

# **A baleset-megelőzés - népegészségügyi stratégia**

**Szerkesztette:**

Dr. Bényi Mária

**Készült:**

Egészségügyi Minisztérium megbízásából  
a Fodor József Országos Közegészségügyi Központban

**2006.**

## A baleset-megelőzés népegészségügyi stratégiája

Szerkesztette:

Dr. Bényi Mária

A tanulmány elkészítésében részt vettek, vagy segítettek annak létrejöttét:

<b>Bakonyi László</b>	Idősügyi Tanács	<b>Dr. Móricz Ferenc</b>	OEP
<b>Bán Lilla</b>	Tai-chi világbajnok	<b>Hilbert Lászlóné</b>	KSH
<b>Bathó Attila</b>	OÉTI	<b>Jádi Zsuzsanna</b>	BM OKF
<b>Betlehem József</b>	PTE-EFK	<b>Kaposvári Csilla</b>	OEK
<b>Boros Zsuzsanna</b>	Bethesda Gyermekkorház	<b>Kecskés Andrea</b>	Fővárosi Szociális Otthon
<b>Dr. Csengődy Krisztina</b>	OKK-OKBI	<b>Kéki Zsuzsa</b>	OEK
<b>Csonkáné K. Magdolna</b>	FVF	<b>Kiss Csaba</b>	OBB
<b>Csóti Ferenc</b>	GKM	<b>Kovácsné Fehér Erika</b>	OTH
<b>Dr. Bihari Ágnes</b>	OKK-OKI	<b>Lázár Péter</b>	OKK-OKBI
<b>Dr. Bordás Imre</b>	OKBI	<b>Móricz Emese</b>	Súlyos Sérültekért Alapítvány
<b>Dr. Csepregi Gyula</b>	Országos Baleseti Intézet	<b>Németh Renáta</b>	OEK
<b>Dr. Dura Gyula</b>	OKK-OKI	<b>Németh Sándor</b>	Bethesda Gyermekkorház
<b>Dr. Galgóczy Gábor</b>	OKK-OMFI	<b>Odor Andrea</b>	OTH
<b>Gyulai Éva</b>	OKK-OKI	<b>Orosz Tibor</b>	OKK-OKBI
<b>Dr. John Anna</b>	EüM	<b>Pausz Ferenc</b>	ORFK
<b>Dr. Hermann Dóra</b>	OEK	<b>Dr. Hanusz Klára</b>	EüM
<b>Dr. Holló Péter</b>	KTI	<b>Ratalics Ágnes</b>	EüM
<b>Dr. Kakucs Réka</b>	OKK-OKI	<b>Rideg Gyula</b>	Bethesda Gyermekkorház
<b>Dr. Kovács Éva</b>	OEFI	<b>Szabó Tibor</b>	Fővárosi Szociális Otthon
<b>Dr. Páldy Anna</b>	OKK-OKI	<b>Szabóné Barkóczi Elvira</b>	BM OKF
<b>Dr. Páll Gabriella</b>	OGYEI	<b>Szilágyi Miklós</b>	GKM
<b>Dr. Soltész Katalin</b>	OEP	<b>Szűcs Gábor</b>	OM
<b>Dr. Surján György</b>	ESKI	<b>Várnai Dóra</b>	OGYEI
<b>Dr. Székely Katalin</b>	OKK-OMFI	<b>Zentai Éva</b>	FVF
<b>Dr. Tafferter Tamás</b>	OM	<b>Dr. Sebestyén Andor</b>	MEP-Baranya megye

*Külön köszönet: Wim Rogmans (EUROSAFE, Hollandia), Dr. Rupert Kisser (Sicher Leben, Ausztria), Dr. Eleni Petridou (CEREBPRI, Görögország)*

**Készült:**

Egészségügyi Minisztérium megbízásából  
a Fodor József Országos Közegészségügyi Központban

2006.

## Tartalom

Fejezetcím	Oldalszám
1. Bevezetés	3
2. Baleset-megelőzési politikák – nemzetközi kitekintés	6
2.1. Action for Safer Europe	9
2.2. Actions for the Public Health Sector to Improve Road Traffic Safety	10
3. A balesetek terhe – nemzetközi helyzet	13
3.1. Európai Régió (52 ország)	13
3.2. Európai Unió	14
3.3. Anyagi károk	18
4. Magyarország baleseti helyzete	19
4.1. Halálozási adatok (mortalitás)	19
4.2. Nem halálos balesetek (morbidity)	26
4.2.1. A fekvőbeteg ellátás baleseti statisztikái	26
4.2.2. Sérülések, mérgezések az OLEF 2003 alapján	27
4.2.3. Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartás vizsgálata	30
5. Fontosabb megállapítások	33
6. A megelőzés lehetőségei	34
7. A baleset-megelőzés helye a Népegészségügyi Programban	38
Irodalom	39
Mellékletek	
Problémafa	
Célfa	
Baleseti stratégiák	
Gyermekek	
Kamaszkorúak	
Felnőttek	
Időskorúak	

## 1. Bevezetés

*A balesetek következményei - sérülések, mérgezések - sajátos helyet foglalnak el a betegségek sorában: olyan nem-fertőző betegségek, amelyeknek nagyon jól meghatározható oka van, és megfelelő eszközökkel, módszerekkel hatékonyan megelőzhetők.*

### Fogalom

A baleseteknek, sérüléseknek több definíciója is használatos, melyek értelmezésbeli különbségeket is rejtenek. Ismeretük fontos lehet az azonos kategóriában gyűjtött adatok összehasonlítása során.

A nemzetközi meghatározások közül legelterjedtebb a WHO megfogalmazása [1]:

**A baleset** a test organikus sérülése, melyet heveny külső energiahatás okoz (mechanikai, hő, elektromos, kémiai, sugárzás), amennyiben az olyan nagyságban éri a szervezetet, amely meghaladja a fiziológiai tolerancia szintjét. Bizonyos esetekben a baleset az élethez szükséges tényező (pl. oxigén) hiányában következik be.

Az előző meghatározásban is szereplő külső okok, illetve azok következményei kerültek megfogalmazásra az egészségügyi ellátók többsége által napjainkban is használt BNO 10 rendszerben. A V01÷Y98 közötti kódok ölelik át a morbiditás és a mortalitás külső okait. (Ide tartoznak a balesetek, szándékos önártalom, testi sértés). Az S00÷T98-ig tartó kódok pedig a „sérülés, mérgezés és külső okok bizonyos egyéb következményeit” fedik le [2].

**Baleset:** az emberi szervezetet ért olyan egyszeri külső hatás, amely a sérült akaratától függetlenül, hirtelen vagy aránylag rövid idő alatt következik be és sérülést, mérgezést vagy más (testi, lelki) egészségkárosodást, illetőleg halált okoz [3].

**Munkabaleset:** az a baleset, amely a munkavállalót a szervezett munkavégzés során vagy azzal összefüggésben éri, annak helyétől és időpontjától és a munkavállaló (sérült) közrehatásának mértékétől függetlenül.

A munkavégzéssel összefüggésben következik be a baleset, ha a munkavállalót a foglalkozás körében végzett munkához kapcsolódó közlekedés, anyagvételezés, anyagmozgatás, tisztálkodás, szervezett üzemi étkezés, foglalkozás-egészségügyi szolgáltatás és a munkáltató által nyújtott egyéb szolgáltatás stb. igénybevétele során éri [4].

**Közlekedési baleset:** a közlekedési tevékenységgel kapcsolatos váratlan, nem szándékosan előidézett olyan forgalmi esemény, amelynek következtében haláleset, illetve személysérülés történik, vagy anyagi kár keletkezik [5].

Baleset tehát sokféle külső tényező hatására létrejöhet, és nagyon változatos klinikai képen jelenhet meg. **Fontos jellemzője azonban, hogy bárhol is történjen, bármilyen okból is jöjjön létre: az esetek nagy részében a balesetet szenvedett, sérült személy egészségügyi ellátást igényel.**

Több intézményben is történik napjainkban balesetekkel kapcsolatos adatgyűjtés Magyarországon – azonban egyik sem annyira átfogó, mint az egészségügyi adatok: a fekvőbeteg- és járóbeteg szakellátásban megjelenő páciensek adatai összesíthetők, rendszerezhetők; mi több, ellátásuk költsége kiszámítható.

Az, hogy baleseteknek környezet-egészségügyi vonzata van, a felsorolt oki tényezők közül is következik. Amennyiben ezek a **környezeti hatások** a természetes illetve művi *lakókörnyezetből* erednek, a közegészségügynek a környezet-egészségügy által lefedett területéhez tartoznak; abban az esetben, ha a *munkakörnyezet* a baleset eredője – a munkavédelem – munka-egészségügy hatáskörébe soroljuk. A mérgező anyagok sokszor az *élelmiszerekkel* vagy azok helyett fogyasztva vezetnek baleset-jellegű, heveny mérgezéshez. Ez pedig az élelmiszer- illetve kémiai biztonság profilja. Amennyiben a *sugárhatás* (többnyire ionizáló) vált ki balesetet, azzal a sugár-egészségügy foglalkozik. Nincs tehát a közegészségügynek egyetlen szakterülete sem, amely valamilyen módon ne lett volna eddig is kapcsolatban a baleset-megelőzéssel. A hatékony megelőzés érdekében a továbbiakban a közegészségügyön belül a baleset-megelőzésnek is nagyobb teret kell kapnia.

Az **emberi tényezők** legalább annyira fontosak a balesetek kialakulásában, mint a környezeti, ezért a megelőző orvoslás egyéb területei – magatartástudomány, mentálhigiéne, egészségmegőrzés egyéb területei - fontos szerepet tölthetnének be a balesetek primer prevenciójában.

A balesetek népegészségügyi jellemzői a következők:

1. Jelentős a probléma miatti korai és egész népességet érintő halálozás (mortalitás).
2. Magas a balesetek következtében potenciálisan elveszített életévek száma.
3. Magas az évente balesetet elszenvedők száma (morbidity).
4. Nagy terhet jelentenek az egyén és a társadalom számára a rokkantságban eltöltött életévek.(Disability Adjusted Life Years, rövidítve DALYs.).
5. A balesetek megelőzhetők – erre több ország már sikeres példát tud felmutatni.
6. Hatékony megelőzési stratégia nélkül nem várható a helyzet javulása.

Ma Magyarországon a balesetek terhet nem súlyának megfelelően kezelik. Nincs egyöntetű társadalmi elkötelezettség a balesetek megelőzésére. Egyes minisztériumok, országos hatáskörű szervek a probléma egy-egy szegmensével foglalkoznak, sokszor nem is ismerve a másik munkáját. A rendelkezésre álló anyagi eszközök így nem eléggé hatékonyan kerülnek felhasználásra. A civil szervezetek részvétele esetleges.

Az egészségügyi tárca is elsősorban az ellátásra koncentrált ez ideig, ami nagyon fontos (sürgősségi ellátás!), sőt ennek további fejlesztése is nélkülözhetetlen a baleseti halálozás csökkentése érdekében. A baleset-megelőzésnek azonban nincs a népegészségügyön belül intézményi háttere, sőt a Népegészségügyi Programban sem kapott helyet a balesetek primer prevenciója, pedig a program integrált jellegénél fogva elviekben alkalmas a tárcák munkájának összehangolására is.

Az átfogó megelőzés céljának, módjának meghatározásához szükséges a helyzet alapos elemzése. Ehhez ad némi eligazítást a „**Probléma-fa**”, melyet a **mellékletben adunk meg**.

## 2. Baleset-megelőzési politikák – nemzetközi kitekintés

A balesetek társadalmi és egészségügyi szempontból is kiemelt figyelmet élveznek az utóbbi években. Tekintettel arra, hogy az egészségügy nem tartozik a közismert baleset-megelőzési szervek közé, szükségesnek tartottuk részletesen felsorolni azokat a joghelyeket, amelyek a tárca számára felhatalmazást adnak, illetve kötelezettséget rónak a balesetek prevenciójára vonatkozóan.

Nemzetközi szervezetek – köztük az EU, WHO - az utóbbi években a következő magas szintű nyilatkozatokat, határozatokat tették közzé:

- (1) Article 152 of the Treaty stipulates that Community action, which shall complement national policies, shall be directed towards improving public health, preventing human illness and diseases, and obviating sources of danger to human health.

„A Szerződés 152. cikke kijelenti: az uniós közösségi cselekvés, a nemzeti politikák kiegészítő elemeként olyan irányba hasson, hogy javítsa a népegészségügyi helyzetet, megelőzze a betegségeket, és elejét vegye az emberi egészséget veszélyeztető tényezőknek.”

- (2) Article 153 of the Treaty states that the Community shall contribute to protecting health, safety and economic interests of consumers and therefore will promote the interest of consumers and the citizens of the EU and will ensure a high level of consumer protection.

„A Szerződés 153. cikke állást foglal amellett, hogy a Közösség járuljon hozzá az egészség védelméhez, a fogyasztók biztonságának, gazdasági érdekeinek védelméhez. Ennek érdekében védje a fogyasztói és lakossági érdekeket az EU-ban, tehát biztosítson magas színvonalú fogyasztóvédelmet.”

- (3) The Decision of the European Parliament and Council of 23 September 2002 declares that health is a priority and that health protection should be ensured in the definition and implementation of all Community policies and activities.

„Az Európai Parlament és Tanács 2002. szeptember 23-i határozata leszögezi: az egészség elsőbbséget élvez, és az egészségvédelmet biztosítani kell minden közösségi politika és cselekvés meghatározásánál és megvalósítása során.”

- (4) The Decision of the European Parliament and Council of 23 September 2002 also states that the Community is committed to promoting and improving health, preventing diseases and countering potential threats to health, with a view of reducing avoidable morbidity and premature mortality and impairing disability.

„Az Európai Parlament és Tanács 2002. szeptember 23-i határozata továbbá leszögezi, hogy a Közösség köteles támogatni és javítani az egészséget, megelőzni a betegségeket és elhárítani az egészséget fenyegető minden lehetséges veszélyt, azzal a szándékkal, hogy csökkentse az elkerülhető megbetegedéseket, az idő előtti halálozást és a rokkantság előretörését.”

- (5) Decision of the European Parliament and Council of 8 February 1999 adopting a Programme of Community Action on Injury Prevention in the framework of Action in the field of Public Health (1999-2003), has set in place measures to improve information exchange on injury data and their use for prevention measures.

„Az Európai Parlament és Tanács 1999. február 8-i határozata, mely elfogadta a Baleset-megelőzési Közösségi Cselekvési Programot a Népegészségügyi Cselekvési Keretprogram

(1999–2003) részeként, intézkedéseket helyezett kilátásba a sérülési adatok információcseréjével és azok megelőzési célú felhasználásával kapcsolatban.”

- (6) Decision of the European Parliament and Council of 23 September 2002 on a Programme for Community Action on Public Health (2003-2008) reconfirmed the need for action on injury and the consequent annual Work Plans facilitated actions in view of establishing a common information system on accidents and injuries as well as collaborative European actions on the prevention of injuries, in particular among vulnerable groups such as children and senior citizens.

„Az Európai Parlament és Tanács 2002. szeptember 23-i határozata a Népegészségügyi Cselekvési Programra (2003-2008) vonatkozóan megerősítette a sérülések megelőzésének szükségességét és a programmal összefüggésben létrehozott éves munkatervek előmozdították azokat a programokat, amelyek a balesetek és sérülések felmérését célzó közös információs rendszert létrehozzák.”

- (7) Directive of the European Parliament and Council of December 2001 on General Product Safety, establishes at Community level a general safety requirement for any product placed on the market, or otherwise supplied to and/or likely to be used by consumers under reasonably foreseeable conditions. It also charges the Commission to study the needs, possibilities and priorities for Community action on the safety of services.

„Az Európai Parlament és Tanács 2001. decemberi Általános Termékbiztonságra vonatkozó határozata közösségi szinten fogalmaz meg minden piacra jutó vagy más csatornán a fogyasztóhoz jutó és/vagy felhasználására kerülő termék esetén általános biztonsági elvárást, indokolt, előre látható feltételekkel.”

- (8) The Community Consumer Policy Strategy 2002-2006 reconfirmed the commitment to ensure that a high and consistent level of protection in relation to consumer goods is guaranteed throughout the EU. In the case of services, the strategy announced an assessment of the needs for further Community action in this respect and the launch of the appropriate initiatives accordingly.

„A Közösségi Fogyasztóvédelmi Stratégia 2002-2006 megerősíti az elkötelezettséget, hogy egy magas szintű és következetes fogyasztóvédelem valósuljon meg az EU egész területén. A szolgáltatások esetében a stratégia bejelentette, hogy megvizsgálja a további közösségi cselekvések szükségességét, és ennek megfelelően indít kezdeményezéseket.”

- (9) The [Council Resolution](#) of 2 December 2002 on the Community Consumer Policy Strategy 2002-2006 supports the need for developing additional guidance and standards as regards product safety as well as reviewing options for addressing the safety of services. It also urges the Commission to develop consumer statistics and other data which can form an evidence base for a strategic, goal-oriented approach to consumer policy.

„A 2002. december 2-án, a Közösségi Fogyasztóvédelmi Politikáról született tanácsi határozat támogatja további iránymutatások és szabványok kifejlesztését a termék biztonság területén ugyanúgy, mint a szolgáltatások biztonsága területén.”

- (10) The Commission report of 6 June 2003 on the safety of services for consumers reviewed the different options, based on a wide-scale public consultation on the issue. It established the need for improving data collection of accidents linked to the safety of consumer safety as the first priority.

„A Bizottság 2003. június 6-i, a fogyasztói szolgáltatások biztonságáról szóló jelentésében különböző lehetőségeket tekintett át, melyek a témában folytatott széles körű nyilvános

egyeztetésen alapultak. A jelentés leszögezte, hogy elsődlegesen szükség van a fogyasztói biztonsággal kapcsolatos baleseti adatgyűjtések javítására.”

(11)The Council Resolution of 1 December 2003 on the safety of services for consumers confirmed the conclusions of the Commission report and asked the Commission to study the most appropriate and effective approach to improve the knowledge base on service safety and in particular the possibility of establishing a common framework for data collection taking into account, as far as possible, existing experiences as well as tools used in other relevant areas.

„A 2003. december 1-i, szolgáltatások biztonságára vonatkozó tanácsi határozat megerősítette a bizottsági jelentés következtetéseit és felkérte a Bizottságot: vizsgálja meg, hogyan lehet a legmegfelelőbb és leghatékonyabb módon a szolgáltatások biztonságáról szóló ismereteket javítani. Külön kiemelve annak lehetőségét, hogyan lehet közös keretekbe foglalni az adatgyűjtést, figyelembe véve – amennyire lehetséges – a már létező tapasztalatokat és más társterületen felhasznált eszközöket.”

(12)**The European Road Safety Action (2003-2010)** aims at halving the number of road accident victims in the EU by 2010 by appropriate regulatory and administrative measures, including the establishing of a Charter for Road Safety which has been set in place to reach this goal.

„**Az Európai Közúti Biztonság Cselekvési Terv (2003-2010) célja, hogy 2010-re felére csökkentse a közúti balesetek számát az EU területén** megfelelő jogi és adminisztratív intézkedések eszközével, beleértve ebbe egy Közúti Biztonsági Karta létrehozását, amelynek elkészítése megkezdődött annak érdekében, hogy elérjék ezt a célt.”

(13)**The new Strategy on Health and Safety at Work (2002-2006)** reconfirms the achievements to day, and gears the new strategy towards enhancing the quality of work and consolidating a culture of risk prevention.

„**Az új Munkaegészség és – biztonság Stratégia (2002-2006)** megerősíti a mai napig elért eredményeket, és elindítja az új stratégiát kiemelve a munka minőségének fontosságát és a kockázat-megelőzés kultúrájának megszilárdítását.”

(14)Decision of the European Parliament and Council of 24 January 2000 established a Programme of Community Action on Preventive Measures to fight violence against children, young persons and women, and to protect the victims and groups at risk.

“Az Európai Parlament és Tanács 2000. január 24-i határozatában létrehozta a Megelőzési Intézkedések Közösségi Cselekvési Programját, amely a gyermekek, fiatal felnőttek és nők elleni erőszak ellen küzd, valamint védi az áldozatokat és a kockázati csoportokat.”

(15)The 4<sup>th</sup> WHO-European Region Conference of European Ministers for Health and Environment, 25 June 2004, issued a declaration on Child Environment and Health which identifies as one of the four main goals, the reduction of health consequences from accidents and injuries and a decrease in morbidity from lack of physical activity by promoting safe, secure and supportive human settlements for all children.

“Az EVSZ 4. Európai Területi Konferenciája, mely az európai egészségügyi és környezetvédelmi miniszterek találkozója volt, 2004. június 25.-én kibocsátott egy deklarációt a gyermekek környezet- és egészségvédelméről, amely a felsorolt négy fő cél egyikeként a balesetek és sérülések káros egészségügyi következményeinek csökkentését és a fizikai aktivitás hiányából eredő morbiditási mutatók csökkentését nevezi meg, a gyermekek számára biztonságos, támogató emberi települések létrehozásának támogatása eszközével.”

The Committee of the European Regional Office of the World Health Organization intends to adopt at its **55<sup>th</sup> Meeting in Bucharest, September 12-15 2005, a Resolution on the Prevention of Injuries in the WHO European Region, encouraging governments in the Region to improve injury surveillance, promote national injury prevention plans, enhance capacity for injury prevention and to exchange knowledge and experience across the region.**

**„Az EVSZ Európai Területi Irodája bizottsága 2005. szeptember 12-15-én Bukarestben megtartott 55. ülésén elfogadott egy határozatot az EVSZ Európai Térségében a sérülések megelőzésére, bátorítva a térség kormányait a sérülések surveillancának fejlesztésére, a nemzeti sérülés megelőzési tervek támogatására, a sérülések megelőzése kapacitásfejlesztésére és a térségben a tudás és tapasztalat cseréjére.”**

## **2.1 Action for a Safer Europe**

Az EU-ban a DG SANCO baleset-megelőzéssel kapcsolatos szakértői munkacsoportja a Working Party on Accidents and Injuries (WP-AI) 2003-ban jött létre. Ennek tagja Magyarország is. A munkacsoport 2005 februárjában fogadta el „**Action for a Safer Europe**” c. stratégiai dokumentumát [6]. **A dokumentum főbb megállapításai:**

### **Az első számú „gyilkos” a baleset gyermek és fiatal felnőtt korban.**

Az idő előtti halálozás különösen magas olyan látszólag különböző területeken, mint a közlekedési balesetek, vízbefúlás, öngyilkosság.

### **Fontos rokkantság okozó tényező.**

A balesetet túlélők közül sokan életre szólóan nyomorékok maradnak. Leggyakrabban a fiataloknál vezetnek a sérülések krónikus rokkantsághoz, amellyel rengeteg egészséges életévet veszítenek.

### **Egyik fő oka a morbiditásnak és egészségügyi kiadásoknak.**

Idős korban a baleset többnyire egy fatálisán végződő kaszkádszerű eseménysor kezdete. Leggyakoribb példa az időskorúak esése, mely combnyaktöréshez vezet, amely további komplikációk következtében növeli az elhalálozás esélyét. Az egészségügy magas anyagi költségei mellett, az időskorúak sérülései gyakran kihatással vannak az egész családra érzelmileg, anyagilag. Nem mellékes, hogy a család életének szervezését, összehangolását is megnehezíti. Az összes kórházi ellátásnak mintegy 10%-át a baleseti ellátások adják.

### **Hatással van a közösségek produktivására.**

A balesetekkel kapcsolatos rokkantság és táppénzen töltött napok hatással van a közösségek produktivására. Az elérhető adatok azt mutatják, hogy mintegy 8%-a a rokkantságnak és 20%-a a táppénzes napoknak írható a balesetek terhére. A háztartási balesetek különösen jelentős szerepet játszanak a táppénzes napok alakulására.

### **Az egyenlőtlenségek baleseti rizikó-tényezők.**

Az EU bővítés nagy lehetőség az EU számára, azonban további rizikótényezőket is rejt magában. Az EU-ban a véletlen balesetek mortalitása az EU-15-ben tapasztalt 46/100 000 főről kétszeresen emelkedett az EU-25-re vetítve. A halálozási mutató közúti baleseteknél 19-ről 23-ra emelkedett, az öngyilkosság pedig 20-ról 44-re - mindkét esetben 100 000 főre vonatkoztatva.

Egyenlőtlenségek mutatkoznak baleseti rizikó tekintetében nemek, korcsoportok és szociális státusz alapján is. Ezeknek a különbségeknek a további

elemzése valódi alapot szolgáltat a csoportra orientált akciókhoz és növelhetik az intervenció hatékonyságát.

### **Az EU DG SANCO által javasolt akciók tervei:**

Annak érdekében, hogy a halálos balesetek száma évről évre csökkenjen, és az Európai Unió a világon a legbiztonságosabb hely legyen, az alábbiak megvalósítása szükséges:

1. Az EU-t átfogó információs rendszert kell kialakítani a balesetekről és sérülésekről.
2. Információs központ a „jó gyakorlatok” számára.
3. Együttműködés a baleset-megelőzésben résztvevő partnerek között.
4. Európai és nemzeti baleset-megelőzési akciókat kell véghezvinni.
5. Az európai lakosság felé a rizikót kommunikálni és tudatosítani kell.

### **A gyűjtendő adatok körét az alábbiakban javasolják meghatározni:**

- Mortalitási adatok – a balesetek minden csoportjára a nemzeti halálozási regiszter szerint.
- Morbiditási adatok – minden balesetre, a kórházi kiírások alapján.
- Munkahelyi balesetek – tárcaszintű adatok.
- Közlekedési balesetek – tárcaszintű adatok.
- Háztartási és szabadidős balesetek – tárcaszintű adatok.
- Néhány vonatkozásban mélyebb elemzések (gyermekbalesetek, időskorúak, stb.).
- Indikátorok alkalmazása, melyek a súlyosságra, rokkantságra, költségre, és egyéb tényezőkre vonatkoznak, amelyek sérülések súlyosságát jelzik.

### **A DG SANCO WP-AI által kiemelni javasolt főbb területek minden ország számára:**

- Gyermek- és kamaszkori balesetek
- Ün. sérülékeny úthasználók (gyermekek, idősek, kerékpárosok, fogyatékkal élők) balesetei
- Időskori esések
- A „fogyasztók biztonsága”
- Sportbalesetek
- Öngyilkosság, önvészélyesség
- Erőszak (fizikai)

## **2.2. Actions for the Public Health Sector to Improve Road Traffic Safety**

Ugyancsak stratégiai jelentőségűnek tekintendő a közlekedési balesetek csökkentésére készült EU DG SANCO dokumentum: „**Actions for the Public Health Sector to Improve Road Traffic Safety**”.

Ez a dokumentum kiemeli, hogy a közúti baleseteknek nagy a jelentősége népegészségügyi szempontból is. (25%-át adják az összes baleseti tehernek. A WHO előrejelzése szerint 2020-ra a halálozási listán a 6. helyen fog állni a közúti baleset. A 15 EU-s országban 2001-ben mintegy 40 000 ember halt meg, és 1 725 5000 sérült az utakon. A közlekedési balesetek 14÷29 évesek között vezető halálökként szerepelnek, ahogy az 5÷14 éveseknél is Európában. Az időskorúak adják a gyalogos balesetek miatti halálozás majdnem felét. Az EU

régi és új tagországai között lényeges az eltérés. Lettországból és Litvániában tízszer többen halnak meg a közutakon, mint Svédországban. 200 000-re becsülhető azoknak a családoknak a száma, ahol haláleset történt vagy a baleset miatt rokkant van a családtagok között. Az Európai Közlekedésbiztonsági Tanács a közlekedési balesetek költségét 180 milliárd euróra becsüli a társadalom számára évente. Az egy sérültenre jutó egészségügyi költség, közlekedési baleset esetén, mintegy 6 000 euró.

#### **A közlekedési balesetek főbb okai:**

- Gyorshajtás – a halállal végződő és súlyos balesetek egyharmadának közvetlen okozója.
- Alkoholos befolyásolt állapot alatt való vezetés (kb. 10 000 életet követel évente az EU-15 országokban.).
- A biztonsági öv és a biztonsági gyermekülés használatának elkerülése. (Az 1996-os adatokat elemezve azt találták, 10 000 halottonál nem volt bekötve a biztonsági öv.).
- Rossz útviszonyok.
- Nem biztonságos autók.
- A közlekedési szabályok be nem tartása.
- A közlekedési szabályok be nem tartása esetén nem megfelelő erősségű szankcionálás.

#### **Mit adhat az egészségügy a közlekedési balesetek megelőzéséhez?**

Az egészségügyben keletkező adatok több balesetre és a balesetek mélyebb okára deríthetnének fényt. Olyanokra is, amelyek jelenleg kevésbé jelennek meg a rendőrség által gyűjtött statisztikákban. (Különösen a kevésbé súlyos, kisebb anyagi kárral járó balesetek esetén, amelyek gyalogosokat, kerékpárosokat érintenek.)

Meg kell jegyezni, hogy létezik két adatbázis a közúti sérülésekkel kapcsolatban: Az egyik CARE (Community database on Accidents on the Roads in Europe) a másik IRTAD (International Road Traffic and Accidents Database). Mindkét adatbázishoz az adatok gyűjtése nemzeti szinten történik, többnyire a rendőrség által. Ezek az adatbázisok azonban főleg a jelentősebb sérüléssel járó adatokat tartalmazzák.

A motoros balesetek mellett népegészségügyi szempontból figyelmet kell, hogy kapjanak a nem motoros járművel közlekedők is. Ilyenek például a „védtelen úthasználók”. Ide tartoznak a gyalogosok, kerékpárosok, azon belül még nagyobb figyelmet érdemelnek a gyermekek, idősek és rokkantak.

A gyermekbalesetek fő oka, hogy ők még nem tudják megfelelően megbecsülni a sebességet, azon kívül túl kicsik (10 év alattiak), a vezetők többnyire későn veszik őket észre. Ezért tekinthetők a legsérülékenyebb csoportnak.

Az idősek szintén veszélyben vannak, mert már gyakran nehezen birkóznak meg a különböző közlekedési szituációkkal. Ezen kívül a kor előrehaladtával csontjaik is törékenyebbek, és a balesetek következtében súlyosabban sérülnek.

A bármilyen okból rokkantak – mozgáskorlátozottak, gyengén-látók, nagyothallók, mentálisan sérültek – szintén nem képesek teljes mértékben a környezeti akadályokkal – amilyet a közlekedés is jelent - megbirkózni.

Tehát a kerékpárosok, gyalogosok, játszadozó gyermekek, időskorúak, fogyatékkal élők (vakok, siketek, kerekesszékekkel közlekedők) nagyobb mértékben vannak a közlekedési rizikónak kitéve, mint más úthasználók. Emellett, az érdekérvényesítő képességük kisebb. Fontos, hogy a népegészségügy foglakozzon velük.

### ***Összefoglalva a közlekedési balesetekkel kapcsolatos egészségügyi teendőket:***

Az adatgyűjtés mellett fontos, hogy az egészségügy részt vegyen a közlekedési politikák kialakításban, és a legjobb gyakorlatok bevezetésében. Konkrét kampányokkal, akciókkal vegyen részt, elsősorban a sérülékeny úthasználók egészségének, életének védelmében - együttműködve a közlekedési balesetekért első helyen felelős tárcákkal.

### **Az Európai Tanács javaslatai a balesetek megelőzésére és a biztonság fejlesztésére<sup>1</sup>**

A tagországok hozzanak létre egy intézkedési tervet a baleset megelőzésre és a balesettel összefüggő rizikótényezők csökkentésére. Ennek keretében:

- Biztosítsák, hogy a balesetekkel kapcsolatos surveillance és jelentési rendszer működjön.
- Alkalmazzanak megfelelő rendszabályokat, felhasználva jogi, adminisztratív és/vagy egyéb eszközöket, az ország gyakorlatának és lehetőségeinek megfelelően.
- Folytassanak kommunikációt a megelőzésben érdekelt minden résztvevővel.
- A sérülékeny rizikócsoporthoz számára biztosítsanak állami képviselőket, vezetőséget.
- Hozzanak létre nemzeti terveket a balesetek megelőzésére és biztonság növelésére.
- Erősítsék meg a nemzeti kapacitást – különösen a népegészségügyi szektorban - olyan mértékben, hogy az érdemben tudjon hatni a balesetek terhének csökkentése terén.
- Szorgalmazzák a tárcák és szakemberek együttműködését, hogy a gyakorlatban a baleset-megelőzési és biztonságnövelő intézkedések nagyobb figyelmet kapjanak, és megfelelő szakértelemmel legyenek előkészítve.

---

<sup>1</sup> Ez a dokumentum előkészületben van, azonban 2006-ban tervezik elfogadni. Itt csak néhány elem került kiemelésre.

### 3. A balesetek terhe – nemzetközi helyzet

A balesetek problémája világméretű, érinti a fejlődő és fejlett országokat egyaránt a rendelkezésre álló adatok tanúsága szerint [7].

A világon 5 millió ember hal meg évente baleset következtében, ebből 1,2 millió közúti balesetben.

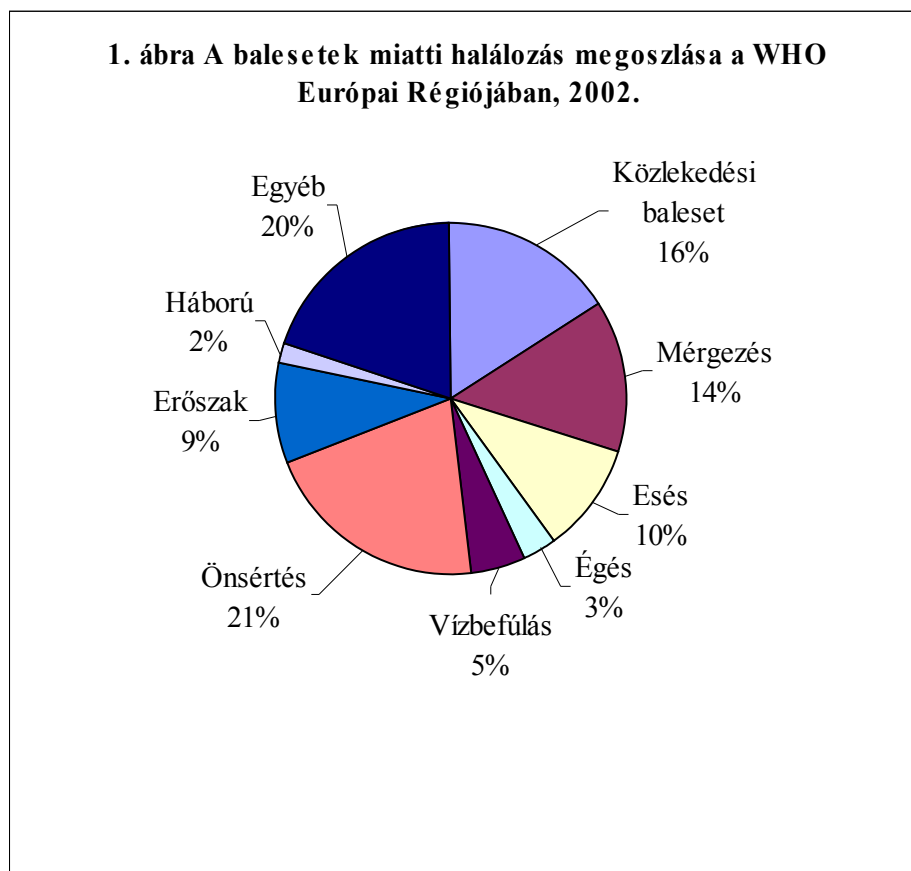
A WHO Régiói közül az Európai Régió a harmadik helyen áll a baleseti halálozás gyakorisága tekintetében – az Afrikai és a Dél-Ázsiai Régió mögött.

#### 3.1. Európai Régió (52 ország)

2002-ben kb. 800 000 baleset miatti halálozást történt az Európai Régióban. Ez az összes halálozás 8,3%-a. Ezzel a Régióban a balesetek a harmadik helyen állnak, mint halál oka tényezők, a szív-és érrendszeri, illetve a daganatos betegségek után.

Az összes balesetek miatti halálozáson belül az első három helyen áll az önsértés (öngyilkosság), közúti balesetek, és mérgezések (1. ábra).

Az összes baleset, sérülés, ún. külső okra visszavezethető halálozás átlagban egyharmada erőszak (az embernek önmaga vagy másik személy iránti), ám e tekintetben a korcsoportok erősen eltérőek: legmagasabb ön – és egymás iránti agressziót a 30÷44 éves korosztályban láthatunk.



A balesetek vezető helyen állnak a DALYs-t tekintve. 2002-ben mintegy 21 millióra tehető a balesetek DALYs terhe. Ez a Régió DALYs értékének 14%-a.

A férfiak és a fiatalok veszélyeztetettebbek, mint a lakosság többi része. Minden 4 áldozatból három férfi (számuk: 586 000), és a DALYs értékének is ők adják a 77%-át. A fiatalok (0÷29 évesek) teszik ki a baleset miatt elhunytak 21%-át, DALYs arányuk 44%.

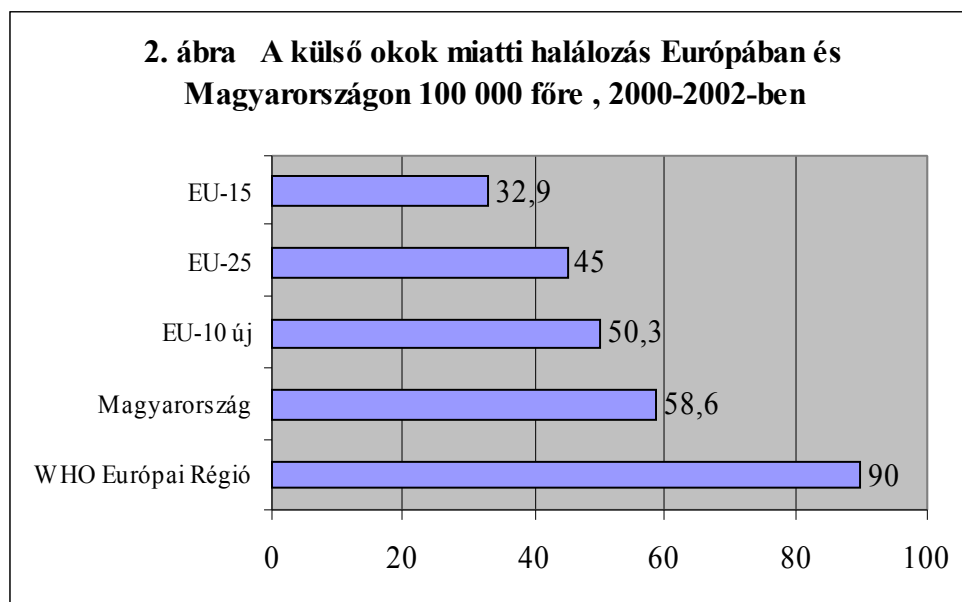
### 3.2. Európai Unió

A 2003. november óta működő DG SANCO Working Party on Accidents and Injuries egyik munkanyaga [8] átfogó elemzést nyújt az egykori és 2004-ben újonnan felvett tagállamok baleseti statisztikáiról. Ebből idézünk néhány fontos megállapítást:

Az EU-25 országokban évente 235 000 áldozata van a baleseteknek. (Ebből 50 000 a közúti baleset miatti halálozás.)

A halálozási arány Európában 90/100 000 fő.

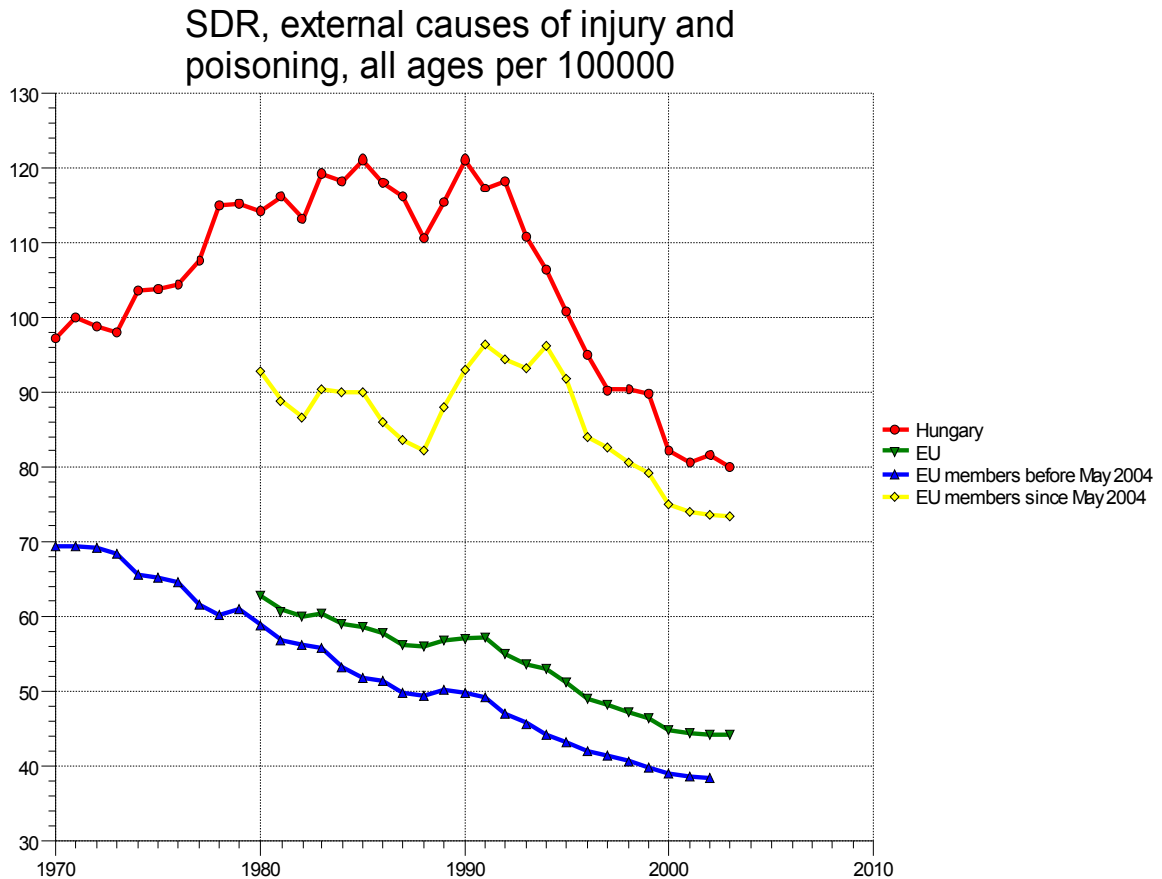
Az EU-15 esetén ez a mutató lényegesen kedvezőbb: 32,9/100 000 fő, míg az EU-25-ben 45/100 000 (2. ábra).



Az EU-15 és az új tagországok között jelentős a balesetek miatti halálozás különbsége, a gazdagabb országok javára. A 2004. évi bővítés következtében a 32,9/100 000 halálozási arány 45/100 000-re növekedett az EU-ban.

Amennyiben az összes balesetek alakulását az idő függvényében nézzük az EU volt és jelenlegi országaiban, a különbség jelentős. Kiemelendő, hogy Magyarország még az újonnan csatlakozott országok átlagához képest is magasabb halálozást mutat [9].

### 3. ábra Balesetek (sérülések, mérgezések, külső okok) miatti halálozás alakulása 1970-től az EU-ban és Magyarországon



Forrás: WHO, HFA adatbázis, Koppenhága, 2005.

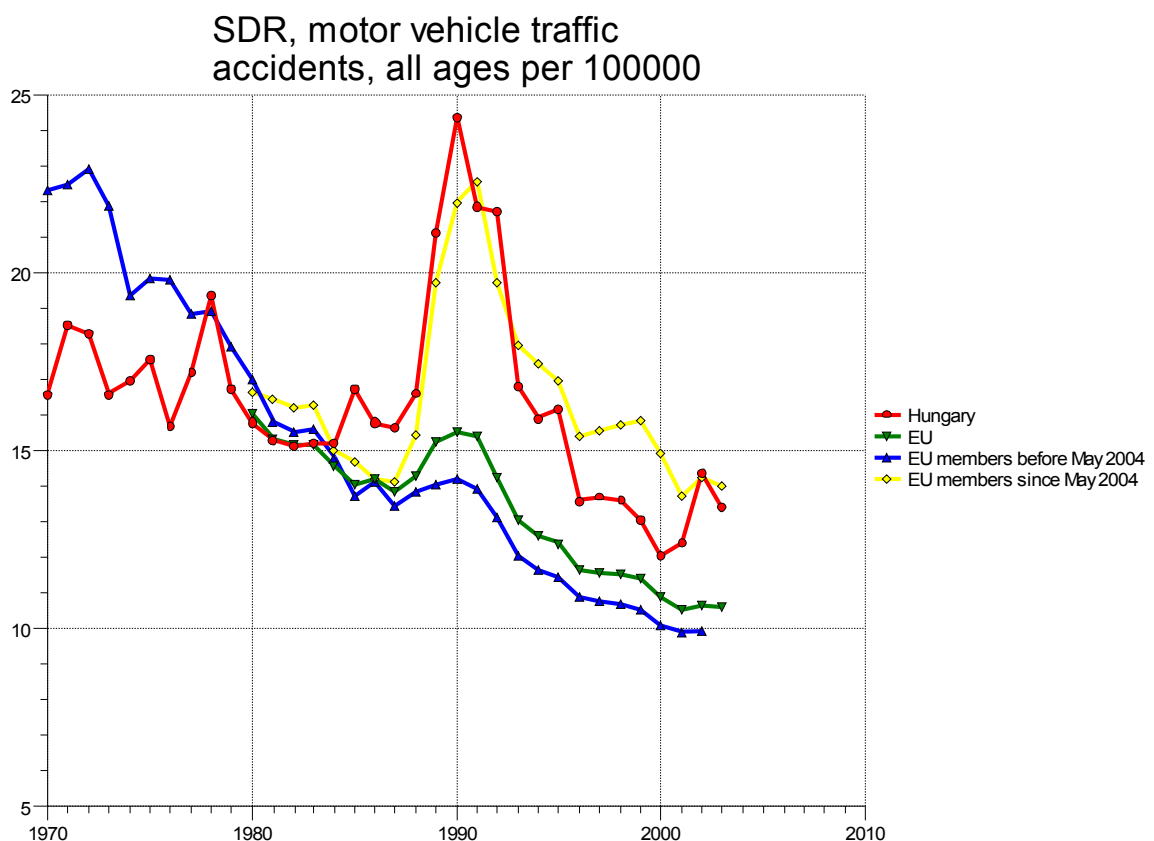
Pozitív jelenség a csökkenő tendencia, azonban a mértéke nem kielégítő. A baleseti halálozás napjainkban nem éri el azt a szintet sem Magyarországon, melyet a „rég” EU-s országok 1970-ben mutattak. Akkor, 30 évvel ezelőtt, a kelet-európai halálozási mutatók 1,5-ször voltak kedvezőtlenebbek a nyugati országokénál baleset tekintetében: napjainkra a különbség nagyobb, az arány kétszeres.

Meg kell jegyezni, hogy a közlekedési balesetek igen eltérően alakultak az utóbbi évtizedekben Európa egyes részein. A tendenciát a 4. ábrán szemléltetjük.

A közép-kelet-európai rendszerváltás kiugróan megnövelte az autók és vele együtt a futott kilométerek számát, amely nem társult kellő infrastruktúra-fejlesztéssel és közlekedési morállal. (Figyelemre méltó, hogy ez a jelenség nem csak Európa keleti felében, de még a nyugatban érzetette hatását.)

Az ezredfordulóra jelentős javulás következett be. A tendencia azonban 2001-ben megfordult: a motoros jármű okozta halálozás enyhén emelkedett Magyarországon. Annak ellenére, hogy 2000-és 2010 közötti időszakban a halálos közúti balesetek csökkenését az EU országokban 50%-kal irányozták elő, hazánkban 2005-ig nemhogy csökkenés, de enyhe emelkedés volt észlelhető a rendőrség beszámolója alapján a 2000. évi alapadatokhoz képest.

#### 4. ábra Motoros járműbalesetek halálozásának alakulása 1970-től napjainkig az EU-ban és Magyarországon



Forrás: WHO, HFA adatbázis, Kopenhagen, 2005.

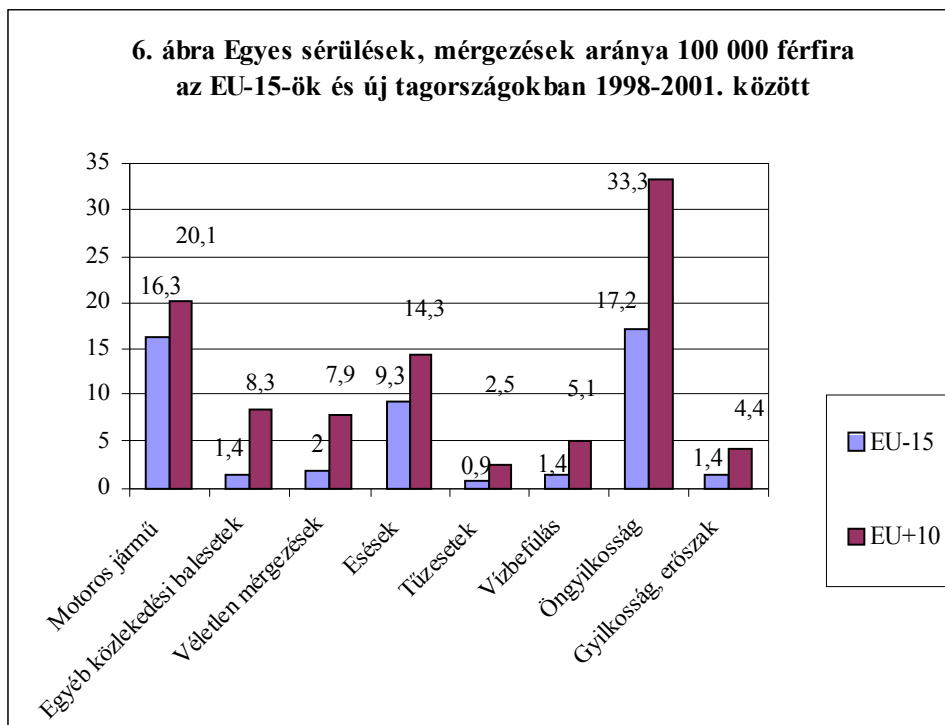
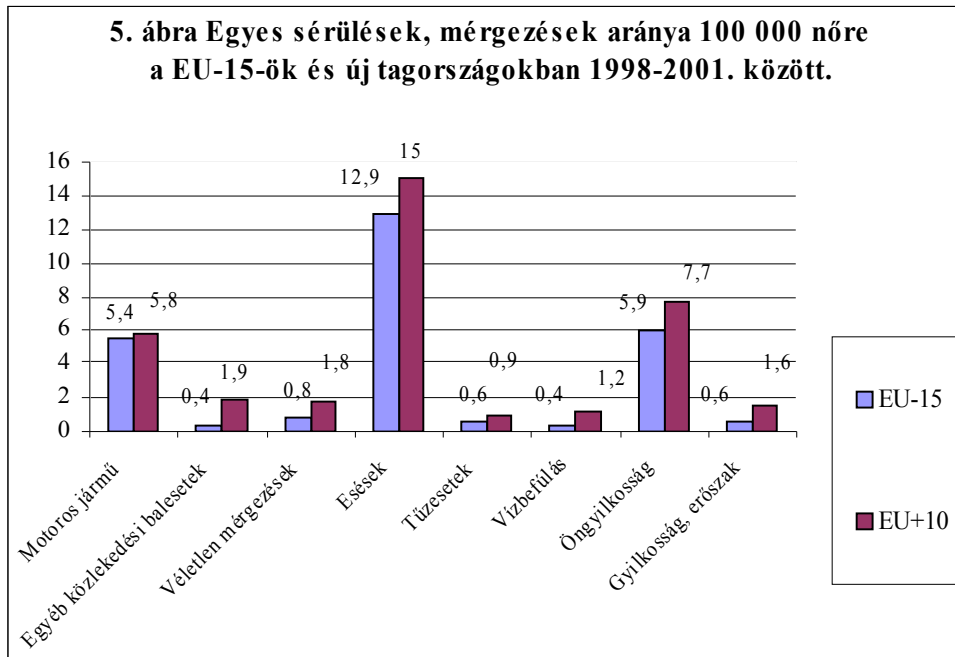
A halálozási mutatókon kívül egyéb adatok még jobban alátámasztják a probléma súlyosságát. Például a Potenciálisan Elveszített Életévek alapján a balesetek súlya a 2. legnagyobb mind az EU-25-ök, mind az EU-15-ök között, köszönhető a magas fiatalkori halálozásnak.

A férfiak baleset miatti halálozása sokkal magasabb átlagban, mint a nőké.

Mind az EU-15, mind az EU-25 tekintetében a gyermekek és fiatal felnőttek körében (1÷24 éves korszoport) a balesetek a vezető halálokok.

A 65 évesek és idősebbek, akik átlagosan a lakosság 20%-át teszik ki, a balesetet szenvedettek 40%-át adják.

Az egyes sérülések típusait a következő két ábrán (5. és 6. ábra) szemléltetjük az EU régi és új tagországait külön elemezve. Látható, hogy „vezetnek” a balesetek között a motoros jármű balesetek, esések, öngyilkosságok. Mértékük azonban különböző ország-csoportonként, és jelentős eltérések tapasztalhatók a nemek viszonyában is.



Az 5. és 6. ábrákról leolvasható, hogy nincs egyetlen olyan mutató sem, amely kedvezőbb lenne az új tagországokban, mint az EU-15-nél. A férfiak halálozási aránya összességében majdnem kétszeres az új tagországokban, a "régiekhez" viszonyítva. A közlekedési balesetek és esések miatti halálozás mellett kiemelkedően rossz a férfiak öngyilkossági mutatója az EU-15-höz képest.

### 3.3. Anyagi károk

A baleseteknek nemcsak egészségügyi vonzata van (halál, rokkantság, fájdalom szenvedés, lelki sérülés), hanem igen tetemes pénzügyi következménye is, mely megjelenik az anyagi károk mellett az egészségügyi szociális ellátásban is.

A direkt és indirekt költségeket is figyelembe véve euró-milliárdok vesznek el balesetek következtében évente. A közúti balesetek miatti kiadások az EU-15 országaiban 45 milliárd euró évente, amelyből 15 milliárd az egészségügyi ellátás, rendőrségi beavatkozás és járműjavítás, 30 milliárd pedig a gazdasági termelés kiesés a halálozás következtében.

(Csak a közlekedési balesetek okozta kár eléri országonként a GDP 1÷3%-át az Európai Régióban, és ez a baleseti forma az összes balesetnek csak 16%-át adja, feltehetően tehát a balesetek GDP-re gyakorolt hatása legkisebb költségen számolva is meghaladja az 5%-ot. Az EU által előirányzott 25%-os baleseti csökkenés 10 éven belül ennek alapján 1%-nyi GDP növekedést von maga után.)

Az EUROCOST vizsgálata szerint, melyet az EU támogatott, az egyes országok egészségügyi kiadásainak 1÷4,4 %-át adják a kórházban ápoltság balesetek. (Az összeg az incidencián és a súlyos balesetek arányán kívül függ többek között az egy főre jutó kórházi költség nagyságától is.) A teljes baleseti ellátás összes egészségügyi költsége 8÷12%-ra becsülhető.

Az országok többsége – így Magyarország is - csak becsülni tudja ezeket a tetemes költségeket.

**Mindezek a hatalmas gazdasági és egészségügyi károk ellenére a baleset-megelőzésre a WHO adatai szerint 1\$ jut 1 potenciálisan elveszített életévre. (Összehasonlításként 26\$ a HIV/AIDS-re.)**

## 4. Magyarország baleseti helyzete

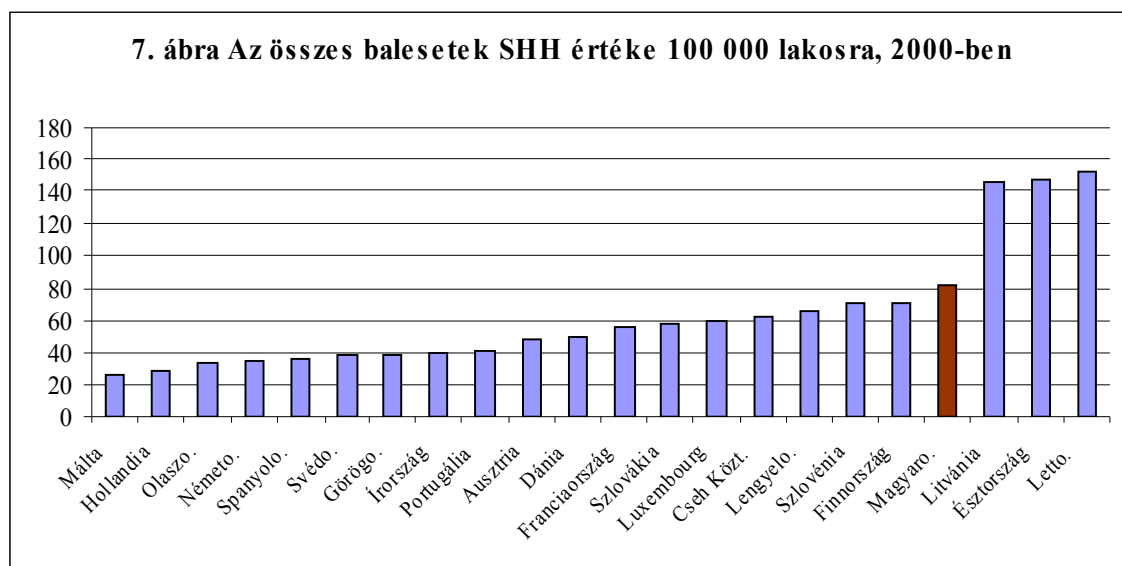
### 4.1. Halálozási adatok (mortalitás)

A sérülések, mérgezések, az azokból eredő halálozás a magyar társadalmat is sújtja, illetve az egészségügyet is nagymértékben megterheli. A teljes lakosságra vonatkoztatott halálozási ranglistán 2000. évben a 4. helyen álltak (1. táblázat). (Amennyiben az öngyilkosságot és önsértést is ebbe a csoportba soroljuk-, ahogy ez általában szokás,- a 3. hely ebben az évben is egyértelmű.)

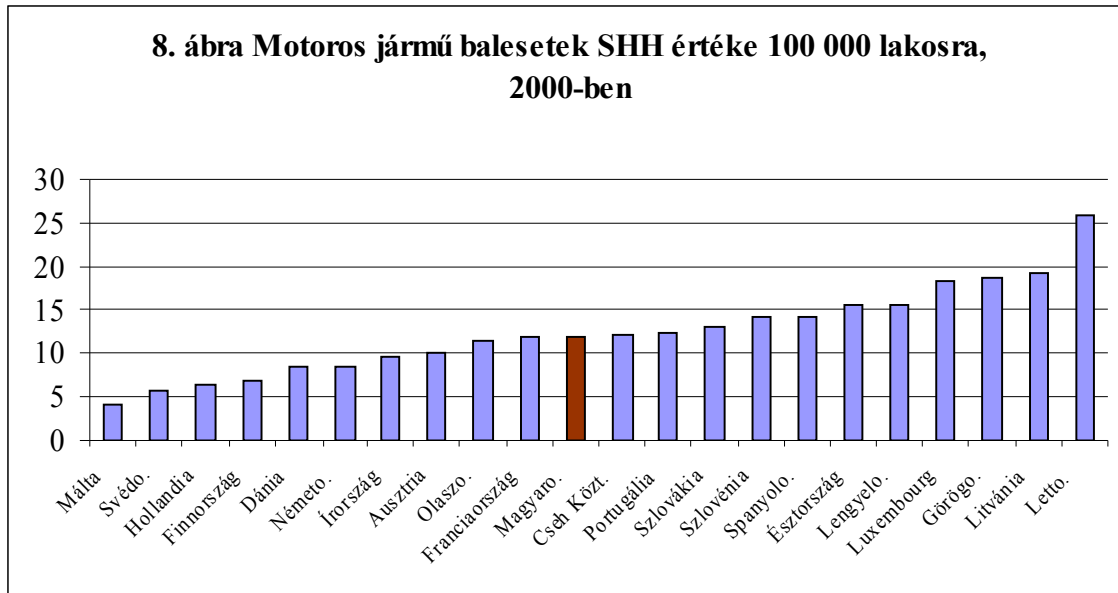
1. táblázat Vezető halálokok Magyarországon 2000. évben

Sorszám	Halálok megnevezése	Mortalitás 100 000 főre vetítve
1.	Szív- és érrendszeri megbetegedések	687,0
2.	Roszdindulatú daganatok	332,0
3.	Krónikus májbetegségek és cirrhosis	67,5
4.	Sérülések, mérgezések	58,6
5.	Bronchitis, krónikus és nem meghatározott, emphysema és asthma	37,2
6.	Öngyilkosság és önsértés	32,6
7.	Diabetes mellitus	22,7
8.	Egyéb emésztőszervi betegségek	19,6
9.	Egyéb idegrendszeri és érzékszervi betegségek	14,3
10.	Pneumonia	9,6
Összesen		1352,6

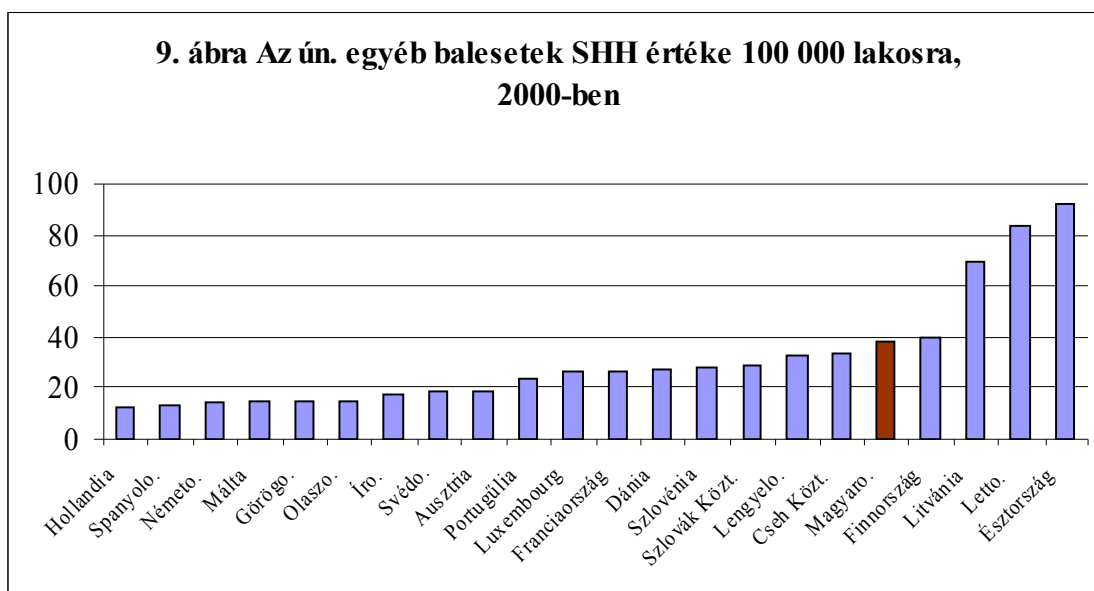
Nemzetközi összehasonlításban az alábbi ábrával illusztráljuk Magyarország helyét az EU országai között a baleseti halálozás tekintetében. A standardizált halálozási hányadosok (SHH) mértékadó összehasonlítást tesznek lehetővé.



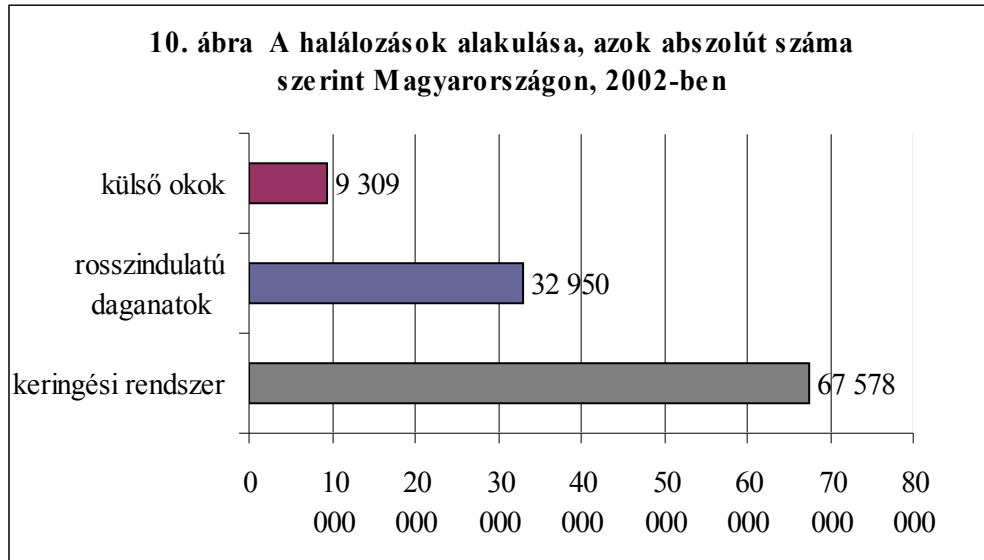
Mint látható, csak a három új balti ország „előz” meg bennünket az összes baleset figyelembe vételével. Pozitívabb a helyzet, ha csak a motoros jármű baleseteket nézzük: e tekintetben középmezőnyben helyezkedik el országunk (8. ábra).



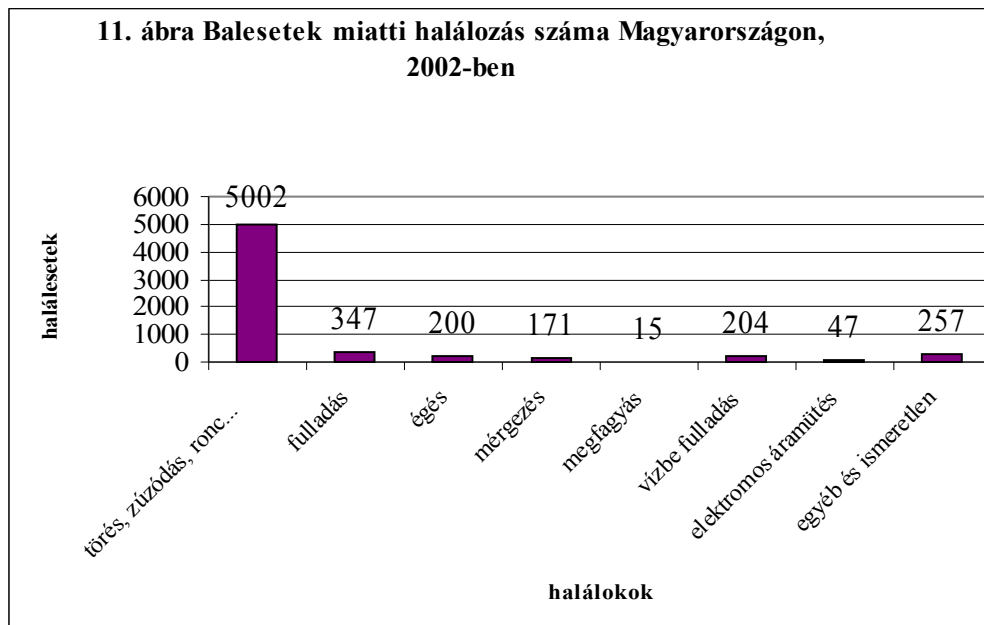
A különbséget tehát, amelyek hátrébb vetnek bennünket a rangsorban, az ún. egyéb balesetek, sérülések adják – melybe beleértendő az önsértés is. Az öngyilkosság mellett az esések, különösen az időskori esések rontják a nemzetközi pozíciókat. (Erre később, az időskori esések elemzésénél visszatérünk.) A 9. ábrán látható, hogy a 3 balti ország mellett a 4. Finnország, amely kissé megelőz bennünket ebben a kategóriában.



A legutóbbi rendelkezésre álló adatok alapján, a KSH közleménye szerint [9], 2002-ben a külső okokra visszavezethető halálozás a 3. rangsorban a keringési rendszer (67 578 fő) és a rosszindulatú daganatok(32 950 fő) után, amennyiben az abszolút halálozási adatokat nézzük (10. ábra).

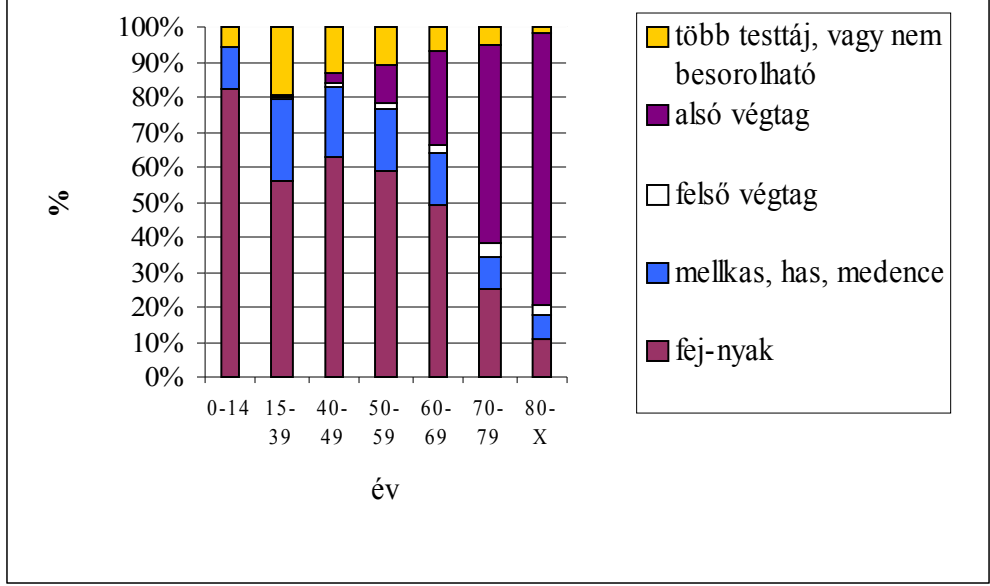


A külső okok miatt elhunyt 9 309 fő közül 3 031 az öngyilkossági eset. A balesetek közül legnagyobb súllyal az esések szerepelnek (3109 eset), melyek megelőzésére alig fordítunk gondot, pedig számuk duplája a közlekedési balesetből eredő halálozásnak.



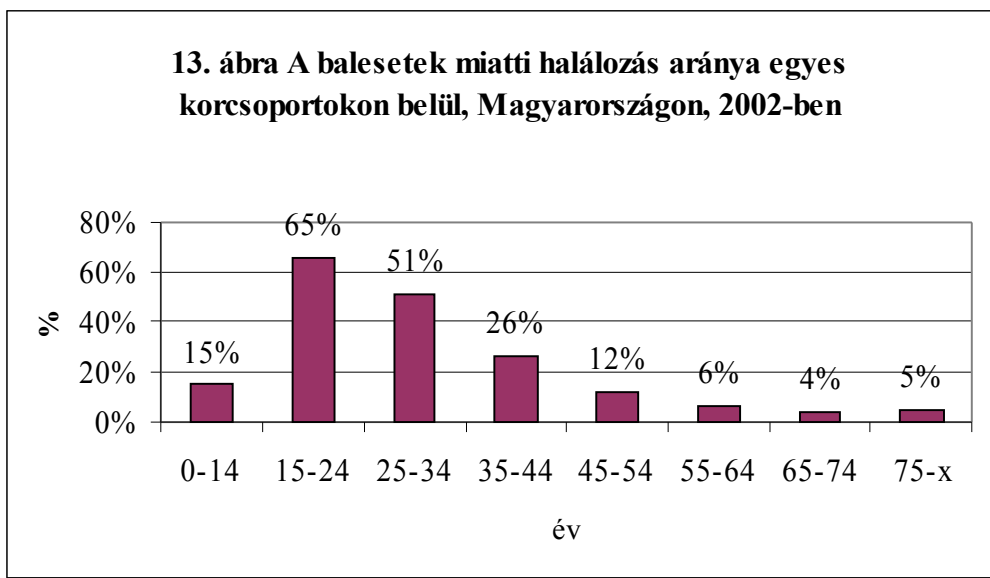
A halálos baleseteket korcsoportos bontásban elemezve, sérülés típusát alapul véve látható (11. ábra), hogy a törés, zúzódás kiemelkedően a leggyakoribb halál-ok (5 002 fő), ezen belül is az alsó végtag törése, illetve a fej- és nyak sérülése miatti halálozás fordul elő legnagyobb számban (12. ábra).

**12. ábra Baleset miatti halálozás arány korcsoportonként, testtájanként, Magyarországon, 2002-ben**

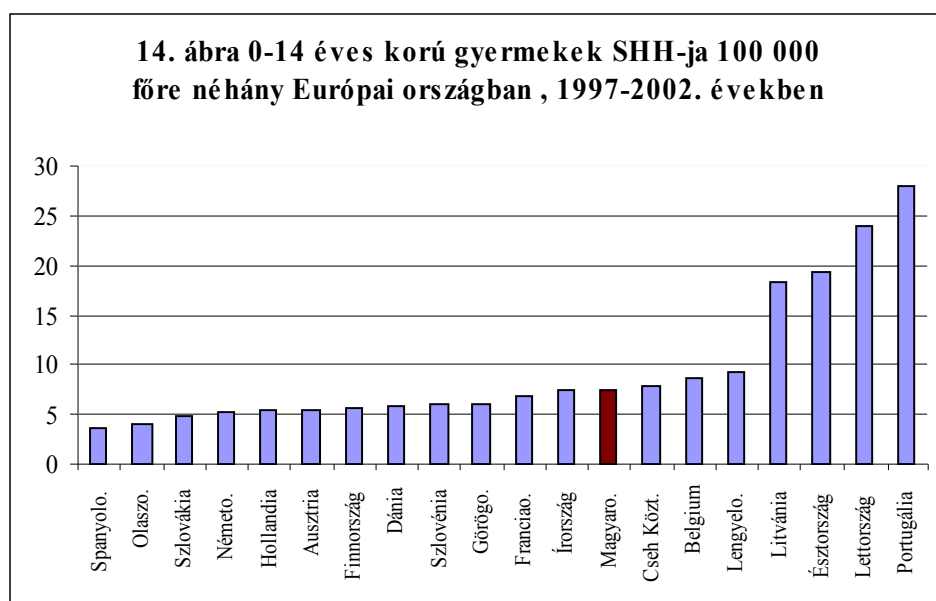


Korcsoportokon belül elemezve a halálozási adatokat (13. ábra) látható, hogy a fiatal korosztályokban – 15÷24 évesek között -, a balesetek miatti halálozás a halálokok belső struktúrájában 65 %-os arányt is eléri, de a 25÷34 éveseknél is meghaladja az 50 %-ot, és még a 35÷44 éves korosztályban is 26%-ot tesz ki.

**13. ábra A balesetek miatti halálozás aránya egyes korcsoportokon belül, Magyarországon, 2002-ben**



A 0÷14 éves gyermekek baleseti halálozásában, nemzetközi összehasonlításban, értékeink csak jó közepesnek mondhatók (14. ábra). A 0÷14 éves korosztályban Magyarországon 2002-ben 119 gyermek halt meg baleset következtében.



A gyermekek mellett a másik kiemelten sérülékeny csoport a 65 évesek és annál idősebbeké. A DG SANCO WP-AI belül ezzel a korosztállyal egy külön „hálózat” az EUNESE (European Network for Safety among the Elderly) foglalkozik.

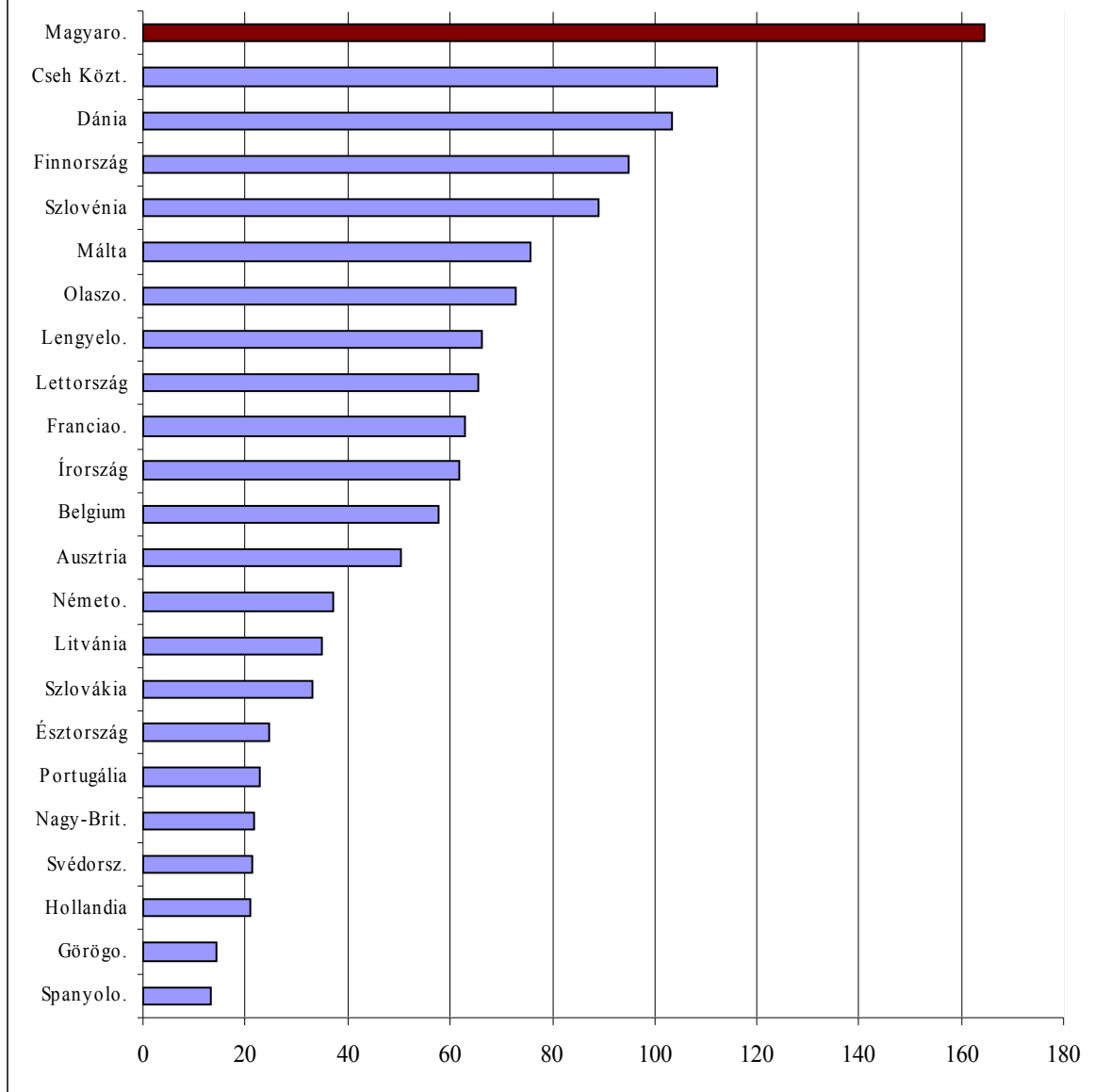
Az időskorúak halálozásában sokkal rosszabb helyen áll Magyarország az EU országai között, mint az átlag népesség körében. A számszerű adatokat a 2. táblázatban adjuk meg.

**2. táblázat A 65 év felettek baleseti halálozása 100 000 főre az EU országokban a 2000-2002. években**

Ország	Motoros jármű	Közlekedési (nem motoros)	Véletlen mérgezés	Véletlen esés	Öngyilkosság	Összes
EU	14,7	1,2	2,2	49,4	20,7	126,2
Ausztria	13,5	1,9	0,5	50,3	36,8	121,5
Cseh Közt.	15,8	2,3	3,4	112,2	26,8	192,2
Szlovákia	18,9	3,7	2,6	33,1	19,6	105,2
Észtország	10,3	1,9	13,5	24,8	35,0	162,7
Lengyelország	22,0	2,8	3,7	66,4	16,3	148,5
Görögország	28,2	0,8	1,6	14,4	5,2	70,3
Spanyolország	18,0	1,2	1,2	13,3	17,1	78,6
Svédország	7,9	1,1	2,0	21,2	20,6	116,8
<b>Magyarország</b>	<b>17,8</b>	<b>3,2</b>	<b>1,7</b>	<b>164,5</b>	<b>53,1</b>	<b>270,8</b>

Az összesítésben az időskori baleseti halálozásunk duplája az EU átlagnak, és háromszorosa egy-két mediterrán országénak. Az esések és öngyilkosság miatt még markánsabbak a különbségek, ott a legjobbhoz képest 10-szeres arány is mutatkozik kárunkra.

**15. ábra 65 évesek és idősebbek esés miatti halálzási aránya 100 000 főre az EU-ban, 2000-2002-ben**



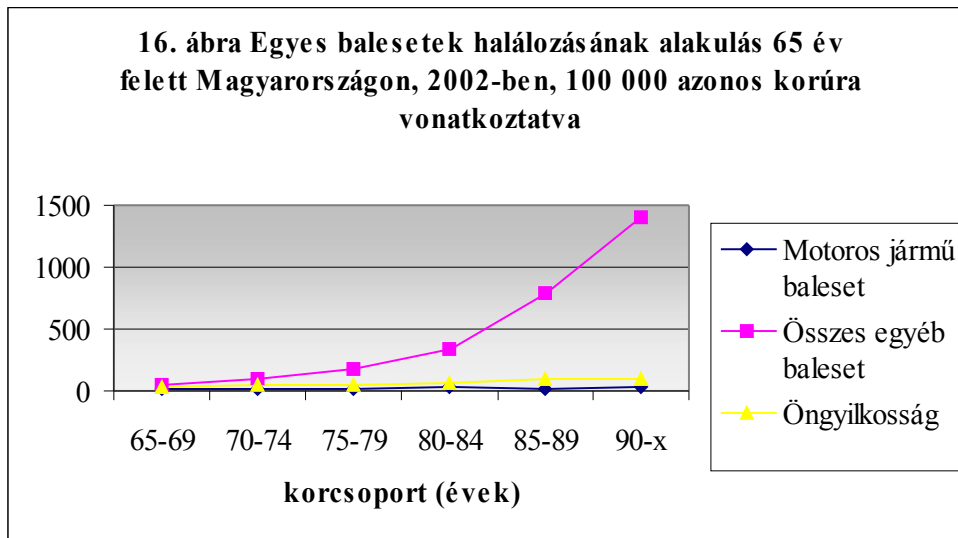
A véletlen esések és öngyilkosság miatt a legutolsó helyen állunk az EU-25-ök között, olyan mértékben, hogy ezzel az összesített baleseti adatokkal is utolsó helyre kerültünk. Egyes elemzők szerint ennek lehetnek kódolási okai is (BNO nem azonos értelmezése a halál okának megállapítása során; illetve egyes országokban akár 10%-ot is meghaladja az ismeretlen eredetű baleseti halálozás, amely jelentős torzításokat eredményez). Mások hibái azonban nem magyarázhatják meg az önmagukban is kiemelkedő magyar adatokat. A probléma további kutatást igényel. (Vizsgálni kell az esések számát, a környezeti adatokat (azok biztonságosságát), az osteoporosis mértékét, és nem utolsó sorban az ellátás színvonalát.)

Az idősebb korcsoportokat nemenkénti bontásban elemezve látható, hogy míg a férfiaknál „csak” megduplázódik, a nőknél megtízszereződik az esések miatti halálozás idős korokban (3 táblázat).

**3. táblázat Balesetszerű esés (W00÷W19) következtében meghaltak száma nemek és korcsoportok szerint Magyarországon**

Év	Férfi		Nő		Összesen
	0÷64	65÷X	0÷64	65÷X	
2001	454	<b>884</b>	93	<b>1 656</b>	3 087
2002	494	<b>898</b>	100	<b>1 682</b>	3 174
2003	482	<b>902</b>	113	<b>1 619</b>	3 116

Figyelemre méltó az is, hogy az esések miatti halálozás növekedése 75 év fölött exponenciálisan növekszik (16. ábra).



**Eddig a mortalitási adatokat elemeztük.**

**A halálesetek csak a „jéghegy csúcsa”: egy-egy halálesetre, a WHO becslése szerint több, mint 30 kórházi ellátás, és 300 sürgősségi ellátás jut felnőttek körében, gyermekeknél ennél is magasabb az egy elhalálozásra eső sérültek aránya.**

## 4.2. Nem halálos balesetek (morbidity)

A halálozási mutatókon túl a morbiditási adatok is nagyban hozzájárulnak ahhoz, hogy meg lehessen ítélni, mekkora a jelentősége egy-egy betegségcsoportnak a lakosság egészsége, az egészségügy és a társadalom szempontjából. Rendkívül fontos lenne, hogy a nem halálos kimenetelű balesetekről is pontos, rendszeres információval rendelkezünk. Napjainkban speciális, a balesetekre vonatkozó adatgyűjtés nincs az egészségügyben Magyarországon. A BNO 10 alapján kerülnek az ellátások regisztrálásra és térítésre, ezek elemzése azonban még várat magára.

### 4.2.1. A fekvőbeteg ellátás baleseti statisztikái

Sokat elmondanak egy-egy betegségcsoport súlyáról a járóbeteg és fekvőbeteg szakellátás adatai, melyeket hosszabb ideje a GYÓGYINFOK gyűjtött. Ezek az adatok összefoglalva, elemezve a Népegészségügyi jelentés [10] Morbiditás fejezetében lettek mindenki számára hozzáférhetők. A 4. táblázatban a fekvőbeteg ellátás adataiból a legmagasabb mutatóval rendelkező betegségek kerültek kiemelésre. Ezek között a sérülések és mérgezések a 6. helyet foglalják el a teljes lakosság körében. A közzétett adatok szerint a férfiak körében a kórházi ápoltak tekintetében a balesetek fiatal korban kiemelkedő helyet foglalnak el: egészen a 35÷44 éves korosztályig bezárólag az 1. illetve 2. helyen állnak ranglistán.

Nők esetén kissé árnyaltabb a kép: a fiataloknál 2÷3 helyen állnak a sérülések a kórházba kerülés okozóiként, azonban a kor előrehaladtával – a 75 éves kor feletti nőknél–, ismét 2. helyre kerül az ún. „külső okok” miatti kórházi ápolás, főként a combnyaktörések miatt.

### 4. táblázat A betegségek prevalencia<sup>2</sup> arányszáma (10 000 lakosra) Magyarországon, 2002.

Betegségcsoport	Prevalencia 10 000 főre
1. Keringési rendszer betegségei	3 923,4
2. Légzőrendszer betegségei	1 370,5
3. Emésztőrendszer betegségei	1 263,3
4. Mentális viselkedési zavarok	1 155,8
5. A csont és izomrendszer és kötőszövet betegségei	1 116,1
6. Sérülések, mérgezések és külső okok	1 016,2
7. Daganatok	566,1
8. Endokrin, táplálkozási és anyagcserezavarok	395,8

Forrás: Népegészségügyi jelentés 2004 - Szakértői változat. 4 fejezet. 6 táblázat

A kórházi adatokon és regisztereken kívül a balesetekre vonatkozóan nagyon hasznos információt szolgáltatott az Országos lakossági egészségfelmérés 2000-ben és 2003-ban is. Ez utóbbiból idézünk néhány adatot és megállapítást.

<sup>2</sup> Prevalencia: az adott évben előforduló esemény egy adott lakosság körében. (Esetünkben Magyarország teljes lakosságára vonatkozik az adat, és a fekvőbeteg ellátásban megjelenteket érinti. Minden beteget azonos betegséggel csak egyszer véve számításba.)

#### 4.2.2. Sérülések, mérgezések az OLEF 2003 alapján

Az OLEF 2003 (Országos Lakossági Egészség Felmérés) 2003. őszén zajlott le a Johan Béla Országos Epidemiológiai Központ szervezésében. A felmérésben 447 településről 5 072 megkérdezettel sikerült felvenni a kérdőívet. (72%-os arány a tervezett 7 000 főhöz képest.) A mintát a 18. évnél idősebb, magyar állampolgárságú, nem intézményben élő személyek alkották.

A balesettel kapcsolatban a következő kérdések szerepeltek:

12. Az elmúlt 12 hónapban hányszor volt olyan sérülése vagy mérgezése, amely orvosi ellátást igényelt?

13. Milyen tevékenység közben történt a LEGSÚLYOSABB sérülése vagy mérgezése az elmúlt 12 hónapban?

1 – Közlekedés közben

2 – Sportolás közben

3 – Munkavégzés közben

4 – Házi – vagy ház körüli munkaközben( röviden: háztartásban)

5 – Egyéb tevékenység közben, éspedig.....

Az adott válaszok alapján a 5. táblázatban látható az egyes baleset-típusok becsült száma az ország felnőtt lakossága körében:

**5. táblázat. A balesetek főbb csoportjai, azok becsült országos száma az OLEF 2003 alapján**

Tevékenység	Férfi	Nő	Férfi	Nő	Összesen
	%		Fő		
1. Házi- és ház körüli munka	3,47	3,35	132 650	145239	277 889
2. Munkavégzés	2,83	1,00	123 414	43 571	166 985
3. Közlekedés	1,71	1,99	65 456	86 486	151 942
4. Sport	1,69	0,68	63 319	29 723	93 042
5. Nem azonosított			<b>15 918</b>	<b>32 747</b>	<b>48 665</b>
Összes			<b>400 757</b>	<b>337 766</b>	<b>738 523</b>

Az orvosi ellátást igénylő balesetet<sup>3</sup> a felnőtt lakosság 9,1%-a szenvedett el az adatfelvételt megelőző 12 hónapban. (A férfiak körében az arány 10,5%, nők körében 7,8%.)

<sup>3</sup> A továbbiakban használjuk az „összes baleset” kifejezést, melyben minden sérülések és mérgezés benne van a helyszíntől függetlenül; illetve amennyiben indokolt, külön említjük a háztartási, a munka és a közlekedési baleseteket.

Az OLEF vizsgálat jelentősége, hogy becslést ad olyan balesetekkel kapcsolatos gyakoriságra, melyek egyáltalán nem szerepelnek statisztikai adatgyűjtésekben – pl. a háztartási balesetek, sportolással kapcsolatos balesetek.

További érdeme a vizsgálatnak, hogy a felhívja a figyelmet a balesetekkel kapcsolatos statisztikai adatgyűjtések problémáira. A munkabalesetek száma például az OMMF-hez bejelentett adatok alapján 23÷27 000 között változott az elmúlt 5 évben[11]. Az OLEF 2003-ban ennek a hatszorosát mérték, amin akkor is el kell gondolkodni, ha figyelembe vesszük, hogy az OLEF-ben feltett kérdés szélesebb kört érint: nemcsak a munkavállalókat, de a teljes felnőtt lakosságot, továbbá a három nap munkahelyi mulasztást el nem érő balesetek is szerepelnek az adatokban.

Hasonló kérdést vetnek fel a közlekedési balesetekkel kapcsolatos adatok is, hiszen a rendőrséghez mindössze 20÷25 000 baleset adatai érkeznek be évente[12], az OLEF-ben számított 150 000 töredéke.

Mindkét esetben – a munka- és közlekedési baleseteknél is – további vizsgálat szükséges az eltérés felderítésére, hogy annak alapján a megfelelő megelőzési stratégiát el lehessen készíteni.

*A vizsgálatból néhány összefüggés is megállapítható, melyek a közeljövőben is hasznosíthatók a prevenció területén:*

Az általunk vizsgált három korcsoport (18÷34 év, 35÷64 év, 65 év és idősebbek) közül a 18÷34 évesek esélye a legnagyobb arra, hogy balesetet szenvedjenek. Hozzájuk képest a másik két korosztályé kisebb: a 35÷64 éveseké 70%-nyi, a 65 éves és idősebbek pedig 54%-nyi, tehát a fele.

A háztartásban bekövetkezett balesetek aránya a legmagasabb férfiak és nők körében is. Az előzőeknél átlagosan 33,1%, az utóbbiaknál 43,2% az összes sérülésen belül. A háztartási balesetek aránya a 65 év feletti korosztályban mindkét nemben közel 60%. (Ezt külön kiemelendőnek tartjuk, mert ez a baleseti kategória elkerüli a megelőzéssel foglalkozó szervek figyelmét, súlya viszont jelentős.)

A közlekedési balesetek a lakótelepülések közül a kisvárosokban – az 5 000-nél nagyobb 10 000 lélekszámot nem meghaladó települési kategóriában – szignifikánsan alacsonyabbak, mint a legkisebb településeken. Az arány jelentős, az esély – ami itt valóban pozitív értelmet hordoz – 1/5-öd.

Az életmódi tényezők közül az alkoholnak kimutatható hatása van a balesetek alakulására. A nagyivók és az absztinensek közötti eltérés 1,85-szörös az előzőek „javára”, ha az összes balesete nézzük. Külön-külön vizsgálva az egyes baleseti fajtákat az tapasztalható, hogy a nagyivók esélye a háztartási balesetre is kimutathatóan magasabb 2,06-szor.

A mentális problémák közül a szorongásnak kimutathatóan negatív hatása van a sérülésekre. Annak esélye, hogy a „szorongók” balesetet szenvedjenek el 50%-kal nagyobb (EH=1,51) azokhoz a felnőttekhez képest, akik jobb problémamegoldó képességgel rendelkeznek.

A fizikai funkcionalitás jelentős csökkenése<sup>4</sup> kihatással van a balesetek összességének alakulására, közel kétszeres mértékben. Amennyiben csak a háztartási baleseteket elemezzük, az arány 2 fölött van.

---

<sup>4</sup> ide soroljuk többek között a mozgás korlátozottságát, a megromlott látást, a halláscsökkenést, inkontinenciát, önellátási nehézséget

A munkabalesetek száma azok körében a legnagyobb, akik, bevallásuk szerint, teljes mértékben fizikailag megterhelő munkát végeznek. Az arány kiugró: négyszeres azokhoz képest, akik egyáltalán nem „nehéz munkát” végeznek.

A gyógyszerek közül több a mellékhatásával növelheti a balesetek létrejöttét. Ezzel a vizsgálattal annyit sikerült kimutatni, hogy a gyógyszert fogyasztók körében a baleset bekövetkeztének esélye – az összes baleset összevont elemzése során – 1,51, tehát másfélszeres, míg a közlekedési balesetek körében 2,4-szeres.

### 4.2.3. Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartás vizsgálata

#### *Gyermekek baleseti gyakorisága a HBSC<sup>5</sup> alapján*

Magyarország 1985 óta vesz részt a HBSC az „Iskoláskorú Gyermekek Egészségmagatartása” című nemzetközi kutatásban. A kollaborációban folyó kutatás legutóbbi felmérése 2001/2002-ben zajlott. A vizsgálatban több, mint 162 000, 11, 13 és 15 éves fiatal vett részt, 35 országból. A kutatás célja, hogy feltárja a fiatalok egészsége és életkörülményei közötti összefüggéseket, és a jól-létüket befolyásoló tényezőket. Az egészség- és rizikó magatartás, valamint a közérzet, jól-lét jelentős területeit (táplálkozás, mozgás, dohányzás, alkoholfogyasztás, bántalmazás, szociális kapcsolatok stb.) felölelő, országosan reprezentatív adatokat gyűjtő, önkitöltős kérdőív a balesetekkel kapcsolatos kérdést is tartalmazott.

A HBSC kérdőívben az alábbi balesetre vonatkozó kérdést tettük fel a 11, 13 és 15÷17 éves tanulóknak.

„Sok fiatal sérül meg vagy éri őt baleset pl. utcán, otthon vagy sportolás, illetve verekedés közben. A sérülések közé tartozik a mérgezés vagy az égés is. (Nem sérülések a betegségek, pl. nátha vagy az influenza). Az alábbi kérdés olyan sérülésre vonatkozik, amelyeket az elmúlt 12 hónapban szereztél.

Az elmúlt 12 hónapban hányszor sérültél meg annyira, hogy orvosnak vagy nővérnek kellett ellátnia? A lehetséges válaszkategóriák: „Nem sérültem meg az elmúlt 12 hónapban”; „1-szer”; „2-szer”; „3-szor”; „4-szer vagy többször sérültem meg”.

A magyar kutatók vizsgálták, hogy milyen tényezők befolyásolják jelentős mértékben a balesetek gyakoriságának alakulását [13].

Az összes nemzetközi adatot tekintve a 11÷15 évesek több mint 40%-a szenvedett orvosi ellátást igénylő sérülést legalább egyszer az elmúlt 12 hónap alatt.

Magyarországon a fiataloknak átlagosan mintegy harmada szenvedett sérülést az elmúlt 1 év folyamán. (6. táblázat)

#### **6. táblázat Magyarországon az elmúlt 12 hónapban egyszer vagy többször sérültek aránya, korosztályonként**

	11 évesek	13 évesek	15 évesek
<b>LÁNYOK</b>	30,4%	28,9%	25,3%
<b>FIÚK</b>	35,9%	42,1%	38,4%

<sup>5</sup> HBSC: Health Behaviour of School Children

A balesetek gyakorisága eltérőnek mutatkozott a különböző iskolatípusokban (7. táblázat). A 3 vagy annál többször sérültek aránya szakmunkásképzőben és 8 osztályos gimnáziumban szignifikánsan magasabb, 6 osztályos gimnáziumban pedig alacsonyabb.

**7. táblázat Baleseti gyakoriság iskolatípusonkénti bontásban**

	Általános iskola	6. osztályos gimnázium	8. osztályos gimnázium	4. osztályos gimnázium	Szakmunkásképző
Egyáltalán nem sérült	66,1%	66,1%	66,0%	70,3%	67,3%
1x, 2x sérült	28,6%	30,6%	27,4%	24,7%	25,6%
3 vagy annál többször sérült	5,3%	3,3%	6,6%	5,0%	7,1%
Összesen	100%	100%	100%	100%	100%

Ugyancsak a HBSC vizsgálat egy előző, 1997. évre vonatkozó elemzéséből kiolvasható, hogy mely helyszíneken, illetve milyen tevékenység közben fordultak elő leggyakrabban balesetek [14]. (8. és 9. táblázat)

**8. táblázat A baleset jellemző helyszínei a HBSC vizsgálat alapján**

	Fiú		Lány		Összes	
	N	%	N	%	N	%
<b>Otthon, vagy mások otthonában</b>	<b>348</b>	<b>23.9</b>	<b>317</b>	<b>30.7</b>	<b>665</b>	<b>26.7</b>
Iskolában	267	18.4	254	24.6	521	20.9
Sportlétesítményben	258	17.7	121	11.7	379	15.2
Utcán/úton	336	23.1	164	15.9	500	20.1
Egyéb helyen	245	16.9	178	17.1	423	17.0
Összesen	1 454	100.0	1 034	100.0	2 488	100.0

**9. táblázat Végzett tevékenység a baleset bekövetkeztekor a HBSC vizsgálat alapján**

	Fiú		Lány		Összes	
	N	%	N	%	N	%
Kerékpározás	335	23.1	137	13.4	472	19.1
Korcsolya, görkorcsolya, gördeszka	71	4.9	69	6.8	140	5.7
Edzés, sport, játék	409	28.2	276	27.0	685	27.7
Utazás autóval vagy más járművel	63	4.3	19	1.9	82	3.3
Séta, futás (nem sport jelleggel)	136	9.4	170	16.6	306	12.4
Verekedés	80	5.5	16	1.6	96	3.9
Egyéb	358	24.7	335	32.8	693	28
Összesen	1 452	100.0	1 022	100.0	2 474	100.0

Az iskoláskorú gyermekek baleseteinek regisztere, mely az oktatási intézményekben bekövetkezett baleseteket tartalmazza, az Oktatási Minisztériumban van. Az 1993-2001. között bekövetkezett balesetre vonatkozó adatok, elemzések 2004-ben kerültek publikálásra[15] A jegyzőkönyvezett balesetek száma 16 000 volt ez időszak alatt. Legveszélyeztetettebb a 10÷13 éves korcsoport, leggyakoribb baleseti színhely a tornaterem (35,9%) és az udvari sportpálya (36,1%), ezt követi a tornaszoba (6,9%), a folyosó (6,8%) és a lépcső (4,3%).

A felsoroltakon kívül értékes információkat szerezhethetünk az OKK-OKBI által gyűjtött mérgezési esetekre vonatkozóan [16,17], amely szintén bejelentésen alapul – ezért feltehetően az értékek a valós eseteket nem fedik teljes mértékben.

A gyermekbalesetek megelőzésében, különösen csecsemő- és korai kisgyermekkorban a védőnők szerepe a sérülések, mérgezések megelőzésében kulcsfontosságú lehet. Ezt bizonyítja egy próbafelmérés, melyet 2004-ben végeztünk [18].

## 5. Fontosabb megállapítások

1. Magyarországon a '90-es évek elejéhez képest csökkent ugyan a halálos kimenetelű balesetek száma, azonban így is majdnem kétszerese az EU-15-nek.
2. Magyarország baleseti halálozása az újonnan csatlakozott 10 ország közül a 4. legrosszabb.
3. A 0÷14 éves korú gyermekek baleseti halálozásában az EU-25-ök között a 8. helyen állunk, tehát a legrosszabb harmadban vagyunk.
4. A gyermek- és ifjúkori (1÷24 éves) halálozáson belül vezetnek a balesetek az EU-15 és EU-25 országaiban is.
5. A 65 év és idősebbek baleseti halálozási listáját vezeti Magyarország.
6. A 65 év és idősebbek öngyilkossága a legmagasabb az EU-25-ök között.
7. A 65 év és idősebbek között az esések miatt kiemelkedően a legrosszabb Magyarország. (Kétszer rosszabb az átlagnál, tízszer a legjobbaknál.)
8. A közúti balesetek miatti halálozás nem csökkent az elmúlt 5 évben, az elvárások és beavatkozások ellenére.
9. Évente 1 millió embert, a lakosság 10%-át éri egészségügyi ellátást igénylő sérülés.
10. A balesetek közötti rangsor:
  1. Háztartási balesetek
  2. Munkavégzéssel kapcsolatos balesetek
  3. Közlekedési balesetek
  4. Sportbalesetek
  5. Egyéb – többségében szabadidős tevékenység közben bekövetkezett baleset.
11. A rendőrség nyilvántartásában évi 20 000 körüli közlekedési baleset áll, ehhez képest az OLEF 150 000-t mért.
12. Az OMMF munkabalesetek címén évente kb. 25 000 balesete tart nyilván – az OLEF 160 000 –t mért.
13. A gyermekek minimum 30%-a szenved évente egészségügyi ellátást igénylő balesetet.
14. Az összes balesetek terhe feltehetően meghaladja a GDP 5%-át.
15. Közlekedési balesetek terhe a GDP 1÷3%-a.

A felsorolt problémák arra utalnak, hogy a meglévő erőfeszítések mellett is jelentős a balesetek terhe a XXI. század elején Magyarországon. A probléma megoldása nem képzelhető el kormányzati elkötelezettség nélkül. Szükségesnek tűnik az egészségügyi tárca bevonása a baleset-megelőzési munkába, a tárcák munkájának összehangolása, a civil szféra bevonása a hatékonyság növelése érdekében. **(Ld. mellékletben: problémafa – célfa.)**

## 6. A megelőzés lehetőségei

Mint arra már utalás történt, több ország példája is mutatja, hogy a balesetek hatékonyan megelőzhetők.

Vannak már bizonyítékon alapuló számítások is a baleset-megelőzés költség hatékonyságát illetően. Néhány példát a 10. táblázatban sorolunk fel – a teljesség igénye nélkül.

### 10. táblázat Anyagi megtakarítás néhány baleset-megelőzési eszköz alkalmazása esetén

1 Euró befektetés	Nyereség (Euró)
Fegyverek engedélyeztetése	79
Füstriasztók	69
Gyermek biztonsági ülés	32
Sisak kerékpárosoknak	29
Családlátogatás és szülői oktatás gyermek abúzus ellen	19
A baleset-megelőzésről konzultáció gyermekorvossal	10
Mérgezés megelőző szolgáltatás	7
Munka-balesetek megelőzése	
Közlekedés-biztonsági fejlesztések	3

Forrás: Injuries and Violence in Europe. Why they matter and what can be done. Summary. WHO Regional Office for Europe. Koppenhága, 2005.

A WHO számításokat végzett arra vonatkozóan, mennyi életet lehetne megmenteni, ha az összes ország olyan mutatókkal rendelkezne, mint a legjobb. Ezen kívül megelőzési módszerekre is javaslatot adnak (11. táblázat).

### 11. táblázat Mennyi életet menthetnénk meg Európában, ha a halálozás megegyezne a legkisebb halálozási mutatóval rendelkező országokkal

Baleset típusa	Általános halálozási szám évente	A potenciális megmenthető életek száma és aránya	Módszer, amely eredményhez vezethet
Közlekedési balesetek	100 710	54 667 (54%)	A sebességhatár betartatása, a sérülékeny úthasználók számára biztonságosabb környezet megteremtése. Motorkerékpárosok számára bukósisak használatának előírása, autókban biztonsági öv és gyermek-biztonsági ülés használata. Véralkohol szint szabályozása. A közutak biztonságossá tétele lakókörnyezetben (tervezés és kivitelezés szintjén). Olyan gépjárművek tervezése, melyek jól láthatók, nem törékenyek, könnyen használhatók. Megfelelő baleset-utáni ellátás biztosítása.

Baleset típusa	Általános halálozási szám évente	A potenciális megmenthető életek száma és aránya	Módszer, amely eredményhez vezethet
Mérgezés	101 519	95 317 (94%)	Azoknak a szabályozásoknak az adaptálása, amelyek csökkentik az alkoholhoz (engedély nélküli alkoholhoz) való hozzáférést. Gyermeke számára biztonságos kupakok használata a háztartásban használatos veszélyes anyagok számára. El kell érni, hogy a veszélyes anyagokat a háztartásokban is biztonságosan tárolják. Szigorú szabályozás a veszélyes anyagokhoz való hozzáféréshez. Mérgezés ellenőrzési együttműködő hálózatot kell kialakítani a különböző szervezetek között.
Esés	72 104	36 425 (51%)	Rizikó-becslést kell végezni, és ezen alapulva át kell alakítani a lakásokat és a játszótereket. Az eszközöket biztonságossá kell tenni, hogy ne vezessenek (le)eséshez. Be kell vezetni a munkahelyi biztonsági előírásokat erre vonatkozóan is. Az idősek számára olyan tréninget kell biztosítani, mely növeli a fizikai aktivitásukat, állóképességüket, fejleszti egyensúlyérzéküket.
Vízbefúlás	34 026	30 713 (90%)	A vizek (fürdő és egyéb) körbe- ill. elkerítése. Úszásoktatás. Vízpartokon vízi mentők alkalmazása – vízi mentés megteremtése.
Tűzesetek	21 742	18 853 (87%)	Füstjelzők használata. Biztonságosabb háztartási tüzelő berendezések, tüzelő anyagok. Az elsősegély biztosítása minden esetben. (hideg folyóvíz)
Önsértések	145 493	87 557 (60%)	Megnehezítése olyan eszközökhöz (anyagokhoz) való hozzáférésnek, mint kézfegyverek, peszticidek, egyéb mérgező anyagok. A háztartási gáz CO tartalmának csökkentése. A rizikó-csoportok korai felismerése és gyógyítása. A szegénység és társadalmi elszigeteltség csökkentése. A társadalmi összefogás erősítése.
Erőszak	61 717	54 666 (89%)	A szülők képzése és családlátogatások során megelőzni a gyermekek elhanyagolását. A jogi és felügyeleti rendszerek megerősítése. Az erőszak minden formájának törvény általi elismertetése, szabályozása. A fegyvertartás (tárolás) biztonságosságának előmozdítása. Az alkoholhoz való hozzáférés megszigorítása. Az egészségügyi személyzet kiképzése a nők, gyermekek, idősek elleni erőszak felismerésére. A gyermekek és kamaszkorúak számára életviteli tanácsadás. A „tömény” szegénység és a jövedelmi különbségek csökkentése. Az erőszakot úgy kezelni, mint el nem fogadható normát. Az erőszakos vetítések csökkentése tömeg-médiában.
Összesen	746 512	508 313 (68%)	

Ha minden országban azon a szinten lenne a balesetek száma, mint a legjobb mutatókkal rendelkezőkben, akkor három balesetből kettő megelőzhető lenne (68%), ami azt jelenti, hogy 500 000 ember életét meg tudnánk menteni évente. Ez lehetővé tenné, hogy a balesetek ellátására fordított összeget más fontos területre átcsoportosítsuk.

A WHO mellett az EU is elkészítette javaslatát az országok számára. A DG SANCO szakértői csoportja, a „Working Party on Accidents and Injuries” (WP-AI) a baleset-megelőzéshez az alábbi mátrixot javasolja:

### **Horizontális elemek - a munka folyamata:**

- 1./ adatok (Data management)
- 2./ indikátorok (Indicators)
- 3./ balesetek terhe (Burden of injuries)
- 4./ a legjobb gyakorlati megoldás (Best practices)
- 5./ végrehajtás, nyomonkövetés (Intervention, development)

### **A célcsoportok:**

1. Gyermekek
2. Kamaszkorúak, fiatal felnőttek
3. Felnőttek
4. Időskorúak (65 év és felette)

Az egyes korcsoportok baleset-megelőzési kereteinek kialakítására a fentiek alapján javaslatot teszünk. (**Ld. melléklet: Baleset-megelőzési stratégiák címszó alatt.**)

A baleset-megelőzés külön elemként megjelenik az Egészségügyi Fejlesztéspolitikai Konceptióban (EFK) és a Nemzeti Csecsemő- és Gyermek egészségügyi Programban. Mindkettő hosszútávú program, ami lehetővé teszi, hogy szisztematikus munkával lépésről lépésre valódi eredményeket érjünk el a balesetek egészségügyi terhének csökkenésében.

A népegészségügyi stratégia egyik alapidokumentuma a Népegészségügyi Program. Ennek eredeti verziójában nem szerepel konkrétan a baleset-megelőzés, azonban a baleset-megelőzés szinte minden fejezetbe beleilleszthető, anélkül, hogy a Program szerkezetén, koncepcióján változtatni kellene.

## **7. A baleset-megelőzés helye a Népegészségügyi Programban**

A meglévő Népegészségügyi Program, a 46/2003.(IV.16.) OGY határozat, egyes fejezetei alkalmasak vagy alkalmasakká tehetők a baleset-megelőzéssel kapcsolatban felsoroltak befogadására az alábbiak szerint:

### **I. Egészséget támogató társadalmi környezet**

Egészséges ifjúság c. alfejezet:

A védőnői munka kiszélesítése, fejlesztése – külön figyelemmel a baleset-megelőzésre.

Tanár és egészségügyi felsőfokú képzésben alkalmazható egészségfejlesztési tananyag kidolgozása – kibővítés a baleset-megelőzéssel.

Az iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása c. kutatás kiszélesítése a balesetekkel kapcsolatos rizikómagatartás vizsgálatával.

...ki kell dolgozni, meg kell teremteni azokat a feltételeket, amelyek az iskolákat (óvodákat) biztonságossá, és egyben az egészségfejlesztés alkalmas színtereivé teszik.

Idősek egészségi állapotának javítása c. alfejezet

Az egész fejezet céljával összhangban van a baleset-megelőzés.

Egészségfejlesztés a mindennapi élet színterein c. alfejezet:

A magyarországi iskolarendszer a tanulók egészségvédelme mellett a pedagógusok, valamint a tanulók családtagjainak egészségvédelmét és egészségfejlesztését is segítse.

A magyarországi munkahelyek a kötelező munkaegészségügyi intézkedéseken túlmenően a dolgozók egészségfejlesztésére is helyezzenek kiemelkedő hangsúlyt.

A ... felsőfokú képzésben oktassák az egészséges életmódra nevelés és egészségmegőrzés ismeretanyagát.

### **II. Az egészséges életmód programjai, az emberi egészség kockázati tényezőinek c fejezetén belül:**

Az alkohol és drogmegelőzés teljes egészében szolgálja a baleset-megelőzés céljait is.

Az egészséges táplálkozáson belül a gomba és egyéb növényi mérgezések megelőzése – fokozott hangsúly a gomba – és egyéb növényi mérgezések megelőzésére.

Aktív testmozgás – erősíti a csontrendszert, és hosszútávon pozitív hatással lehet a törések alakulására.

## Közegészségügyi- és járványügyi biztonság

A munkahelyi egészségkárosodások megelőzésének fontos része a baleset-megelőzés.

A veszélyes vegyi anyagok okozta egészség-károsító hatások megelőzése, az ún. kémiai biztonság megerősítése a mérgezések megelőzésére is szolgál.

Nemzeti Környezet-egészségügyi Akcióprogram

CEHAPE – a gyermekbaleseteket kiemelt prioritásként kezeli.

### **III. Az elkerülhető halálozások, megbetegedések, fogyatékosság megelőzése**

Cerebrovascularis betegségek megelőzése hatással van az időskori esések csökkenésére.

Mozgásszervi betegségek csökkentése csökkenti a korlátozottságot, fokozza a biztonságot.

Lelki egészség megerősítése – többek között a depresszió kezelése hatással van balesetek sérülések – és az önsértések alakulására.

A pedagógusok és a segítő foglalkozásúak lelki egészségvédelemmel összefüggő szemléletének és tudásának fejlesztése a diákok lelki egészségének megőrzésére is kihatással van. (Az önismeret a közlekedés-biztonságban nagy szerepet játszik – az agresszív vezetés a közúti balesetek nagy részénél felismerhető.)

### **IV. Az egészségügyi és népegészségügyi intézményrendszer fejlesztése az egészségi állapot javítása érdekében**

Ellátás-fejlesztés – azon belül a sürgősségi ellátás fejlesztése pozitív hatással lesz a baleset miatti halálozás alakulására.

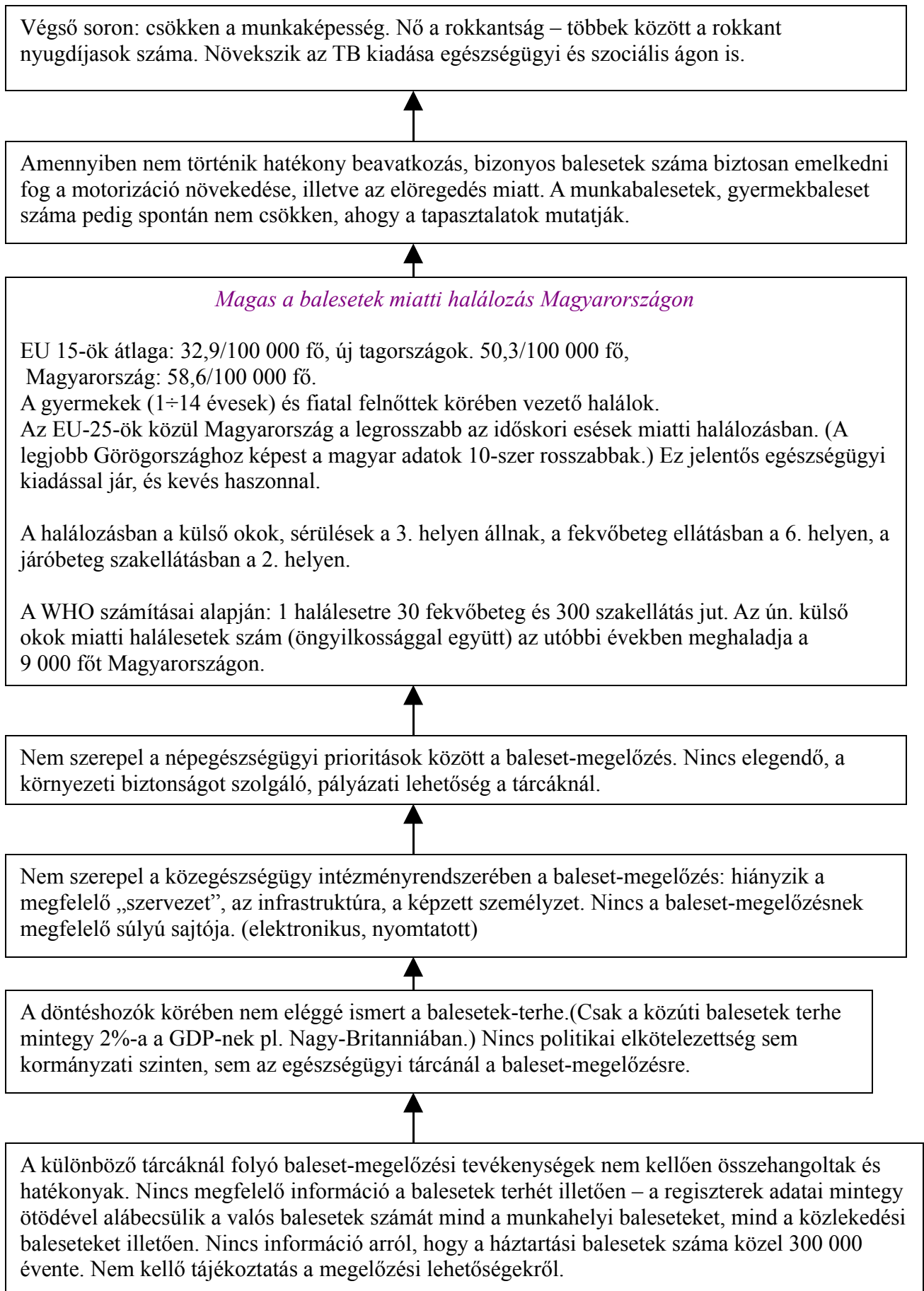
Monitorozás- informatika. A lakosság egészségi állapotának nyomonkövetése.

**Fentieket figyelembe véve konkrét akciók megfogalmazását javasoljuk az összes érdekelt tárca, országos hatáskörű szerv és civil szervezetek bevonásával.**

## Irodalom

1. The Injury Chartbook, WHO, Geneva, 2002.
2. A betegségek és az egészséggel kapcsolatos problémák nemzetközi statisztikai osztályozása. Tizedik revízió. I. kötet. Népjóléti Minisztérium, Budapest, 1995.
3. Az 1993. évi XCIII. Munkavédelmi törvény 89.§ (1)
4. Az 1993. évi XCIII. Munkavédelmi törvény 89.§ (3)
5. Magyar Statisztikai Évkönyv, Központi Statisztikai Hivatal, Budapest, 2003.
6. Communication from the Commission to the Council and the European Parliament on Actions for a Safer Europa, 2005.
7. Injuries and Violence in Europe. Why they matter and what can be done. Summary, WHO, Koppenhága, 2005.
8. Burden of fatal injuries in the European Union+. Report of the Task Force on Burden of Injuries, Working Party on Injuries and Accidents, Athens, June, 2005.
9. WHO, HFA adatbázis, Koppenhága, 2005.
10. Dr. Hoffer Gábor: Morbiditás.pp.:19-28. In: Népegészségügyi jelentés 2004. Johan Béla Országos Epidemiológiai Központ, Budapest, 2004.
11. Tájékoztató a munkabalesetek alakulásáról 2004. év Országos Munkabiztonsági és Munkaügyi Főfelügyelőség, 2005.
12. Személy sérüléses közúti közlekedési balesetek, 2003. Országos Balesetmegelőzési Bizottság, 2004.
13. Várnai Dóra: Iskoláskorúak baleseti gyakoriságára vonatkozó eredmények az „Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása (HBSC)” c. kutatás adatai szerint. Kézirat
14. Dr. Páll Gabriella: Iskoláskorúak baleseti gyakoriságára vonatkozó eredmények az „Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása (HBSC) c. kutatás 1997. évi adatai szerint. Kézirat
15. Szűcs G., Dornai T., Gergely Gy., Pálfi F.: Balesetek a nevelési-oktatási intézményekben és a gyakorlati képzés során, Nemzeti Szakképesítési Intézet, Budapest, 2004.
16. Rakovszky Miklósné, Bordás Imre, Tompa Anna: A magyarországi 2002-es évi mérgezési esetek értékelése. Egészségtudomány, 48, 56-62, 2004.
17. Mérgezési eset bejelentések (2004.) Egészségügyi Toxikológiai Tájékoztató Szolgálat Országos Kémiai Biztonsági Intézet, Budapest, 2005.
18. Bényi Mária: Gyermekbalesetek szociális háttere. Család Gyermek Ifjúság, XIV évfolyam 2005/6. pp.11-16.

## Problémafa: Baleset-megelőzés



## Célfa: Baleset-megelőzés

Növekszik a munkaképesség, ezzel a versenyképesség, javul a foglalkoztatottság aránya: mert 1./ a kieső munkaerő kisebb lesz, 2./ nagyobb lesz az igény a baleset-megelőzést szolgáló fejlesztésre, beruházásra 3./ növekszik azok száma, akik (akár részmunkaidőben) a szociális- egészségügyi ellátás keretében baleset-megelőzéssel is foglalkoznak.

Csökken: a balesetek miatti halálozás, a súlyos sérültek száma, a táppénzen töltött idő, a rokkantságban eltöltött életevek száma.

Csökkennek az egészségügyi kiadások: a baleseti ellátásra és a rehabilitációra fordított összegek.

1 euróra jutó nyereség egyes balesetek megelőzés esetén:

munkabalesetek:7, gyermekek számára biztonságos ülés:32, sisak kerékpárosoknak: 29, családlátogatás, szülői oktatás: 19, mérgezés megelőzés szolgáltatás: 7, közlekedés-biztonsági fejlesztések: 3. (Ebből is látható, hogy a környezet biztonságának növelése, személyek oktatása, felvilágosítás a legjobb befektetés. A baleset-megelőzés az egyik már rövidtávon is a legjobban megtérülő népegészségügyi ágazat.)

A baleset-megelőzés a Népegészségügyi program része, évente kiemelt akciók támogatása. A probléma „integrált” jellegét hangsúlyozva: együttműködés más tárcákkal (OM, GKM, BM, ICSSZEM, FMM) és civil szervezetekkel. Ennek következtében iskolákban, óvodákban, köztereken, munkahelyeken, szociális intézményekben nő a biztonság. Egészségfejlesztési akcióprogramok indulhatnak a baleset-megelőzés terén. Kampányok az elektronikus és nyomtatott médiában.

Az egészségügyi tárca központi és területi intézményei (ÁNTSZ, annak közegészségügyi és egészségfejlesztési ága) szisztematikus, hatósági és egészség-megőrzési munkája 0÷X éves korig, az országos szervektől (OKK, OEFI) a regionális (megyei), kistérségi szintekig.

Továbbképzések a megfelelő szakember ellátottsághoz az egészségügyi és szociális ágazaton belül. Ezen túlmenve a műszaki „biztonsági” szemlélet erősítése a felsőoktatásban.

Megfelelő struktúra (vertikális és horizontális) kialakítása az egészségügyi tárcán belül, illetve a tárcához tartozó intézményeknél: OKK (OKI, OMFI, OKBI), OEFI, OEP, ÁNTSZ területi szervei.

Baleset-megelőzés jogszabályi háttérének továbbfejlesztése, az egészségügyön belül kialakítása.

Politikai elkötelezettség a baleset-megelőzés mellett. (Kormányzati szinten, és az egyes tárcáknál: EüM, OM, GKM, BM, ICSSZEM, FMM)