

Készítették az OSZMK munkatársai:

Dr Bényi Mária
Dr. Hangay István
Kéki Zsuzsanna
Rákos-Zichy Péter
Vámos Magdolna
Szajkó Attila
Sepa Judit

Tartalomjegyzék

TARTALOMJEGYZÉK.....	2
ELŐSZÓ	4
BEVEZETÉS	5
1. HELYZETÉRTÉKELES	8
1.1. EPIDEMIOLOGIAI ELEMZÉS.....	8
1.1.1. Halálozási adatok.....	8
1.1.2. Morbiditás	13
1.1.3. Egészségfelmérések adatai.....	17
1.1.4. Közlekedési balesetek rendőrségi adatai	18
1.1.5. Foglalkozási baleseti adatok.....	20
1.1.6. Mérgezési esetek.....	21
1.1.7. Gyermekintézményi balesetek	21
1.1.8. Égési sérülések – tűzvédelem	22
2. A CÉLOK MEGHATÁROZÁSA	23
2.1. Vízió	23
2.2. FŐ CÉL	23
2.3. ÁTFOGÓ CÉLOK.....	23
2.4. A BALESET-MEGELŐZÉS IRÁNYAI	23
3. INTERVENCIÓK – MEGLÉVŐ GYAKORLATOK A BALESETEK MEGELŐZÉSÉRE. ..	24
3.1. KÖZLEKEDÉSI BALESETEK MEGELŐZÉSE	24
3.2. MUNKABALESETEK MEGELŐZÉSE.....	25
3.3. MÉRGEZÉSI ESETEK MEGELŐZÉSE.....	26
3.4. ÉGÉS-PREVENCIÓ	26
3.5. GYERMEKINTÉZMÉNYEK BIZTONSÁGA	26
3.6. ESÉS-MEGELŐZÉS	27
3.6.1. Idős korban.....	27
3.6.2. Gyermekkorban	27
3.7. SPORT ÉS SZABADIDŐ BALESETEK MEGELŐZÉSE.....	27
3.8. KUTATÁSOK BALESET-MEGELŐZÉS TERÉN	27
3.9. KAMPÁNYOK	28
4. INTERVENCIÓS JAVASLATOK RÖVID TEMATIKUS ÖSSZEFOGLALÁSA.....	29
4.1. KÖZLEKEDÉSI BALESETEK	29
4.2. MUNKÁVAL ÖSSZEFÜGGŐ BALESETEK.....	29

4.3.	MÉRGEZÉSEK	29
4.4.	ÉGÉSEK, FORRÁZÁSOK	29
4.5.	GYERMEKINTÉZMÉNYI BALESETEK	30
4.6.	ESÉSEK MEGELŐZÉSE	30
4.7.	4.7. SPORT-ÉS SZABADIDŐS BALESETEK MEGELŐZÉS	30
4.8.	KUTATÁS	30
4.9.	MÉDIA	30
5.	AKCIÓ TERV MEGALAPOZÁSÁNAK KIEMELT SZEMPONTJAI	31
5.1.	MEGLÉVŐ EGÉSZSÉGPOLITIKÁK	31
5.2.	A PREVENCIÓBAN POTENCIÁLIS RÉSZTVEVŐ PARTNEREK - ÉRDEKELTEK (ÉRINTETTEK) KÖRE	32
5.2.1.	Minisztériumok, melyek a baleset-megelőzésben részt vesznek	32
5.2.2.	Intézmények, melyek a baleset-megelőzésben részt vesznek	32
5.2.3.	Egészségügyi szakágak, melyek a baleset-megelőzésben részt vesznek	32
5.2.4.	Civil szervezetek, amelyeknek munkája baleset-megelőzéssel összefügg	32
5.2.5.	Gyártók, forgalmazók, akiknek a biztonság a profilja	33
6.	A BALESETEKKEL ÉS ERŐSZAKKAL KAPCSOLATOS PROBLÉMAKÖR KOMMUNIKÁCIÓJA	34
7.	A VEZETÉS MEGHATÁROZÁSA	35
8.	A BALESET-MEGELŐZÉSI STRATÉGIA FŐ PILLÉREI	36
	FOGALOM MEGHATÁROZÁS	38
	ÁBRÁK ÉS TÁBLÁZATOK JEGYZÉKE	39
	IRODALOMJEGYZÉK	40
	RÖVIDÍTÉSEK JEGYZÉKE	41
	MELLÉKLET	47
	KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS	48

Előszó

Az Európai régióban¹ 2002-ben baleset miatt 800 000 haláleset következett be, amely a teljes halálozás 8,3%-át tette ki. A DALYs² ugyanebben az évben 14%-ra tehető balesetek miatt Európában. [1]

Az Európai Unió országaiban³ balesetek, erőszakos cselekmények miatti ún. külső okokra visszavezethető sérülések mintegy 250 000 életet követelnek évente⁴. Ennek 2/3-a ún. véletlen baleset, 1/3-a erőszak következménye. A kórházi ellátást igénylő sérülések száma az EU27 országaiban közel 7 millió. A járóbeteg szakellátást, sürgősségi ellátást 34,2 millió esetben veszik igénybe traumák miatt. További 18,3 millió fő fordul az egészségügyhöz ellátást igénylő sérülése miatt. [2]

A halálozást tekintve a véletlen balesetek vagy erőszakos események a harmadik-negyedik helyen állnak a rangsorban az egyes európai országokban. Az 1-45 éves korosztályban a balesetek vezetnek a halálloki listát. A kórházi ellátás költségéből a baleseti sérülések mintegy 8-10%-ot tesznek ki. A felnőtt lakosságnak közel 10%-át éri évente olyan sérülés, mely egészségügyi ellátást igényel – a fiatalok és idősök körében ez az arány magasabb. Csak a közlekedési balesetek a GDP 2%-át kitevő kárt okoznak éves szinten.[3]

A felsorolt tények mellett nagyon fontos jellemzője a balesetnek, még ha „véletlen” is, hogy nagy valószínűséggel, megfelelő módszerekkel megelőzhető.

Mindezt felismerve az Egészségügyi Világszervezet (WHO) Európai Regionális Bizottsága a 2005. szeptember 12-15. között Bukarestben megtartott 55. ülésén elfogadott egy határozatot (Regional Committee resolution EUR/RC55/R9 on Prevention of Injuries in the WHO European Region). Ebben ösztönzi a térség kormányait a sérülések adatgyűjtésének fejlesztésére, a nemzeti baleset-megelőzési tervek megalkotására, a sérülések megelőzésének érdekében kapacitás fejlesztésére, valamint a tudás és tapasztalat cseréjére. 2007-ben az Európai Unió Egészségügyi és Fogyasztóvédelmi Főigazgatósága (DG SANCO) kezdeményezte, hogy az egészségügyi tárcák az Unióhoz tartozó valamennyi országban alkossanak stratégiai tervet a balesetek megelőzésére. A vonatkozó dokumentum a Tanács Ajánlása (2007. május 31.) a sérülések megelőzéséről és a biztonság elősegítéséről (2007/C 164/01) címen jelent meg.

A jelen dokumentumot megalapozó előkészítő munkák (helyzetelemzés, baleseti monitoring rendszer fejlesztése, legjobb gyakorlatok elemzése, ajánlások megfogalmazása) jelentős része is a WHO és EU szándékainak megfelelően az Egészségügyi Minisztérium és az WHO kétéves keret-megállapodása megvalósításával készült az Országos Szakfelügyeleti Módszertani Központ nem-fertőzőbetegségek epidemiológiája osztályán (megállapodás száma: EU 08 080 088), amely ezek alapján a stratégiai tervet is elkészítette a balesetek megelőzését szolgáló kormányzati célokra és intervenciókra.

A stratégiai irányok kivitelezését és nyomon követését részletesen meghatározó akció terv a stratégia elfogadását követően kerül majd kidolgozásra.

¹ 52 ország

² Disability adjusted life years – rokkantsággal súlyozott életevek

³ EU 27

⁴ 2003-2005. évek átlaga a WHO szerint

Bevezetés

Balesetek és sérülések a Föld minden országában veszélyeztetik egészségünket. Világszerte több mint 5 000 000 ember hal meg egy évben a sérülések valamilyen formájának bekövetkeztében, és még többen szenvednek maradandó sérüléseket. A balesetek és sérülések egyre növekvő jelentősége miatt számos ország rendelkezik nemzeti politikával, stratégiával vagy cselekvési tervvel ezek megelőzésére.⁵

Baleset sokféle külső tényező hatására létrejöhét, és nagyon változatos klinikai képben 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.

A nemzetközi egészségügyi szervek közül 2005-ben a WHO határozatban [4], 2007-ben pedig az EU DG SANCO ajánlásban [5] fogalmazta meg az elvárásait a tagországok ez irányú tevékenységét illetően.

Magyarország az EU csatlakozást követően több olyan, az EU népegészségügyi programja keretében meghirdetett baleset-megelőzési projektben is részt vett, amelyet az EU más tagországai koordináltak [6,7,8]. Ezek a programok azonban nem nyújtanak kellő garanciát arra, hogy a projekt lezárásával a megkezdett tevékenység tovább folytatódjon, vagy szélesebb körben is elterjedjen. Ehhez stabil alapokra, azaz a kormány és az egészségügyi szaktárca elkötelezettségére van szükség, ami lehetőséget teremt a baleset-megelőzés intézményi háttérének biztosítására, megjelölve azt a forrást, amelyből a rendszer kiegyensúlyozott anyagi háttérrel működni képes.

A legfelső szintű elkötelezettség azért is alapvető, mert a balesetek megelőzése komplex tevékenység, csak több tárca együttműködése révén – többek között: egészségügy, közlekedés, igazságügy, szociális, munkaügyi, stb. - valósulhat meg hatékonyan.

Az egészségügy saját szakmai területén sokat tehet a

- balesetek megelőzése,
- a balesetet szenvedettek szakszerű gyógyítása, ápolása, és a
- rehabilitálása terén.

E dokumentumban a primer prevencióra helyezzük a hangsúlyt, de kitérünk a sürgősségi ellátás és utógondozás kérdésére is.

Tiszteletben tartva más tárcák tevékenységi körét, azokat hatékonyan kiegészítve, az EU Egészségügyi és fogyasztóvédelmi főigazgatósága (DG SANCO) az egészségügy és a fogyasztóvédelmi szervezetek számára - baleset-megelőzési szempontból - a következő területeket tekinti kiemeltnek:

- 1./ Nemzetközi összehasonlításra is alkalmas adatgyűjtés a balesetek, sérülések terén.
- 2./ Balesetek, sérülések megelőzése céljából nemzeti tervek, vagy ezekkel egyenértékű intézkedések meghozatala, különösen az alábbi csoportokban, illetve területeken:
 1. Gyermek-biztonság
 2. Kamaszkorúak és a kockázatvállalás
 3. Időskorúak biztonsága

⁵ WHO Developing Policies to prevent injuries and violence

4. Fokozottabb veszélynek kitett csoport (gyalogosok, kerékpárosok, motorosok, babakocsival közlekedők)
5. Sportbiztonság
6. Eszközbiztonság
7. Önsértés, erőszak megelőzése, és ennek feltételeinek biztosítása, különösen a szexuális erőszakra helyezve a hangsúlyt
8. Munkahelyi biztonság

A WHO a népegészségügy számára az alábbiakat emeli ki [9]:

1. Baleseti surveillance; adatgyűjtés: kockázati és védelmi faktorok
2. Kutatás
3. Megelőzés és ellenőrzés
4. Értékelés
5. Jó gyakorlatok elültetése és alkalmazása
6. Egészségpolitika kidolgozása
7. Szolgáltatás fejlesztése
8. Lobbizás, tanácsadás
9. Meglévő jogszabályok változtatásának támogatása
10. Vezetőség és irányítás kialakítása

A baleset-megelőzés multidiszciplináris, melyben nagyon sok kormányzati és nem kormányzati szerv vesz részt jelenleg is. Ezekhez csatlakozik az egészségügy, jelen dokumentum életbelépésével formálisan is.

Az egészségügy számára a véletlen balesetek és erőszakos cselekmények következményei jelentős anyagi terhet is jelentenek. Elemi érdeke az egészségügynek, hogy ezeknek a jó hatékonysággal megelőzhető traumáknak a száma csökkenjen.

Magyarország jelenleg az Európai Unió 27 tagországai közül a középmezőnyben helyezkedik el a baleseti halálozást illetően. Feltételezhető – bár adatok hiányában nehezen mérhető – hogy hasonló a helyzet az egészségügyi ellátást igénylő könnyebb balesetek esetén is.

Tekintettel arra, hogy az egészségügyi ágazaton kívül más tárcák illetve intézmények is foglalkoznak baleset-megelőzéssel, az egészségügyi tárca számára egyrészt célszerű a már meglévő jól működő hálózatokhoz csatlakozni, másrészt a WHO és az EU DG SANCO által megjelölt területeken ésszerű a megelőzésre koncentrálni az erőket.

Az egészségügy javíthat továbbá a baleseti halálozási statisztikákon a hatékonyabb ellátással, illetve az egészségben eltöltött életevek növelésével, melyet a hatásosabb rehabilitációval érhet el.

A baleset-megelőzés egészségpolitikai-stratégiai dokumentumának kialakítása során a WHO erre vonatkozó javaslatát vettük alapul [10].

Ennek megfelelően három részre építjük fel az anyagot: Helyzetelemzés, célok és intervenciók meghatározása, az akcióterv megalapozása. A speciális baleset-megelőzési akciótervek a stratégiai terv elfogadása után kerül majd kidolgozásra.

A WHO által javasolt stratégiaépítés vázlatát közöljük:

I. A stratégia fejlesztés megalapozása

1. lépés: Helyzetértékelés

2. lépés: Figyelem felkeltés

3. lépés: Vezetőség meghatározása, politikai elkötelezettség gerjesztése

4. lépés: Érdekelt felek bevonása, tulajdonosi szemlélet létrehozása



II. A stratégia kialakítása

1. lépés: Keret kialakítása

2. lépés: Célok meghatározása és intervenciók kiválasztása

3. lépés: Biztosítani, hogy akció történjen a politika alapján



III. Megvalósítás

1. lépés: Érdekelt felek helyzetbe hozása

2. lépés: Kormányzat jóváhagyása

3. lépés: Állami biztosíték a megvalósításra

1. Helyzetértékelés

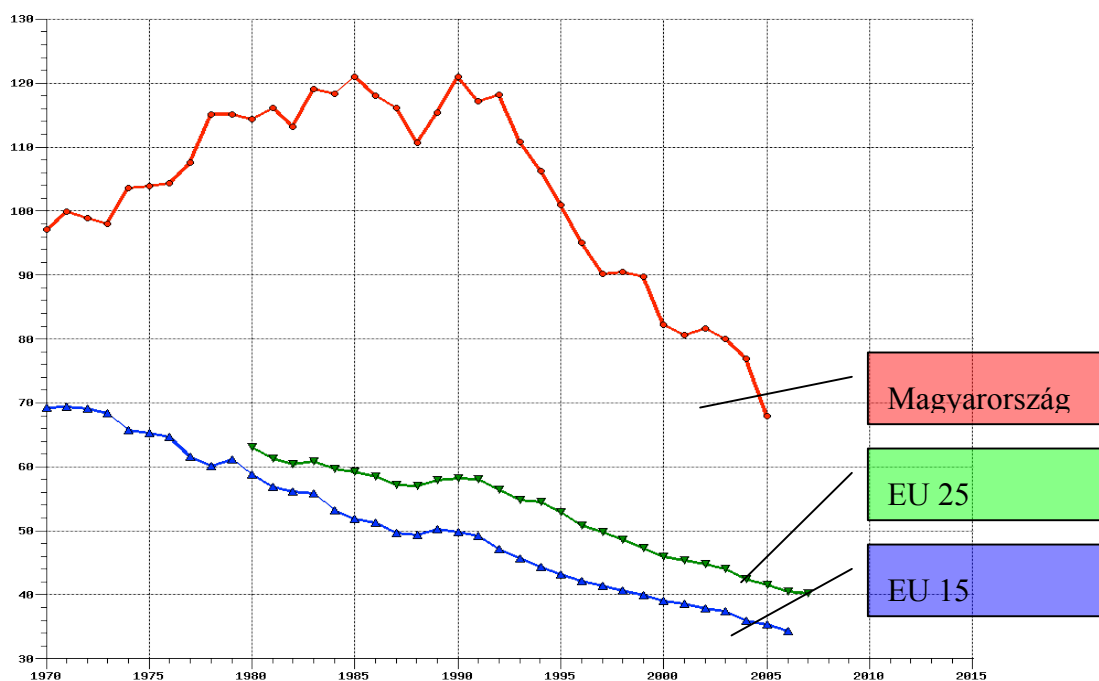
1.1. Epidemiológiai elemzés

1.1.1. Halálozási adatok

Nemzetközi összehasonlítás

EU-s tagállamokhoz viszonyítva Magyarország jelentős többlettel rendelkezik a külső okokra visszavezethető halálozás terén (1. ábra).

1. ábra: Külső okokra visszavezethető halálozás alakulása az EU-15, EU-25 országaiban és Magyarországon 1970-2005 években



Forrás: WHO, HFA adatbázis, Koppenhága, 2009.

Hazai viszonyok

A balesetek, sérülések, külső okokra visszavezethető betegségek, és az azokból eredő halálozás a magyar társadalmat nagymértékben sújtja, és az egészségügyet is jelentősen terheli.

Mortalitás és következményei

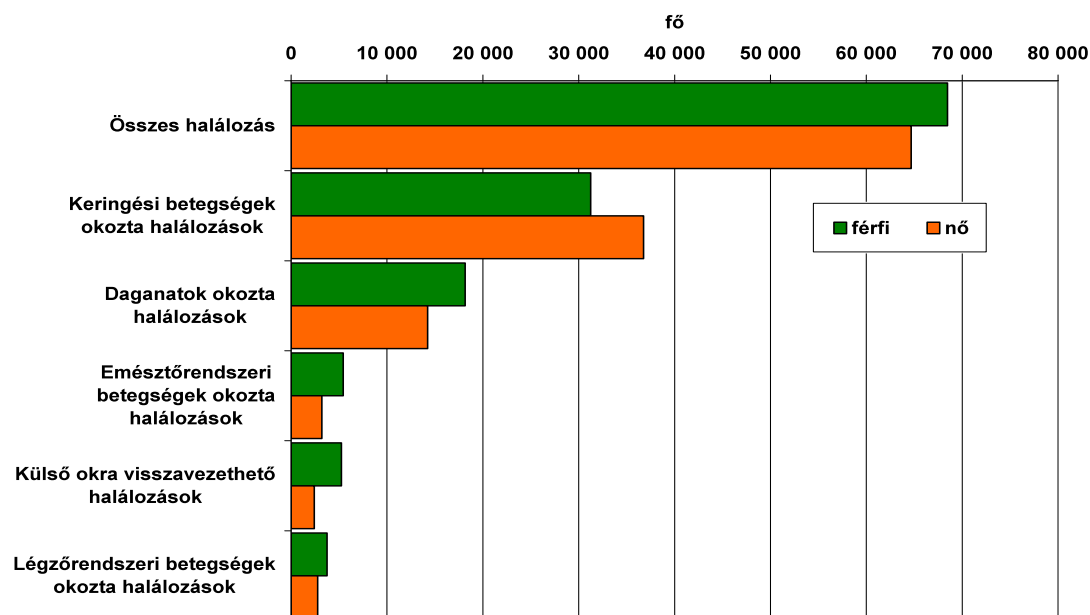
Évente mintegy 7500 fő veszti életét baleset vagy erőszak következtében. (1. táblázata)

1. táblázat: Baleseti halálozás 2005-2007 között, korcsoportonként

Halálozási esetszámok évenként és korcsoportonként, a balesetek jellege szerint 2005-2007										
2005		Összesen	0--14	15--24	25--34	35--44	45--54	55--64	65--74	75+
	V01-V09: Gyalogos sérülése	410	10	31	21	49	84	83	53	79
	V10-V19: Kerékpáros sérülése	230	4	6	7	20	49	49	58	37
	V20-V29: Motorkerékpáros sérülése	155		36	51	20	20	14	7	7
	V.30.-V.99 Egyéb közl.	768	24	141	179	139	124	82	47	32
	<i>V.01-V.99 Közlekedési balesetek összesen</i>	<i>1563</i>	<i>38</i>	<i>214</i>	<i>258</i>	<i>228</i>	<i>277</i>	<i>228</i>	<i>165</i>	<i>155</i>
	W00-W19: Esések	2103	2	5	14	65	170	213	315	1319
	W65-W74: Vízbefulladás és elmerülés	192	14	20	30	28	45	22	18	15
	W.85 - X.19 Égés	264	6	12	13	32	54	44	42	61
	X.20-X.29., és X.40-X49 Mérgezés	155	1	21	30	20	33	23	13	14
	X60-X84: Szándékos önártalom	2620	5	97	253	441	684	446	302	392
	X85-Y09: Testi sértés	190	6	7	22	33	48	24	24	26
	Egyéb fent nem részletezett baleseti esemény	898	15	22	58	101	205	181	137	179
	Összesen:	7985	87	398	678	948	1516	1181	1016	2161
2006		Összesen	0--14	15--24	25--34	35--44	45--54	55--64	65--74	75+
	V01-V09: Gyalogos sérülése	403	15	22	35	34	75	88	60	74
	V10-V19: Kerékpáros sérülése	222	9	5	8	20	55	44	49	32
	V20-V29: Motorkerékpáros sérülése	149	1	25	57	28	25	7	2	4
	V.30.-V.99 Egyéb közl.	839	25	134	212	136	158	87	53	34
	<i>V.01-V.99 Közlekedési balesetek összesen</i>	<i>1613</i>	<i>50</i>	<i>186</i>	<i>312</i>	<i>218</i>	<i>313</i>	<i>226</i>	<i>164</i>	<i>144</i>
	W00-W19: Esések	1852	2	6	22	71	152	209	287	1103
	W65-W74: Vízbefulladás és elmerülés	213	7	16	22	39	54	32	29	14
	W.85 - X.19 Égés	233	8	11	15	24	53	52	19	51
	X.20-X.29., és X.40-X49 Mérgezés	184	7	23	37	22	39	29	11	16
	X60-X84: Szándékos önártalom	2460	3	99	246	364	686	420	318	324
	X85-Y09: Testi sértés	180	12	6	22	30	47	26	18	19
	Egyéb fent nem részletezett baleseti esemény	844	22	21	49	90	189	158	121	194
	Összesen:	7579	111	368	725	858	1533	1152	967	1865
2007		Összesen	0--14	15--24	25--34	35--44	45--54	55--64	65--74	75+
	V01-V09: Gyalogos sérülése	402	14	18	36	55	79	70	53	77
	V10-V19: Kerékpáros sérülése	215	5	7	14	30	42	43	44	30
	V20-V29: Motorkerékpáros sérülése	160	2	32	62	28	16	6	7	7
	V.30.-V.99 Egyéb közl.	749	22	142	161	138	120	77	44	45
	<i>V.01-V.99 Közlekedési balesetek összesen</i>	<i>1526</i>	<i>43</i>	<i>199</i>	<i>273</i>	<i>251</i>	<i>257</i>	<i>196</i>	<i>148</i>	<i>159</i>
	W00-W19: Esések	1898	2	9	20	55	136	202	278	1196
	W65-W74: Vízbefulladás és elmerülés	187	21	20	17	30	38	31	17	13
	W.85 - X.19 Égés	226	6	5	16	17	42	40	30	70
	X.20-X.29., és X.40-X49 Mérgezés	149	5	14	28	18	29	22	14	19
	X60-X84: Szándékos önártalom	2449	2	88	222	374	612	443	322	386
	X85-Y09: Testi sértés	166	7	12	19	31	41	21	16	19
	Egyéb fent nem részletezett baleseti esemény	816	19	19	49	79	195	163	104	185
	Összesen:	7417	105	366	644	855	1350	1118	929	2047

A teljes lakosságra vonatkoztatott halálozási ranglistán a véletlen balesetek és erőszak miatti halálozás a 3-4. helyen áll az utóbbi 3 évben (2. ábra).

2. ábra: Vezető halálokok nemenkénti átlaga Magyarországon 2005-2007. években (fő)

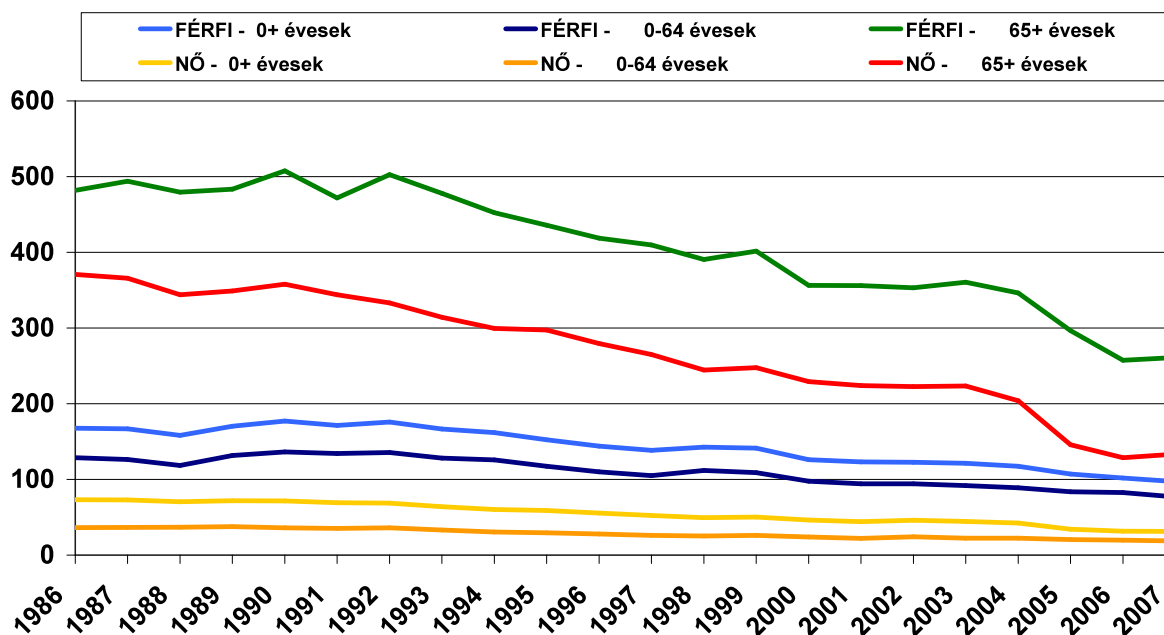


Forrás: KSH

A 2007. évi adatok szerint az összes halálozás 50,2%-át a keringési rendszer betegségei, 24,7%-át a daganatok, 6,6 %- át az emésztőrendszeri betegségek, 5,6%-át a balesetek, erőszakos cselekmények, és 5,1%-át a légző rendszer betegségei teszik ki. A külső okok miatti halálozás nemenkénti jellemzője, hogy az elhunytak 2/3-a férfi, és 1/3-a nő volt.

Mint a 3. ábrán látható, összességében a teljes lakosságra nézve (0+ évesek) a halálozási arány csökkenése nem jelentős. Öröndetes viszont 2005. évtől a 65 év feletti korosztályban bekövetkezett ugrásszerű halálozási arány csökkenés. A 3-4. ábrán az is jól látható, hogy a baleseti halálozás - adott korcsoportra vonatkoztatva (100 000 főre) - az idősebbek körében a legmagasabb.

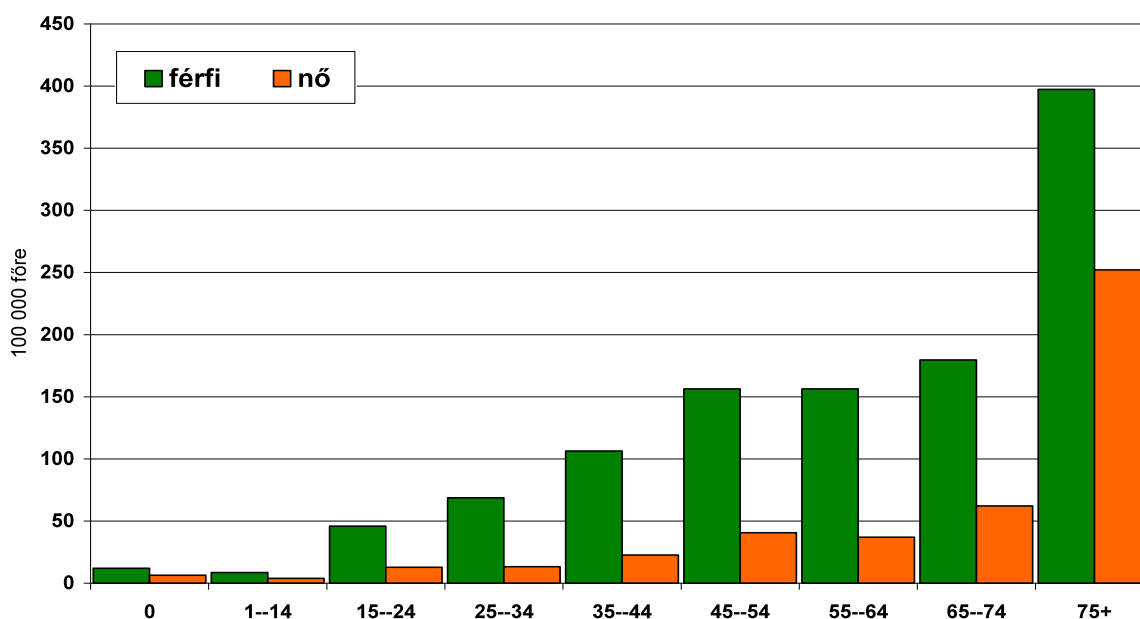
3. ábra: Külső okokra visszavezethető halálozás 100 000 lakosra vonatkozóan (SHA)* Magyarországon 1986-2007 években



*SHA = standardizált halálozási arányszám (standard: az európai népesség 1976. évi kormegoszlása)

Forrás: KSH

4. ábra: Külső okokra visszavezethető halálozás korcsoportonként 100 000 főre, 2005-2007



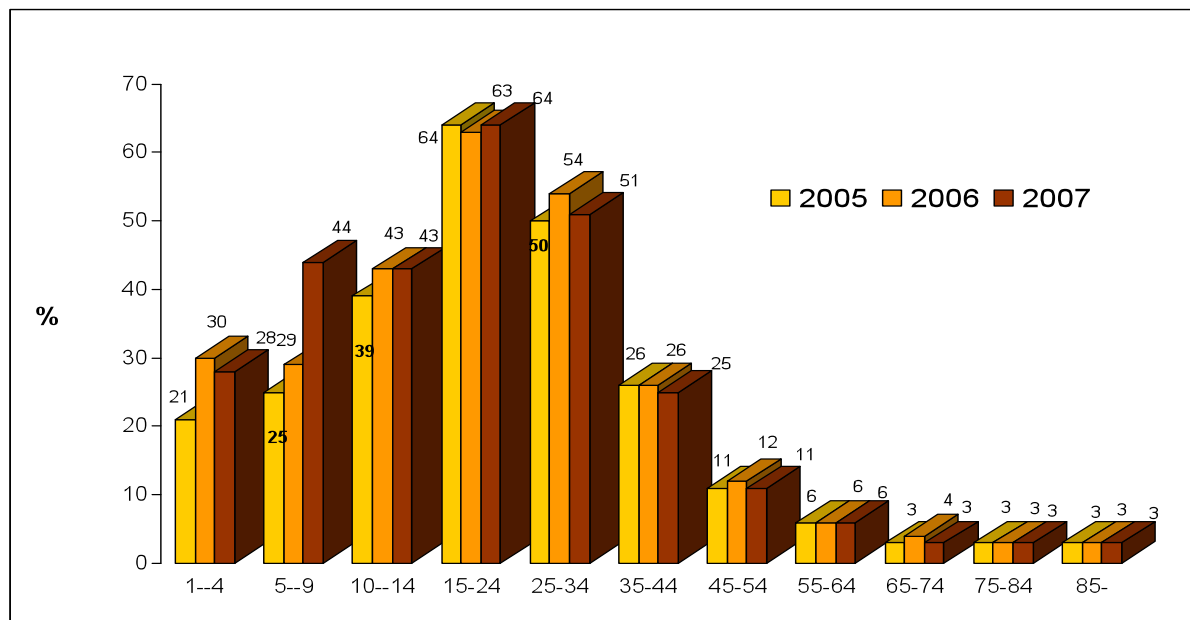
Forrás: KSH

Balesetben igen sok fiatal veszíti idő előtt el az életét. Ezt a tényt támasztja alá az is, hogy a potenciálisan elveszített életévek vonatkozásában a külső okokra visszavezethető halálozást csak a

veleszületett rendellenességek előzik meg. Férfiak esetén a potenciálisan elveszített életévek átlaga 2007-ben 18,8 év, nőknél 9,6 év.

Az egyes korosztályok halálozásának belső struktúráját vizsgálva szembevetendő, hogy 24 éves korig folyamatosan egyre nagyobb részarányt képviselnek a külső okok. A 15-24 éves korosztályban meghaladják a 60%-ot. Ám meglehetősen magas, 50% a következő, még igen fiatal felnőtt korosztályban is a külső okokra visszavezethető halálozás.

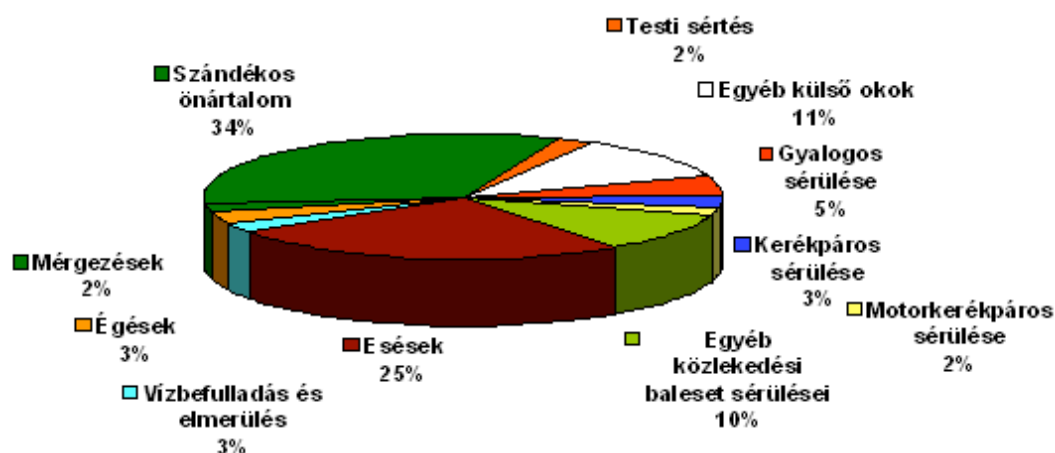
5. ábra: Baleseti halálozás aránya a teljes halálozáson belül egyes korcsoportokban 2005-2007. Magyarországon



Forrás: KSH

A külső okokra visszavezethető halálozás mintegy fele ún. véletlen baleset, harmada szándékos önártalom. (6. ábra) Elenyésző arányú, 2% az ismertté vált testi sértés. A nemek közötti eltérés jelentős (7. ábra).

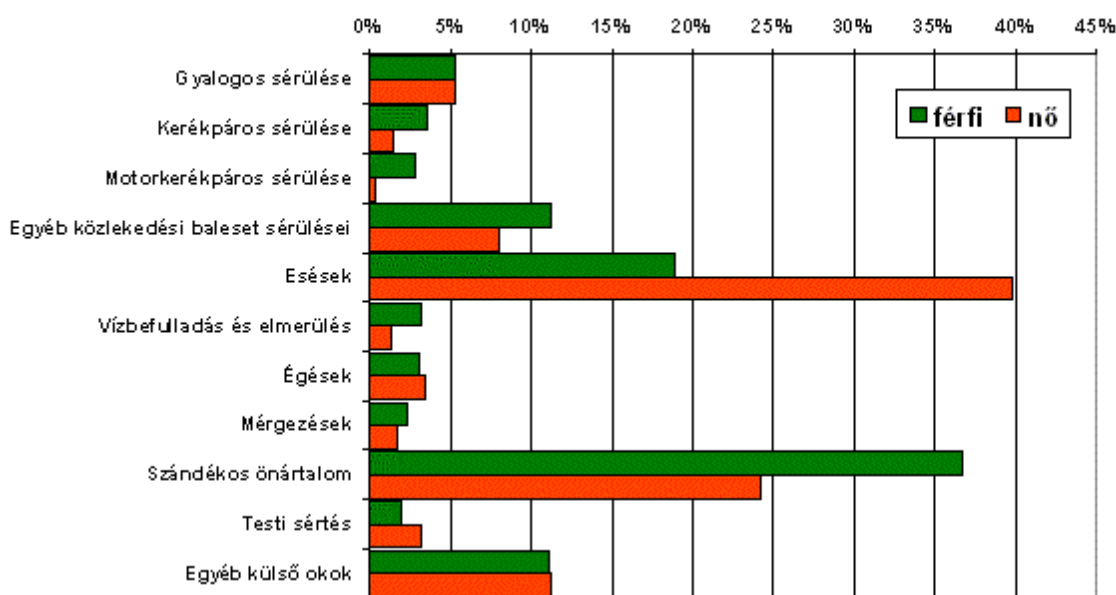
6. ábra: Külső ok miatti halálesetek megoszlása 2007-ben Magyarországon



Forrás: KSH

Az ún. véletlen balesetek megoszlása figyelemre méltó. Legnagyobb részaránya az esések miatti halálozásnak van (39%). Ezt követik a közlekedési balesetek 32%-kal. Az égés, mérgezés, vízbefúlás 3-5%-os arányban oka a baleseti halálozásnak.

7. ábra: Külső okok miatti halálesetek aránya nemek szerint 2007-ben Magyarországon



Forrás: KSH

1.1.2. Morbiditás

Kórházi ellátás

Éves szinten véletlen baleset vagy erőszak következtében kórházi ellátást igénylő sérülések száma kb. 280 000 főre tehető. Ebből a BNO10 alapján pontosan behatárolható 200 000 eset. A 2007. évi fekvőbeteg ellátási adatok szerint a három fő korcsoportra vonatkozó sérülések számát a 2. táblázatban mutatjuk be.

2. táblázat: Kórházi ellátást igénylő sérülési esetek száma 2007-ben Magyarországon

Korcsoport	Esetszám pontos diagnózissal	Összes esetszám, pontos diagnózis nélkül
0-24 éves	45 503	50 473
25-64 éves	94 480	157 488
65 és + évesek	61 216	78 559

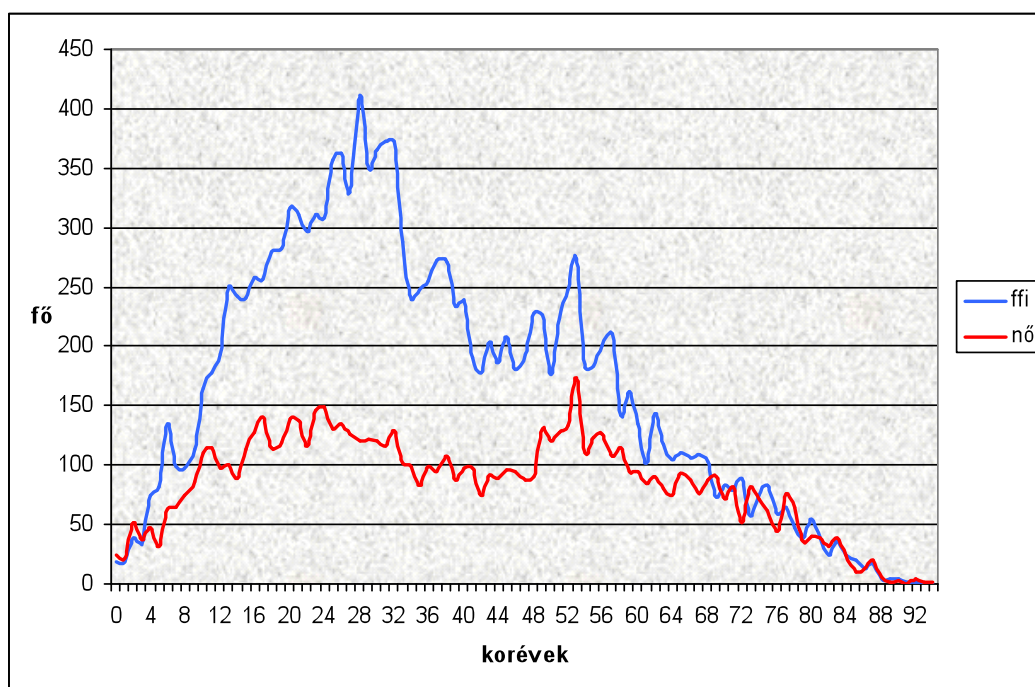
Az adatok az egyes sérülések szerinti bontásban a melléklet 6. táblázatában láthatók.

A kórházi ellátás adatai a súlyosabb sérülésekről szolgálnak információval. A fekvőbeteg ellátásban még nagyobb hányadot tesznek ki az esések (64%), ezt követik a közlekedési balesetek, viszonylag jelentős aránnyal (14%). Kórházi esetek tekintetében az égési és mérgezési esetek aránya nem éri el az 5%-ot.

Igen informatív a kép a kórházban ápolott baleseti sérültekről, ha korévenként ábrázoljuk számukat a négy legfontosabb baleseti tényező, úgymint közlekedési balesetek, esések, égések, mérgezések szerint (8, 9,10,11. ábrák). Az egyes ábrákon látható csúcsok egyben az adott korosztály illetve nem (férfi, nő) veszélyeztetettségét is jelzik, melyet a prioritások meghatározásánál – melyik korosztály, milyen nemű tagjai, melyik korcsoportban érintettek legsúlyosabban kórházi ellátás tekintetében - érdemes figyelembe venni.

A közlekedési balesetek miatti kórházi ápolásra legnagyobb számban a fiatal és középkorú férfiak szorulnak kiugróan magas számban.

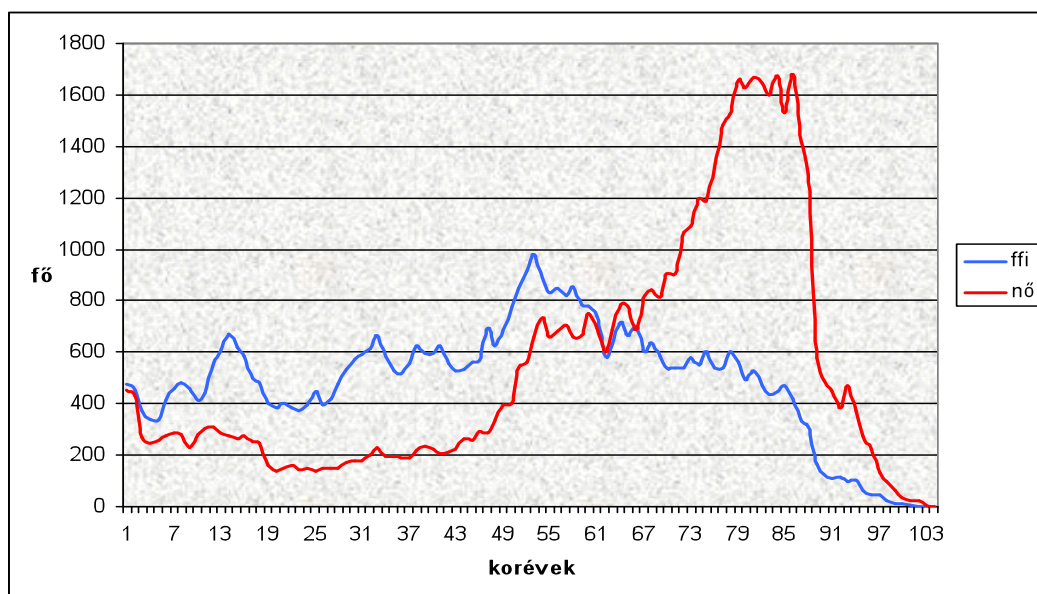
8. ábra: Közlekedési balesetek számának alakulása korévek szerint, fekvőbeteg adatok alapján 2007. évben Magyarországon



Forrás: OEP kórházi elbocsátási adatbázis

Az esések kórházi ellátására legnagyobb mértékben az idősebb nőknek – különösen 75 év felett! - van szüksége.

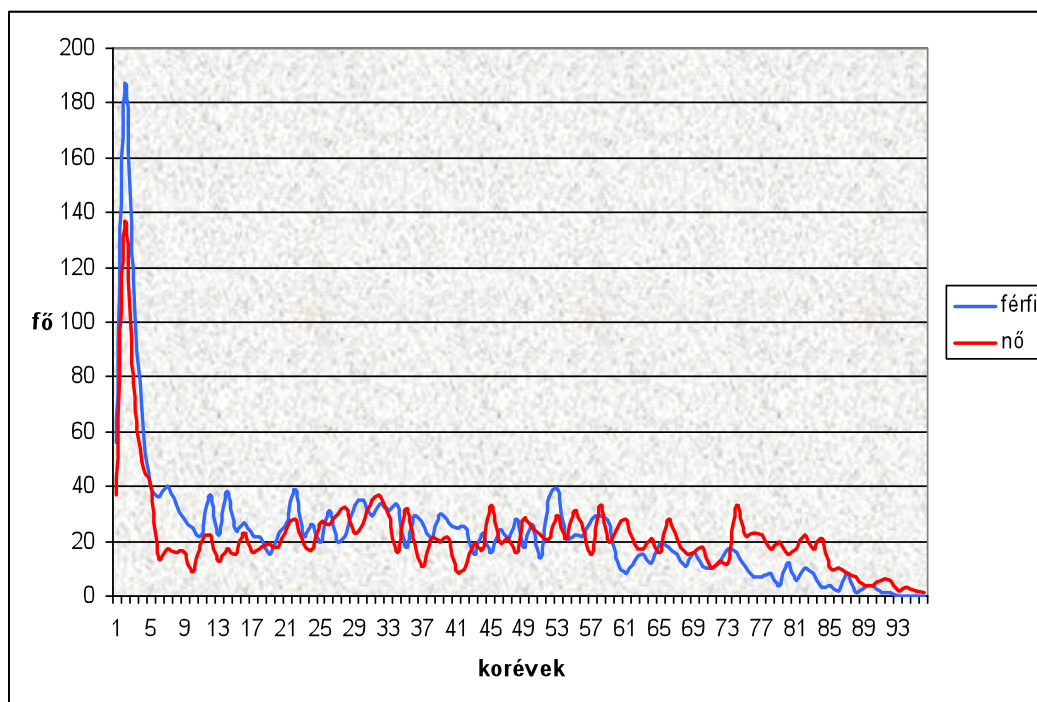
9. ábra: Az esések számának alakulása korévek szerint, fekvőbeteg adatok alapján 2007. évben Magyarországon



Forrás: OEP kórházi elbocsátási adatbázis

Az égés szembetűnően az 5 év alatti korosztály számára jelenti a legnagyobb kockázatot.

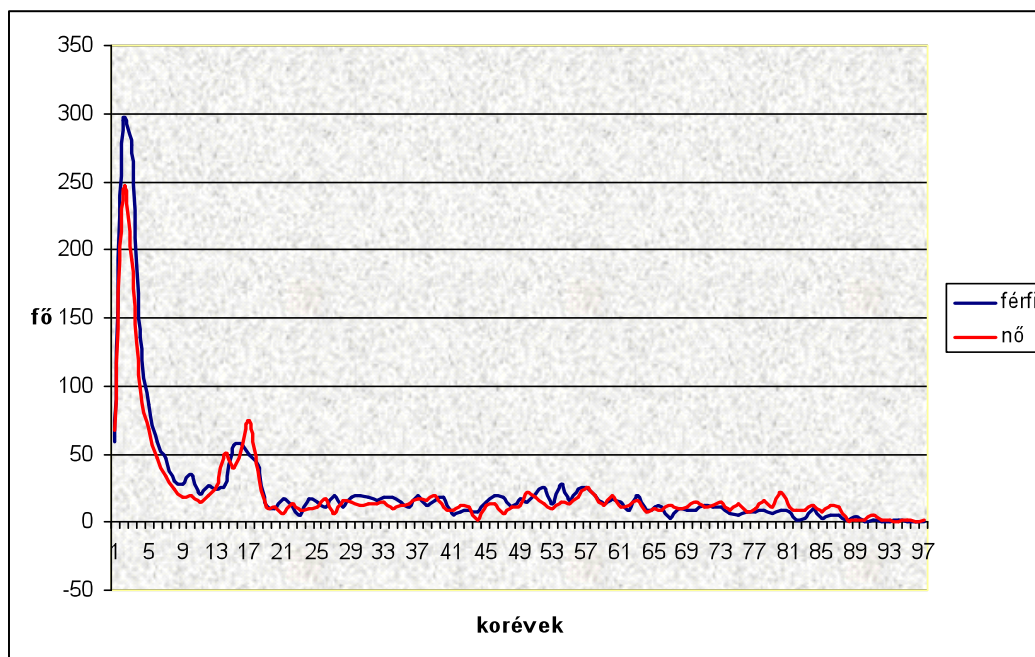
10. ábra: Az égések, forrázások számának alakulása korévek szerint, fekvőbeteg adatok alapján 2007. évben Magyarországon



Forrás: OEP kórházi elbocsátási adatbázis

Mérgezések miatt a gyermek első 5 éve figyelmet igényel a véletlen mérgezések miatt – 15-17 éves korosztály pedig már az öngyilkossági kísérletek miatt.

11. ábra: Mérgezések számának alakulása korévek szerint, fekvőbeteg adatok alapján 2007. évben Magyarországon



Forrás: OEP kórházi elbocsátási adatbázis

Járóbeteg szakellátás fontosabb adatai

A jelentősebb diagnózisokat figyelembe véve évente összesen mintegy 2,3-2,5 millió baleseti ellátás történik a szakellátó helyeken. A 3. táblázatban a főbb baleseti csoportban kezelt esetszám látható.

3. táblázat Járóbeteg szakellátásban különböző sérülések miatt megjelent esetek száma 2007-ben

Sérülés típusa	Esetek száma
Esés	cc.1 500 000
Szúrt, vágott sérülés	cc. 230 000
Motoros jármű okozta sérülés	cc. 75 000
Öngyilkosság, öngyilkossági kísérlet	cc. 10 000
Mérgezések száma	cc. 10 000

Forrás: OEP

A balesetek következményei közül egyik legsúlyosabb a traumatikus agysérülés, amely az ellátás során, járóbeteg szinten kb. 450 000 esetben kerül nevesítésre. (Tekintettel arra, hogy a legenyhébb agyat érő sérülés is szerepel ebben a körben, ezt az adatot kritikusan kell kezelni). Ugyancsak a járóbeteg szakellátásban évi 220 000 combcsonttörést diagnosztizálnak.⁶

⁶ Forrás: az OSZMK Informatikai, Adatkezelési és Elemzési osztálya

A baleset-megelőzés az egyik legjobban megtérülő befektetés (4. táblázat).[9]

4. táblázat: 1 Euróra jutó nyereség egyes balesetek megelőzése esetén a WHO szerint

Baleset típusa	1 Euróra jutó nyereség
munkabalesetek	7
gyermek számára biztonságos ülés	32
sisak kerékpárosoknak,	29
családlátogatás, szülői oktatás	19
mérgezés megelőzés szolgáltatás	7
közlekedés-biztonsági fejlesztések	3

Az Egészségbiztosítási és Nyugdíjbiztosítási Pénztárak nélkülözhetetlen partnerek a fenti adatok megszerzéséhez. Ezek a biztosítók is sokat profitálhatnak a baleseti adatok pontosabb megismerésével, hiszen köztudott, hogy a baleset-megelőzés jól megtérülő befektetés

Amennyiben azokhoz az országokhoz viszonyítjuk magunkat, amelyek legeredményesebben előzték meg a baleseteket, még rengeteg tennivalónk van. Az 5. táblázatban a WHO által [9] közreadott adatokkal szemléltetjük, milyen mértékben lehetne csökkenteni a halálesetek számát, ha minden ország a legjobb mutatókkal rendelkező eredményeket produkálná.

5. táblázat Mennyi életet menthetnénk meg Európában, ha a halálozás megegyezne a legkisebb halálozási mutatóval rendelkező országokkal (WHO szerint)

Baleset típusa	Általános halálozási szám évente	A potenciális megmenthető életek száma és aránya
Közlekedési balesetek	100 710	54 667 (54%)
Mérgezés	101 519	95 317 (94%)
Esés	72 104	36 425 (51%)
Vízbefúlás	34 026	30 713 (90%)
Tűzesetek	21 742	18 853 (87%)
Önsértések	145 493	87 557 (60%)
Erőszak	61 717	54 666 (89%)
Összesen	746 512	508 313 (68%)

Forrás: Dinesh Sethi, Francesca Racioppi, Inge Baumgarten and Patrizia Vida; *Injuries and violence in Europe: Why they matter and what can be done; WHO Europe 2006.*

1.1.3. Egészségfelmérések adatai

Egészségfelmérések

Felnőtt lakosságra vonatkozóan az Országos Lakossági Egészségfelmérések (OLEF) adnak képet. A 2003. évi OLEF szerint a 18 év feletti lakosság mintegy 10%-át éri évente olyan baleset, amely egészségügyi ellátást igényel [11].

A balesetek közötti rangsor, a baleset helyszínét, valamint a balesetet előidéző cselekvést figyelembe véve a 6. táblázatban látható.

6. táblázat Az egészségügyi ellátást igénylő sérülések az OLEF2003 alapján

Sorrend	Baleset típusa	Balesetek száma
1.	Háztartási balesetek	278 000
2.	Munkavégzéssel kapcsolatos balesetek	167 000
3.	Közlekedési balesetek	152 000
4.	Sportbalesetek	93 000
5.	Egyéb, többségében szabadidős tevékenység közben bekövetkezett balesetek száma	48 000

Forrás: OLEF2003

Gyermekekről a Serdülőkorú fiatalok egészsége és életmódja - ún. HBSC - felmérések adnak információt [12].

Az 5., 7., 9., 11. osztályosok közül egyetlen évben a tanulók 39,9%-a szenvedett sérülést. Nem elhanyagolható a verekedők aránya sem. Azt, hogy egyszer sem verekedett, a tanulók 57,5%-a állította. Figyelemre méltó a kiadvány alkoholfogyasztásról szóló fejezete is. A 11. évfolyam tanulóinak csupán 7-8%-a állítja magáról, hogy absztinens; két vagy több részegségről ebben az életkorban a fiúk 71%-a, a lányok 51%-a számolt be.

1.1.4. Közlekedési balesetek rendőrségi adatai

Közlekedési balesetek a rendőrségi adatok alapján

A közlekedési baleset fogalma: *közlekedési baleset - a KSH meghatározásában - olyan váratlan, nem szándékosan előidézett forgalmi esemény, amelynek következményeként haláleset, illetve személysérülés jön létre vagy anyagi kár jelentkezik.*

A közlekedési balesetek adatgyűjtése a 215/2003 (XII.10.) Kormányrendelet alapján kötelező.

Az adatszolgáltatás a KSH statisztikai adatfelvételi lapja szerint történik. (Nyilvántartási szám: 1009/04).

Főbb adatok, melyek a kérdőíven szerepelnek:

- I. Baleset időpontja
- II. Baleset helye
- III. A baleset helyszínének adatai
- IV. Környezeti viszonyok
- V. A baleset leírása
- VI. A balesetet okozó alkoholos illetve kábítószeres befolyása
- VII. A balesetet okozó gépjárművezető
- VIII. A baleset kimenetele
- IX. A balesetben meghalt, illetve megsérült személyek száma
- X. A balesetben résztvevők adatai
- XI. A balesetben meghalt, megsérült személyek adatai

A balesetet elszenvedők és okozók vonatkozásában megtudhatjuk az érintettek nemét, korát, állampolgárságát; a forgalomban betöltött szerepét. Kitér az adatlap a biztonsági berendezések, öltözékek viselésére is.

A sérülés kimeneteléről a következő adatokat gyűjti a rendőrség függetlenül attól, hogy a balesetnek okozója vagy részese volt-e valaki:

- 48 órán belül illetve 30 nappal később: meghalt,
- súlyosan sérült,
- könnyen sérült.

Továbbá megtudhatjuk, hogy a helyszínen ellátták és/vagy kórházba szállították a sérültet.

A következőkben a KSH „Közlekedési balesetek 2008” című kiadványából idézünk néhány általunk fontosabbnak ítélt adatot.⁷

A balesetek száma 2008-ban 19 174, a sérüléseké 26 365 volt a rendőrség ismeretei szerint. Ez utóbbiból 996 végződött halállal, 7227 számít súlyos sérültnek, 18142 könnyen sérültnek.

A 19 174 balesetből 2008-ban az alábbiak szerint alakul a sérültek és halálesetek száma járművenként (7. táblázat).

7. táblázat: Sérülések és halálesetek száma járművenként 2008-ban

Jármű	Baleset	Sérülés		Haláleset
		járművezető	utas	
Motorkerékpár	833	1477	212	53
Személygépkocsi	12 112	7347	6589	474
Autóbusz	196	29	509	15
Villamos, trolis	15	2	50	
Tehergépkocsi	1708	769	473	114
Kerékpár	1752	2931	48	78
Segédmotoros kerékpár	843	1382	55	23
Gyalogos	1390		3349	116

Forrás: Közlekedési balesetek 2008

Az ittasan okozott balesetek száma 2008-ban 2 342 (12%) volt a 19 174-ből.

Az összes balesetből 17 521 következett be a járművezető hibájából és 691 a gyalogosokéból. (egyéb okból 166)

A balesetben meghalt, megsérült személyek korcsoportok szerinti megoszlás is figyelmet érdemel (8. táblázat).

8. táblázat: Közlekedési balesetet szenvedettek száma korcsoportonként 2008-ban

Kor-csoportok (év)	≤ 5	6-14	15-17	18-20	21-24	25-27	28-30	31-35	36-40	41-45	46-50	51-60	61-64	65 = >
személyek	516	160	124	173	250	176	181	286	216	166	164	337	857	257

Forrás: Közlekedési balesetek 2008

⁷ KSH, 2009, szerk. Dr. Probáld Ákos

EU-s összevetésben az látható, hogy 2007-ben 1 millió lakosra Magyarországon mintegy 125 a balesetben meghaltak száma (Litvániában 220, Máltán 30, EU átlag: 85.)

1 millió személygépkocsira vetítve a balesetek száma Magyarországon 410. (Összehasonlítva: Romániában 780, Hollandiában 100. EU átlag 180.)

1.1.5. Foglalkozási baleseti adatok

A jelenlegi munkabaleseti adatgyűjtés leírása

Az 1993. évi XCIII. törvény munkavédelemről a munkabaleset fogalmát az alábbiakban határozza meg:

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

Ugyancsak a munkavédelemről szóló törvény V. fejezet szabályozza a munkabalesetek bejelentési rendjét. A bejelentés a 28/2004. (XII.20.) FMM rendelet 1. sz. melléklete szerint történik.

A munkabaleseteket az adatokat gyűjtő Országos Munkavédelmi és Munkaügyi Főfelügyelőség (továbbiakban: OMMF) összesíti, és azokról negyedéves bontásban jelentést tesz közzé. A 2008. IV. negyedév tartalmazza a legutóbbi teljes év adatait is.

A kiadvány elején leszögezük, hogy a kiadvány csak az OMMF hatáskörébe tartozó adatokat tartalmazza.

Munkabaleseti adatok a három napot meghaladó keresőképtelenséget, ill. a halált okozó munkabaleseteket tartalmazzák.

A kiadvány tartalmazza a következőket:

Összes munkabaleset – aktuális évre és az azt megelőző 4 évre vonatkozóan. (Abszolút számokról van szó, a foglalkoztatottakra való utalás nincs az anyagban. Hasonló az adatközlés a halálos balesetek tekintetében is). A kiadvány összehasonlítja az adatokat az előző év azonos időszakával – ismét csak az abszolút számokat használva. Az összehasonlítás az

- összes balesetre,
- halálos kimenetelű balesetekre,
- súlyos csonkulásos kimenetelű balesetekre,
- egyéb súlyos kimenetelű balesetekre
- súlyos összes kimenetelű munkabalesetre
- csonkulásos kimenetelű munkabalesetre vonatkozik.

Megismerhető a kiadványból a munkabalesetek regionális megoszlása is – ismét a foglalkoztatottra való utalás nélkül (9. táblázat).

9. táblázat: Bejelentett munkabalesetek száma, 2004-2008

	2004. év	2005.év	2006.év	2007.év	2008.év
Összes bejelentett munkabaleset	23 872	23 971	22 685	20 922	22 217
Összes halálos munkabaleset	160	125	123	118	116

Forrás: OMMF

1.1.6. Méregzési esetek

Az egészségügyi ellátást igénylő mérgezési esetekről az Országos Kémiai Biztonsági Intézet Egészségügyi Toxikológiai Tájékoztató Szolgálat (OKBI-ETTSZ) gyűjti az adatokat. Alapja a 2000. évi XXV. törvény a kémiai biztonságról, illetve a 44/2000.(XII.27.) EüM rendelet, valamint az Országos Statisztikai Adatgyűjtő Program (OSAP) „Jelentés az emberi mérgezési esetekről” nyilvántartási szám: 1570. (Főbb adatait a 10. táblázatban közöljük.)

A bejelentésre kerülő mérgezési esetek az alábbi tartalommal rendelkeznek:

- megye
- mérgezett neve
- mérgezett kora
- a mérgezést előidéző anyagok és készítmények
- gyógyszerek
- ipari és háztartási anyagok
- növényvédő szerek
- egyéb anyagok
- kábítószer
- a mérgezések módja:
- öngyilkosság
- véletlen
- mérgezések kimenetele
- nem halálos
- halálos

A statisztikai feldolgozó rendszer alkalmas arra, hogy az egészségügyi intézmények által bejelentett adatokból éves szinten nemenként, korcsoportonként, mérgező anyagonként, a mérgezés módja és kimenetele szerint összesítés készíthető legyen. Ez láthatóvá teszi a bejelentett esetek alapján, hogy mely populáció a legveszélyeztetettebb és melyek a leggyakrabban kárt okozó mérgek.

Előnye a rendszernek, hogy közel 10 éve folyamatos. Hátránya, hogy bejelentési fegyelemtől is függ a mérgezési esetek száma. (Meglehetősen nagy az eltérés az egyes megyékből bejelentett mérgezési esetek számát illetően, amely feltehetően nemcsak a véletlennek tudható be. 2008-ban a 10 000 lakosra vetített összes mérgezési esetszám legmagasabb Borsod-Abaúj-Zemplén megyében 223,1, legalacsonyabb Pest megyében: 34,4. Országos átlag: 130,2.)

10. táblázat: ETTSZ-hez bejelentett mérgezési esetek száma, 2004-2008

	2004.	2005.	2006.	2007.	2008.
Mérgezési eset bejelentések	13 645	12 823	9632	11 672	13 201
Halálos mérgezési eset	187	169	144	73	76

Forrás: OKBI, ETTSZ

1.1.7. Gyermekintézményi balesetek

Oktatási intézményekben keletkezett balesetek

A 11/1994.(VI.8.) MKM rendelet 2. sz. melléklete alapján kerülnek jelentésre a tanuló- és gyermekbalesetek.

A rendelet értelmében a három napon túl gyógyuló sérülést okozó tanuló- és gyermekbaleseteket haladéktalanul ki kell vizsgálni, és jelenteni kell a fenntartónak. A kivizsgálás során fel kell tárnai a

kiváltó és a közreható személyi, tárgyi és szervezési okokat. A jegyző, főjegyző a nevelési-oktatási intézményektől, illetve a fenntartóktól érkezett baleseti jegyzőkönyveket a naptári félévet követő hónap utolsó napjáig megküldi az Oktatási és Kulturális Minisztérium részére. Minden tanuló- és gyermekbalesetet követően meg kell tenni a szükséges intézkedést a hasonló esetek megelőzésére.

Éves szinten mintegy 5-6000 baleset kerül így bejelentésre országosan.(2008-ban 6200 eset került bejelentésre. Forrás: OKM) Ennél feltehetően lényegesen több a balesetek száma az intézményekben. (A 2004/2005. évre vonatkozó ÁNTSZ felmérés során csak 1900 iskola adatai kerültek feldolgozásra, ám a balesetek száma 7000 volt. Az oktatási intézmények száma Magyarországon meghaladja az 5000-et.)

Az óvodák, iskolák biztonságos környezetének kialakítása a fenntartó-üzemeltető felelőssége. A tűzvédelemről külön fejezet szól, a mérgezések-megelőzése, sportbalesetek és egyéb intézeti balesetek megelőzése a baleset-megelőzési tervek része. A baleset-megelőzési terv kialakításáért és érvényesítéséért az intézet vezetője a felelős, de felelőssége a balesetei adatok bejelentésére is kiterjed.

1.1.8. Égési sérülések – tűzvédelem

A tűz elleni védekezés olyan közfeladat, amelyet feladatkörükben a társadalmi és gazdasági szervek valamint az állampolgárok egyaránt kötelesek elvégezni.

A tűz elleni védekezés feladatait jogszabályi előírások tartalmazzák.

1996. évi XXXI. törvény a tűz elleni védekezésről, a műszaki mentésről és a tűzoltóságról

79/2007. (IV.24.) kormányrendelet a tűzvédelmi hatósági feladatokat ellátó szervezetekről és a tűzvédelmi hatósági tevékenység részletes szabályairól.

Ez utóbbi a tűzmegelőzésben első helyen szerepelteti a tűzoltóságot, bizonyos kérdésekben az Országos Katasztrófavédelmi Főigazgatóságot.

Hazánk mentő tűzvédelmének biztosítása alapvetően a hivatásos önkormányzati tűzoltóságok feladata, melyhez segítséget nyújtanak az önkéntes és létesítményi tűzoltóságok, valamint a tűzoltó egyesületek. Fenntartójuk az önkormányzat (állami támogatással), szakmai felügyeletüket az Országos Katasztrófavédelmi Főigazgatóság végzi. Az önkéntes tűzoltóság a települési önkormányzat és a tűzoltó egyesület által közösen alapított köztestület, mely tűzoltási és műszaki mentési célokra folyamatosan igénybe vehető készenléti szolgálatot lát el és önálló működési területtel rendelkezik.

A tüzesetek megelőzése a tűzoltóság és a katasztrófavédelmi felügyelőség hatáskörébe tartozik. Ezt a feladatot a tűzoltóság naprakészen kezeli.

2. A célok meghatározása

A baleset-megelőzés igen szervezett, célratorő tevékenységgel valósítható meg, melynek eredményessége csak évek alatt látható. Ezért a megelőzési programokra és azok mérésére érdemes hosszabb intervallumot kitűzni, összhangban más tárcák által meghatározott célokkal.

2.1. *Vízió*

Csökkentsük Magyarországon a véletlen baleset és erőszak áldozatainak számát, enyhítsük az egyéni emberi szenvedéseket, a rokkantságban eltöltött éveket, a kiszolgáltatottságot, az elszegényedést, mely egy sérült, tartósan rokkant személy esetén a környezetére is kihat.

2.2. *Fő cél*

Figyelembe véve a társtárcák által kitűzött célokat is összességében az elkövetkező 10 évben - 2010-2020 között -, reálisan a baleseti halálozás 25%-kal történő csökkentése érhető el.

2.3. *Átfogó célok*

Tekintettel arra, hogy a fatális balesetek nagyobb részt fiatal- vagy középkorban érik az embereket, a stratégia következtében átfogó célként elvárható:

- Növekedjen a születéskor várható élettartam 1-45 éves korban
- Növekedjen az egészségben eltöltött életevek száma
- Csökkenjen a balesetek miatt potenciálisan elveszített életevek száma (PÉV)
- Csökkenjen a baleseti ellátásra fordított összeg
- Csökkenjen a baleset miatt rokkantságban töltött életevek száma

2.4. *A baleset-megelőzés irányai*

1./ A baleset-megelőzést **5 fő baleseti csoport köré** irányítjuk helyszínük szerint:

- Közlekedési balesetek – különös tekintettel a védtelen úthasználókra
- Munkabalesetek – a szervezett munkavégzés mellett az egyéni munkavállalók baleseteit is beleértve
- Háztartási balesetek
- Gyermekintézményi balesetek
- Sport – és szabadidős balesetek

Megjegyzés: Minden csoportban megkülönböztetünk

- baleset előtti,
- baleset közbeni, és
- baleset utáni
- megelőzési tevékenységet

2./ Az összes baleset-megelőzési cél **4 korcsoportban** tűzendő ki:

- Gyermek 0-14 éves
- Fiatal 15-24 éves
- Felnőtt 25-64 éves
- Időskorúak 65 éves és idősebb

3. Intervenciók – meglévő gyakorlatok a balesetek megelőzésére.

Az elmúlt évek eredménye, hogy az EU tagországok az Európai Unió Apollo projektje keretében konszenzuson alapulva tíz kiemelt területet határoztak meg a baleset-megelőzés területén [13]:

- Közlekedés-biztonság
- Esések
- Mérgeзések
- Égések
- Vízbefúlás
- Sport biztonság
- Termékbiztonság
- Munka biztonság
- Gyógyszerek, alkohol és kábítószer

A kiadványban röviden meghatározzák azokat a cselekvéseket, melyek ezeken a területeken bizonyítottan hatékonyan növelik az emberek biztonságát, melyet hazai viszonyok mellett is érdemes figyelembe venni. A nemzetközi javaslatokat és hazai lehetőségeket figyelembe véve az alábbi **javaslatokat tesszük**

3.1. *Közlekedési balesetek megelőzése*

A közlekedési balesetekkel kapcsolatos adatgyűjtés és feldolgozás jelenleg Magyarországon a rendőrség látószögébe került balesetek alapos statisztikai elemzésén nyugszik. Közismert, hogy a közlekedési balesetek száma ennél nagyobb, hiszen nem hívnak minden balesethez rendőrt. A 2003-as Országos Lakossági Egészség Felmérés (OLEF) szerint a felnőtt lakosság körében mintegy 150 000 olyan sérülés történt, amely közlekedési baleset következménye, és valamilyen szintű egészségügyi ellátást igényelt. (Az eltérés a rendőrség által rögzített és a felnőtt népesség által bevallottan megtörtént balesetek között meghaladja a 100 000 főt).

Az egészségügynek célszerű tehát a balesetekkel kapcsolatos adatokat továbbra is gyűjteni a lakossági egészségfelmérések során, elsősorban amiatt, hogy becsülhető legyen az összes egészségügyi ellátást igénylő közlekedési balesetek előfordulási gyakorisága ➔1.

A kórházak évente mintegy 250-280 000 baleseti sérülést regisztrálnak. Bár a balesetek nemzetközi osztályozásának 10. revíziója (BNO10) igen részletes alábontást tartalmaz a balesetek jellemzésére és azok kimenetelére vonatkozóan, azonban az adatokat az eddigienél is pontosabban kell rögzíteni. Erre azért van szükség, hogy a helyzetleírás a lehető legprecízebben tükrözze a valóságot, és a balesetek súlya, az ellátás közvetlen és közvetett költsége mérhető legyen ➔2.

A járóbeteg ellátási adatokra - a fekvőbeteg adatoknál is említett - pontatlanság, és adathiány jellemző, ami miatt az elemzések nem lehetnek eléggé megbízhatóak ➔3.

Az alapellátási rutin jelentésekben nem szerepelnek baleseti adatok. Sem az OEP (B 300) sem a HMAP (Háziorvosi Morbiditási Adatgyűjtési Program) nem kér erre vonatkozó adatokat ➔4.

Amennyiben az alapellátás adatszolgáltatása bővülne ez irányban, ismereteink a közlekedési baleseti sérülésekről lényegesen kiterjedtebbek lennének.

A jelenlegi helyzetben a BNO10 alapú kódolás alapján ma is meg tudjuk az egyes járművek okozta baleseteket különböztetni.

A baleseti adathoz mellé lehet rendelni a sérüléseket. Ezekből megtudhatjuk, hogy egy-egy baleset milyen sérülésekkel jár leggyakrabban és fordítva, egy-egy trauma minek a következtében jön létre. Ezek az adatok támpontot adnak a közlekedési balesetek anyagi terhének számításán túl, a megelőző munkához is ➔5.

A halálozási adatok bár 2008-ban az előző évihez viszonyítva csökkentek, de mint ahogy az EU-s adatok is mutatják, még mindig igen magasak. Mivel a sérülés kimenetelére nagy befolyással van a gyors és szakszerű ellátás, érdemes a szakfőorvosok bevonásával, hatáskörük figyelembevételével egy nyomonkövetéses vizsgálatot indítani, az egészségügyi ellátás hatékonyságára vonatkozóan. Ennek útvonala:

- észlelő orvos
- mentő
- sürgősségi ellátás
- kórház

Vizsgálandó az idő faktor, továbbá az ellátás személyi és tárgyi feltételeinek megléte ➔6.

A szakfőorvosi tevékenységbe célszerűen bevonható a két vizsgálandó kérdés, mint az ellátás minőségi (betegbiztonsági) aspektusait monitorozó audit. Az audit teljes egészében érintené a fent vázolt „beteg utat”. A pre-hospitális ellátást az észlelő orvos, illetve a mentés jelentheti, míg az akut ellátást a kórház, azon belül is leggyakrabban a traumatológiai osztály.

Az on-line beküldött adatok (ellátási szintenként és a teljes betegút vonatkozásában) felállított protokollok szerint kerülnének ellenőrzésre. A protokolloknak nem megfelelő esetek értékelése a szakfőorvos dolga.

A hosszantartó vagy maradandó sérülések elemzése a rehabilitáció kérdésköre. Ezek szakmailag és anyagilag is szakfőorvosi hatáskörben vizsgálhatóak és értékelhetőek ➔7.

Mindkét szakfőorvosi adatgyűjtés fejlesztésre szorul. Ebbe a munkába az érintett szakfőorvosokon kívül az OSZMK Nem-fertőző betegségek epidemiológiája osztálya, valamint az informatikai osztály munkatársai is bekapcsolódhatnak.

Az egyes szakmáktól érkezett adatok az OSZMK Nem-fertőző betegségek epidemiológiai osztályán kerülnének szintézisre, és az OSZMK éves jelentésében megjelenítésre.

A vázolt teljes adatgyűjtési rendszer kialakításáig az Európai Unió több országában alkalmazott Injury DataBase (IDB) pilot szintű kipróbálása javasolt ➔8.

3.2. Munkabalesetek megelőzése

A munka balesetek pontosabb ismerete közös érdeke a munkaügyi, szociális és egészségügyi tárcának. Ezért a munkával összefüggő baleseti adatok mennyiségének és minőségének javítása elérendő cél. Ennek érdekében az adatszolgáltatás fejlesztésére az alábbi javaslatot tesszük:

- Az alapellátási adatszolgáltatásba (háziorvosi jelentés) célszerű bevenni a munkavégzéssel kapcsolatos baleseteket.
- A járóbeteg szakellátás adataiból biztosítani kell ezeknek a baleseteknek leválogatását.
- A fekvőbeteg szakellátás adataiból le kell válogatni a munkával kapcsolatos sérüléseket, baleseteket.

Az összehasonlíthatóság, illetve nyomon követhetőség érdekében mind a három adatforrás tekintetében hasonló elvet kell követni az adatszerkezetet illetően.

Az egységes kigyűjthetőség érdekében a baleset körülményein kívül a sérülés jellegét is rögzíteni kell a BNO 10 szerint ➔9.

A munkából eredő sérülések költségét az OEP súlyszámainak felhasználásával lehet megbecsülni. Az így gyűjtött és elemzett adatok lehetőséget biztosítanak arra, hogy az egyes balesetek által kialakult sérülések súlyáról, közvetlen egészségügyi költségeiről képet kapjunk. Ezzel segíthetjük az egészségügyi kormányzatot abban, hogy az eddigieknél pontosabb képet kapjon a munkahelyi balesetek terhére az általános egészség-biztosítási rendszeren belül ➔10.

A kapott adatok lehetőséget teremtenek arra, hogy a leggyakoribb, legsúlyosabb, legnagyobb költséggel járó balesetek kimutathatóak legyenek. Ezek alapján, a munkabalesetek megelőzésére vonatkozóan javaslatot tudunk tenni a foglalkozás-egészségügyi ellátás és az egészségvédelem különböző színterein végzendő munkára. Az adatokat az OMMF is fel tudja használni munkahelyi ellenőrzései hatékonyságának növelésére, a munkabalesetek megelőzésre.

Tekintve, hogy a munkabalesetek szakszerűen, nagy hatékonysággal megelőzhetőek, fontosnak és jó eredménnyel járónak tartjuk az ez irányú munkát ➔11.

3.3. Méregzési esetek megelőzése

A kémiai biztonság a mindennapi élet színterein is fontos. ➔12

A jelenlegi adatgyűjtési rendszer hátránya, hogy a mérgezési eseteket nyilvántartó adatbázis nagyban függ a bejelentési fegyelemtől. Köztudott, hogy jelentős eltérés van az egyes megyékből bejelentett mérgezési esetek számát illetően, ami feltehetően nemcsak a véletlennek köszönhető. Emiatt célszerű lenne a rendszer működését következetesebben számon kérni, illetve kontrolként összevetni az alapellátásban keletkező mérgezési esetek számával. Ehhez azonban szükség lenne az OEP jelentés (B300) kibővítésére, a többi baleseti típushoz hasonlóan, valamint a járóbeteg adatok leválogatására, és a fekvőbeteg adatok ez irányú részletes vizsgálatára ➔13.

A mérgezések megelőzése érdekében javasolt, hogy az OKBI bevonásával készüljenek, vagy kerüljenek kidolgozásra pedagógiai programok. Fontos ezek elterjesztése elsősorban az óvodás-, a kisiskolás-, és a középiskolás korosztályokban, de mindenképpen előnyös lehet az idősebb korosztály bevonása is ➔14.

3.4. Égés-prevenció

Az adatgyűjtés kibővítésére, az adatok szakszerűbb elemzésére ezen a téren is szükség van. Az alapellátás által jelentett adatok körébe - mind a gyermek, mind a felnőtt ellátás során - célszerű lenne bevonni az égési sérüléseket is. ➔15

A járóbeteg és fekvőbeteg ellátási adatokat ki kellene egészíteni a baleset helyszínével, és a baleset okának részletes leírásával is. Erre annak érdekében van szükség, hogy az eddiginél sokkal pontosabb képet kapjunk arról, hogy miért is jött létre az égési sérülés. Ez utóbbit az égési sérülés kiterjedtségével is ki kellene egészíteni. Jelenleg nem ismertek az égési sérülést követő transzplantációk, sem az egyéb rehabilitációk adatai vagy költségei sem.

Az adatok pontosítása mellett az égések, forrázások megelőzése érdekében további hatékonyabb együttműködésre is szükség van. Például a védőnők, házi gyermekorvosok, szociális gondozók sokat segíthetnek a kockázati tényezők kiiktatása terén. Családlátogatásaik során fel kell hívniuk a családtagok figyelmét a különböző veszélyhelyzetekre, a baleseti források elhárításának fontosságára, és azonnali intézkedést kell kezdeményezniük, ha közvetlen biztonságot veszélyeztető helyzetet tapasztalnak ➔16.

Elengedhetetlenül fontos, hogy ne csak az iskolákban, hanem már az egészen kicsi korban, óvodások körében elkezdődjön a forrázások, égések megelőzéssel kapcsolatos ismeretek terjesztése ➔17.

3.5. Gyermekintézmények biztonsága

Az intézmények közegészségügyi ellenőrzésének legyen része a biztonság felügyelete is. Folyamatosan figyelemmel kell kísérni, hogy az óvodák, vagy az oktatási intézmények berendezése, felszereltsége biztonságos legyen, illetve ellenőrizni kell, hogy a gyermekek ezeket rendeltetésszerűen használják-e ➔18.

3.6. Esés-megelőzés

3.6.1. Idős korban

Az intézményi körülmények között élő időskorúak biztonságának növelése ➔19 ➔20.

Az egyéni háztartások átalakításának támogatása az önkormányzatok által ➔21.

Baleset megelőzéssel kapcsolatos ismertterjesztés, amelyhez széles körben be kell vonni a helyi szociális gondozói hálózatot. A szociális ellátásban dolgozók számára a témával kapcsolatos olyan képzési anyagot kell biztosítani, amely alkalmas hatékony prevencióra ➔22.

Módszertani anyag részeként olyan mozgásprogramot kell kidolgozni, amely egységes szempontok szerint érvényes a gyógytornászok vagy más mozgásterápiával foglalkozók (pl. tai chi mesterek) számára is ➔23.

Célszerűnek és a baleset megelőzés szempontjából eredményesnek prognosztizálható a gyógyászati segédeszközt gyártók bevonása az időskori esés prevencióba.

3.6.2. Gyermekkorban

Tekintettel arra, hogy a kisgyermekes leesése, eséssel járó balesetei igen sok sérülést eredményeznek, erre fokozott hangsúlyt kell helyezni már csecsemőkortól kezdve. Ezen a téren is hatékonyan közreműködhetnek a védőnők az otthonlátogatások alkalmával ➔24.

A játszótéri leesések megelőzése terén a biztonságos játszóterek kialakításával, illetve a játszótéri folyamatos felügyelettel lehet komoly eredményeket elérni. Ennek megoldása elengedhetetlenül fontos ➔25.

Ugyanez vonatkozik az iskolai terekre, udvarokra is.

A műszaki megoldások - gyermekek számára biztonságos ablak, ajtó kialakítása - jogi szabályozását haladéktalanul elő kell mozdítani ➔26.

3.7. Sport és szabadidő balesetek megelőzése

Ezen a téren az eddigieknél sokkal nagyobb felvilágosító munkára van szükség, különösen a kockázatt vállaló magatartásban élenjáró kamaszok körében ➔27.

Az üzemben tartók, gyártók, és forgalmazók felelőssége a biztonsági eszközök, felszerelések tekintetében kiemelkedő (uszodák, játszóterek, közterek, sport-és szabadidő központok).

A testnevelő tanárok, edzők ez irányú képzése kiemelendően fontos ➔28.

3.8. Kutatások baleset-megelőzés terén

Az OSZMK Nem-fertőző betegségek epidemiológiája osztálya az elmúlt 5 évben számos felmérést és elemzést végzett a baleset-megelőzés érdekében. A felmérések adatai az alábbi témakörökben szolgáltatottak információt:

- Szociális otthonokban bekövetkezett balesetek száma egy éven belül
- Egyedül élő idősök lakáskörülményei, és azok baleset-veszélyei
- Időskorúak hajlandósága szervezett sportra
- Időskorúak hajlandósága a lakás átalakításra
- Egészségügyi főiskolások balesetekkel kapcsolatos attitűdjei - képzés előtt és után
- Védőnők baleset-megelőzéssel kapcsolatos képzésének hasznosulása
- Időskorúak SF-36 tesztje és timed stand up and go hagyományos gyógytorna kurzust, illetve tai chi gyakorlatot követően

- Középiskolások és főiskolások közlekedési rizikóval kapcsolatos attitűdje
- Sportolás és sportbalesetek középiskolások körében
- Gyógyszerfogyasztás és esések gyakorisága 2 szociális otthonban – egyéves nyomon követés

Az intervenciók hatékonyságának mérésére további kutatások, további együttműködések szükségesek más területeken is. Például:

- Adatgyűjtés fejlesztése – integrált adatgyűjtés a meglévő adatszolgáltatások fejlesztésével ➔29
- Az időskor és közlekedési balesetek kapcsolata ➔30
- A WÉK - Williams Életkészségek Program hatása a kevésbé erőszakos közlekedésre ➔31
- Split the risk – Csökkentsd a kockázatot! hatása a kamaszok kockázatvállaló magatartására ➔32

A téma nyitott, rengeteg további lehetőséget rejt.

3.9. *Kampányok*

Média és egyéb kampányok tervezése, szervezése, a tömegkommunikáció hatásának mérése ➔33 ➔34.

4. Intervenciós javaslatok rövid tematikus összefoglalása

Az 1.1. (Epidemiológiai elemzés) és 1.2. (Intervenciók – meglévő gyakorlatok a baleset-megelőzésben) fejezetben összefoglaltuk a különböző balesetekből adódó fő problémákat, és az azok megoldására Magyarországon jelenleg létező gyakorlati tevékenységeket. Az alábbiakban felsoroljuk azokat a javaslatokat, amelyeket a helyzet jobb megismerése, és a hatékonyabb baleset-megelőzési stratégia érdekében, elsősorban az egészségügy részéről végrehajtásra érdemesnek tartunk.

4.1. Közlekedési balesetek

- 1./ Az Országos Lakossági egészségfelmérésekben szerepeljen a balesetekkel kapcsolatos kérdéskör.
- 2./ OEP kórházi adatbázis feltöltése a balesetekkel kapcsolatos adatokkal minimum a BNO10 alapján.
- 3./ Az OEP járóbeteg adatbázis feltöltése a balesetekkel kapcsolatos adatokkal minimum a BNO10 alapján.
- 4./ Baleseti adatok gyűjtése az alapellátásban.
- 5./ Az egyes balesetekből adódó jellemző sérülések kimutatása és ezek alapján a közvetlen egészségügyi költségek számítása.
- 6./ A baleseti sürgősségi ellátás indikátorainak kifejlesztése, mérése.
- 7./ A balesetek hosszú távú kihatásának mérése. (DALYs)
- 8./ IDB pilot szintű kipróbálása. Kedvező tapasztalat esetén hosszútávú felhasználása.

4.2. Munkával összefüggő balesetek

- 9./ A munkával összefüggő balesetekről is pontosabb képet kapunk a 2-8. pontban foglaltak alkalmazásával.
- 10./ A munkabaleseti ellátás külön biztosítóként való leválasztása.
- 11./ A munkahelyi balesetvédelem érdekében végzett célzott jó gyakorlatok bevezetése, azok hatékonyságának ellenőrzése. A jogszabályban meghatározott kockázatbecslése szigorú betartása a munkáltatók részéről, azok ellenőrzése a munkaegészségügyi szakemberek által.

4.3. Mérgezések

- 12./ Munka – és környezetvédelmi előírások betartása a mérgező anyagok vonatkozásában.
- 13./ Az 1-8 pontokban foglaltak kiterjesztése a mérgezési esetekre is.
- 14./ Jó gyakorlatok elterjesztése a mérgezések megelőzésére, különösen sérülékeny korosztályokban és csoportokban. (Gyermekek, fiatalok, idősek, depriváltak.) A fiatalok öngyilkosságok megelőzésére a mentális egészség programok széleskörű alkalmazása javasolt.

4.4. Égések, forrázások

- 15./ Az 1-8 pontban foglaltak kiterjesztése az égési és forrázási esetekre is.
- 16./ Családlátogatás során az égéssel, forrázással kapcsolatos körülményekre a figyelem felhívása, különös tekintettel a hátrányos helyzetűek körében. Védőnői, gyermek háziorvosi figyelemfelhívás a terhes gondozásban résztvevő kismamák számára.
- 17./ Égés-prevenációs programok 3-14 éve korig, pedagógiai oktatócsomaggal

4.5. *Gyermekintézményi balesetek*

18./ Kerüljön bele a hatósági rutin ellenőrzés körébe a gyermekintézmények biztonsága.

4.6. *Esések megelőzése*

19./ Szociális otthonok baleseti forrásának csökkentése.

20./ Egészségügyi intézmények baleseti forrásainak csökkentése.

21./ Idős emberek lakásának balesetmentessé tételére programok.

22./ Képzési programok az idősellátással foglalkozók részére baleset-megelőzés terén.

23./ Mozdásprogramok elterjesztése idősök körében. (Hagyományos gyógytorna és tai chi, gyaloglás, tánc.)

24./ Csecsemő- és gyermekkori leesések megelőzése a védőnők bevonásával.

25./ Játsszóterek biztonságának fenntartása, monitorozása. (Ellenőrzése, ld. 18. pont.)

26./ Műszaki előírások felülvizsgálata a kiesések, leesések megelőzése érdekében.

4.7. *4.7. Sport-és szabadidős balesetek megelőzés*

27./ Jó gyakorlatok elterjesztése a kamaszkori rizikóvállaló magatartás figyelembevételével. (AdRisk)

28./ Biztonságra nevelés kiemelt kezelése a testnevelő tanárok körében. (Kiemelten az úszásoktatás, vízi mentés a vízbefúlások megelőzésére.)

4.8. *Kutatás*

29./ A meglévő és kialakításra kerülő adatbázisok analitikus elemzése.

30./ Időközi közlekedési baleset-megelőzési programok kifejlesztése. Pszichikai, és fiziológiai felmérések az idősebb vezetők körében. Az alkalmassági vizsgálatok gyakoriságának, és tartalmának újrafogalmazása.

31./ Erőszakcsökkentő és stressz kezelő tanfolyamok beiktatás kísérleti jelleggel a KRESZ oktatásban, ezek hatékonyságának mérése.

32./ Kockázatvállaló magatartás befolyásolása kamaszok körében új programok bevezetésével.

4.9. *Média*

33./ Média- és egyéb kampányok tervezése baleset- és erőszak megelőzés terén, különös tekintettel a gyermekek és nők elleni erőszakra.

34./ Tömegkommunikáció hatásának mérése.

5. Akció terv megalapozásának kiemelt szempontjai

5.1. *Meglévő egészségpolitikák*

Az intervenciókat részletező fejezetben a jogszabályi hivatkozásokat megtettük.

Ezekén kívül igen sok területen létezik egészségvédelmi program, stratégia, koncepció, amely közvetlenül vagy közvetetten, de a baleset-megelőzéshez kapcsolódik.

Ezek közül sorolunk fel néhányat:

„Közös Kincsünk a Gyermek” Kormányprogram 2006-ban került elfogadásra, amely konkrétan nevesíti a gyermekbalesetek megelőzését. Ennek alapján készült el 2009-ben **„Nemzeti Gyermek- és Ifjúságbiztonsági Akcióterv”**.

Közlekedésbiztonsági Akcióprogram -77 nevesített programja foglalkozik a közlekedési balesetek megelőzésével. A program kialakítása szakállamtitkárokból álló tárcaközi bizottság jóváhagyásával történik. A félidős teljesítés ellenőrzése jelenleg, azaz 2009-ben aktuális.

Alkohol politika és stratégia (tervezet) - az alkoholfogyasztás szignifikánsan növeli a közlekedési és munkabalesetek előfordulását, és a személyi erőszaknak is egyik fő mozgatóereje. Ennek a stratégiának megvalósulása esetén a balesetek és az erőszak alakulásában igen nagy jelentősége van.

Lelki Egészség Országos Programja - a depresszió, az önsértés és az öngyilkosság tekintetében, szoros kapcsolatban áll a külső okok miatti halálozással. Mint a helyzet-elemzés fejezetben is olvasható volt, az összes külső okra visszavezethető halálozás 34%-át ezek az esetek teszik ki.

Időügyi Nemzeti Stratégia - az Idősbarát program folytatására ösztönöz, amely jelentős eleme a biztonságos környezetnek. Az egészséggel és mozgással kapcsolatos javaslatok szintén kapcsolódási pontok a balesetek, elsősorban az esések megelőzésében.

Nemzeti Munkavédelmi Politika – a 2009- 2012-es időszakra vonatkozóan.

Összességében elmondható, hogy ma Magyarországon jelentős erőfeszítések vannak a balesetek megelőzésére.

5.2. A prevencióban potenciális résztvevő partnerek - érintettek köre

5.2.1. Minisztériumok, melyek a baleset-megelőzésben részt vesznek

- Oktatási és Kulturális Minisztérium
- Közlekedési, Hírközlési és Energiaügyi Minisztérium
- Igazságügyi és Rendészeti Minisztérium
- Szociális és Munkaügyi Minisztérium
- Önkormányzati és Területfejlesztési Minisztérium
- Egészségügyi Minisztérium

5.2.2. Intézmények, melyek a baleset-megelőzésben részt vesznek

- Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP)
- Országos Gyermek-egészségügyi Intézet (OGYEI)
- Országos Környezet-egészségügyi Intézet (OKI)
- Országos Munkahigiénés és Foglalkozás-egészségügyi Intézet (OMFI)
- Országos Kémiai Biztonsági Intézet (OKBI)
- Országos Rendőr-főkapitányság – Országos Baleset-megelőzési Bizottság (ORFK – OBB)
- Katasztrófavédelmi Főfelügyelőség (OKF)
- Országos Munkavédelmi és Munkaügyi Főfelügyelőség (OMMF)
- Országos Egészségfejlesztési Intézet (OEFI)
- Nemzeti Fogyasztóvédelmi Hatóság

5.2.3. Egészségügyi szakágak, melyek a baleset-megelőzésben részt vesznek

- Gyermekgyógyászat
- Rehabilitáció
- Traumatológia
- Sportorvostan
- Addiktológia
- Pszichiátria
- Foglalkozás-egészségügy
- Sürgősségi Orvostan (Országos Mentőszolgálat)
- Népegészségügy

5.2.4. Civil szervezetek, amelyeknek munkája baleset-megelőzéssel összefügg

- Magyar Vöröskereszt
- Magyar Védőnők Egyesülete
- Magyar Máltai Szeretetszolgálat

- MABUHASZ Közhasznú Egyesület (Maitreya Buddhista Harcművész Szövetség)
- Magyar Gyógytornászok Országos Szövetsége
- „Gondolkodj Egészségesen” Alapítvány
- „Életet az Éveknek Nyugdíjasok” Országos Szövetsége
- Fodor József Iskolaegészségügyi Társaság

Más lehetséges érdekelt felek, a sor tetszőlegesen bővíthető

5.2.5. Gyártók, forgalmazók, akiknek a biztonság a profilja

- Biztosítók
- Gyógyászati segédeszközöket gyártók, forgalmazók
- Sportszereket gyártók, forgalmazók
- Védőfelszereléseket gyártók, forgalmazók

Más lehetséges érdekelt felek, a sor tetszőlegesen bővíthető

6. A balesetekkel és erőszakkal kapcsolatos problémakör kommunikációja

Köztudott, hogy még ma sincs megfelelő, azaz pontos információ a balesetek igazi terhét illetően, és még mindig nem kielégítő a tájékoztatás a megelőzés lehetőségeiről. Emiatt nyilvánvaló, hogy a balesetekkel és az erőszakkal kapcsolatos problémakör tudatosításában kiemelkedő szerepe van a kommunikációnak.

A jó kommunikáció mellett elsősorban a javaslattevél, majd a javaslatok megvalósulása érdekében történő lobbizás jelentőségét kell kiemelni, amelyek minden szinten, úgy az állami vezetők, mint az átlag lakosság szintjén szükségszerűek.

A baleset megelőzés érdekében folytatott *kampány* az egyik legeredményesebb módszer a problémakör tudatosításában.

A WHO szerint [10] komoly eredmények érhetők el az olyan baleset-megelőzési kampányokkal, amelyek kiemelt eseményekhez, vagy az év során valamilyen ünnepi naphoz kapcsolódnak.

Például az „Idősek napján” az időskori balesetek előfordulásának veszélyeire jó nyomatékkal fel lehet hívni a figyelmet (a gyengült funkcionálitással rendelkező időskorúaknak környezetük átalakítására adott ötletekkel, vagy személyre szabott tanácsadással lehet segíteni, de akár egyedi ötletek is elővezethetők).

Alkalmas lehet kampányolásra az Anyák napja, a Gyermeknap, az Egészség Világnapja is, attól függően, hogy ki, vagy kik képviselik a célcsoportot.

7. A vezetés meghatározása

A baleset-megelőzés „integrált” jellegét kiemelve leszögezhető, hogy a prevenció folyamatban több minisztérium együttműködése valósul meg. Ugyanakkor közreműködő szerepük lehet az egészségügyi tárcán belül a tárcához tartozó intézményeknek, az ÁNTSZ területi szerveinek, valamint civil szervezeteknek, magánszemélyeknek, ezen kívül profit-orientált szervezetek is részt vesznek a munkában.

Fontos, hogy már a politikai dokumentum elkészítésének legelején nemzeti szinten legyen meghatározott a vezetés. Különböző baleset-megelőzési ágaknak különböző vezetője lehet. Például:

- Közlekedési balesetek megelőzése: Rendőrség, Országos Baleset-megelőzési Bizottság
- Munkahelyi balesetek megelőzése: Országos Munkavédelmi és Munkaügyi Főfelügyelőség
- Intézményi balesetek közül:
 - Gyermekintézmények: Önkormányzati és Területfejlesztési Minisztérium, Oktatási és Kulturális Minisztérium
 - Bentlakásos szociális ellátók: Önkormányzati és Területfejlesztési Minisztérium, Szociális és Munkaügyi Minisztérium
 - Egészségügyi intézmények: Önkormányzati és területfejlesztési Minisztérium, Egészségügyi Minisztérium
- Sport és szabadidős balesetek: Miniszterelnöki Hivatal, Oktatási és Kulturális minisztérium
- Háztartási balesetek: Fogasztóvédelem
- Tűzesetek, égési sérülések: Tűzoltóság, Országos Katasztrófavédelmi Főigazgatóság

A baleset-megelőzési tevékenységet a vezető szervezet kötelessége koordinálni tekintve, hogy sokszereplős beavatkozásról van szó. A jó koordináció rendkívül fontos, hiányában nem lehet eredményességet remélni. Biztosítani kell azt a környezetet, amely folyamatosan segíti és fejleszti a baleset-megelőzési program véglegessé válásának hosszú folyamatát és fenntartását. Meghatározó fontossága van a másik partner egyenértékű kezelésének is. Minden szinten elvárható az együttműködés fenntartása, miután ez nélkülözhetetlen eleme a projekt hatékonyságának.

8. A baleset-megelőzési stratégia fő pillérei

1. **Adatgyűjtés.** Precízen gyűjtött baleseti és sérülési adatbázis létrehozása, mely magába foglalja a halálozási és morbiditási adatokat. A morbiditási adatok szélesebb körű megismeréséhez szükséges az alapellátásra is kiterjeszteni a rendszeres adatgyűjtést. Ezzel összhangban a fekvőbeteg és járóbeteg ellátásból származó adatok minőségét javítani kell. Az utóbbi alatt az értendő, hogy az összes balesetnek legyen ismert a BNO10 szerinti besorolása, kiegészítve azokkal a tényezőkkel, melyeket a WHO és EU elvár: a balesetet okozó eszköz és pontos helyszín megnevezésével. A fejlesztés egyik lehetséges iránya az EU Injury Database (IDB) adatbázis létrehozása. Az adatbázisnak olyan minőségi paraméterekkel kell rendelkezni, hogy a baleset-megelőzési intervenciók mérhetőek legyenek 95%-os valószínűséggel.

Tekintettel arra, hogy a kórházi ellátási esetek jelenleg mintegy 75-80%-os pontossággal mérhetők, a fekvőbeteg adatok közül érdemes **indikátorokat** kiemelni. Ezek súlyos, életveszélyes és/vagy nagy költséggel járó illetve nagyszámú traumák:

- a. Súlyos koponyasérülések
- b. Combnyaktörés
- c. Csöves csontok törése
- d. Égési sérülések
- e. Mérgezési esetek

2. **Kapacitás-bővítés.** Bővíteni kell azoknak a körét, akik szakértelemmel képesek a baleset-megelőzést folyamatosan szinten tartani. Ehhez, a kulcsfontosságú egészségügyi és szociális szakmákban a képzésnek tartalmaznia kell a baleset-megelőzést. Ilyen képesítés az orvos, védőnő, diplomás ápolónő, gyógytornász és szociális munkás, illetve szociális gondozó. A nem egészségügyi szakmákon belül a pedagógus, különös tekintettel az egészségvédő tanár illetve a testnevelő tanár szakok. A szakoktatók (munkahelyi szakoktatók és gépkocsivezető szakoktatók) szerepe is meghatározó a baleset-megelőzésben. Nagyon fontos szerepük lehet a pszichológusoknak is az erőszak és a véletlen balesetek megelőzésében.
3. **Minőségbiztosítás az egészségügyi ellátás során.** A fatális balesetek számának csökkentése érdekében biztosítani kell a sebesültek időbeni szakszerű ellátását. Tekintettel arra, hogy a célok meghatározásának időpontjában a külső okok miatti halálozás tekintetében messze országunk elmarad az EU átlagtól (1. ábra) a sebesültellátás folyamatának auditálása indokolt.
4. **A balesetek anyagi terhének meghatározása.** Annak érdekében, hogy pontos kép alakuljon ki a balesetek súlyáról, célszerű azoknak közvetlen és közvetett egészségügyi hatásairól kimutatást készíteni összességében, és baleset-típusonként is. Ennek ismeretében lehet döntést hozni arról, hogy az anyagi felelősség és kompenzálás kit terhel. Különösen fontos ez a munka-balesetek terén, hogy a munkáltató minél inkább érdekelt legyen a baleset-megelőzésben. Indokolt a baleset-ellátás költségeinek pontosabb ismerete a közlekedési balesetek terén is. (A biztosítók itt is „átlányt” fizetnek jelenleg.) Az egyes balesetek terhének pontos ismerete nagyban hozzájárulna a baleset-megelőzési prioritási sorrend kialakításához.
5. **Együttműködés. Kompetenciák meghatározása.** Tekintettel arra, hogy a baleset-megelőzés sok területet érint, tárcaközi bizottságok működtetése kívánatos, melyben a vezető szerepet az a tárca viszi, amelyik legnagyobb kompetenciával – anyagi és szakmai fedezettel – rendelkezik. Így például a munka-balesetek megelőzése a mindenkori munkaügyi tárca irányításával történhet, a közlekedési baleset a rendőrség hatásköre elsődlegesen, a gyermek balesetek megelőzés részben az egészségügy (orvos, védőnő), részben az oktatási tárca vezetésével valószínűsíthető meg hatékonyan. Az időskori balesetek tekintetében a szociális- és egészségügyi tárca, illetve az önkormányzatokat irányító minisztérium képes a legnagyobb hatást kifejteni.

Az intézményi körülmények között élő idősök körében is megosztott a felelősség a szociális és önkormányzati tárca között a környezet biztonsága tekintetében. A mozgáskoordináció, erőnlét javítása idős korban az egészségügyi ágazaton belül elsődlegesen a gyógytornászok, vagy más idősbárát mozgásprogramok koordinálására képes trénerek vezetésével valósulhat meg. Ez utóbbiban a civil szféra – pl. tai chi mesterek – szerepe is kiemelendő. Az együttműködés tehát nemcsak a kormányzati intézmények, hanem az állami és nem-állami szervek között is kívánatos a hatékony baleset-megelőzés érdekében.

6. **Publicitás.** Kampányok. A bizonyítottan jó (hatékony) gyakorlatok közzététele szélesebb rétegek számára fontos eleme a baleset-megelőzésnek. Célszerű egyszerűen kivitelezhető, ám hatékony módszereket megvalósítani, és azok működését az új környezetben mérni. Különösen fontos ez a külföldről származó jó gyakorlatok esetén.
7. **Programszerű működés.** A stratégia általános elveinek elfogadását követően az egyes baleseti ágakban, korcsoportonként, ahol szükséges nemenként, vagy egyes társadalmi rétegekre fókuszálva akcióterveket célszerű kialakítani. (Ld. Melléklet.)
8. **Rendszeres beszámoló** a baleset-megelőzés terén elért eredményekről a kormány számára. A visszajelzés, értékelés alkalmas a helyzet folyamatos korrigálására, javítására.
9. **Intézményfejlesztés.** Fentiek abban az esetben valósíthatók meg nagyobb biztonsággal, ha a baleset-megelőzés saját háttérintézménnyel rendelkezik.

Fogalom meghatározás

A nemzetközi meghatározások közül legelterjedtebb a WHO megfogalmazása⁸:

A baleset a test organikus sérülése, melyet heveny külső energiahatás (mechanikai, hő, elektromos, kémiai, sugárzás) okoz, 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 BNO10 rendszerben. A V01-Y98 közötti kódok közé sorolták a morbiditás és a mortalitás külső okait. (Idetartoznak a balesetek, a szándékos önártalom, a testi sértés). Az S00-T98 közötti kódok pedig a „sérülés, mérgezés és külső okok bizonyos egyéb következményeit” fedik le⁹.

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 okoz¹⁰.

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 éri¹¹.

Közlekedési baleset: a közlekedési tevékenységgel kapcsolatos váratlan, nem szándékosan előidézett olyan forgalmi esemény, amelynek következtében haláleset, illetve személysérülés történik, vagy anyagi kár keletkezik¹².

⁸ The Injury Chartbook, WHO, Geneva, 2002.

⁹ A betegségek és az egészséggel kapcsolatos problémák nemzetközi statisztikai osztályozása. Tizedik revízió. I. kötet. Népjóléti Minisztérium, Budapest, 1995

¹⁰ Az 1993. évi XCIII. Munkavédelmi törvény 89.§ (1)

¹¹ Az 1993. évi XCIII. Munkavédelmi törvény 89.§ (3)

¹² Magyar Statisztikai Évkönyv, Központi Statisztikai Hivatal, Budapest, 2003

Ábrák és táblázatok jegyzéke

1. ábra: Külső okokra visszavezethető halálozás alakulása az EU-15, EU-25 országaiban és Magyarországon 1970-2005 években	8
2. ábra: Vezető halálokok nemenkénti átlaga Magyarországon 2005-2007. években (fő)	10
3. ábra: Külső okokra visszavezethető halálozás 100 000 lakosra vonatkozóan (SHA)* Magyarországon 1986-2007 években	11
4. ábra: Külső okokra visszavezethető halálozás korcsoportonként 100 000 főre, 2005-2007	11
5. ábra: Baleseti halálozás aránya a teljes halálozáson belül egyes korcsoportokban 2005-2007. Magyarországon	12
6. ábra: Külső ok miatti halálesetek megoszlása 2007-ben Magyarországon	12
7. ábra: Külső okok miatti halálesetek aránya nemek szerint 2007-ben Magyarországon	13
8. ábra: Közlekedési balesetek számának alakulása korévek szerint, fekvőbeteg adatok alapján 2007. évben Magyarországon	14
9. ábra: Az esések számának alakulása korévek szerint, fekvőbeteg adatok alapján 2007. évben Magyarországon	15
10. ábra: Az égések, forrázások számának alakulása korévek szerint, fekvőbeteg adatok alapján 2007. évben Magyarországon	15
11. ábra: Mérgezések számának alakulása korévek szerint, fekvőbeteg adatok alapján 2007. évben Magyarországon	16
1. táblázat: Baleseti halálozás 2005-2007 között, korcsoportonként	9
2. táblázat: Kórházi ellátást igénylő sérülési esetek száma 2007-ben Magyarországon	13
3. táblázat Járóbeteg szakellátásban különböző sérülések miatt megjelent esetek száma 2007-ben	16
4. táblázat: 1 Euróra jutó nyereség egyes balesetek megelőzése esetén a WHO szerint.....	17
5. táblázat Mennyi életet menthetnénk meg Európában, ha a halálozás megegyezne a legkisebb halálozási mutatóval rendelkező országokkal (WHO szerint)	17
6. táblázat Az egészségügyi ellátást igénylő sérülések az OLEF2003 alapján.....	18
7. táblázat: Sérülések és halálesetek száma járművenként 2008-ban.....	19
8. táblázat: Közlekedési balesetet szenvedettek száma korcsoportonként 2008-ban.....	19
9. táblázat: Bejelentett munkabalesetek száma, 2004-2008	20
10. táblázat: ETTSZ-hez bejelentett mérgezési esetek száma, 2004-2008	21

Irodalomjegyzék

1. The Injury Chartbook, WHO, Geneva, 2002.
2. Angermann A, Bauer R., Nossek G, Zimmermann N: Injuries in the European Union. Summary 2003-2005. Vienna, 2007.
3. Shileds N, Sethi D, Racioppi F, Yordi Aguirre I, Baumgarten I: National responses to preventing violence and unintentional injuries: WHO European survey. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006.
4. Regional Committee resolution EUR/RC55/R9 on Prevention of Injuries in the WHO European Region
5. A TANÁCS AJÁNLÁSA (2007. május 31.) a sérülések megelőzéséről és a biztonság elősegítéséről (2007/C 164/01)
6. EUNESE (www.eunese.org) – European Network for Safety among Elderly (Időskorúak baleset-megelőzése)
7. APOLLO –www.euroipn.org/apollo (Általános baleset-megelőzési elvek, stratégiák)
8. AdRisk - www.adrisk.eu.com (15-24 évesek baleset-megelőzése)
9. Sethi D, Racioppi F et al.: Injuries and violence in Europe: why they matter and what can be done. WHO, Copenhagen, 2006
10. Schopper D, Lormand JD, Waxwiler R (eds): Developing policies to prevent injuries and violence: guidelines for policy-makers and planners. Geneva, World Health Organization, 2006.
11. OLEF2003 – www.oszmk.hu
12. Sérülőkori fiatalok egészsége és életmódja. Szerk. Németh Ágnes. Budapest, 2007.
13. European Coding Against Injury (ECAI), Ce.Re.Pr.I, 2008, www.balesetmegeloz.atw.hu - letölthető dokumentumok

Rövidítések jegyzéke

Miniszterelnöki Hivatal	MEH
Egészségügyi Minisztérium	EüM
Oktatási és Kulturális Minisztérium	OKM
Szociális és Munkaügyi Minisztérium	SZMM
Művelődési és Közoktatási Minisztérium	MKM
Foglalkoztatási és Munkaügyi Minisztérium	FMM
Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat	ÁNTSZ
Országos Egészségfejlesztési Intézet	OEFI
Országos Szakfelügyeleti és Módszertani Központ	OSZMK
Országos Munkahigiénés és Foglalkozás-egészségügyi Intézet	OMFI
Országos Kémiai Biztonsági Intézet	OKBI
Katasztrófavédelmi Főfelügyelőség	OKF
Országos Munkavédelmi és Munkaügyi Főfelügyelőség	OMMF
Országos Egészségfejlesztési Intézet	OEFI
Országos Baleset-megelőzési Bizottság	OBB
Országos Környezet-egészségügyi Intézet	OKI
Országos Gyermkegészségügyi Intézet	OGYEI
Országos Egészségbiztosítási Pénztár	OEP
Országos Lakossági Egészségfelmérés	OLEF
Egészségporta Egyesület	EPE

DALY	Disability adjusted life years	Rokkantsággal súlyozott életevek
WHO	World Health Organization	Egészségügyi Világszervezet
DG SANCO	Európai Unió Egészségügyi és	Fogyasztóvédelmi Főigazgatósága
IDB	Injury DataBase	Sérülésekre vonatkozó adatbázis
PÉV		Potenciálisan elveszített életevek
OSAP		Országos Statisztikai Adatgyűjtő Program
PÉV		Potenciálisan elvesztett életevek száma
EVSZ		Egészségügyi Világszervezet
KSH		Központi Statisztikai Hivatal
ILO		Nemzetközi Munkaügyi Szervezet
HMAP		Háziorvosi Morbiditási Adatgyűjtési Program
BNO		Betegségek Nemzetközi Osztályozása

Melléklet

Annak érdekében, hogy a meghatározott fő célt, a baleseti halálozás 25%-kal történő csökkenését, illetve az átfogó célokat elérjük a következő akciókat javasoljuk végrehajtani, rövid- (2010-2012), közép- (2013-2016) és hosszú (2017-2020) távon (az alább felsoroltak javaslatok, a lehetőségekhez képest tetszőlegesen bővíthető). A különböző intervallumokban végrehajtandó akciókat célszerű 3-4 éves periódusokra tervezni, és éves szinten értékelni. A végrehajtás számára az egyik lehetséges program, amelyben az egészségügyi ágazatnak koordináló szerepe van, a Népegészségügyi Program.

8.1. Jogalkotás

1. táblázat: javaslatok a jogalkotásra

Cél	Cselekvés	Koordináló, végrehajtó	Várható eredmény	Időtartam
Pontosabb adatbázis létrehozása	Jogszabály módosítás, az alapellátásból származó adatok körére vonatkozóan	EüM	Pontosabb, nyomon követhető adatbázis	Rövid távú
Gyermekbalesetek számának csökkentése (elsősorban esések)	Gyermekjátsszóterek felügyeletére szerv kijelölése.	EüM- ÁNTSZ	Csökken a baleseti rizikó, ezzel a balesetek száma	Rövid távú
Fulladási esetek számának csökkentése	Uszodák biztonságának ellenőrzésére szerv kijelölése.	EüM- ÁNTSZ - OMMF	Csökken a rizikó, ezzel a fulladási esetek száma	Rövid távú
Kiesések számának csökkentése	Gyermekek számára biztonságos építmények (nyílászárók megkövetelése)	ÁNTSZ	Csökken a rizikó, ezzel a kiesés miatt meghaltak, sérültek száma	Közép távú
Baleseti rizikó csökkentése	Balesetek ellátási költségének terhe, felelősség meghatározása	EüM- OEP	A rizikó csökkentése – a balesetek számának csökkenése	Közép távú
Agyi traumák számának csökkentése	Kerékpárosok számára kötelező sisakviselés	ORFK	Súlyos koponyasérülések száma csökken DALY csökken	Közép távú
Fulladási esetek számának csökkentése	Védelem vízi létesítmények körül	Önkormányzati Min, ÁNTSZ	Csökken a vízbefúlás esélye	Közép távú
DALYs csökkentése	Rehabilitációs intézmények számának és/vagy kapacitásának növelése	EüM	A teljes gyógyulás lehetősége nő – csökken a DALYs	Hosszú távú
Munkahelyi baleseti rizikó csökkentése	A munkabaleseti biztosítás új jogszabályának megalkotása, mely a megelőzésre serkenti a munkáltatókat	EüM-OEP	A rizikó csökkentése – a balesetek számának csökkenése	Hosszú távú

8.2. Jogkövetés

2. táblázat: javaslatok a jogkövetésre

Cél	Cselekvés	Koordináló, végrehajtó	Várható eredmény	Időtartam
Pontosabb adatbázis létrehozása	A fekvő- és járóbeteg adatok BNO10 szerinti rögzítése	OEP	Pontosabb, nyomon követhető adatok	Rövid távú
Alkohollal összefüggő balesetek csökkentése	Alkoholfogyasztás szigorúbb szankcionálása	ORFK	Halálozások száma csökken Súlyos sérülések száma csökken DALY csökken	Rövid távú
Súlyos közlekedési balesetek számának csökkentése	Gyorshajtás szigorúbb szankcionálása	ORFK	Halálozások száma csökken Súlyos sérülések száma csökken DALY csökken	Rövid távú
Baleseti halálozás csökkentése	A cserbenhagyás, segítség elmulasztásának szigorú szankcionálása	ORFK	Növekszik a balesetet elszenvedettek túlélési esélye	Rövid távú
Munkahelyi biztonság növelése	Feketemunka elleni harc	APEH, OMMF	Csökken a szabálytalan körülmények közötti, nem biztonságos munkavégzés	Közép távú
Mérgezési esetek számának csökkentése	A kémiai biztonságról szóló törvény szigorúbb betartatása. gyermekek számára biztonságos kupakok használata.	OKBI, ÁNTSZ	Csökken a mérgezési rizikó, csökken a mérgezések száma, különösen gyermekek körében	Rövid távú
Munkabalesetek számának csökkentése	A bejelentés elmulasztásának szigorú szankcionálása. Anyagi kártérítés érvényesítése	OMFI	Javul a bejelentési fegyelem. Érdekké válik a baleset-megelőzés.	Rövid távú
Mérgezési esetek számának csökkentése	Mérgező anyagok biztonsági adatlapjának következetes megléte	OKBI, ÁNTSZ	Növekszik a szakszerű használat, csökken mérgezések valószínűsége, különösen munkahelyeken	Rövid távú
Szabadidős balesetek (fulladás) csökkentése	Szigorú szankcionálás nem fürdésre alkalmas helyen való fürdőzés esetén	Rendőrség	Csökken az illegális helyen való fürdés, ezzel a vízbefúlás esélye	Rövid távú
Munkabalesetek számának csökkentése	A munkahelyi alkalmassági vizsgálatok szigorítása	EüM-OSZMK	Betegségek, állapotok kiszűrésével csökken a balesetek emberi rizikója, csökken a balesetek száma	Közép távú

Cél	Cselekvés	Koordináló, végrehajtó	Várható eredmény	Időtartam
Munkabalesetek számának csökkentése	A munkahelyi kockázatbecslés szigorítása	OMMF	Javul a munkavégzés biztonsága, csökken a balesetek száma	Közép távú
Munkabalesetek számának csökkentése	A védőeszköz biztosításának szigorú szankcionálása	OMMF	A védőeszköz használatának nagyobb fegyelme maga után vonja balesetek számának csökkenését.	Közép távú
Munkabalesetek számának csökkentése	A balesetek teljes ellátási költségének érvényesítése a biztosító felé	EüM -OEP-OMMF- biztosítók	A sérülések költségeinek kimutatása, és a felelősre terhelés következtében csökken a balesetek száma.	Hosszú távú
Munkabalesetek számának csökkentése	A védőeszköz használat egyéni felelősségének érvényesítése.	Munkáltató, OMMF	A védőeszköz használatának nagyobb fegyelme maga után vonja balesetek számának csökkenését.	Hosszú távú

8.3. Környezet átalakítás

3. táblázat: javaslatok a környezetalakításra

Cél	Cselekvés	Koordináló, végrehajtó	Várható eredmény	Időtartam
Gyermekintézmények körüli balesetek számának csökkentése	Gyermekintézmények környezetében zebrák kijelölése, az autóúton való áthaladás megfelelő idejűre növelése	Helyi önkormányzatok, közlekedésszervez és	Csökken sérülések száma	Rövid távú
Mérgezési esetek számának csökkentése	Mérgező növények, anyagok eltávolítása kisgyermekek környezetéből	Önkormányzatok, óvodák, iskolák	Csökken a mérgezés rizikója, ezzel a mérgezési esetek száma	Rövid távú
Balesetek következményeinek súlyosságának csökkentése	Elsősegélynyújtó hely kialakítása	Munkahelyek	Javul a sérültek gyors, szakszerű ellátásának esélye	Közép távú
Balesetek következményeinek súlyosságának csökkentése	Több jól felszerelt rohamkocsi	EüM	Javul a sérültek túlélési esélye, csökken a mortalitás.	Közép távú
Nozokomiális sérülések csökkentése	Egészségügyi intézmények baleseti rizikójának csökkentése	Önkormányzatok, EüM	Az egészségügyi ellátás során keletkező balesetek csökkenése	Közép távú
Gyermekbalesetek (elsősorban esések) számának	Otthon, játszótér, óvodai, iskolai környezet biztonságossá tétele esés	Fenntartók, vezetők, civil szervezetek	Csökken az esés rizikója, ezzel az esések száma	Közép távú

Cél	Cselekvés	Koordináló, végrehajtó	Várható eredmény	Időtartam
csökkentése	szempontjából			
Időskori esések számának csökkentése	Otthon és szociális otthon adaptálása időskorúakra. Többszintes szociális otthonokban lift kialakítása.	SZMM, fenntartók	Csökken a baleseti rizikó, csökken a balesetek száma	Közép távú
Balesetek következményeinek súlyosságának csökkentése	Mentőállomások elérése 15 percen belül az ország egész területén	EüM	Javul a sérültek túlélési esélye, csökken a mortalitás.	Hosszú távú
Időskori esések következményeinek súlyosságának csökkentése	Segélykérő szolgáltatáshoz csatlakozás esetén képesség a segítség kérésre.	Önkormányzatok, egyének, SZMM	Az esés gyors és szakszerű ellátásnak esélye nő, növekszik a túlélés esélye.	Hosszú távú

8.4. Oktatás, nevelés

4. táblázat: javaslatok az oktatásra, nevelésre

Cél	Cselekvés	Koordináló, végrehajtó	Várható eredmény	Időtartam
Mérgezési esetek számának csökkentése	Szülők, nevelők részére ETTSZ zöld számának ismerete. „Ellenmereg” honlap használata	OKBI	Ismeret bővülése, tapasztalatok cseréje csökkenti a mérgezések számát	Rövid távú
Közlekedési balesetek számának csökkentése	Figyelem, empátia, az erőszak csökkentése	Óvodák, általános iskolák, középiskolák, civil szervezetek	Javul a közlekedés kultúrája, csökken a balesetek száma	Rövid távú
Égési sérülések számának csökkentése	Kismamák, szülők oktatása az égési (forrázási) esetek megelőzéséről. Óvodai iskolai programok elterjesztése)	Katasztrófavédelem, Bethesda kórház	Ismeret bővülése csökkenti az égési sérülések számát	Rövid távú
Baleseti rizikó csökkentése	A bekövetkezett balesetek oktatási és nevelési anyagként való felhasználása	ORFK, OMMF, oktatási létesítmények, tanfolyamszervezők	Növekszik a tudás és a felelősségérzet, csökken a baleseti rizikó.	Rövid távú
Baleseti rizikó csökkentése	Baleset-védelmi oktatás szigorítása	Oktatási intézmények, OMMF	Növekszik a tudás és a felelősségérzet, csökken a baleseti rizikó.	Rövid távú

Cél	Cselekvés	Koordináló, végrehajtó	Várható eredmény	Időtartam
Alkohol okozta balesetek számának csökkentése	Alkoholfogyasztás szigorúbb szankcionálása munkahelyeken	OMMF	Csökken az alkohol okozta baleseti rizikó, csökken a balesetek száma	Rövid távú
Balesetek következményeinek súlyosságának csökkentése	Munkahelyi elsősegélynyújtás, (biztonsági adatlapok használata, égési sérülések ellátása, stb.)	OMMF, OSZMK – foglalkozás-egészségügyi orvosok	Szakszerű ellátás, gyorsabb gyógyulás – csökken a baleset miatti táppénzes napok száma, az esetleges maradandó károsodás	Rövid távú
Mérgezési esetek számának csökkentése iskolások között	Mérgezések megelőzésére pedagógiai programok kialakítása	OKBI, OKM, civil szervezetek	Csökken az iskolások mérgezési száma	Rövid távú
Közlekedési balesetek számának csökkentése	Alaposabb KRESZ oktatás, mely a balesetek főbb okaira és megelőzésükre nagyobb hangsúlyt helyez	Iskolák	Csökken a balesetek száma Javul a közlekedés kultúrája	Közép távú
Balesetek következményeinek súlyosságának csökkentése	Elsősegélynyújtás oktatása kisgyermekkoról. Elsősegélynyújtó családok hálózata minden településen	Óvodák, általános iskolák, középiskolák, civil szervezetek (Magyar Vöröskereszt)	Javul a sérültek túlélési esélye, különösen azokon a helyeken, ahol nincs orvosi rendelő.	Közép távú
Gyógyszer-mérgezések számának csökkentése	Gyógyszer-mérgezések megelőzésére oktató anyagok. Külön figyelemmel a gyerekekre, és az idősekre	OKBI, OGYI, gyógyszer gyártók	Biztonságos, kisebb kisserelésű gyógyszerek csökkentik a súlyos mérgezés esélyét. Mentális programok az öngyilkossági szándékkal elkövetett mérgezések megelőzésére.	Közép távú
Gyermekekori mérgezések csökkentése	Kismamák részére figyelemfelkeltő oktatás a mérgezések veszélyéről	OKBI, ÁNTSZ	Csökken a gyermek mérgezettség száma	Közép távú
Mérgezési esetek számának csökkentése	Kémiai biztonságról a lakosság szélesebb köreinek tájékoztatása	OKBI	Ismeret bővülése csökkenti a mérgezések számát	Közép távú

8.5. Kutatás

Cél	Cselekvés	Koordináló, végrehajtó	Várható eredmény	Időtartam
Megismerni a balesetek tényleges egészségügyi tervét	Balesetek anyagi terhének mérése	OSZMK	Pontosabb információk a balesetek költségéről	Rövid távú
Megismerni az egyes balesetekre jellemző sérüléseket	Balesetek és jellemző sérülések összefüggésének vizsgálata	OSZMK	Pontosabb információ az egyes balesetekre jellemző sérülésekről	Rövid távú
Időskori közlekedési balesetek számának csökkentése	Időskori közlekedési baleset-megelőzési programok kifejlesztése.	OSZMK, OBB, KTI	Időskori közlekedési balesetek csökkenése	Rövid távú
Agresszív vezetők számának csökkentése	Erőszakcsökkentő és stresszkezelő tanfolyamok beiktatás kísérleti jelleggel a KRESZ oktatásban, ezek hatékonyságának mérése.	OSZMK, OBB, MAK, SE Magatartástudományi Intézet	Közlekedési balesetek számának csökkenése	Rövid távú
Fiatalkorban bekövetkező balesetek számának csökkentése	Kockázatvállaló magatartás befolyásolása kamaszok körében új programok bevezetésével.	OSZMK, OBB, KfV	Fiatalok körében történt balesetek csökkenése	Rövid távú

Köszönetnyilvánítás

Köszönjük az alábbi személyeknek, akik támogatásukkal, véleményükkel, javaslataikkal segítették a stratégia kialakítását.

Dienes Sethi M.D., WHO

Dr. Medgyaszai Melinda, Egészségügyi
Minisztérium, szakállamtitkár

Dr. Pusztai Zsófia, WHO Magyar Iroda

Szigeti Szabolcs, WHO Magyar Iroda

Dr. Páll Gabriella, OGYEI

Prof. Dr. Holló Péter, KTI

Dr. Dura Gyula, OKI

Dr. Nagy Imre, OMFI

Dr. Berényi Tamás, o.szakfőorvos

Selymes Erik, Magyar Vöröskereszt

Lehel-Gyöngyösi Judit, Magyar
Gyógytornászok Társasága

Dr. Balogh Gyula, Oktatási Kulturális
Minisztérium

Dr. Vass Gyula, tűzoltó ezredes

Dr. Dénes Zoltán

Dr. Groszmann Mária, OMMF

Dr. Hanusz Klára, EPE

Dr. Göndöcs Zsigmond, Országos
Mentőszolgálat

Dr. Pákozdy János, o. szakfőorvos

Dr. Felszeghi Sára, o. szakfőorvos

Barkóczi Elvira, OKF

Cseffő Károly, OKF

Dr. Gresz Miklós, OEP

Dr. Brunner Péter, OSZMK

Köszönetet mondunk azoknak is, akik a programok kialakításában részt vettek.

Dr. Csengődy Krisztina

Gáspár Tamás

Molnár Máté

Kristóf Teodóra

Ocztos Gabriella

Bácskai Márta

Szikszai Zsuzsanna

Boros Zsuzsanna

Németh Sándor

Rideg Gyula

Gyulai Éva

Czudar Péter

Mészáros Lászlóné

Dr. Kabát Mária

Dr. Stauder Adrienne

Gyurin Zsuzsanna

Somoskői György

Somoskői Mihály

