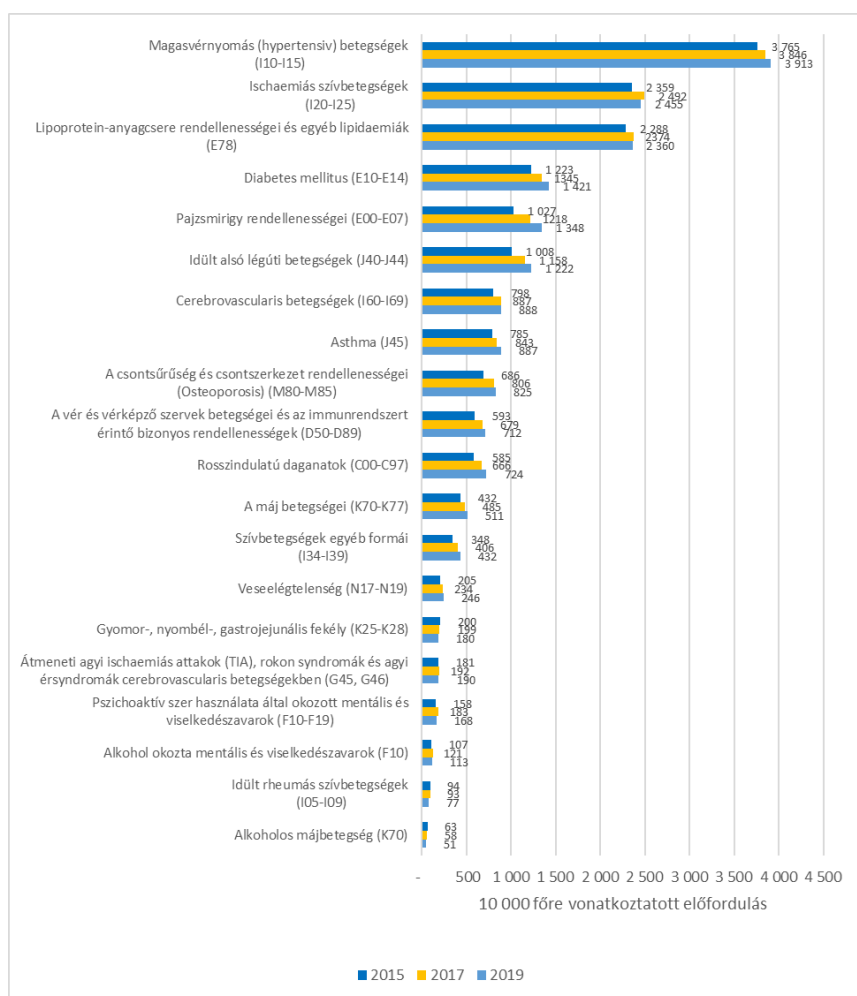
7. ábra: Népegészségügyi jelentőségű betegségek előfordulása az Európai Unióban és Magyarországon 2019-ben

<sup>20</sup> Global Health Data Exchange, <http://ghdx.healthdata.org/>

## A megbetegedések gyakorisága Debrecenben

A debreceni adatok tekintetében elmondható, hogy a magasvérnyomás volt a leggyakoribb betegség a vizsgált időszakban (2015-2019), melynek a 10 000 főre vonatkoztatott gyakorisága növekedett (3 765 főről 3 913 főre). A második helyen az ischaemiás szívbetegségek álltak az előfordulások tekintetében, a vizsgált periódus végén (2 455/10 000 fő). A megbetegedések nyers gyakoriságának összefoglalása alapján kijelenthető továbbá, hogy a harmadik legmagasabb előfordulási gyakorisággal rendelkező megbetegedés a lipoprotein anyagcsere rendellenességei voltak. A megfigyelési időszak végén (2019) csökkent a 10 000 főre vonatkoztatott gyakoriság az alkoholos májbetegség (51/10 000 fő), az idült rheumás szívbetegség (77/10 000 fő) és a gyomor-, nyombél, gastrojejunális fekély esetében (180/10 000 fő).

A legalacsonyabb előfordulási gyakoriság az alkoholos májbetegségek, valamint az idült rheumás szívbetegségek és az alkohol okozta mentális viselkedészavarok tekintetében volt látható. (8. ábra)



8. ábra: A betegségek előfordulási gyakoriságai a teljes debreceni lakosság körében a 2015, 2017 és 2019-es évekre vonatkozóan

A standardizált morbiditási arányszámok alapján elmondhatjuk, hogy az országos referenciaértékhez képest szignifikánsan kedvezőbb képet láthatunk a vizsgált időszak végén (2019) az átmeneti agyi ischaemiás attackok (TIA), rokon syndromák és agyi érsyndromák esetén, azonban a 2015-2019 közötti időszakban a tendencia romlott. Szignifikánsan jobb a helyzet a gyomor-, nyombél-, gastrojejunális fekély esetében a nők körében. A többi vizsgált betegségcsoport esetén rosszabb a helyzet az országos referenciaértékhez képest (keringési rendszer betegségei, légzőrendszer betegségei, vér és vérképző szervek betegségei, daganatok, endokrin betegségek, mentális és viselkedészavarok). Ennek hátterében egyfelől a lakosság egészségi állapota, másfelől az egészségügyi ellátórendszer által végzett széleskörű diagnosztikai tevékenység állhat.

### **Az egészséget meghatározó egészségmagatartási tényezők**

Az egészséggel kapcsolatos attitűdöket az „Egészséges Debrecen” és az „Élhető Debrecen” felmérés keretében vizsgáltuk. Az egészségmagatartással kapcsolatos tényezők tekintetében a sport és fizikai aktivitás szempontjából releváns a kondiparkok megjelenése és a különböző sétálóövezetek, gyalogutak elérhetősége. A jó minőségű utak biztosítása lényeges a gyalogos és kerékpáros közlekedés fejlesztése szempontjából. Mindemellett, a táplálkozással kapcsolatosan kevésbé tudatos a válaszadók magatartása.

Az „Élhető Debrecen” kérdőíves felmérés alapján elmondhatjuk, hogy a lakók alapvetően elégedettek a várossal, különös tekintettel az üzletekre és a munkalehetőségekre. Az oktatással kapcsolatban az általános elégedettség mellett a nem iskoláskorú gyermekek ellátásával kapcsolatban merült fel a némi bizonytalanság.

A levegőminősége, a sétálóövezetek kialakítása és a tömegközlekedés fontosnak tartott, viszonylagos elégedettséggel. A visszajelzések szerint a tömegközlekedés esetén viszont van lehetőség a fejlődésre. A levegő minőségének megítélése szubjektíve inkább rossz volt. A szelektív hulladékgyűjtés ismert és fontosnak tartott. A Zöld Város Program, a zöld tető, a közösségi kertek, a növény osztás pozitív fogadtatásban részesült, de viszonylag kevesen rendelkeznek pontos információval ezekkel kapcsolatosan. Összegezve elmondható, hogy a lakosok környezettudatosak és nyitottak az egészséges életmódot ösztönző városi lépésekre.

## AZ EGÉSZSÉGET BEFOLYÁSOLÓ KÖRNYEZETI TÉNYEZŐK

Jelen egészségterv csak röviden mutatja be a Debrecen város légszennyezettségi, ivóvízbiztonsági, zajterhelési és hulladékgazdálkodási helyzetét tekintettel arra, hogy az erre vonatkozó helyzetelemzést a „Levegőminőségi terv a légszennyezettség javítására Debrecen környéke zónacsoport területén” című, 2020. novemberben elkészített tanulmány, valamint a 2017-ben elkészített „Környezeti atlasz” című dokumentum tartalmazza. Egészségügyi határérték túllépés a légszennyező anyagok közül csak a nitrogén-oxidok és a szállópor esetén fordult elő. A nitrogén-oxidok egészségügyi határérték túllépések okai főként a közlekedésben keresendők. Az ivóvízminőség elmarad az országos átlagtól, a kémiai indikátorok közül az ammónium, a mangán és a vas esetében fordult elő parametrikus érték feletti eredmény. A debreceni szennyvíztelep korszerű, három tisztítási fokozattal rendelkezik. A közúti közlekedésnek jelentős szerepe van a város zajterhelésében.

## JAVASLATOK

### *1. Egészségfejlesztő és az egészségtudatosságot erősítő, tematizált lakossági programok megvalósítása*

A debreceni lakosság morbiditási adatainak áttekintése alapján elmondható, hogy a lakosság körében azon krónikus megbetegedések a leggyakoribbak, melyek kezelésében, progressziójának mérséklésében központi fontosságú a megfelelő életmód kialakítása. A 2002. évi Egészségügyi Világjelentés szerint az egészséget leginkább veszélyeztető tényezők egyike a magatartás, mivel a krónikus betegségek kialakulásának fő okaiként, rizikófaktorokként az egészségtelen étkezést, a fizikai inaktivitást, a dohányzást és a káros mértékű alkoholfogyasztást jelölik meg. Az Egészségügyi Világszervezet és a népegészségügyi szakemberek felhívják a figyelmet arra, hogy az okokra hatást lehet gyakorolni célzott kormányzati és helyi önkormányzati intézkedésekkel. Fontos a döntéshozók elkötelezettsége az összehangolt, interszektoriális törekvések mellett, melyhez szükséges a módszertani intézetek támogatása, az egészséget támogató jó gyakorlatok népszerűsítése. Alapvető fontosságú a megfelelő és széleskörű tájékoztatás, a lakosságban ezen okok tudatosítása.

Az egészségfejlesztő, az egészségtudatosságot erősítő programok keretében az Egészséges Debrecen, illetve az Élhető Debrecen lakossági felmérés alapján az alábbi témakörökkel kapcsolatos tematizált lakossági programok implementálása javasolt: a járványügyi és a veszélyes anyagokkal kapcsolatos ismeretek bővítése, a szűrővizsgálatokon való részvétel

ösztönzése, a rendszeres testmozgás népszerűsítése, valamint az egészséges táplálkozással (napi kalóriabevittel) kapcsolatos ismeretek fejlesztése.

A tematizált programok célcsoportjának meghatározása szempontjából kiemelendők azok, akik saját vélekedésük szerint is kevesebbet tesznek az egészségükért, mint amennyit tehetnének. Jellemzően az alacsonyabb iskolázottságú csoportokban, illetve az idősebb korosztály körében nagyobb azon válaszadók aránya, akik többet tehetnének az egészségi állapotukért saját elmondásuk szerint is. Érdekes tehát a programok, illetve az azokhoz kapcsolódó kommunikáció során ezen szegmensek megcélzása.

A tájékoztatás történhet figyelemfelhívó kampányokon keresztül, közösségi rendezvények támogatásával, példaképek bemutatásával (helyi sportolók, előadóművészek, köztisztviselők), valamint a rendelkezésre álló, elérhető információk közérthető, könnyen érthető ismeretekre történő „lefordításával”. Az élelmiszerekre vonatkozóan például olyan tájékoztatás nyújtása, mely az összetétel „egészségességét” vagy kalóriatartalmát gyorsan interpretálható módon adja át.

## *2. A gyalogos közlekedési mód helyzetének javítása, a gyaloglás népszerűsítése*

Az „Élhető Debrecen” felmérésben megkérdezettek többsége a gyalogos közlekedés gyakoribbá tétele érdekében a gyalogutak jobb állapotát és biztonságát, valamint a biztonságosabb gyalogátkelőhelyeket jelölte meg, ezért kiemelt fontosságú a gyalogutak és gyalogátkelőhelyek felújítása, láthatóvá tétele, javítása, és fejlesztése (új gyalogátkelőhelyek kijelölése), továbbá újabb sétáló övezetek kialakítása is. Megemlítendő, a kerékpáros és a gyalogos forgalom biztonságos elkülönítésének fontossága is (útburkolati jelek felfestése, gyalogátkelőhelyek kialakítása kerékpárúton, elkülönült nyomvonalvezetés).

## *3. A kerékpáros közlekedés helyzetének javítása*

Az „Élhető Debrecen” felmérésben részt vevők a kerékpáros közlekedés szempontjából a biztonságot, a jó minőségű utakat tartják fejlesztendő területnek. A válaszadók abban az esetben használnák gyakrabban a kerékpárjukat, ha biztonságosabbak lennének a kerékpárutak, ha több helyre lehetne eljutni ilyen módon, valamint ha a kerékpár tárolása is megoldható lenne. A városban meglévő kerékpárutak hosszának növelése és a már meglévő kerékpárút szakaszok összekötése mellett, a kerékpárutak nyomvonal vezetésének áttekintése, szükség esetén átalakítása szükséges a gyalogos, illetve a gépjármű fogalomtól való biztonságos elkülönítés



érdekében. Fontos a kerékpáros közlekedést népszerűsítő és közlekedésbiztonsági kampányok, rendezvények megvalósítása, valamint kerékpártárolók építése.

#### *4. Sportolás gyakoriságára, illetve fizikai aktivitás erősítésére vonatkozó javaslatok*

A lakosság megbetegedési adatainak tükrében egyértelmű, hogy szükség van a rendszeres fizikai aktivitás ösztönzésére. Kiemelendő továbbá, hogy az „Egészséges Debrecen” felmérés szerint a válaszadók mindössze 43,8%-a mozog legalább hetente kétszer, háromszor 45 percet. Mind a rendszeresen aktív mozgást végző lakosság aránya, mind a rendszeres mozgás gyakoriságának optimalizálása, a napi ritmusba történő integrálása fontos cél. Az „Élhető Debrecen” felmérés eredményei szerint a válaszadók 74%-a hetente több alkalommal használja a gyalogutakat, illetve 73%-a gyalogol hetente, naponta több alkalommal öt percél tovább a városban. Sokan egészségmegőrzés, sportolás, illetve környezetvédelmi szempontból választják a gyaloglást. Érdemes megemlíteni az utóbbi időszak fejlesztése nyomán elérhetővé váló kondiparkokat. Az „Egészséges Debrecen” felmérésben résztvevők 42%-ának közelében található kondipark, de ennek ellenére nem használják, a futópályák esetében ez az arány 25%.

Az amatőr, alulról szerveződő, egyúttal a belső motivációkra, egyéni fejlődésre összpontosító sportolás, illetve a fizikai aktivitás növelése érdekében szükséges lenne mind a felnőtt, mind a gyermekkorú lakosság motiválása. Ebben a helyi önkormányzat a helyi iskolákkal és a sportszervezetekkel együttműködve tudna hatékony eredményt elérni. Ilyen program lehet például a „kisvérkör-nagyvérkör” gyaloglókör kialakítása, mely teljesítése során biztonságos gyalogutakon, meghatározott távolság gyaloglására van lehetőség.

A kisgyermek fizikai aktivitását növeli és egyben mozgáskészségük (élmény és játékközpontú) fejlesztését támogatják továbbá az olyan szabadtéri mozgáseszközökkel felszerelt játékszigetek, melyek alkalmasak nagy és finommozgások kivitelezésére, mozgástervezésre, valamint szerepjátékra is. Megfontolandó, olyan sportolási lehetőségek kialakítása, ahol több korosztály együtt vagy elkülönülten, de egyidejűleg kapcsolódhat be az egészségmegőrző testmozgásba.

#### *5. Munkahelyi egészségfejlesztés*

Tekintettel arra, hogy az egészségfejlesztés egyik legfontosabb színtere a munkahely, ezért a munkahelyeken kiemelt fontosságú az egészségfejlesztő és az egészségtudatosságot erősítő programok megvalósítása. Az „Egészséges Debrecen” felmérésben résztvevők jelentős hányada szívesen bekapcsolódik munkahelyi egészségfejlesztő programba, amennyiben az munkaidőben

(53%), vagy ebédszünetben (8%) zajlik, és azt ingyenesen (61%), vagy minimális havi 1 000 Ft-os költséghozzájárulás mellett biztosítja a munkahely (23%). A válaszadók 63,5%-a szűrőprogramokban, 44%-a gerinc- és gyógytorna foglalkozásokon venne részt szívesen, ezért a munkáltatók ösztönzése ezek biztosítására jelentős előrelépést jelentene a lakossági egészségfejlesztés területén. Az ilyen jellegű, egészségfejlesztési programokon és sportfoglalkozáson való részvételért megfontolandó heti néhány óra munkaidő-kedvezmény biztosítása is a munkavállalók számára.

A munkahelyi étkezés kapcsán elmondható, hogy sem a munkahelyi, sem az éttermi ebédelés nem teszi lehetővé a tájékozott ételválasztást, hiszen az ételek tápanyagösszetételével, kalóriatartalmával, mennyiségével kapcsolatos információk általában nem elérhetők. Fontos lenne a munkahelyi, napközbeni étkezés feltételeit úgy kialakítani, hogy elérhetőek legyenek ezek az adatok az ételválasztás során (az étel összetétele (különösen rosttartalma), kalória tartalma és mennyisége). Megfontolandó lenne a közétkeztetésről szóló a közétkeztetésre vonatkozó táplálkozás-egészségügyi előírásokról szóló 37/2014. (IV. 30.) EMMI rendelethez hasonló ágazati ajánlást kidolgozni.

#### *6. A háziorvosok kapuőri szerepének növelése*

A hatékony egészséggondozás szempontjából alapvető fontosságú az, hogy a háziorvosok betöltsék kapuőri szerepüket. A felmérésből kiderült, hogy a válaszadók mindösszesen 30%-a érkezett szakellátásba beutalóval, míg 52%-uk közvetlenül kereste fel a szakellátást, tüneteire való tekintettel, mely alapján elmondható, hogy a „kapu őrzése” nem valósul meg eredményesen. Tekintettel arra, hogy az alapellátás önkormányzati feladat<sup>21</sup>, megfontolandó e mutató javítását célzó önkormányzati szakmai-ellátás protokollokon nyugvó indikátor rendszer kidolgozása, amely az egészséggondozást helyezi a középpontba. Következő lépés lehet az alapellátás finanszírozásának módosítása akként, hogy az indikátorhoz kötött finanszírozási komponens hangsúlyosabb része legyen a háziorvosok bevételeinek és e mentén a kapuőri funkció, illetve az alapellátásban a primer és szekunder prevenciók feladatkör ellátásának hatékonyabbá váljon.

#### *7. A város levegőminőségének javítása és zajterhelésének csökkentése*

A debreceni lakosság halálozási adatainak tükrében elmondható, hogy a légúti megbetegedés miatti halálozás magasabb, mint ahogy az az országos adatok alapján várható

---

<sup>21</sup> 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól

lenne. Hasonlóan kedvezőtlen a kép a krónikus légúti megbetegedések tekintetében is. Emellett, az „Élhető Debrecen” felmérésben részt vevők 65%-a gondolja úgy, hogy nem jó a város levegőminősége. A „Levegőminőségi terv a légszennyezettség javítására Debrecen környéke zónacsoport területén” című, 2020 novemberében elkészített tanulmány adatai alátámasztják ezt a vélekedést, ugyanis a Hajnal utcai automata mérőállomás<sup>22</sup> eredményei szerint a közlekedés okozta levegőszennyezés kifejezett, a levegőminőség rossz.

A levegőminőség javítása érdekében fontos a „Zöld Város Program” folytatása, és ennek keretén belül a városi zöldterületek növelése, a meglévő zöldterületek megújítása, rehabilitációja, újabb sétáló övezetek kialakítása, valamint fák és cserjék ültetése, hiszen ezen területek fejlesztése is elősegíti a levegő tisztulását. Megfontolandó a közelmúltat idéző „Tiszta udvar, rendes ház” hagyomány felelevenítése. A megkérdezettek 82%-a nem tartja elegendőnek Debrecenben a zöld felületeket és parkokat, ezért a lakosság széleskörű tájékoztatása is kiemelt jelentőségű ezen a területen. A levegőminőség javításához hozzájárulhat továbbá az utak rendszeres, gyakori pormentesítő tisztítása.

Hangsúlyos elem lehet ezen túl a közösségi közlekedés szolgáltatásminőségének fejlesztése, a kiszámíthatóság fokozása, a menetidők tartása, a párhuzamos járatok menetrendjének harmonizálása által. A járatok applikáció segítségével történő követhetősége is növelheti a szolgáltatás iránti bizalmat.

A gépjárműforgalom eredetű légszennyezés mérséklése érdekében megfontolandó a „15 perces város” koncepciójának adaptálása. Eszerint olyan városrészeket kell kialakítani, melyekben gyalogosan is elérhető minden fontos szolgáltatás. Az ilyen területek szélén kialakított kedvező parkolási lehetőségek (alacsonyabb díjszabás, megfelelő kapacitás), a gépkocsi használatának mérséklésén keresztül javíthatja a levegőminőséget. Valószínűsíthető, hogy számos városrész már most megfelel az említett koncepciónak, amit a 'Google' szolgáltatások segítségével fel is lehetne térképezni. Ezt követően pedig ezen tényeknek a tudatosítása lenne a feladat a városrész lakóiban. Ezen információk kommunikációja, az elkerülhető utazások csökkentésének hangsúlyozása (időt és benzint lehet spórolni, miközben fizikailag is aktívabbak voltunk), illetve annak kiemelése, hogy ezzel a helyi közösséghez köthető dolgozókat, illetve munkahelyüket támogattuk vásárlásunkkal. Ezek a magától értetődő előnyök sokszor fel sem tűnnek a lakóknak, de frappáns, pozitív üzenetekkel könnyen tudatosítható lenne az emberekben.

---

<sup>22</sup> Ez a mérőállomás a közlekedés okozta levegőszennyezés monitorozása céljából került kiépítésre

A „Debrecen megyei jogú város településfejlesztési koncepciója és integrált településfejlesztési stratégiája 2014-2020” című megalapozó vizsgálattal összhangban, a Debrecen járásra fókuszáló stratégiai területi célok prioritásainak megvalósítása során javasoljuk az egészséges környezet kialakítása és az életminőség javítása érdekében pl. a létesítmények energiahatékonysági javítását megújuló energia fejlesztésekkel, a városi és agglomerációs hulladékprogram, valamint a városi és agglomeráció zajárnyékolási és zajvédelmi program megvalósítását (utóbbit a nagy zajterheléssel járó területeken pl.: a Szolnok – Debrecen – Nyíregyháza – Záhony 100-as számú vasútvonal debreceni szakaszán, mely zónán belül több közoktatási intézmény is elhelyezkedik).

#### *8. Csatlakozás a WHO Európai Egészséges Városok Hálózatához*

Egy, az egész várost érintő koncepcionális javaslat Debrecen Megyei Jogú Város csatlakozása a WHO Európai Egészséges Városok Hálózatához. A hálózat tagjainak fő célja, hogy az egészség kiemelt helyet foglaljon el a városok politikai és társadalmi napirendjén és helyi szinten erős népegészségügyi mozgalmat építsen ki. Mivel a tagok külön hangsúlyt fektetnek a méltányosságra, szolidaritásra, a kezdeményezés a jelenlegi gondoskodó város koncepciójával is összecseng.

## FÜGGELÉK

### MÓDSZERTAN

#### Demográfiai viszonyok

Jelen tanulmány elkészítéséhez használt demográfiai adatokat a Központi Statisztikai Hivatal (KSH) biztosította. A népesség alakulását bemutató indikátorok a halálozási, elveszületési és a természetes szaporodási/fogyási arányszámok. A lakosságszám változását bemutató népmozgalmi és demográfiai indikátorok számítása során a lakosság KSH által szolgáltatott évközepi létszáma került felhasználásra.<sup>23</sup>

A legjelentősebb demográfiai adatok táblázatos megjelenítése után a 2020. január 1-i adatok alapján készített korfa segítségével jellemezzük az ország és Debrecen lakosságának kor és nem szerinti megoszlását.

Az elveszületési arányszám, más néven nyers elveszületési arányszám az ezer főre jutó elveszületések számát mutatja egy adott évben.

A halálozási arányszám a halálozások ezer főre jutó száma, évközepi népességre számítva.

A természetes szaporodás nyers arányszáma a természetes szaporodás abszolút számának a lakossághoz viszonyított arányát mutatja 1000 lakosra számítva.<sup>24</sup>

A kerekítések miatt előfordulhat, hogy az eredmény 100 helyett 99-re, vagy 101-re jött ki és az anyagban ekként szerepel.

#### Megbetegedési és halálozási adatok elemzése

A halálozási (mortalitás), illetve a megbetegedési (morbidity) adatokat a KSH biztosította. Az adatkéréshez használt betegségcsoportokat a halálozás esetén a Függelék 1., a megbetegedés esetén a 2. pontja tartalmazza. Az elemzések során a nevezőként használt lakónépességet az adott területen lakóhellyel rendelkező, de máshol tartózkodási hellyel nem rendelkező személyek, valamint az ugyanezen a területen tartózkodási hellyel rendelkező személyek évközepi száma alkotják.

A halálozással kapcsolatos adatgyűjtés minden vizsgálati évre rendelkezésre áll. A halálozással összefüggő statisztikai adatforrás haláloki része a halottvizsgálatról és a halottakkal kapcsolatos 351/2013. (X. 4.) kormányrendeleten alapul. A halálozással kapcsolatos adatgyűjtés

---

<sup>23</sup> Az évközepi népességet úgy kapjuk meg, ha az év eleji és az év végi népességszám számtani átlagát vesszük.

<sup>24</sup> Központi Statisztikai Hivatal

minden vizsgálati évre rendelkezésre áll. A halálozással összefüggő statisztikai adatforrás halálloki része a halottvizsgálatról és a halottakkal kapcsolatos 351/2013 (X.4.) kormányrendeleten alapul, és a „Halottvizsgálati bizonyítvány” (9006 ny.sz.) a 6 napnál idősebb korban elhaltak halálloki adatait tartalmazó kérdőívben megjelölt közvetlen halálok volt.

A KSH a megbetegedésekkel kapcsolatos adatokat 2 évente (2015, 2017, 2019) rögzíti. Az adatok az OSAP 1021. sz. Jelentés a háziorvosok és házi gyermekorvosok tevékenységéről című kötelező adatgyűjtéshez kapcsolódó morbiditási felmérésből származnak és a tárgyév december 31-i állapotát tükrözik.<sup>25</sup>

A megbetegedések esetében százalékos megoszlások mutatják a nyers (kor és nem szerinti korrigálás nélküli) gyakoriságokat, míg a halálozásokat 10 000 főre vontatkoztatjuk.

## Standardizálás

Az országon belüli demográfiai (kor és nem szerinti) megoszlásbeli különbségekből adódó eltéréseket indirekt standardizálás segítségével korrigáltuk. A standardizálást nemre és korcsoportokra végeztük el. Az alkalmazott korcsoportok a következőképpen alakultak: 0-18, 19-24, 25-34, 35-44, 45-54, 55-64, 65-74, 75-X év.

A korra és nemre való korrigálás után az országos referenciaértékhez viszonyító standardizált mutatókat használtuk. Ezek a Standardizált Halálozási Hányados (SHH) és a Standardizált Megbetegedési Hányados (SMH).

A standardizált mutatók 3 féle értéket vehetnek fel, az országos referenciaértékhez (1) viszonyítva:

- Az SHH vagy SMH =1, ez esetben a regionális állapot megegyezik az országos helyzettel
- SHH vagy SMH >1, ebben az esetben a regionális állapot rosszabb az országos referenciánál
- SHH vagy SMH <1, ebben az esetben a regionális állapot jobb, mint az országos referencia

Az indirekt standardizálás mutatóihoz (SMH és SHH) 95%-os megbízhatósági tartományt (a becslés bizonytalanságát szemlélteti) is számítottunk. A megbízhatósági tartományokat az oszlopdiagramok hibásávjaként ábrázoltuk. Az országos referenciaérték definíció szerint 1, melyet

---

<sup>25</sup> 288/2009. (XII. 15.) Korm. Rendelet az Országos Statisztikai Adatgyűjtési Program adatgyűjtéseiről és adatátvételeiről)

az ábrákon vízszintes piros vonal jelöl. Amennyiben a 95% megbízhatósági tartomány nem tartalmazza az országos referencia 1-es értéket, abban az esetben az eltérés (legyen az pozitív vagy negatív) szignifikáns az országos értékhez képest.

Nemzetközi összehasonlításhoz a WHO-HFA adatbázisának<sup>26</sup> legfrissebb 2015. évi és az EU Statisztikai Hivatala (Eurostat <sup>27</sup> ) 2015-ös adatait használtuk fel. Az országok közötti összehasonlítást a direkt standardizálás teszi lehetővé, ezért a standardizált halálozási arányszámokat ábrázolunk. A direkt standardizáláshoz az európai standard populációt használják.<sup>28</sup>

---

<sup>26</sup> <https://gateway.euro.who.int/en/hfa-explorer/>

<sup>27</sup> <https://ec.europa.eu/eurostat>

<sup>28</sup> <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/3859598/5926869/KS-RA-13-028-EN.PDF/e713fa79-1add-44e8-b23d-5e8fa09b3f8f>

## Egészségfelmérés a debreceni lakosok körében

Debrecen város felnőtt lakossága körében 2020-ban két felmérés zajlott. Az adatfelvételt a Népegészségügyi Kar harmad-, illetve negyedéves népegészségügyi ellenőr szakos hallgatói végezték, a szakmai gyakorlatuk keretei között.

A mintába került válaszadók véletlenszerűen lettek kiválasztva előre meghatározott kvóták mentén, melyet a KSH mikrocenzus (2016) adatai alapján határoztunk meg.

A kérdőívet a válaszadók online felületen keresztül tölthették ki önállóan vagy pedig a pandémiás előírások betartása mellett kérdezőbiztosok segítségével. Az adatfelvételt követően a válaszadók mintabeli eloszlását összevetettük a reprezentativitást biztosító kvótával és az ettől való eltéréseket súlyozással korrigáltuk (az alulreprezentált csoportok (kor és nem) nagyobb súlyt, a túlreprezentált csoportok (kor és nem) kisebb súlyt kaptak).

Az Élhető Debrecen online kérdőívet 1191 fő töltötte ki, az adatfelvétel 2020. március 3. – 2020. március 26. között zajlott. Az elemzés rétegspecifikus eredményei a Függelék 3. pontjában vannak leírva.

Az Egészséges Debrecen online kérdőívet 1297 fő töltötte ki, az adatfelvétel 2020. április 27. – 2020. május 10. között zajlott. Az elemzés rétegspecifikus eredményei a Függelék 4. pontjában vannak leírva.

A résztvevők önbevallásos kérdések keretében rögzítették a testmagasságukat és a testsúlyukat. Ezen rögzített értékek alapján kiszámításra került a testtömegindex, mely a felnőttek tápláltsági állapotát jellemzi. A kiszámításához a személy kilogrammban kifejezett testsúlyát elosztjuk a személy méterben kifejezett magasságának négyzetével ( $\text{kg/m}^2$ ). Például egy 70 kg súlyú és 1,75 m magas felnőtt testtömegindexe 22,9 lesz. (5. táblázat)

Testtömegindex	Testalkat
18,5 alatt	sovány
18,5 - 24,9	normál
25,0-29,9	túlsúlyos
30-34,9	I. fokú elhízás
35-39,9	II. fokú elhízás
40 felett	III. fokú elhízás

5. táblázat: Testtömegindex alapján meghatározott testalkati kategóriák



készült:  
Debrecen MJV Önkormányzatának  
(4024 Debrecen, Piac utca 20.)  
megbízásából

írta, szerkesztette:  
Debreceni Egyetem Népegészségügyi Kar  
(4026 Debrecen, Kassai út 26.)

Készült: 2021. szeptember

A KIADVÁNY KÉSZÍTÉSÉT ADATKÖZLÉSSSEL SEGÍTŐ HATÓSÁGOK, SZERVEZETEK

Központi Statisztikai Hivatal, Szinapszis Piackutató és Tanácsadó Kft.

Debreceni Egyetem Népegészségügyi Kar egészségügyi gondozás és prevenció alapképzési szak  
népegészségügyi ellenőr szakirányán tanuló hallgatók:

Ács Gréta Andrea	Gál Gréta Brigitta	Madai Alexandra
Bajtek Beáta	Gebei Fruzsina Hajnalka	Nagy Cintia
Barát Bernadett	Gilányi Dorina	Oláh Zsuzsanna
Barát Zsófia	Gönczi Klaudia	Pál Anna
Barva Éva Lilla	Guti Gréta	Papp Fanni
Bói Bernadett	Horváth Vivien Krisztina	Rácz Edit Vivien
Boros Bernadett	Járosi Dorina	Ratkai Zsuzsanna Eszter
Dancs Klaudia	Jaross Eszter	Sándor Ilona Eszter
Dávid Dóra	Kiss Nikolett	Szabó Csilla
Dokus Valentina	Kota Orsolya	Szabó Gerda
Ésik Olivia	Kovács Anett	Szabó Nikolett
Fekete Adrienn	Kovács Csenge	Tölgyesi Ildikó
Földesi Dóra	Lévai Hajnalka Sztella	Túri Fanni Renáta
	Zámbori Zita	

Debrecen Megyei Jogú Város Egészségterve  
ISBN 978-963-490-393-2

## Halálozási (mortalitás) adatok, betegség főcsoportok a betegségek BNO<sup>29</sup> kódjaival

- A keringési rendszer betegségei
  - Magas vérnyomás betegség (I10-I15)
  - Ischaemiás szívbetegség (I20-I25)
  - Agyérbetegségek (I60-I69)
  - Keringési rendszer betegségei (I00-I99)
- A légzőrendszer betegségei (J00-J99)
- Az emésztőrendszer betegségei (K00-K93)
  - Alkoholos májbetegség (K70)
- Daganatok (C00-D48)
  - Ajak, szájüreg, garat, rosszindulatú daganata (C00-C14)
  - Nyelőcső rosszindulatú daganata (C15)
  - Gyomor rosszindulatú daganata (C16)
  - Vastagbél rosszindulatú daganata (C18)
  - Végbél, szigmabél, végbélnyílás rosszindulatú daganata (C19-C21)
  - Egyéb emésztőszerv rosszindulatú daganata (C17, C22-C26)
  - Gége rosszindulatú daganata (C32)
  - Légcső, hörgő, tüdő rosszindulatú daganata (C33-C34)
  - Női emlő rosszindulatú daganata (C50)
  - Méhnyak rosszindulatú daganata (C53)
  - Prostatata rosszindulatú daganata (C61)
  - Az agy rosszindulatú daganata (C71)
  - Non-Hodgkin lymphoma (C82–C85, C96)
  - Myeloma multiplex és plazmasejtes rosszindulatú daganatok (C90)
  - Leukémia (C91–C95)
- A morbiditás és mortalitás külső okai (V01-Y98)
  - Öngyilkosság és önsértés (X60-X84, Y87)
- Összhalálozás (A00-Y99)

---

<sup>29</sup> Betegségek Nemzetközi Osztályozása

## **Megbetegedési (morbiditás) adatok, betegség főcsoportok a betegségek BNO kódjaival**

- A csont-izomrendszer és kötőszövet betegségei
  - A csontsűrűség és csontszerkezet rendellenességei (Osteoporosis) (M80-M85)
- A keringési rendszer betegségei
  - Idült rheumás szívbetegségek (I05-I09)
  - Magasvérnyomás (hypertensiv) betegségek (I10-I15)
  - Ischaemiás szívbetegségek (I20-I25)
  - Szívbetegségek egyéb formái (I34-I39)
- A légzőrendszer betegségei
  - Idült alsó légúti betegségek (J40-J44)
  - Asthma (J45)
- A vér és vérképző szervek betegségei és az immunrendszert érintő bizonyos rendellenességek (D50-D89)
  - A vér és vérképző szervek betegségei és az immunrendszert érintő bizonyos rendellenességek (D50-D89)
- Az emésztőrendszer betegségei
  - Gyomor-, nyombél-, gastrojejunális fekély (K25-K28)
  - A máj betegségei (K70-K77)
  - Alkoholos májbetegség (K70)
- Az idegrendszer betegségei
  - Átmeneti agyi ischaemiás attackok (TIA), rokon syndromák és agyi érsyndromák cerebrovascularis betegségekben (G45, G46)
  - Cerebrovascularis betegségek (I60-I69)
- Az urogenitális rendszer megbetegedései
  - Veseelégtelenség (N17-N19)
- Daganatok
  - Rosszindulatú daganatok (C00-C97)
- Endokrin, táplálkozási és anyagcsere betegségek
  - Pajzsmirigy rendellenességei (E00-E07)
  - Diabetes mellitus (E10-E14)
  - Lipoprotein-anyagcsere rendellenességei és egyéb lipidaemiák (E78)
- Mentális és viselkedészavarok
  - Pszichoaktív szer használata által okozott mentális és viselkedészavarok (F10-F19)
  - Alkohol okozta mentális és viselkedészavarok (F10)