

Budapest VIII. kerület lakosai egészségi állapotának elemzése

Doktori tézisek

Dr. Kovács Aranka Katalin

Semmelweis Egyetem
Patológiai tudományok Doktori iskola



Témavezető: Dr. Domján Gyula egyetemi tanár,
az orvostudományok doktora CsS

Hivatalos bírálók: Dr. Paulik Edit Ph.D. egyetemi docens
Dr. Feith Helga Ph.D. főiskolai docens

Szigorlati bizottság elnöke: Dr. Kovács József Ph.D. egyetemi tanár
Szigorlati bizottság tagjai: Dr. Soósné Kiss Zsuzsanna Ph.D.
főiskolai docens
Dr. Fritz Péter Ph.D. főiskolai docens

Budapest
2012

Bevezetés

Budapesten a VIII. kerület, (Józsefváros)lakosságának korai halálozása kirívóan magas a többi kerülethez képest, annak ellenére, hogy számos kulturális és egészségügyi intézmény van ezen területen.

A kerület fejlődésében a XX. sz. közepéig kulcsszerepet játszó központi elhelyezkedés a korábbiakban a fejlődésnek kedvezett, de ma már, a társadalom átalakulásával, inkább hátrányt jelent. Az ipar kiszorulása, a közlekedési hálózat kiépítése után a korábbi gyártelepekhez csatlakozó munkás lakótelepek elavulttá váltak. Az előnytelen lakáskörülmények közül az őslakosság kihalt, vagy elköltözött, és a beköltözők és maradók iskolázottsága, jövedelem szintje függ attól, hogy volt-e, van-e tudatos és sikeres rehabilitáció az adott környéken. A tudatosan tervezett város rehabilitáció érdekében a kerület önkormányzata szocio-ökonómiai felmérést végzett, melynek során az építészeti és szociológiai szempontból közös sorsú kerület részeket külön és egymással összehasonlítva elemezte. 11 ilyen városrészt, más néven negyedeket különítettek el.

Célkitűzés

A kerület lakosságának negyedek szerinti differenciált egészségképezének kialakítása. és a következő állítások igazolása:

- A kerület megítélését súlyosan befolyásolja az, hogy több hajléktalan ellátó intézmény jelent be nyolcadik kerületi lakosként hajléktalan

embereket, akiknek korai halálozása erősen torzítja a kerület adatait.

- A kerület statisztikájában tapasztalható rossz egészségi állapot, ahogyan a rossz gazdasági helyzet is, csak a kerület kisebb, nagyon sűrűn lakott részeire jellemző.
- A kerület egészségügyének szervezése is úgy változott, hogy az nem kedvez feltétlenül a lakosság ellátásának. Bizonyos területek és lakosok számára az ellátás igénybe vétele nem teljes.

Módszerek

Az elemzés mortalitási és morbiditási vizsgálat eredményei alapján történt.

Az első (I.) vizsgálat a korai halálozási kockázatot vizsgálja. A negyedek lakosságának halálozási adatai nem és korcsoport szerinti bontásban a 2005.-2008. évi hagyatéki adatok összesítéséből származnak.

- A fővárosi adatokkal való összehasonlítást megalapozó népességi adatokat a KSH adatai alapján az OEK bocsátotta rendelkezésre.
- A szociológiai adatok az Önkormányzat megbízásából készült felmérésből származnak.
- A halálozási struktúra jellemzését megoszlási viszonyszámokkal, a mortalitási területi egyenlőtlenségek elemzését, pedig (Rapid Inquire Facility - RIF) szoftver segítségével végeztem.

A mortalitás területi egyenlőtlenségeinek elemzése hierarchikus (teljes) Bayes-beccsléssel korrigált Standardizált Halálozási Hányadosok (SHH) segítségével majd, a RIF „disease mapping” funkciójával elemeztem. Az épülettömb szerinti elemzés SatScan program alapján készült. Az indirekt standardizálás során standardként a budapesti korszpecifikus halálozási arányszámok (10 éves korcsoportos bontásban) kerültek alkalmazásra. A térképes megjelenítés az ArcGIS elnevezésű térinformatikai rendszer és térképkezelő szoftver segítségével történt.

A második (II) vizsgálatban, a szakrendelő laboratóriumában adott időszak alatt elvégzett vizsgálatokhoz illesztettem a házi orvosok által adott antropológiai anamnesztikai és egyéb egészségügyi adatokat. és elemeztem lakhely (negyedek) szerint:

- A vizsgálat 2005. január és február hónap teljes laboranyagára terjedt ki, a konzultáció 46, a kerületben dolgozó házi orvost érintett. A 1527 fő adatai kerültek feldolgozásra.
- A rizikószámítást a Framingham study adatai alapján Prof. Dr. Berentey Ernő által készített Windows alapú program segítségével végeztem.
- A kapott adatok elemzése Excel program segítségével történt. A szignifikancia szintet és a területi reprezentációt Khi² próbával számoltam.

Eredmények

A kerületen belül nagymértékű eltérés tapasztalható, a korai halálozási kockázatban:

- Magas korai halálozási kockázatot jelent mindkét nemben a Magdolna negyed és Józsefváros Központ, és az Orczy és a Szigony negyed. A legkisebb kockázatot a Palota negyed és a Tisztviselő telep jelenti.
- Férfiak esetében a legjobb és legrosszabb negyed között a bekövetkezett halálkor átlag életkor tekintetében 13 év, nők esetében 10 év eltérés van, ami nagyobb eltérést jelent, mint a fővárosi kerületek közötti korai halálozási különbség.
- A magas halálozási kockázat és az alacsony iskolázottság között egyértelmű, a lakások alacsony komfortfokozatának alacsony mivolta között csak részbeni összefüggést lehetett igazolni.
- Az igen alacsony iskolázottság és magas halálozási kockázat összefüggését még tömb szinten is igazolható volt.
- Jellemző volt az is, hogy a magas korai halálozási kockázatú negyedekben az elhunytak háziorvosai kevésbé ismerték az elhunytakat, tehát azok nem jelentkeztek náluk még életükben.
- Bizonyos hajléktalan ellátó helyekhez kötött halálozási adatait kihagyva bizonyítható volt,

hogy a Józsefváros Központ halálozási kockázata, és így a kerületéi is a valóságban alacsonyabb.

- A II. vizsgálatban a háziorvosi adatok negyedenkénti elemzése során nem sikerült a negyedekben szignifikáns eltérést igazolni, de jelzés értékű eltérések pl.: a Magdolna negyedben magasabb volt az extrém elhízás aránya, és valamivel alacsonyabb volt itt a vizsgáltak átlagéletkora.
- Kimutatható volt, hogy a szakrendelő laboratóriumát nem a lakosság számának megfelelően reprezentálva veszik igénybe a betegek. A viszonylag jobb egészségi állapotú negyedek kevésbé reprezentáltak a laborvizsgálatokban, viszont a labort igénybevevő nem kerületi betegek aránya magas arányú.
- Az általam feltárt jelenségek magyarázhatóak a kerület egészségügyi ellátásának történeti ismeretével és nem hagyhatóak figyelem nélkül egy kerületi egészségterv készítésében és a terület egészségügyi ellátásának megszervezésében.

Következtetések

- Józsefváros lakossága mind szociológiai mind, pedig egészségi állapotát nem tekinthető egységes egészsként. A lakosság egészségi állapota és iskolázottsága Szoros összefüggést mutat.
- A kerület egészségi állapotában a szocio-ökonómiai eltéréseinek hátterében a stabil

lakossági közösség kialakításának sikeressége volt a legfőbb befolyásoló tényező.

Összefoglalás

Józsefváros, azaz Budapest VIII. kerülete a fővároson belül kitűnik azzal, hogy itt a legkedvezőtlenebb a lakosság halandósági hányadosa, amely a budapesti átlagot 25 %-al haladja meg. Annak ellenére, hogy ebben a nagy történelmi múltú kerületben van a főváros legtöbb egészségügyi intézménye, számos oktatási intézet és egyéb kulturális értéket képviselő intézmény mellett, az itt élő lakosok korai halálozásának esélye sokkal magasabb, mint más kerület lakosaié, különösen a férfiaké. Emellett a kerületben a legalacsonyabb az adózott jövedelem, feltűnően alacsony az iskolázottság és magas a munkanélküliek aránya a főváros többi kerületeihez képest.

A kerület város-rehabilitációs programja 11 történelmileg, építészeti és szociológiailag elkülöníthető részre, úgy nevezett negyedekre osztja fel a kerületet. Ez adott alapot a kerület halandóságának részletes vizsgálatára. A korai halálozás összevetése a város-rehabilitációs program során feltárt szocio-ökonómiai eltérésekkel igazolja azt a feltevést, hogy a negyedek között igen nagy társadalmi és ebből következően hatalmas egészség egyenlőtlenség van. A Magdolna negyed lakói sokkal rosszabb életkilátással és szocio-ökonómiai háttérrel élnek, mint a kerület bármely része, míg a Tisztviselő negyed vagy a belvárosi Palota negyed vagy a viszonylag fiatal Százados úti negyed a budapesti átlagot meghaladó életkilátásoknak örvend.

A negyedekre jellemző építészeti sajátosságok azt is jelentik, hogy azokat hasonló sorsú, foglalkozású, társadalmi helyzetű emberek lakták, lakóközösségeket kialakítva. Azok a negyedek, amelyek képesek voltak megőrizni a stabil közösségüket, vagy újrateremtteni azt, sokkal jobb szocio-ökonómiai és egészségi állapotbeli státuszban vannak, mint a fővárosi átlag. Azokban a nagy múltú részekben, amelyekben a lakosság elvesztette a korábbi megélhetési formáját, az épületek állaga leromlott, az eredeti lakók helyett egyre több betelepülő él, ideiglenesnek tekintve jelenlegi otthonát, és így a közösségteremtő szándék is gyakran hiányzik. Ezek a negyedek vannak rosszabb státuszban, ezek közül is a Magdolna negyed emelhető ki, ahol a jómódú muzsikuss cigányok megfelelő munka híján elszegényedtek, és mélyszegénységben élnek együtt a területre vidékről feláramló elszegényedett rétegekkel. A korábbi, közlekedési szempontból központi jelentőséget kapott kerületnek ez a központi elhelyezkedés jelenleg inkább hátrányára vált.

A leromlott, alacsony komfortfokozatú épületek hasznosítása lakóházként nehézkes volt, gyakran váltak ellátó szociális intézményekké. Részvételük a kerület életében újabb deklasszációhoz, és a lakóépületek elértéktelenedését hozta magával bizonyos negyedekben. A hajléktalanokkal foglalkozó szociális intézmények némelyike olyan mennyiségű fiktív lakót jelentett be a saját címére józsefvárosi lakosként, hogy ezek a köztudottan magas halálozási kockázattal rendelkező emberek korai halálozása a teljes kerület halálozási kockázatát is megemelik.

Annak ellenére, hogy a kerület egészségügyi ellátottsága, ha az intézmények számát tekintjük, a legjobb, alig néhány intézmény fogadja ténylegesen a nyolcadik kerületi betegeket. A korábbi, kifejezetten a nyolcadik kerületi lakókat ellátó fekvőbeteg intézmények megszűntek, vagy olyan profilátalakuláson estek át, hogy már nem tudják vállalni ezt a feladatot. Az önkormányzat tulajdonában lévő szakrendelő intézet is egy rosszabb hírű részre került, ezáltal a lakosság egy része nem veszi azt igénybe. Az egészségügyi ellátás alapellátási szinten sem fedi le teljesen a lakosságot, hiszen vizsgálataim szerint, a korán meghaltak között meglepően magas azoknak az aránya, akiket nem ismert a házi orvosuk. Ez a jelenség a fiktív bejelentések mellett arra hívja fel a figyelmet, hogy létezik egy réteg, amely rossz egészségi állapota ellenére sem vesz igénybe egészségügyi ellátást.

Mindebből következik, hogy a kerület egészségfejlesztési tervét nem egy egységes területre, hanem legalább negyedenként kellene meghatározni. A prevencióos terveket csak a meglévő egészségügyi ellátás rendszerére alapozni viszont azért nem szerencsés, mert még a házi orvosi hálózat sem tudja megtalálni azokat az embereket, akik a leginkább veszélyeztetettek.

Saját publikációk jegyzéke

1. Kovács A. László E.: Járványügyi intézkedések nehézségei Faddon és Józsefvárosban. ORVOSI HETILAP 152:(12) pp. 481-484. (2011)
2. Kovács A, Nagy Cs, Juhász A, Papp Z: Territorial inequalities in premature mortality in Józsefváros (district VIII. of Capital City Budapest), 2006-2008

(level of blocks of flat), NEW MEDICINE 14:(3) pp. 99-102. (2011)

3. Kovács A, Csépanyi G, Kurucz S. Comparing health conditions of homeless clients in Budapest day-care centres, NEW MEDICINE 14:(3) pp. 103-106. (2011)

4. Kovács A. Nagy Cs. Juhász A.: Egy vizsgálat "utóélete", avagy a háziorvosi információszolgáltatás tapasztalatai a Józsefvárosban 2009., BUDAPESTI NÉPEGÉSZSÉGÜGY 40:(3-4) pp. 23-27. (2009)

5. Kovács A, Juhász A, Nagy Cs.: A lakosság korai halálozási viszonyai, valamint néhány társadalmi-gazdasági tényező által meghatározott egyenlőtlenség a Józsefváros negyedeiben élő népesség körében, 2001-2007., EGÉSZSÉGTUDOMÁNY 53:(2) pp. 33-49. (2009)

6. Kovács A.: A közegészségügy: egy gyakorlatban dolgozó szakember szemével EGÉSZSÉGTUDOMÁNY 53:(4) pp. 35-45. (2009),

7. Kovács A.: Bemutatkozik a Józsefváros, BUDAPESTI NÉPEGÉSZSÉGÜGY 36:(1) pp. 44-50. (2005)

8. Kovács A, Megyeri M. A VIII. kerületi lakosság egészségi állapotának egyes jellemzői, BUDAPESTI NÉPEGÉSZSÉGÜGY 33:(4) pp. 347-358. (2001)

9. Kovács A.: Szemelvények a VIII. kerületi általános iskolások szájhygiénés felmérésének tapasztalataiból, Egészségnevelés 52: (5-6.) pp. 17-23 (2011).