

EGÉSZSÉGÜGYI ADATOK MINŐSÉGBIZTOSÍTÁSA: JOGSZABÁLYI KÖTELEZETTSÉG VAGY ESZKÖZ A TÁRSADALMI FEJLŐDÉS ELŐSEGÍTÉSÉRE

MORAVCSIK-KORNYICKI ÁGOTA¹ – DARAGÓ LÁSZLÓ² – KÓSA KAROLINA³

Összefoglaló

A megalapozott egészségpolitikai döntések meghozatalához nélkülözhetetlen a lakosság egészségi állapotának pontos ismerete. Különösen igaz ez a gyermekek és várandósok egészségi állapotára vonatkozóan, ahol a célzott és gyors beavatkozásoknak hosszú távú pozitív hatásai lehetnek.

A jelen áttekintés célja az egészségügyi alapellátás keretében gyűjtött és évente közzétett, nyilvánosan elérhető védőnői jelentésekből származó, a várandós nőkre és kisgyermekekre vonatkozó országos indikátorok időbeni alakulásának elemzése azt a kérdést feltéve, hogy a védőnők által szolgáltatott adatok milyen minőségben, és hogyan tükrözik az 1997 és 2011 közötti népességfogyás ismert tendenciáit.

A védőnők által nyilvántartott várandós nők száma 1997 és 2008 között egyetlen évben sem csökkent 143 ezer alá, és nem haladta meg a 169 ezret. 2009-ben azonban a rendelkezésre álló adatok szerint drámai emelkedés következett be: a várandósok 2008-ban észlelt száma a következő évben több mint négyszeresére emelkedett, de ezt nem követte a tanácsadáson való megjelenések és azon nők számának emelkedése, akik megszülték gyermeküket. Ugyanezen adatforrás alapján arra a következtetésre juthatunk, hogy a 7 éven aluli gyermekek számában több mint 12-szeres emelkedés következett be 2005-ről 2006-ra. A védőnői ellátásban részesülő családok száma a nyilvántartás szerint a 2005. évben jelentetthez képest 2009-re több mint 9-szeresére emelkedett. A gondozott családokban észlelt gyermek-elhanyagolás 1997-től 2008-ig folyamatosan csökkent, majd 2009-ben több mint ötszörösére emelkedett, és napjainkig csak kismértékben csökkent. Az oktatási intézménybe nem járó 7–18 éves gyermekek száma 2011-ben 16,5-szeresen haladta meg a 2008-ban nyilvántartott adatot. Az adatszolgáltatás minőségével kapcsolatos, a fenti adatok által tükrözött súlyos problémák okának felderítése és rendezése sürgető feladat, a 0–6 éves korosztályt érintő beavatkozások tervezésének és elindításának alapfeltétele.

Tárgyszavak: minőségbiztosítás, védőnői jelentések, várandós- és gyermek-egészségügyi adatok

¹ Magyar Tudományos Akadémia – Debreceni Egyetem Népegészségügyi Kutatócsoport, Debreceni Egyetem Népegészségügyi Kar, Megelőző Orvostani Intézet, e-mail: kornyicki.agota@sph.unideb.hu.

² Semmelweis Egyetem Egészségügyi Közszolgálati Kar, Egészségügyi Informatikai Fejlesztő és Továbbképző Intézet.

³ Debreceni Egyetem Népegészségügyi Kar, Megelőző Orvostani Intézet, Egészségfejlesztési Tanszék. Jelenlegi munkahely: Debreceni Egyetem Népegészségügyi Kar, Magatartástudományi Intézet.

Bevezetés

Az egészségi állapotot jól ismertén számos különböző – így öröklött, biológiai, életmóddal összefüggő, valamint társadalmi és gazdasági hatásokból eredeztethető – tényező határozza meg (CSDH 2008, ECHI 2005). Az azonban kevésbé ismert, hogy ezen tényezők egy részének nemcsak keresztmetszetileg – azaz jelen időben –, hanem a fogantatástól és a méhen belüli fejlődés idejétől kezdve hosszú időtávon is meghatározó jelentősége van a felnőttkori egészség és munkavégző képesség, társadalmilag pedig végső soron a népesség ember-minőségének szempontjából. A kis súllyal születés – a David Barker által megalkotott és számos bizonyítékkal alátámasztott elmélet szerint – bizonyos, felnőttkorban jelentkező betegségek jelentős kockázati tényezője (Barker 1994). Az intrauterin, azaz méhen belüli retardáltság ugyanis a tartósan fennálló, döntően anyai eredetű magzati alultápláltság következménye. Az alultápláltsághoz alkalmazkodva a magzatban méhen belül úgynevezett „takarékos fenotípus” alakul ki, amely a születés előtt az adaptációt szolgálja, születés után illetve felnőttkorban azonban, ugyanez a fenotípus normál mennyiségű tápanyagbevitel mellett fokozza a kockázatot az elhízásra és a metabolikus szindróma (centrális elhízás, magas vérnyomás, magas vércukorszint, kóros vérzsír-összetétel) kialakulására (Barker 2007, Barker et al. 1989, 2005). Az elmélet szerint a kis súllyal születés tehát önmagában kockázati tényezője a felnőttkori egészségi állapotnak. A kora gyermekkori egészségi állapotot nagymértékben meghatározza a várandós életmódja: táplálkozása, káros szenvedélyei, ezen belül is dohányzása (Ádány 2012, Balázs et al. 2013, Fogarasi-Grenczer – Balázs 2012). Ezért a méhen belüli fejlődést gátló kockázati tényezők csökkentése és a magzat optimális fejlődésének biztosítása nemcsak egyéni, hanem össztársadalmi, távlati érdek is.

A fentiekből következően az optimális méhen belüli fejlődés biztosítása, a megelőzhető kockázati tényezők monitorozása és kezelése a most születő, felnövekvő, és a jövőbeli generációk életminőségének, egészségi állapotának javítását szolgálja.

Hazánkban a kora gyermekkori fejlődés biztosítására jól működő, szervezett és szakfelügyelettel kiépített rendszer áll rendelkezésre, amely az egészségügyi alapellátásban dolgozó védőnőkre épít. A területi védőnők elsősorban várandósokat és 0–6 éves korúakat látnak el, és számos, a kora gyermekkori állapotra vonatkozó adatot (köztük a kis súllyal születettek számát) jelentenek éves és/vagy havi ütemezéssel. A rendszeresen gyűjtött adatok időnkénti áttekintése és elemzése révén lehetőség van a várandósokra és kisgyermekre vonatkozó területi egyenlőtlenségek feltérképezésére, ami a szükséges intervenciók pontos meghatározásának előfeltétele.

Magyarországi viszonylatban kevés adat áll rendelkezésünkre a gyermekek és a várandósok egészségi állapotáról és az azt befolyásoló társadalmi-gazdasági tényezőkről. A védőnők által kötelezően jelentett adatok több mint egy évtizede rendelkezésre állnak, szisztematikus elemzésükre és felhasználásukra azonban mindeddig nem került sor. A védőnői adatszolgáltatás eredményeit sem a jelenleg dolgozó védőnők, sem az egészségügy szervezői nem használják hatékonyan (Gábor 2008). A jelen áttekintés célja ezen adathalmaz, nevezetesen az alapellátás keretében gyűjtött és évente közzétett védőnői jelentésekből származó, a várandós nőkre és kisgyermekre vonatkozó legfontosabb országos adatok időbeni változásának leíró vizsgálata.

Módszerek

Adatforrás

A várandósok, újszülöttek, valamint kisgyermek egészségügyi állapotára vonatkozó adatokat a területi védőnők szolgáltatják éves (havi)⁴ jelentések formájában.⁵ 1997 és 2005 között a megyénként összesített nyers adatokat a Központi Statisztikai Hivatal (KSH), 2006-tól 2011-ig az Országos Szakmai és Módszertani Központ (OSzMK), 2012-től a Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet (GyEMSZI) gyűjtötte. Az adatokat az egészségügyi statisztikai évkönyvekben nyomtatott formában, illetve 2006 és 2011 között az OSzMK, 2012-től a GyEMSZI honlapján elektronikus formában (jelenleg Állami Egészségügyi Ellátó Központ, ÁEEK) hozzák nyilvánosságra.⁶ Az elemzés során felhasznált minden adatot a honlapon és az évkönyvekben nyilvánosan elérhető Excel táblázatból vettünk ki a 2012. év folyamán. E jelentések központilag meghatározott, kötelezően szolgáltatott, jelenleg évente több mint 100 indikátort⁷ tartalmaznak a területi védőnők által ellátott, 0–6 éves korú magyarországi gyermekek és várandósok egészségügyi állapotára, valamint a védőnői ellátás mutatóira vonatkozóan. Az éves jelentésekben minden újonnan védőnői gondozásba vett várandós anya, és minden újonnan gondozásba vett újszülött adatai megtalálhatók. Jelen áttekintés alapjául ezek a nyilvánosan elérhető csecsemő- és gyermek-egészségügyi mutatók szolgáltak.

Vizsgált indikátorok

A 2012. évben 121 indikátor (Havasi 2007) került jelentésre, de az indikátorok száma a korábbi években is folyamatosan meghaladta a százat. Az indikátorokat három (anyai, csecsemőkre, illetve a védőnői ellátásra vonatkozó) csoportra osztottuk, és az 1997 és 2011 közötti évekre vonatkozóan az alább felsoroltakat tekintettük át.

⁴ Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat 2013: *Védőnői Szakfelügyeleti Iránymutatás*. https://www.antsz.hu/data/cms43588/Vedonoi_Szakfelugyeleti_iranymutatas___vedonoi_adatgyujtes___jelentes_2013.pdf. Letöltve: 2014. 01. 21.

⁵ 76/2004. (VIII. 19.) ESzCsM rendelet: az egyes személyazonosításra alkalmatlan ágazati (egészségügyi, szakmai) adatok körének meghatározására, gyűjtésére, feldolgozására vonatkozó részletes szabályokról; 19/2005. (VI. 7.) EüM. rendelet: az egyes személyazonosításra alkalmatlan ágazati (egészségügyi, szakmai) adatok körének meghatározására, gyűjtésére, feldolgozására vonatkozó részletes szabályokról szóló 76/2004. (VIII. 19.) ESzCsM rendelet módosításáról.

⁶ GYEMSZI Minőségügyi Főosztály Informatika, Szekszárd. <http://193.225.50.35/webgy/regbe/belepes.php>. Letöltve: 2012. 07. 12.

⁷ Egészségügyi Minisztérium 2009: *Védőnői Jelentés adatlap*. http://193.225.50.35/dokumentum/Agazati_2009/R1003-09v2_090801_Vedonoi_Jelentes_adatlap.pdf. Letöltve: 2014. 01. 21.; Országos Tisztifőorvosi Hivatal 2011: *Kitöltési útmutató a „Védőnői jelentés összesítője” című adatlapokhoz*. http://193.225.50.35/dokumentum/vedono_kitoltesi.pdf. Letöltve: 2014. 01. 21.

Anyai indikátorok:

1. az év folyamán nyilvántartott várandós anyák száma
2. fokozottan gondozott várandósok száma
3. dohányzó várandósok száma
4. szült anyák száma

Csecsemőkre vonatkozó indikátorok:

5. az év folyamán nyilvántartott 0–11 hónapos csecsemők száma
6. fokozottan gondozott 0–11 hónapos csecsemők száma
7. csecsemő-látogatások száma
8. védőnői tanácsadáson megjelent csecsemők száma
9. az év folyamán nyilvántartott 12–35 hónapos kisdedek száma
10. fokozottan gondozott 12–35 hónapos kisdedek száma
11. kisdéd-látogatások száma
12. védőnői tanácsadáson megjelent kisdedek száma
13. az év folyamán nyilvántartott 3–6 éves gyermekek száma
14. fokozottan gondozott 3–6 éves gyermekek száma
15. 3–6 éves gyermekeknél tett védőnői látogatások száma
16. védőnői tanácsadáson megjelent 3–6 éves gyermekek száma
17. oktatási intézménybe nem járó 7–18 éves gyermekek száma
18. oktatási intézménybe nem járó 7–18 éves gyermekeknél tett védőnői látogatások száma

Védőnői ellátásra vonatkozó indikátorok:

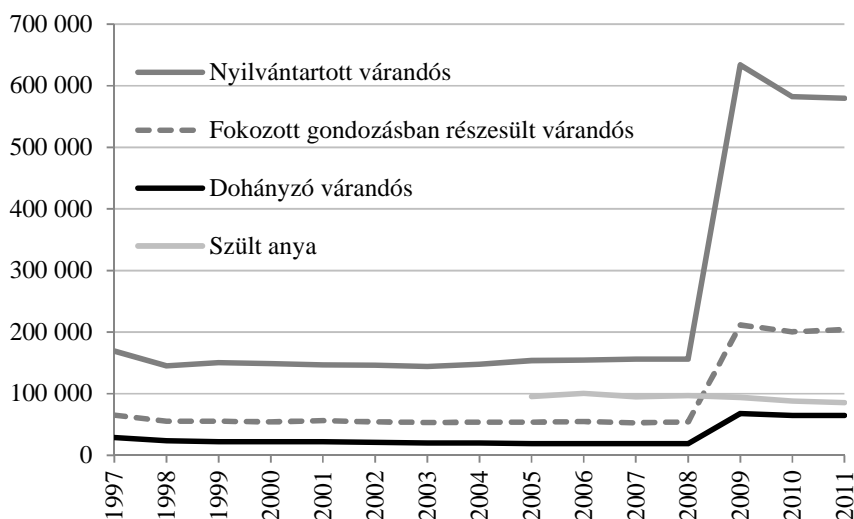
19. védőnő által gondozott családok száma
20. gondozott családokban előforduló dohányzás
21. gondozott családokban észlelt gyermek-elhanyagolás
22. gondozott családokban észlelt gyermekbántalmazás
23. védőnői intézkedések száma

Az adatok elemzése

A rendszerint évente tíz Excel munkalapon, megyei bontásban közölt adatokat egyetlen táblázatba illesztettük és ellenőriztük; ezt követően került sor a vizsgált indikátorok trend-elemzésére Microsoft Excel 2010 és STATA 10 (Data Analysis and Statistical Software) programcsomagok segítségével.

Eredmények

A védőnők által nyilvántartott várandós nők száma 1997 és 2008 között egyetlen évben sem haladta meg a 169 ezret, és nem csökkent 143 ezer alá. A használt adatforrás szerint azonban ezt követően, 2009-ben drámai emelkedés következett be: a várandósok 2008-ban észlelt száma a következő évben több mint négyszeresére, 633 487 főre emelkedett. Ez a tendencia a következő két évben is megfigyelhető volt: a várandósok száma 2010-ben 3,78-szorosa, 2011-ben 3,77-szorosa volt a 2005-ös számnak. A nyilvántartott várandósok számának emelkedésével mind a fokozottan gondozott, mind a dohányzó várandósok száma hasonló mértékben (3,4–3,9-szeresen) emelkedett 2009 és 2011 között. Ám a várandósok számának 2009-től bekövetkezett drámai mértékű emelkedését nem tükrözte a szült anyáké, hiszen az ő számuk 2005 óta, amióta ez az indikátor elérhető, egyetlen évben sem haladta meg a 101 ezret (*I. ábra*).



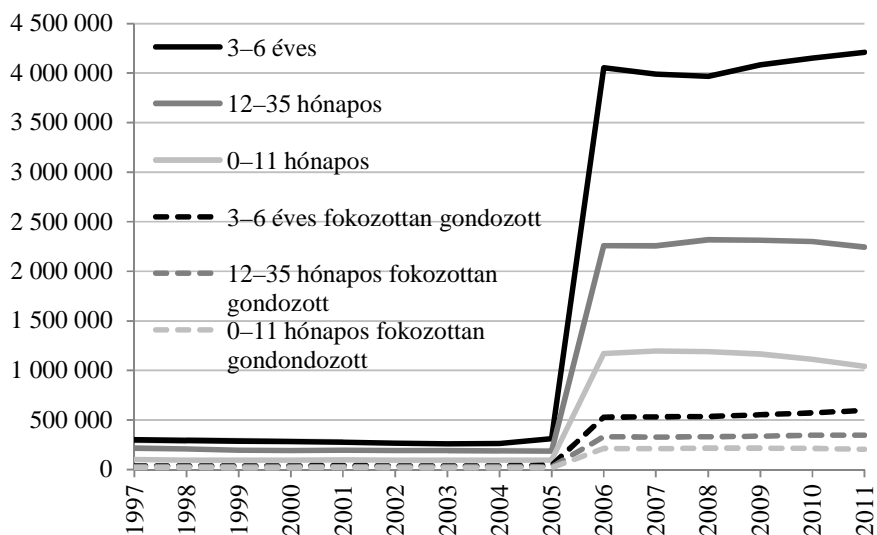
I. Az év folyamán nyilvántartott várandós anyák, a fokozottan gondozott várandósok és a dohányzó várandósok létszámának alakulása 1997 és 2011 között, valamint a szült anyák száma 2005 és 2011 között

Total number of pregnant women registered during the year, of which: number of those needing special care, pregnant smokers registered by district nurse between 1997 and 2011, and the number of women having given birth between 2005 and 2011

A várandós anyák számában 2009-től bekövetkezett, megmagyarázhatatlan és hihetetlen emelkedéshez hasonló tapasztalható az év folyamán nyilvántartott 0–11 hónapos csecsemők, a nyilvántartott 12–35 hónapos kisdedek, és a 3–6 éves gyermekek számában is, azzal a különbséggel, hogy az emelkedés ezen indikátorok esetében már a 2006. évtől kezdődően megfigyelhető (*II. ábra*). A 6 éven aluliak összlétszáma 2005-ről

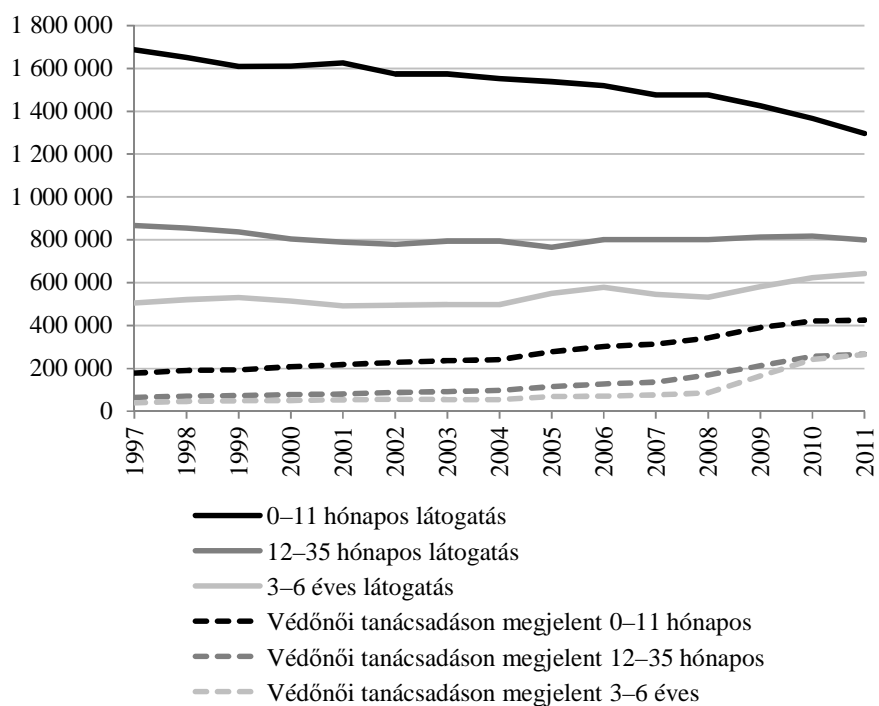
2006-ra 12,5-szeresére (!) nőtt. Ezzel együtt a fokozott gondozást igénylő csecsemők és kisgyermek számában is drámai emelkedés következett be 2006-ra. 2006 óta nagyságrendileg mindkét indikátor ezen az emelkedett szinten van.

A védőnői látogatások és a tanácsadáson megjelentek száma nem tükrözi a 6 éven aluliak létszámában egyik évről a másikra bekövetkezett, a *II. ábrán* már bemutatott emelkedést. A *III. ábrán* látható, hogy a csecsemő-látogatások száma 2011-ben 2005-höz képest 15,7%-os, a csecsemő-tanácsadáson megjelentek száma 2011-ben ugyancsak 2005-höz képest 17,2%-os csökkenést mutat. A tanácsadáson megjelent 12–35 hónapos kisdedek, illetve 3–6 éves gyermekek számában 2011-ben a 2005-öshöz képest 1,2-szeres, illetve 1,4-szeres emelkedés észlelhető, ez azonban arányában nagyságrendekkel kisebb, mint az 1–6 éves gyermekek létszámának emelkedése 2006-tól kezdve, amely a *II. ábrán* látható.



II. Az év folyamán nyilvántartott 3–6 éves, ezen belül a fokozottan gondozott 3–6 éves gyermekek; az év folyamán nyilvántartott 12–35 hónapos, ezen belül a fokozottan gondozott 12–35 hónapos kisdedek; az év folyamán nyilvántartott 0–11 hónapos és ezen belül a fokozottan gondozott 0–11 hónapos csecsemők havi átlagos létszámának alakulása 1997 és 2011 között

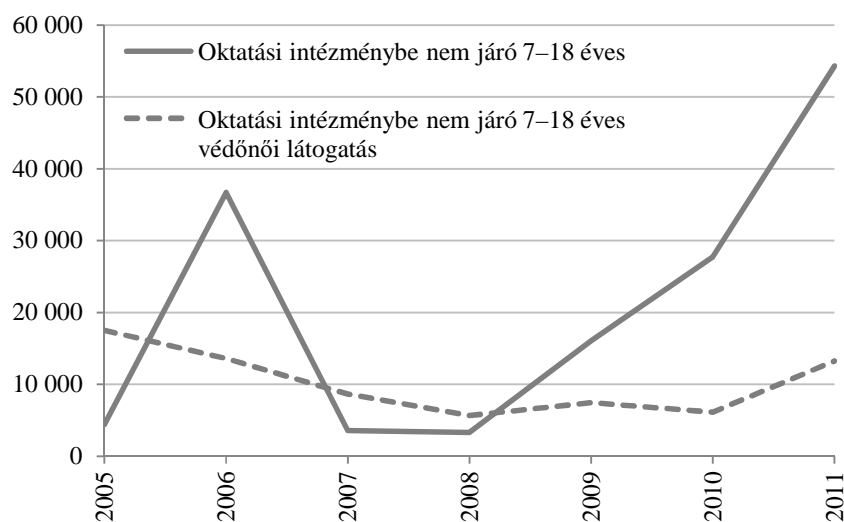
Monthly average number of 3–6 years old children, of which: number of those needing special care; monthly average number of 12–35 months old children, of which: number of those needing special care; monthly average number of 0–11 months old infants, of which: number of those needing special care between 1997 and 2011



III. Védőnői látogatások száma és védőnői tanácsadáson megjelentek létszáma csecsemőkre, 12-35 hónapos kisdedekre és 3-6 éves gyermekekre vonatkoztatva 1997 és 2011 között

Number of home visits by district nurse by age-groups; from above: 0-11 month-old, 12-35 month-old, 3-6 years old children; number of children taken to the office of health visitors by age-groups, from above: 0-11 month-old, 12-35 month-old, 3-6 years old children

Az oktatási intézménybe nem járó 7-18 éves gyermekek ellátása is a területi védőnői munka részét képezi. A IV. ábrán ezen korcsoport számának és a védőnői ellátás egyes indikátorainak alakulását láthatjuk 2005-től, azaz az adatok legkorábbi elérhetőségétől kezdve. Az ábrából kiderül, hogy a felhasznált adatforrás szerint az ettől az évtől regisztrált 7-18 éves, oktatási intézménybe nem járó gyermekek száma nagymértékben ingadozik: 2011-ben 54 ezer fölé emelkedett, amely 16,5-szeresen haladja meg a 2008-ban nyilvántartott, oktatási intézménybe nem járó 7-18 évesek számát.

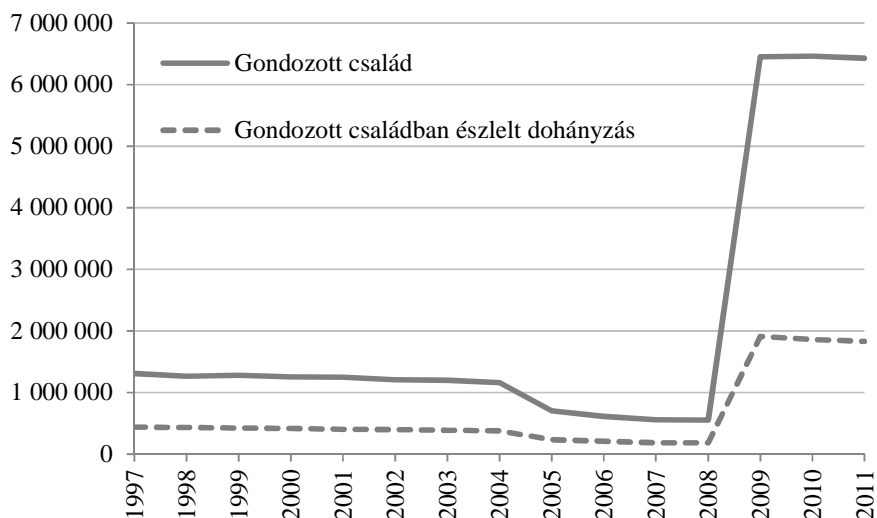


IV. Az oktatási intézménybe nem járó 7–18 éves gyermekek számának és az oktatási intézménybe nem járó 7–18 éves gyermeknél tett védőnői látogatások számának alakulása 2005 és 2011 között

Number of 7–18 years old children not attending school; number of 7–18 years old children visited by health visitors between 2005 and 2011

A védőnői ellátásban részesült, tehát a 2004 után érvénybe lépett szabályozás szerint⁸ 6 éven aluli gyermeket nevelő, várandós és/vagy növédelmi gondozást igénylő, valamint az oktatási intézménybe nem járó 7 év fölötti gyermeket nevelő családok száma a 2005. évben 696 ezer volt, amely 2009-re feltűnően, 6 millió 440 ezerre emelkedett. Ez a növekedés annak ismeretében, hogy Magyarország regisztrált lakossága 2011-ben 10 millió alá csökkent (Molnár – Barna 2012), teljesen képtelennek tűnik (V. ábra).

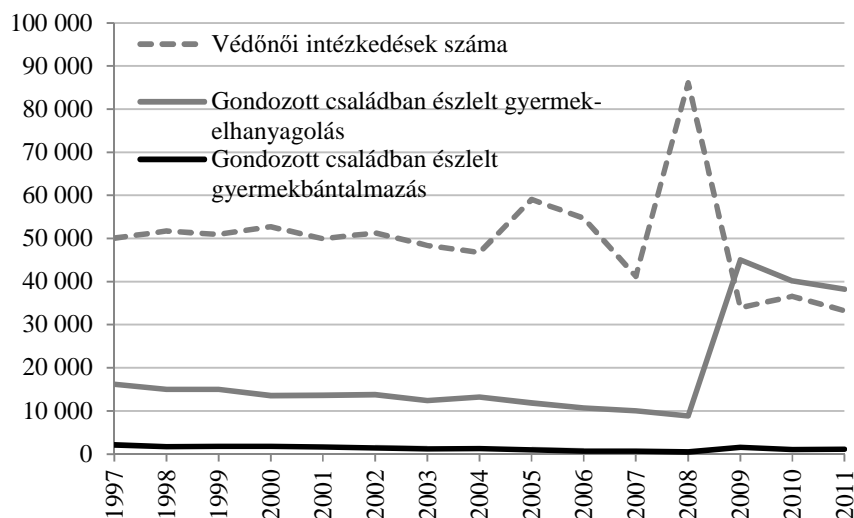
⁸ 49/2004. (v. 21.) ESzCsM rendelet a területi védőnői ellátásról. Hatályba lépés időpontja: 2005. január 1.



V. Védőnő által gondozott családok, ezen belül azon családok száma, ahol előfordul dohányzó személy, 1997 és 2011 között

Total number of families cared for by a district nurse; number of families with a smoking member cared for by a district nurse 1997 and 2011

A gondozott családokban észlelt gyermek-elhanyagolás 1997-től 2008-ig folyamatosan csökkent, majd 2009-ben több mint ötszörösére emelkedett, és napjainkig csak kismértékben csökkent. A gyermekbántalmazás eseteinek száma 2008-ban volt a legalacsonyabb (433), és 2009-ben volt csúcsponton (1549). Vagyis a védőnő által észlelt gyermekbántalmazások száma az egyik évről a másikra több mint háromszoros emelkedést mutatott, amelyet tükröznie kellene a védőnői intézkedések számának is. Ez utóbbi indikátort megvizsgálva azonban nemcsak, hogy összefüggést nem találunk a kettő között, ellenkezőleg: a védőnői intézkedések száma 2008-ban, vagyis abban az évben a legmagasabb (86 082), amikor a regisztrált gyermekbántalmazások száma a legalacsonyabb (433) volt (VI. ábra).



VI. Gondozott családokban észlelt gyermek-elhanyagolás, gyermekbántalmazás és a védőnői intézkedések számának alakulása 1997 és 2011 között
 Number of families cared for by a district nurse with abused child; number of families cared for by a district nurse with neglected child; number of interventions by district nurse between 1997 and 2011

Értékelés

A népesség egészségi állapotának folyamatos követése minden modern állam politikai vezetése számára kulcsfontosságú a megalapozott döntéshozáshoz. Egy ország humán erőforrásának mindenkori állapotát pontosan tükrözik az egészségügyi és az oktatási statisztikák. Ezek nemzetközileg elismert jelentőségét az is mutatja, hogy az Egyesült Nemzetek Szervezete által az ezredfordulón meghirdetett globális fejlesztési program nyolc indikátora közül négy oktatási, illetve egészségügyi jellegű (Millennium Development Goals; továbbiakban: MDG).⁹ A humán erőforráson belül kiemelt jelentőségű a népesség további sorsát döntően befolyásoló, de különösen sérülékeny csoportok, a várandós anyák és kisgyermekek helyzete, valamint egészségi állapota. Ezt két indikátor monitorozza az előbb említett MDG összesen nyolc indikátorából. A területi védőnők által szolgáltatott, megyei bontásban elérhető nagyszámú indikátor gyűjtése és megfelelő elemzése jó alapot adhatna olyan, bizonyítékokra támaszkodó döntések meghozatalához, amelyek a kora gyermekkori fejlesztésben mutatkozó területi szükséglete-

⁹ United Nations Millennium Development Goals. <http://www.un.org/millenniumgoals/>. Letöltve: 2012. 07. 12.

ket azonosítani, és a gyermekek egészségi állapotát megfelelő intézkedésekkel javítani tudnák, így az elkövetkezendő évtizedekben jelentősen hozzájárulhatnának az emberi erőforrás minőségének fejlesztéséhez az országban. Ez annak a ma már jól ismert ténynek az ismeretében, hogy a méhen belüli és az első 6 életévben jellemző egészségi állapot döntően meghatározza a felnőttkori egészséget is (Barker 1992, Burton et al. 2011), kulcsfontosságú volna az ország fejlődésének szempontjából is.

Megalapozott döntéseket azonban csak megbízható adatok elemzése alapján lehet hozni. A fentiekben bemutatott, várandósokra és kisgyermekekre vonatkozó indikátorok áttekintése azt mutatta, hogy egyes indikátorok vonatkozásában egyik évről a másikra megmagyarázhatatlan, 4–12-szeres növekedés következett be, amely súlyos kételyeket támaszt az adatok megbízhatóságával kapcsolatban.

A várandósok számában 2008 és 2009 között közel négyszeres (és azóta is fennálló) emelkedés következett be. A csecsemők, kisdedek és a 3–6 éves gyermekek számában 2005-ről 2006-ra 12-szeres növekedés állt elő, melynek következtében Magyarországon a nyilvánosan elérhető védőnői adatok szerint a 0–6 évesek száma 2006 óta 7,44–7,56 millió fő, míg ezzel szemben a KSH által közzétett korcsoportos népességszám 670 és 679 ezer között mozog.

A védőnők által gondozott családok számában bekövetkezett, fentebb részletezett, 2004 és 2009 közötti csökkenést magyarázhatja a 49/2004. (V. 21.) ESzCsM a területi védőnői ellátásról szóló rendelet¹⁰ megalkotása, mely rendelet bevezetését követően a területi védőnők által ellátott gyermekekre vonatkozó életkori határ 6 évre csökkent le, így az oktatási intézménybe járó idősebb gyermekek gondozási feladatai átkerültek az iskolavédőnői hálózat tevékenységi körébe.

A védőnői jelentések összesített, emelkedést tükröző országos adatai ugyanakkor az adatszolgáltatással és/vagy az adatfeldolgozással kapcsolatos hibák lehetőségét vetik fel, az adatszolgáltatás és adatfeldolgozás minőségellenőrzésének súlyos hiányosságaira utalva, immár több mint egy fél évtizede.

A védőnői jelentések nyilvánosan elérhető adatai közül a várandósok létszámára, a 0–6 évesek számára, valamint a 7–18 éves, oktatási intézménybe nem járó gyermekek létszámára vonatkozó adatok bizonyosan hibásak. Az országosan összesített adatokból nem állapítható meg, hogy a hiba hol következik be az adatszolgáltatás és adatkezelés folyamatában. Az egyik évről a másikra 12-szeres emelkedést mutató indikátoroknál (mint például az év folyamán nyilvántartott 0–11 hónapos csecsemők száma) gyanítható, hogy a havonta szolgáltatott adatok összesítési problémáiról van szó.

Fel kell tenni a kérdést: van-e értelme az egyébként is túlterhelt, sokszor két körzetet is ellátó területi védőnöket havi rendszerességgel több mint száz indikátorra vonatkozó adatszolgáltatásra kötelezni, ha ezen országos adatok nem kerülnek feldolgozásra, vagy ha mégis, nyilvánosságra hozataluk elmarad – hiszen csakis ez magyarázhatja, hogy alapvető fontosságú indikátorok nagyságrendi hibái mindeddig észrevétlenek maradtak. Figyelmet érdemelhet, hogy a problémás adatok 2006 óta észlelhetők, amióta nem a KSH végzi a védőnői jelentések összesítését.

Nemcsak minőségellenőrzési problémára, hanem a védőnői tevékenység országos követésének hiányosságaira is utal, hogy a védőnők által észlelt gyermek-elhanyagolás és gyermekbántalmazás indikátorai nincsenek összefüggésben a védőnői intézkedések

¹⁰ 49/2004. (v. 21.) ESzCsM rendelet a területi védőnői ellátásról. Hatályba lépés időpontja: 2005. január 1.

számával. Míg az észlelt gyermekbántalmazások száma 1997 óta évről évre csupán kismértékben változott és a védőnők által észlelt gyermek-elhanyagolások száma jelentősen emelkedett, addig a védőnői intézkedések számában ezzel nem összefüggően következett be drasztikus emelkedés, majd csökkenés, pedig az észlelésnek – ha egy-éves időtávlatban gondolkozunk – mindenképpen meg kell előznie az intézkedést, ha nem is egy év eltolódással.

A védőnői szakmai vezetés birtokában van az országos szintű összesített éves adatok korrigált területi tábláinak, ezek azonban nem állnak a szakmai nyilvánosság rendelkezésére. Az országos vezető védőnővel és az adatgyűjtést végző GyEMSZI szakzárda egységének osztályvezetőjével folytatott személyes, illetve telefonos interjúink során kiderült, hogy a vezetés az adatokkal kapcsolatos minőségi problémákat ismeri, de azok keletkezésének mechanizmusát nem. A nyilvánosság számára hozzáférhető országos összesített adatok nem megbízható voltából adódóan a védőnői ellátás országos helyzetéről nehéz pontos képet alkotni, a célzott intézkedésekhez szükséges járási (kistérségi-) szintű elemzések pedig egyáltalán nem lehetségesek. Emiatt a védőnői ellátásban évente és havonta keletkező óriási és potenciálisan igen értékes adathalmaz úgy gyarapodik, hogy szakmai hasznosítása nem történik meg (pedig a havi adatgyűjtés szükségességét a szakvezetés arra hivatkozva támogatta, hogy lehetővé váljon a beavatkozást igénylő térségek gyors azonosítása, akár egy éven belül is).

A magyar védőnői ellátás régi büszkesége az egészségügyi rendszernek, és potenciálisan továbbra is nagyon fontos színtere a népesség egészségi állapotának javítására irányuló, hosszú távú sikerrel kecsegtető beavatkozásoknak. A védőnői ellátásban eddig keletkezett, a nyilvánosság számára közzétett adatok elemzését, áttekintését a jobbítás szándékával és reményében végeztük el, hiszen jelenleg folyamatban van egy olyan kiemelt projekt (TÁMOP 6.1.4.), amely éppen a 0–7 éves korosztály egészségügyi alapellátásának színvonalát kívánja emelni. Őszintén reméljük, hogy a kiemelt projekt keretében sikerül az adatokkal kapcsolatos minőségbiztosítási problémák okát fellelni, és azok orvoslására rendszerszintű megoldást találni.

Köszönetnyilvánítás

A kutatás megvalósulását a TÁMOP 4.2.4.A/2-11-1-2012-0001, valamint a TÁMOP-6.2.5-B-13/1-2014-0001 kiemelt projektek támogatták. A kutatás az Európai Unió támogatásával, az Európai Szociális Alap társfinanszírozásával valósult meg.

IRODALOM

- Ádány Róza (szerk.) 2012: *Megelőző orvostan és népegészségtan*. 2. átdolgozott kiadás. Medicina Könyvkiadó, Budapest.
- Balázs Péter – Rákóczi Ildikó – Fogarasi-Grenczer Andrea – Foley, Kristie L. 2013: Risk factors of preterm birth and low birth weight babies among Roma and non-Roma mothers: A population-based study. *European Journal of Public Health*, 23(3), 480–485.
- Barker, David James 1992: *The fetal and infant origins of adult disease*. BMJ Books, London.
- Barker, David James 1994: *Mothers, babies and health in later life*. Churchill Livingstone, London.
- Barker, David James 2007: The origins of the developmental origins theory. *Journal of Internal Medicine*, 261(5), 412–417.
- Barker, David James – Osmond, Clive – Forsén, Tom J. – Kajantie, Eero – Eriksson, Johan G. 2005: Trajectories of growth among children who have coronary events as adults. *The New England Journal of Medicine*, 353(17), 1802–1809.
- Barker, David James – Winter, Paul D. – Osmond, Clive – Margetts, Barrie – Simmonds, Shirley J. 1989: Weight in infancy and death from ischaemic heart disease. *Lancet*, 334(8663), 577–580.
- Burton, Graham J. – Barker, David James – Moffett, Ashley – Thornburg, Kent (eds.) 2011: *The placenta and developmental programming*. Cambridge University Press, Cambridge.
- CSDH 2008: *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health*. World Health Organization, Geneva. http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/index.html. Letöltve: 2014. 01. 21.
- ECHI 2005: *Public Health indicators for Europe: Context, selection, definition*. Final report by the ECHI Project Phase II. [http://www.healthindicators.org/ICHI/\(50tqd54550o0aq45cfrfzb45\)/PDF/ECHI%20Conceptual%20models%20\(annex%202\).pdf](http://www.healthindicators.org/ICHI/(50tqd54550o0aq45cfrfzb45)/PDF/ECHI%20Conceptual%20models%20(annex%202).pdf). Letöltve: 2014. 01. 21.
- Fogarasi-Grenczer Andrea – Balázs Péter 2012: A dohányzás és a környezeti dohányfüsttartalom kapcsolata a koraszülésekkel. *Orvosi Hetilap*, 153(18), 690–694.
- Gábor Katalin 2008: *A menedzsment egyes kiemelt területei oktatásának jelentősége és lehetőségei az egészségügyi felsőoktatásban* (PhD-disszertáció tézisei). http://phd.sote.hu/mwp/phd_live/vedes/export/gaborkatalin.m.pdf. Letöltve: 2014. 01. 21.
- Havasi Éva 2007: Az indikátorok, indikátorrendszerek jellemzői és statisztikai követelményei. *Statisztikai Szemle*, 85(8), 677–689.
- Molnár Tamás – M. Barna Katalin 2012: Demográfiai jellemzők Magyarországon és az Európai Unióban, különös tekintettel a daganatos megbetegedések okozta halálózásra. *Statisztikai Szemle*, 90(6), 544–558.

KLINGER ANDRÁS
(1930–2015)

2016. március 16-án elhunyt Klinger András, kollégánk, lapunk egykori főszerkesztője, 2005 óta szerkesztőbizottságának elnöke, a demográfia tudományának jeles magyarországi képviselője.

1930. január 12-én született Budapesten. Egyetemi tanulmányait 1948 és 1952 között a Pázmány Péter (1950-től Eötvös Loránd) Tudományegyetem Jogi karán végezte. 1957-ben szerzett egyetemi doktori címet. 1977-ben nyerte el a szociológiai és demográfiai tudományok kandidátusa címet. 1950-ben kezdte pályáját a Központi Statisztikai Hivatalban, ahol – ma ez már szinte hihetetlennek tűnik – egészen 1996-os nyugdíjazásáig dolgozott. A KSH-ban először az egészségügyi, majd a népességstatisztikai osztály munkatársa volt, 1953-tól a népmozgalmi statisztikai osztályt vezette. 1960 és 1970 között a népesedési és szociális statisztikai főosztály főosztályvezető-helyettese volt, 1970 és 1990 között pedig a népesedésstatisztikai főosztályt vezette. Közben 1966-tól két évig Chilében az ENSZ Latin-Amerikai Gazdasági Bizottságának szakértőjeként dolgozott. 1990. augusztus 1-je és 1996. október 31-e között a KSH elnökhelyetteseként tevékenykedett. Kapcsolata nyugdíjazása után sem szakadt meg a Hivatallal, tanácsadóként dolgozott tovább, mint ahogy egyéb szakmai tevékenységét is folytatta az MTA Demográfiai Bizottságában és a *Demográfia* folyóirat szerkesztőségében.

Folyóiratunk szerkesztésében annak 1958-as alapítása óta részt vett, először a szerkesztőbizottság tagjaként, majd 1980 és 2005 között főszerkesztőjeként. 2005-től haláláig a szerkesztőbizottság elnöke volt, aktív közreműködését a szerkesztőmunkában csak élete utolsó éveiben akadályozta egészségi állapota. 1973-tól az ELTE Állam- és Jogtudományi Karának címzetes egyetemi docense, emellett oktatott a Budapesti Műszaki Egyetemen és a Közgazdaságtudományi Egyetemen is. Aktív résztvevője és a KSH elnökhelyetteseként támogatója az ELTE Jogi Karán folytatott posztgraduális demográfusképzésnek.

Az 1960-as évektől nemzetközileg elismert demográfusként számtalan konferencia résztvevője volt, és számos szakmai szervezet választotta tagjának, illetve tisztségviselőjének. Magyarországon az MTA Demográfiai Bizottságának tagja, majd 1980-tól hosszabb időn át titkára volt. A Magyar Család- és Nővédelmi Tudományos Társaság alapító tagja, főtíkára, elnöke, majd tiszteletbeli elnöke volt. Szakmai és közéleti tevékenységét számos kitüntetéssel, díjjal ismerték el.

A népességstatisztika és a demográfia kiváló képviselőjeként részt vett népszámlálás (1960–1990) és a közöttük lebonyolított mikrocenzusok megtervezésében, megszervezésében, irányításában, de szakértőként közreműködött a 2001-es népszámlálás munkálataiban is. Érdeklődése kiterjedt a reprezentatív népesedési adatfelvételek és elemzések kérdéskörére, foglalkozott társadalmi mobilitással, és részt vett a népesedéspolitikai döntéseket előkészítő demográfiai elemzések elkészítésében. Egyik kezdeményezője volt az egységes népesség-nyilvántartási rendszer kidolgozásának, valamint az

1976-ban létrehozott Egységes Lakossági Adatgyűjtési Rendszernek (ELAR). Demográfusként és népszámlálási szakértőként részt vett az európai népszámlálási alapelvek alakításában és számos nemzetközi demográfiai kutatásban.

Szinte minden népesedési kérdéskör iránt érdeklődött, és hosszú pályája során szinte valamennyi kérdéskörben publikált elemzéseket (így a termékenység, halandóság, csecsemőhalandóság, családszerkezet, válás, öregedés kérdéseinek területi, társadalmi különbségei, a demográfiai jelenségek gazdasági-társadalmi összefüggései álltak figyelmé középpontjában). Szaktanulmányainak hosszú sora mellett a tankönyvírás területén végzett jelentős kontribúciója is elismerésre méltó. Így az azóta is megkerülhetetlen alaplátó számító demográfiai kézikönyv, a *Bevezetés a demográfiába* című munka¹ 11 fejezetének szerzője vagy társszerzője, illetve a KSH által kiadott 1996-os demográfia-tankönyv szerkesztője.² A történeti demográfia művelői is hálásak lehetnek neki, hiszen alapvető forráskiadási munka szervezésére is vállalkozott a mai Magyarország községei népmozgalmi adatainak összegyűjtésével és publikálásával, valamint a két háború közötti korszak népesedéstörténeti mérlegének megvonásával.³

Klinger András a KSH nagyszerű tudományos hagyományainak továbbvivője, hírnevének öregbítője volt itthon és külföldön egyaránt. Halálával pótolhatatlan veszteség érte a magyar demográfiát. Emlékét kegyelettel megőrizzük, nyugodjék békében.

Óri Péter

Klinger András *Demográfiában* megjelent tanulmányai:

Magyarország népmozgalma a legutolsó években. 1958(1), 95–108.

Adatok a szívbetegségek okozta halálozások alakulásáról. 1958(1), 128–140.

Acsády György – Szabady Egon (társszerzők): A Föld és az egyes világrészek népességének fejlődése és összetétele. 1958(2–3), 182–196.

Az európai népszámlálási programról. 1959(1), 142–147.

Acsády György (társszerző): A termékenység, a családtervezés és a születésszabályozás néhány kérdése. 1959(2–3), 176–216.

Az 1960. évi népszámlálás adatgyűjtési és feldolgozási programja. 1959(2), 590–602.

A Balaton melletti települések népességfejlődése. 1960(1), 76–78.

Magyarország népességének megoszlása a főbb demográfiai ismérvek szerint. 1960(3–4), 303–332.

A társadalmi rétegenként differenciált termékenység alakulása Magyarországon. 1961(4), 421–431.

Acsády György (társszerző): A legidősebbek demográfiai vizsgálatának eredményei. 1962(2), 166–187.

¹ Szabady Egon (szerk.): *Bevezetés a demográfiába*. Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest, é. n.

² Klinger András (szerk.): *Demográfia*. KSH, Budapest, 1996.

³ Klinger András és mts. (szerk.): *A népmozgalom főbb adatai községenként, 1828–1900*. I–VIII. KSH, Budapest, 1972–1984.

Klinger András (szerk.): *A népmozgalom főbb adatai községenként, 1901–1968*. KSH, Budapest, 1969.

Acsády György – Klinger András: *Magyarország népesedése a két világháború között*. Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest, 1965.

- A társadalmi-foglalkozási átrétegződés néhány jellemvonása Budapesten. 1962(4), 477–485.
- Adatok az Ormánság népességének néhány kérdéséről. 1963(1), 65–90.
- A rákhalandóság társadalmi-foglalkozási különbségei Magyarországon. 1963(4), 419–426.
- A népesség összetételének alakulása az 1963. január 1-i mikrocenzus adatai alapján. 1964(1), 7–59.
- A differenciális termékenység újabb alakulása. 1964(3–4), 394–408.
- A válások okaira vonatkozó vizsgálat főbb eredményei. 1965(1), 71–81.
- Szabady Egon (társszerző): Az 1965–1966. évi termékenység, családtervezési és születésszabályozási vizsgálat. 1966(2), 135–161.
- Az abortuszok demográfiai vonatkozásai. 1969(4), 479–491.
- A termékenységet befolyásoló biológiai tényezők. 1970(4), 394–412.
- Magyarország népességstruktúrájának változásai. 1975(2–3), 181–200.
- A fejlett országok termékenységének alakulása. 1980(4), 335–345.
- A Francia Nemzeti Demográfiai Kutatóintézet (INED) Népesedéspolitikai Kollokviuma. 1981(1), 73–83.
- Monigl István (társszerző): Népesedés és népesedéspolitika Magyarországon az 1970-es és az 1980-as évtizedben. 1981(4), 395–433.
- Az öregedés demográfiai vonatkozásai. 1983(1), 9–49.
- A világnépesség és a demográfiai távlatok. 1985(4), 458–477.
- A halandóság társadalmi-foglalkozási különbségei Magyarországon. 1987(2–3), 240–272.
- A legidősebbek demográfiai jellemzői. 1990(3–4), 177–218.
- Magyarország demográfia helyzete Európában. 1991(1–2), 19–60.
- A hexagonale országok demográfiai helyzete. 1992(1), 9–43.
- Művi abortuszok családi állapot szerint. 1992(3–4), 342–374.
- A nemzetiségi statisztika Európában és Magyarországon. 1993(4), 396–417.
- A családok jelenlegi helyzete Magyarországon. 1994(3–4), 270–297.
- Az időskorúak családi helyzetének változása nemzetközi összehasonlításban. 1995(2–3), 118–141.
- A demográfiai kutatások 50 éve, 1945–1995. Eredmények és tapasztalatok Magyarországon. 1995(4), 253–274.
- Vavró István (társszerző): Az erőszakos bűncselekmények elkövetése miatt elítélt férfiak. 1998(1), 39–81.
- Halandósági különbségek Magyarországon iskolai végzettség szerint. 2001(3–4), 227–258.
- A munkapiac válasza a népesség öregeedésére és más társadalmi-gazdasági változásokra. 2002(2–3), 191–223.
- A kistérségek halandósági különbségei. 2003(1), 9–44.
- A budapesti kerületek halandósági különbségei. 2003(2–3), 177–202.
- Differenciális demográfiai közelítések felhasználhatósága: közelítések, módszerek, példák. 2004(1–2), 121–166.
- Újabb adatok a vidéki kistérségek és a budapesti kerületek halandósági különbségeiről (I.). 2006(2–3), 197–231.
- Újabb adatok a vidéki kistérségek és a budapesti kerületek halandósági különbségeiről (II.). 2006(4), 342–365.
- A halandóság társadalmi különbségei Magyarországon a XXI. század elején. 2007(2–3), 252–281.