



INŠTITUT ZA VAROVANJE ZDRAVJA
REPUBLIKE SLOVENIJE
Z znanjem do boljšega zdravja.



POŠKODBE V SLOVENIJI

Zakaj so problem javnega zdravja
in kaj lahko storimo?

POŠKODBE V SLOVENIJI

Zakaj so problem javnega zdravja in kaj lahko storimo?

Urednica: mag. Mateja Rok Simon



POŠKODBE V SLOVENIJI – Zakaj so problem javnega zdravja in kaj lahko storimo?

Urednica:

mag. Mateja Rok Simon

Strokovna recenzija:

prim.izr. prof. dr. Ivan Eržen, prim. prof. dr. Marjan Bilban

Lektura:

Optimus Lingua, d.o.o. (Tomaž Petek)

Založnik:

Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije

Oblikovanje:

Andreja Frič

Oblikovanje naslovnice:

Ana Šinkovec

Elektronski vir: www.ivz.si

Leto izdaje: 2013

CIP - Kataložni zapis o publikaciji
Narodna in univerzitetna knjižnica, Ljubljana

616-001(497.4)

POŠKODBE v Sloveniji [Elektronski vir] : zakaj so problem javnega zdravja in kaj lahko storimo? / urednica Mateja Rok Simon. - El. knjiga. - Ljubljana : Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 2013

ISBN 978-961-6911-13-9 (pdf)

1. Rok-Simon, Mateja

266726912

KAZALO

| | |
|--|-------|
| Recenzija publikacije // Ivan Eržen..... | VII |
| Recenzija publikacije // Marjan Bilban | IX |
| Povzetek..... | XVI |
| Seznam uporabljenih kratic | XXI |
| Seznam slik | XXII |
| Seznam preglednic | XXIII |
| 1 UVOD // Mateja Rok Simon..... | 2 |
| 1.1 Viri | 4 |
| 2 PROBLEM POŠKODB V EVROPI // Nina Scagnetti, Mateja Rok Simon..... | 7 |
| 2.1 Uvod | 7 |
| 2.2 Breme zaradi poškodb v evropskih državah | 7 |
| 2.3 Mednarodne iniciative in dokumenti na področju preprečevanja poškodb in promocije varnosti..... | 9 |
| 2.4 Pregled nacionalnih politik v državah članicah EU | 10 |
| 2.4.1 Izbrani primeri dobre prakse sprejemanja strateških dokumentov s področja preprečevanja poškodb | 13 |
| 2.5 Zaključki..... | 16 |
| 2.6 Viri | 17 |
| 3 BREME ZARADI POŠKODB V SLOVENIJI // Mateja Rok Simon, Petra Nadrag..... | 20 |
| 3.1 Uvod | 20 |
| 3.2 Razsežnost problema poškodb | 20 |
| 3.2.1 Piramida nenamernih poškodb in zastupitev v Sloveniji | 21 |
| 3.3 Glavni vzroki bremena poškodb..... | 21 |
| 3.3.1 Vzroki za izgubo zdravih let življenja..... | 22 |
| 3.3.2 Socialno-ekonomske neenakosti | 23 |
| 3.4 Zaključki..... | 24 |
| 3.5 Viri | 24 |
| 4 PROMETNE NEZGODE // Mateja Rok Simon, Maja Zorko, Petra Nadrag..... | 27 |
| 4.1 Uvod | 27 |
| 4.2 Breme zaradi prometnih nezgod | 27 |
| 4.2.1 Umrljivost, obolevnost in trendi..... | 27 |
| 4.2.2 Mladi in alkohol..... | 29 |
| 4.2.3 Otroci | 31 |
| 4.2.4 Starejši ljudje..... | 32 |
| 4.3 Nacionalne politike in ukrepi..... | 33 |
| 4.4 Zaključki | 38 |
| 4.5 Viri | 39 |

| | | |
|----------|--|-----|
| 5 | PADCI // Mateja Rok Simon, Mojca Gabrijelčič Blenkuš, Nataša Delfar..... | 44 |
| 5.1 | Uvod..... | 44 |
| 5.2 | Breme zaradi padcev..... | 44 |
| 5.2.1 | Umrljivost, obolevnost in trendi..... | 44 |
| 5.2.2 | Starejši ljudje..... | 45 |
| 5.2.3 | Mladi in padci pri rekreaciji, športu..... | 48 |
| 5.2.4 | Otroci..... | 50 |
| 5.3 | Nacionalne politike in ukrepi..... | 52 |
| 5.4 | Zaključki..... | 60 |
| 5.5 | Viri..... | 60 |
| 6 | ZASTRUPITVE // Mateja Rok Simon, Maja Zorko, Lucija Perharič, Ada Hočevnar Grom, Nataša Delfar..... | 68 |
| 6.1 | Uvod..... | 68 |
| 6.2 | Breme zaradi zastrupitev..... | 68 |
| 6.2.1 | Umrljivost, obolevnost in trendi..... | 68 |
| 6.2.2 | Mladi, alkohol, droge in zdravila..... | 70 |
| 6.2.3 | Otroci in zastrupitve..... | 72 |
| 6.2.4 | Odrasli in zdravila..... | 73 |
| 6.2.5 | Zastrupitve z ogljikovim monoksidom..... | 75 |
| 6.3 | Nacionalne politike in ukrepi..... | 76 |
| 6.4 | Zaključki..... | 83 |
| 6.5 | Viri..... | 84 |
| 7 | METODOLOGIJA IN VIRI PODATKOV | 91 |
| 7.1 | Viri..... | 92 |
| 8 | PRILOGA: Dodatni izsledki analize | 94 |
| | STVARNO KAZALO | 118 |

RECENZIJA PUBLIKACIJE »POŠKODBE V SLOVENIJI – ZAKAJ SO PROBLEM JAVNEGA ZDRAVJA IN KAJ LAHKO STORIMO?«

Monografija »Poškodbe v Sloveniji – zakaj so problem javnega zdravja in kaj lahko storimo?«, ki so jo pripravile Mateja Rok Simon, Nataša Delfar, Ada Hočevnar Grom, Mojca Gabrijelčič Blenkuš, Petra Nadrag, Nina Scagnetti, Lucija Perharič in Maja Zorko, uredila pa jo je Mateja Rok Simon, podaja celovito sliko na področju nenamernih poškodb v Sloveniji.

Breme zaradi poškodb in zastrupitev je v Sloveniji v primerjavi s povprečjem v EU, še posebej pa v primerjavi s tistimi državami, ki so uspele zmanjšati pogostost poškodb, preveliko. Monografija, ki celostno obravnava to področje, je še kako dobrodošla. Še posebej zato, ker nudi zelo dober pregled zdajšnjih razmer, hkrati pa tudi že nakazuje prioritete delovanja v prihodnje.

V okviru mednarodne skupnosti in mednarodnih organizacij je temu problemu s področja javnega zdravja že desetletja dolgo namenjena velika pozornost. To je razumljivo, ker poškodbe in zastrupitve predstavljajo eno največjih groženj za zdravje in življenje v mlajših starostnih skupinah ter veliko breme za starejše ljudi. Različne mednarodne iniciative in dokumenti na področju preprečevanja poškodb in promocije varnosti so pripomogli k temu, da je danes že precej dobro poznano, na kakšen način je treba pristopiti, da bomo razmere izboljšali. Avtorice so to odlično predstavile. Niso se posvetile samo mednarodnim dokumentom in predstavitvi aktivnosti v posameznih državah. V monografiji so predstavile tudi nekaj primerov dobre prakse, ki dokazujejo, da je problematiko poškodb in zastrupitev mogoče zmanjšati. Je pa za to nujno potrebna trdna odločenost vseh deležnikov, tj. strokovne javnosti in nosilcev odločitev pa tudi nevladnih organizacij, ki so aktivne na tem področju.

Namen monografije je na enem mestu združiti informacije, ki omogočajo dober pregled razmer v zdajšnjem času. Avtorice so se odločile za sistematičen pristop, pri katerem poleg prikaza značilnosti pojavljanja poškodb in zastrupitev v Sloveniji v primerjavi z mednarodno skupnostjo podrobno predstavljajo značilnosti nenamernih poškodb v Sloveniji. Vsaki izmed najpomembnejših skupin nenamernih poškodb – prometne poškodbe, padci in zastrupitve – je namenjeno posebno poglavje. V okviru posameznega poglavja pa so prikazana naslednja področja: breme zaradi določene skupine poškodb oziroma zastrupitev, prikaz umrljivosti, obolevnosti in trendov, predstavitev skupin s povečanim tveganjem ter obstoječe nacionalne politike in ukrepi za obvladovanje posamezne skupine poškodb oziroma zastrupitev.

V okviru prikaza razmer v sedanosti so avtorice navedle vzroke oziroma dejavnike, ki prispevajo k pogostejšemu pojavljanju poškodb in zastrupitev. Posebno pozornost so namenile posameznim skupinam prebivalstva. Posebej so opisale skupine prebivalstva, pri katerih je tveganje za poškodbe še posebej veliko, pa naj si bo zaradi bioloških ali vedenjskih značilnosti. Poudarile so varnostno problematiko otrok in starejših. Otroci so že tradicionalno izpostavljeni povečanemu tveganju za poškodbe in zastrupitve, ker so nesreče v tej skupini zaradi pomanjkanja izkušenj pogostejše. Starejši prebivalci pa predstavljajo vedno večji izziv za

načrtovalce politik in ukrepov za zmanjšanje pojavljanja poškodb predvsem v sodobnem času. Po eni strani je to tako, ker jih je vedno več. Na drugi strani pa je dejstvo, da so ljudje vedno starejši, kar pomeni, da so tudi posledice nesreč vedno hujše. Avtorice so te izzive odlično izpostavile in jih upoštevale pri poudarkih v povezavi z zdajšnjimi politikami in ukrepi za zmanjšanje poškodb in zastrupitev v Sloveniji ter s prioriteta in z nalogami, ki so pred nami. Dejstvo je namreč, da potekajo v Sloveniji številne aktivnosti, vendar so na žalost med seboj pogosto premalo povezane, da bi dosegle večjo učinkovitost.

Posebej je treba poudariti odlično uredniško delo. Očitno je dejstvo, da je urednica tudi soavtorica vseh prispevkov, prispevalo k temu, da je monografija uspela ohraniti enovito podobo in se vseskozi držati istega koncepta. Zato je izdelek preglednejši in uporabnejši, kar je posebno pomembno, ker je tematika multisektorska in multidisciplinarna. Nujno je, da se z njo seznanijo tudi strokovnjaki drugih področij. Jasno in jedrnato zapisano pomeni tudi velik prispevek k razumevanju področja, to pa je predpogoj za nadaljnje sodelovanje različnih deležnikov. Monografija je bogato opremljena s slikami in preglednicami. Vsako poglavje ima na koncu podroben seznam virov, uporabljenih pri pisanju poglavja. Razveseljivo je, da je med viri med ključnimi tujimi navedenih precej slovenskih. Besedilo je napisano v jeziku, ki je lahko razumljiv. Dodano je tudi posebno poglavje o metodologiji, kar je še posebej pomembno za vse, ki se ukvarjajo z analitiko tega področja.

Monografija daje veliko koristnih informacij, ki bodo služile neposrednemu strokovnemu delu. Omeniti moram prikaz podatkov v prilogi monografije. Tu so podrobni podatki za petletno obdobje (2006–2010), ob katerih je mogoče pregledati pojavljanje umrljivosti, hospitalizacij in obravnav v okviru nujne medicinske pomoči po spolu, starostnih skupinah, po zunanjem vzroku in v geografskem pogledu. Tak prikaz je zelo koristen in smiseln ter omogoča dobro seznanjenost vseh, ki bodo monografijo uporabljali pri svojem delu.

Monografijo »Poškodbe v Sloveniji – zakaj so problem javnega zdravja in kaj lahko storimo?« odlikujeta celovitost in velika preglednost. Daje temeljito sliko tega področja. Še posebej je pomembno z vidika prihodnjega sodelovanja med sektorji in različnimi strokovnjaki, ki bodo skupaj načrtovali ukrepe za izboljšanje varnosti in zmanjšanje pojavljanja poškodb in zastrupitev. V dragoceno pomoč jim bo pri seznanjanju z razsežnostmi problematike pa tudi pri ocenjevanju doseženega v prihodnje. Prepričan sem, da bo imela monografija pomemben vpliv tudi pri pospeševanju sodelovanja med različnimi resorji, s tem pa tudi pri hitrejšem udejanjanju učinkovitih ukrepov ter zmanjšanju bremena poškodb in zastrupitev v Sloveniji na raven, ki bi bila še sprejemljiva.

Prim. izr. prof. dr. Ivan Eržen

RECENZIJA PUBLIKACIJE »POŠKODBE V SLOVENIJI – ZAKAJ SO PROBLEM JAVNEGA ZDRAVJA IN KAJ LAHKO STORIMO?«

Monografija strokovnjakov IVZ je strokovno domišljen celovit prikaz poškodb in zastrupitev v slovenskem prostoru. V njej avtorji prikazujejo breme poškodb in zastrupitev ter v kakovostno izbranih referencah primerjajo domače stanje s svetom. Gre za temeljno gradivo, ki bo služilo rodovom študentov in raziskovalcev v slovenskem prostoru, hkrati pa bo tudi iztočnica za nove raziskave, ki se bodo usmerjale v iskanje strategij zmanjšanja bremena poškodb in zastrupitev v delovnem in domačem (tudi športnorekreativnem) okolju.

Naj mi bo dovoljeno, da k temu razmišljanju dodam še nekaj misli, ki izhajajo iz nekaterih lastnih raziskav travmatizma iz delovnega okolja, ki sem jih v preteklih letih opravil tudi skupaj z nekaterimi avtorji te monografije.

Poškodbe nas lahko prizadenejo na različne načine: posameznika omejijo ali onespособijo začasno ali dosmrtno, povzročijo lahko razpad družin, skupnosti, nazadovanje gospodarstva. Elementarne nesreče prinesejo velikanske stroške posameznikom in širši družbi, potrebna je prilagoditev na nov način življenja zaradi težko nadomestljivih izgub; pogosto pripeljejo do depresij.

Pozornost javnosti je v glavnem namenjena dogodkom, ki terjajo veliko žrtev in obsežno gmotno škodo, čeprav večina poškodb ne izvira iz masovnih nesreč, ampak iz povsem vsakdanjih (npr. prometne nezgode). Javnost se tudi bolj boji nekaterih hudih bolezni (npr. raka), pri tem pa se ne zaveda, da te vzamejo veliko manj življenj (predvsem) v mlajši populaciji kot poškodbe. Poškodbe pomenijo velik strošek za širšo skupnost: največje število prezgodaj izgubljenih delovnih let, odsotnost z dela ali od pouka ter drago zdravstveno oskrbo. Med ljudmi je premalo ozaveščenosti, da je veliko večino teh poškodb mogoče preprečiti. Že ime dogodka – nesreča – kaže na naključje, na to, da se nekaj zgodi brez možnosti, da bi nanj vplivali. Zato se tega izraza izogibajmo in raje uporabimo pojma nezgoda in poškodba ter se posvetimo njihovemu preprečevanju. V preteklosti se je to že izkazalo za uspešno pri preprečevanju poškodb v prometu (zakonodaja, varnejša vozila), zastrupitev in utopitev. Vse to zahteva kompleksen pristop in sodelovanje različnih strokovnjakov (javno zdravstvo, biomehanika, tehnika, vedenjske znanosti, pravo, medicina, urbanizem).

Nesreča je nepredvidljiv in nenadzorovan dogodek, v katerem je akcija ali reakcija enega objekta, materije, osebe ali radiacije imela za posledico poškodbo neke osebe (Heinrichova definicija). Po Chapmanu je nesreča pojav zaradi različnih in številnih vzrokov. Pogosto je rezultat dogodkov ali serije dogodkov, časovno oddaljenih od nesreče. Te značilnosti zelo otežujejo proučevanje stvarnih vzrokov.

Nezgoda je dogodek, pri katerem je človek poškodovan, dogodek, ki človeka zelo prizadene, po navadi materialno (Slovenski pravopis 1979). Če gre za okvaro zdravja, govorimo o poškodbah, ki zahtevajo zdravljenje in bolniški stalež. Nezgoda je nepredviden (nepričakovan in nepravilen) dogodek, ki ni nastal naključno; vključeni so dejavniki, na katere človek lahko vpliva. Dogodek je prekinil dokončanje neke dejavnosti in ni nujno, da se je končal z ranitvijo ali s poškodbo delavca ali z okvaro stroja. Lahko se konča brez gmotnih posledic ali posledic na zdravju ali pa s poškodbo, z

nedoseganjem ciljev, gmotno škodo ali izgubo, z izgubo proizvodnih sredstev, vrednosti, ugleda, s prekinitvijo poteka dejavnosti, materialnih tokov ali tokov informacij, servisne dejavnosti itn. Nezgoda je dogodek, po pričakovanju je redek, nevsakdanji pojav. Posledica nezgode se lahko pokaže kot materialni učinek (npr. učinek na živih stvareh, kot je poškodba delavca, živali, rastlin itn., ali na rečeh, kot so predmeti dela, surovine, izdelki), lahko prepreči normalno delovanje sistema ali dejavnosti (npr. prekinitev dela, energije, toka informacij, transporta, prodaje, delovanja servisa itn.) ali oboje hkrati: učinek na stvareh (ali rečeh) in na delovanju sistema. Pri tem niso mišljeni kot ljudje ali sredstva samo delavci, lahko je prizadeto tudi okolje. Nezgoda se lahko tudi srečno izteče, brez pomembnejših posledic; včasih imenujemo take dogodke »skoraj poškodba«, »skoraj nezgoda« ali »dogodek v prazno«. Takšna »skoraj nezgoda« je posebej plemenita, ker opozori na nevarnost, ki smo jo prezrli, da jo tako spoznano lahko zmanjšamo ali odpravimo brez posledic. Ker je nezgoda neželen dogodek, želimo, da je takšnih dogodkov čim manj. To željo poskušamo uresničiti z varnostjo, ki mora izpolnjevati najmanj predpisane splošne varnostne pogoje. Ko ni nezgod, govorimo o ravnotežju med človekom in njegovo okolico, čeprav potencialna nevarnost vedno obstaja. Potrebno je samo, da se pojavi neki neustrezen gib ali aktivnost pri človeku ali v okolju, pa se to ravnotežje poruši in nastane poškodba. Mogoče so tudi nepravilne aktivnosti, ki ogrožajo varnost in jih lahko naredi oseba, ki je poškodovana, ali kdor koli iz njene okolice (nekdo pomotoma ugasne svetilo in nastane nezgoda, ki ima za posledico poškodbo).

Poškodba pa je okvara zdravja, ki je nastala 24–48 ur po delovanju škodljivega dejavnika, sicer gre za bolezen. Poškodba pri delu je poškodba zavarovanca, ki je posledica neposrednega in kratkotrajnega mehanskega, fizikalnega ali kemičnega učinka, posledica hitre spremembe položaja ali nenadne obremenitve telesa in drugih sprememb fiziološkega stanja organizma, če je takšna poškodba v vzročni zvezi z opravljanjem dela ali dejavnosti, na podlagi katere je zavarovanec zavarovan (Zakon o pokojninskem in invalidskem zavarovanju). Za poškodbo pri delu se šteje tudi poškodba, povzročena na opisani način, ki jo utрпи zavarovanec na redni poti od stanovanja do delovnega mesta ali nazaj, na poti, da opravi delovne naloge, da nastopi delo. Za poškodbo pri delu se šteje tudi obolenje zavarovanca, ki je neposredna ali izključna posledica nesrečnega naključja ali višje sile med opravljanjem dela oziroma dejavnosti, na podlagi katere je oboleli zavarovanec. Za poškodbo pri delu se šteje tudi poškodba, povzročena na opisani način, ki jo utрпи zavarovanec ali delovni invalid v zvezi s pravico do zdravstvenega varstva, če nastane na redni poti od stanovanja oziroma delovnega mesta do kraja zdravniškega pregleda ali zdravljenja, v kraju in ob vračanju do kraja, v kraju ali ob vračanju, če je bil spremljevalec, ali pa če je šel po protezo ali ortopedski pripomoček.

Iz definicije poškodbe na delu izhaja, da sta za priznavanje poškodb na delu pomembni dve dejstvi: da se je okvara zgodila naglo – akutno – in da je nastala okvara vezana na opravljanje poklicne dejavnosti. Zaradi take definicije se tudi vse akutne zastrupitve prijavljajo kot poškodbe na delu. Poškodbe na delu so tudi poškodbe, ki jih delavec utрпи pri opravljanju dela, na katerega ni razporejen, vendar ga opravlja v interesu delodajalca, pri katerem je zaposlen, pri prihodu na delo in odhodu z njega, če pri tem koristi najkrajšo pot, poškodbe, ki jih pretrpi na poti zaradi izvrševanja službenih aktivnosti, pa tudi s pravico prerazporeditve na drugo delo, prekvalifikacije ali dokvalifikacije, v povezavi s koriščenjem pravic iz zdravstvenega varstva, v akcijah reševanja ob elementarnih nezgodah ...

Poškodbe pa niso edine okvare zdravja, ki nastanejo v nezgodah. Nezgode in nenamerni dogodki imajo za posledico lahko tudi bolezni, npr. novotvorba zaradi izpostavljenosti plinu ali sevanju, infekcijska bolezen zaradi poškodbe z okuženim nožem ali psihosocialne probleme, npr.

posttravmatski stresni sindrom. Zato je nujno, da se raziskovanje na področju varnosti razširi na več tipov učinkov (poškodbe, bolezni, psihosocialni učinki) in več tipov vzročnih mehanizmov (nezgode, medosebno nasilje, samomorilna dejanja).

Vzroki poškodb se ne seštevajo, ampak množijo, tako da en dejavnik potencira drugega in rezultat je poškodba. Po drugi strani pa se ne bo zgodila poškodba, če manjka eden izmed pomembnih dejavnikov. Pogosta prepletenost različnih dejavnikov in njihovo medsebojno delovanje prav tako otežuje definirano pravega vzroka poškodbe. Večje število vzrokov vsake poškodbe zahteva kompletno analizo vseh, od katerih je le eden dominanten in se običajno jemlje kot edini vzrok poškodbe na delu. Poškodbe na delu imajo socialno-medicinski in družbeno-ekonomski pomen, ker povzročajo odsotnost z dela in s tem manjšo produktivnost na delu, pogosto invalidnost, celo izgubo življenja, izplačilo nadomestila namesto plače, stroške zdravljenja, medicinske in poklicne rehabilitacije in druge negativne posledice za posameznika, njegovo družino, delovno organizacijo in za družbo v celoti. Vsaka poškodba predstavlja najprej fizično in psihično travmo za poškodovanega, številne neprijetnosti, povezane z medicinskimi posegi, gmotno izgubo ter zmanjšanje življenjske in delovne zmožnosti. Ekonomske izgube družbe se lahko izkažejo kot izdatki zdravstvenega in invalidskega zavarovanja (neposredne izgube), škode za delovno organizacijo in izgube družbene skupnosti (posredne izgube).

Številni strokovnjaki so se dolga leta ukvarjali z raziskovanjem (iskanjem) dejavnika ali dejavnikov, ki bi imeli za posledico nagnjenost k nezgodam. Korelacije med nezgodami in različnimi človeškimi lastnostmi so ugotovljene na velikem številu karakteristik, vendar so kljub statistični pomembnosti majhne. Prav tako so različni avtorji našli povezanost z različnimi lastnostmi. Vse to nas vodi do zaključka, da so nezgode povezane z različnimi človekovimi lastnostmi, vendar glede na konkretno (okoljsko) situacijo z različnimi lastnostmi.

Nagnjenost k nezgodam se v zadnjih letih zamenjuje z nesporazumom, s t. i. semantičnim nesporazumom. Raziskovalci so si edini, da je človek v ogromni večini naključij glavni vzrok nezgod. Gotovo ne gre za neke trajne in vedno enake lastnosti, ki pa so lahko odvisne od zunanjega okolja oz. konkretne situacije. Prav gotovo nekatere človekove lastnosti v velikem številu nezgod predstavljajo vzročni dejavnik, neke druge lastnosti pa so pomembne in ogrožajoče le v nekaterih specifičnih situacijah. Ljudje se med seboj razlikujemo, in če bi že obstajala neka »splošna« lastnost za nezgodo, ta ne bi bila enaka pri vseh ljudeh. Tudi zaradi tega, ker se ljudje razlikujejo v svojem obnašanju in odnosu do tvegane situacije; to je odvisno od človekovega trenutnega psihofizičnega stanja in njegove pripravljenosti, da se na nevarno situacijo odzove, in načinov odzivanja.

Vsaka nezgoda, v kateri je zadnji vzrok človek, je pravzaprav kaznovana napaka. Človek je napravil nekaj, kar ni bilo primerno situaciji (ali ni napravil nečesa, kar bi moral storiti). Nagnjenost k nezgodam bi torej lahko definirali kot imetje tistih človekovih karakteristik, ki so v danem trenutku nezaželene za varnost pri delu oz. pomanjkanje tistih, ki so v danem trenutku neobhodno potrebne za varnost.

Poškodbe so eden izmed najmanj razumljenih, vendar zelo pomembnih socialnih, ekonomskih in medicinskih problemov našega časa. Njihovega pomena kot bolezni sodobnega človeka dolgo časa niso v zadostni meri prepoznali ne medicinski ne drugi strokovnjaki javnega zdravja.

Statistični podatki o poškodbah ne razgrnejo njihovega celotnega problema. Podatki o umrljivosti odkrivajo le vrh ledene gore tega problema, podatki o hospitalizacijah ga razsvetljujejo le nekoliko bolj. Pogosto v statistiki tudi ne razpolagamo s podatki o dolgoročnih posledicah, ki jih občuti poškodovana oseba, npr. o paraplegiji, tetraplegiji po poškodbah

hrbtenjače, disfunkciji možganov, izgubi spomina, ponavljajočih se glavobolih po poškodbi glave, brazgotinah, kontrakturah po opeklinah in o drugih posledicah (emocionalne, vedenjske motnje, razpad družine, zakona, izguba kariere itn.). Za družbo so poškodbe tudi velikansko finančno breme, ki ga je težko natančno izračunati. Če je še mogoče izračunati stroške zdravljenja in rehabilitacije zaradi poškodb ter odsotnosti z dela, pa je skoraj nemogoče oceniti stroške socialnih posledic poškodb, zlasti pri huje poškodovanih in umrlih osebah.

Najpomembnejši vidik pri raziskovanju pojavnosti poškodb predstavljata možnost za njihovo preprečevanje in zmanjševanje resnosti poškodb. Pri tem je najmanj učinkovit način, s katerim se posvetimo le posameznim vzrokom poškodb. Uspešnejše so strategije, ki vključujejo različne prijeme in strokovnjake različnih strok. Tudi besedno zvezo preprečevanje nesreč je bolje zamenjati z besedno zvezo obvladovanje poškodb, katere cilj je zmanjševanje števila poškodb in obsega boljše poznavanje dejavnikov tveganja, predvidevanje možnosti za nastanek poškodb in aktivno obvladovanje teh dejavnikov. V primerjavi s kroničnimi boleznimi je pri poškodbah dejavnik vedno prisoten; mogoče ga je meriti in določiti način, s katerim se agens širi v okolje. Od kroničnih in nalezljivih boleznih se poškodbe ločijo tudi po tem, da nimajo dolge inkubacijske dobe oz. se (razen pri opeklinah in zastrupitvah) pojavijo takoj po izpostavitvi dejavniku. Cilj aktivnosti javnega zdravja je, da določi sile, ki lahko povzročijo poškodbo, mehanizme, po katerih so ljudje tem silam lahko izpostavljeni, in ukrepe, ki jih je treba uvesti, da se poškodbe ne bi zgodile. Posamezne poškodbe se od primera do primera zelo razlikujejo po vrsti sile in načinu njenega delovanja, odzivih človeka, njegovem zdravstvenem stanju in zdravstveni oskrbi po poškodbi. Glede na to lahko delovanje javnega zdravja razdelimo na tri ravni. Cilj primarne preventive je preprečiti, da bi se poškodba sploh zgodila, in sicer s preprečevanjem širjenja škodljivega dejavnika (energije, ki lahko povzroči poškodbo) oz. izpostavljenosti človeka temu dejavniku (npr. prometna zakonodaja, zaščitni pokrovčki na steklenicah s kemikalijami ...). Primarna preventiva torej vključuje preprečevanje dogodka ali nastanka poškodbe med dogodkom (uporaba osebne varovalne opreme). Sekundarna preventiva poskuša preprečiti poškodbo oz. zmanjšati njeno resnost, ko se je neljubi dogodek že zgodil oz. se je že začelo širjenje energije (čelade za motoriste, varnostni pasovi, varnejši avtomobili ...). Pri tem je pomembno poudariti, da eno varovalno sredstvo varuje le pred eno vrsto poškodbe, ne varuje pa vsega telesa. Terciarna preventiva zmanjšuje posledice poškodbe, ko se je ta že zgodila. Vključuje učinkovito fizično, psihično, poklicno idr. rehabilitacijo.

Ljudje se ne združujejo samo v delovne organizacije in ustanove, ampak tudi v druge socialne strukture, kjer so izpostavljeni medsebojnemu vplivu, ki oblikuje njihovo vedenje, misli in stališča. Dokazano je, da skupnost ne vpliva na varnost samo s svojimi intervencijami in prikazom pozitivnih učinkov le-teh, ampak so pomembne tudi druge determinante. Socialno-ekonomska neenakost vpliva na razlike v incidenci poškodb, ker imajo ljudje iz nižjih socioekonomskih razredov večje tveganje za nastanek poškodb kot tisti iz višjih razredov. Drugi vpliv skupnosti se kaže v kolektivnih stališčih, normah in v kulturi. Pokazalo se je, da je model povezanosti med znanjem ljudi, spremembo njihovih stališč in posledično spremembo vedenja kompleksnejši, kot se zdi, ker na stališča vplivajo še drugi faktorji, npr. socialne in kulturne norme skupnosti. Ob uporabi kolesarske čelade na vedenje otrok in njihovih staršev bolj vplivajo stališča in pritisk skupnosti kot pa njihovo znanje. Na varnost v skupnosti vplivajo tudi determinante, ki izhajajo iz nacionalne ravni, npr. vladna politika, zakonodaja, politična stabilnost, blagostanje, socialni, ekonomski in tehnični razvoj. Vpliv politike in zakonodaje je

redko deležen znanstvenega ovrednotenja uspešnosti, vendar so rezultati nekaterih študij spodbudni. S sprejetjem zakona o obvezni vgradnji dodatne zaščite za voznika v traktorju je na Švedskem skoraj izginila umrljivost zaradi prevrnitve s traktorjem, v Avstraliji pa je zakon o obvezni uporabi kolesarske čelade čez noč za polovico povečal uporabo čelad in zmanjšal umrljivost kolesarjev.

Vpliv blagostanja se odraža tudi na nacionalni ravni, če primerjamo revne in bogate države, saj vsaki stopnji socialnega, tehničnega in ekonomskega razvoja države ustreza stopnja zdravja. V revnih državah so še vedno velik problem javnega zdravja nalezljive bolezni, ki jih počasi že zamenjujejo bolezni, ki so značilne za bogate države, npr. poškodbe, rak, bolezni srca in ožilja. To so potrdile tudi presečne študije primerjav med državami z različnim bruto družbenim prihodkom (BDP) in longitudinalne študije v posameznih državah. Iz teh študij izhaja, da je skupno breme poškodb večje v državah z nižjim BDP kot v državah z višjim BDP, čeprav je v teh državah delež umrljivosti in invalidnosti zaradi poškodb nižji, ker imajo višje stopnje umrljivosti in invalidnosti zaradi drugih bolezni.

Za uresničevanje uporabe preventivnih strategij so na voljo številni pristopi in načini, med katerimi so najpogosteje uporabljeni izobraževanje, tehnološke spremembe, zakoni, predpisi, standardi in tožbe. Izobraževanje mora biti več kot samo preprost prenos informacij, saj mora doseči spremembo stališč in vedenja ljudi. Pomembna sta predvsem izobraževanje in motiviranje ljudi na ključnih položajih v družbi, ki lahko vplivajo na uporabo različnih pristopov za preprečevanje poškodb: spremembe v okolju, oblikovanje izdelkov, sprejetje zakonov, standardov itn. Epidemiološki pristop in na njem temelječe preventivne strategije kažejo na to, da zmanjšanje števila in teže nezgod ter poškodb zahteva multidisciplinaren in multisektorski pristop. V družbi skoraj ni sektorja, discipline ali poklica, ki ne bi mogel prispevati k večji varnosti ljudi, npr. zdravstveni delavci, pedagoški delavci, načrtovalci bivalnih in cestnih površin, igrišč, arhitekti, graditelji, oblikovalci, proizvajalci, politiki, novinarji itn.

Raziskovanje na področju vzrokov nastanka nezgod in poškodb je pripomoglo, da se je prvotno preprečevanje nezgod in poškodb preusmerilo iz zdravstvene vzgoje za spremembo stališč in vedenja v spreminjanje okolja. Strokovnjaki različnih strok s spremembami zakonodaje in nadzora, z novimi tehnologijami in načrtovanjem proizvodov poskušajo zaščititi ljudi pred stikom z energijami, ki lahko povzročijo poškodbe. Spremembe vektorjev in okolja so še posebej pomembne v primerih, ko posameznik s svojim vedenjem ne more preprečiti nastanka poškodbe, npr. v avtomobilu brez varnostnih pasov. Kljub temu pa ostajata človeško vedenje in osebna odgovornost še vedno pomembna dejavnika za nastanek nezgod in poškodb.

Zmanjševanje števila poškodb se doseže z ukrepi na vseh treh ravneh preventive. Vendar ti ukrepi ne zadostujejo, če ne ustrezajo ciljni populaciji, tj. njihovi stopnji razumevanja, kulturnim in družbenim potrebam. Načini za uveljavitev sistema obvladovanja poškodb se lahko osredinjajo na različne cilje ter vključujejo pasivno in aktivno intervencijo. Vse postavke niso primerne za vse oblike nevarnosti, zato je treba opredeliti najboljše in te uporabiti za določeno vrsto nevarnosti. Obenem je predhodno treba opredeliti tudi potrebe, izvedljivost in sorazmerno učinkovitost posamezne metode, sicer se lahko zgodi, da uporabimo nepotrebne ali celo neučinkovite. Končno je na pilotnem projektu, torej še pred širšo uporabo, treba oceniti in raziskati učinek uporabljene metode. Izkušnje so pokazale, da je pri preprečevanju poškodb bolje spreminjati okolje in nosilce energije, manj pa vedenje gostitelja. Še vedno se veliko preveč sredstev vложи v spreminjanje zadnjega (npr. pripenjanje z varnostnim pasom, skakanje v vodo

...). Če je za zmanjševanje poškodb nujno treba vplivati na vedenje, se je bolje osrediniti le na eno stvar. Uspešnejši je princip osebnega ozaveščanja (npr. zdravnik) kot pa uporaba neosebnihih televizijskih oglasov. Za uspešne so se pokazale tudi razne nagradne akcije. Uporaba oz. neuporaba določenih strategij med prebivalstvom ni nujno odvisna od javno prikazane učinkovitosti. Ugotovljeno je bilo, da kaznovanost poveča uporabo nekega sredstva tem bolj, če je to očitno že na pogled (npr. uporaba zaščitne čelade ali varnostnega pasu).

Pri preprečevanju poškodb se izpostavlja še en problem. Gre za ugotavljanje učinkovitosti neke strategije glede na strošek, česar večina držav še vedno nima. Za izvedbo je treba imeti kompleksen informacijski sistem z obsežnim arhivom, predvsem pa je za to potrebna izdatna finančna in siceršnja pomoč države.

Raziskave poškodb pri delu bi morale biti usmerjene v tiste gospodarske dejavnosti, v katerih se zgodi največ smrtnih poškodb ali poškodb s težkimi posledicami, največ poškodb glede na število zaposlenih in v katerih je izpostavljenih največ zaposlenih. Raziskave bi morale biti usmerjene tudi v manj hude poškodbe, ki se pogosto zgodijo pri delu in so lahko preprečljive. Za zmanjšanje poškodb pri delu je treba oblikovati preventivno strategijo in specifične preventivne programe za ogrožene skupine zaposlenih. Učinkovitost preventivne strategije in programov pa je odvisna od poznavanja problemov, rizičnih skupin in časovnih sprememb v stopnjah poškodb. Vsaki strategiji in programu mora poleg tega slediti evaluacija, ki oceni učinkovitost preventivnih programov in prepreči, da bi zaradi izvajanja novih preventivnih programov nastalo povečano tveganje za nastanek drugih poškodb ali bolezni.

V svetu priporočajo kombinacijo dveh pristopov: promocije zdravja in tradicionalnega pristopa. Tradicionalni pristop vključuje ergonomsko urejenost delovnega mesta in opreme, postavljanje zaščitne bariere med delavca in nevarnost, predhodni izbor delavcev pred zaposlitvijo in trening delavcev na nevarnih delavnih mestih. Promocija zdravja je proces ozaveščanja, po katerem so ljudje pripravljene prevzeti skrb za svoje zdravje v lastne roke. Izobraževanje poveča stopnjo ozaveščenosti delavcev glede možnosti nastanka poškodb in spodbuja delavce, da se aktivno vključijo v preprečevanje poškodb. Vzgoja in izobraževanje iz varstva pri delu bi zato morala postati sestavni del osnovne vzgoje in strokovnega usposabljanja, pouka ter tudi splošnega izobraževanja. Srednja, višja in visoka šola pa bi morale poglobljati znanje o varstvu pri delu. Pozneje bi morali delavcu v delovni organizaciji posredovati samo specifična znanja o varstvu pri delu, ki se nanašajo na konkretno organizacijo, oziroma dela in naloge.

Treba je narediti načrt preventivnih aktivnosti. Ker poškodbe pri delu posegajo na različna področja našega življenja, bi se poleg zdravstvene službe in službe za varstvo pri delu za zgraditev načrta preventivnih aktivnosti morali vključiti še strokovnjaki s tehničnih področij, psihologi in pravniki.

Ustrezna organizacija dela omogoča, da intenziteta in tempo trajanja delovnih operacij ne presežeta človekove oziroma delavčeve psihofizične zmogljivosti, da ne pride do pojavnosti utrujenosti. Pri uvajanju novih tehnologij, novih delovnih sredstev in delovnih prostorov je treba predhodno izvesti študije ustreznosti glede varnih in ustreznih delovnih pogojev. Prav tako je treba načrtovati politiko varnosti in zdravja v vodstvu podjetja. Delodajalec mora varnost in zdravje pri delu sprejeti v politiko podjetja. Če bo delodajalec doumel pomen varnosti pri delu v najširšem smislu, resnično lahko pričakuje, da se mu bo ta vložek obrestoval, da bo njegovo delo varno in zdravo, da bo zaposloval zadovoljne, polno delovno zmožne delavce, ki bodo tudi produktivno najučinkovitejši, da bo njihovo podjetje spoštovano in cenjeno. Nujna je

prilagoditev slovenskega informacijskega sistema za poškodbe pri delu, tako da bi bili podatki uporabnejši, ne le za nacionalne študije, ampak tudi za analize poškodb pri delu na ravni podjetij, ki jih ta problematika prav tako neposredno zadeva. Na število poškodb na poti na delo ali z dela delodajalci nimajo neposrednega vpliva in je treba breme zmanjševanja teh poškodb prenesti tudi na druge segmente družbe.

Prim. prof. dr. Marjan Bilban

POVZETEK

Publikacija je namenjena odločevalcem, civilni družbi in strokovnjakom, ki delajo na področju preprečevanja poškodb in promocije varnosti ter zagovorništva. Njen namen je osvetliti razsežnost in resnost problema poškodb v Sloveniji, vzroke, najbolj ogrožene skupine prebivalstva in socialno-ekonomske neenakosti zaradi poškodb, predstaviti obstoječe nacionalne politike in ukrepe ter predlagati nadaljnje aktivnosti za preprečevanje poškodb in promocijo varnosti na prednostnih varnostnih področjih.

Problem poškodb v Evropi

Dobro razvita varnostna kultura predstavlja enega izmed temeljev zdravja in posledično tudi socialne in gospodarske stabilnosti ter kakovosti življenja evropskih državljanov. In vendar v Evropski uniji vsako leto zaradi poškodb umre več kot 250.000 ljudi, poškodbe pa so četrti najpogostejši vzrok smrti, takoj za boleznimi srca in žilja, rakom in za boleznimi dihal. Če je še pred časom veljalo, da so poškodbe naključne in posledica neizogibnih nesreč, pa se je v zadnjih desetletjih to stališče zaradi vse boljšega poznavanja epidemiološkega modela nastanka poškodb spremenilo; zdaj je za nenamerne in namerne poškodbe znano, da jih je mogoče preprečiti. V zadnjih letih na ravni politik Evropske unije zato prihaja vse bolj v ospredje potreba po učinkovitejšem preprečevanju poškodb, ki ji na področju javnega zdravja v Evropski uniji in posameznih državah članicah namenjajo vse več pozornosti in političnih aktivnosti. Z implementacijo priporočil Resolucije EUR/RC55/R9 o preprečevanju poškodb v evropski regiji in priporočil Sveta Evrope za preprečevanje poškodb in promocijo varnosti je bil narejen ohrabrujoč napredek pri zmanjševanju neenakosti zaradi poškodb med državami in znotraj njih. Iz pregleda pomembnejših dokumentov, namenjenih preprečevanju poškodb, je razvidno, da v evropskih državah že obstaja cela vrsta nacionalnih strategij in specifičnih ukrepov za obvladovanje tega problema javnega zdravja, napredek pa je mogoč le z nadaljnjo politično in finančno podporo posameznih držav in mednarodnih organizacij.

Veliko držav, predvsem na severu Evrope, je začelo sistematično reševati problem poškodb že pred desetletji, medtem ko so se druge zavedle razsežnosti in resnosti problema ter začele ukrepati šele v zadnjih letih. Zato se kažejo velike razlike v umrljivosti zaradi poškodb predvsem med revnimi in bogatimi evropskimi državami, kar je hkrati tudi priložnost za zmanjšanje nepravilnih razlik med državami in znotraj njih. Izkušnje najvarnejših evropskih držav potrjujejo, da obstajajo na dokazih temelječe učinkovite intervencije in ukrepi, ki bi lahko prispevali k zmanjševanju bremena poškodb tudi v preventivno manj razvitih državah (Sethi in sod. 2006). Zmanjšanje neenakosti zaradi poškodb je mogoče doseči s prenosom znanja in izkušenj iz razvitejših evropskih držav v preostale dele regije, znotraj držav pa s politično podporo, z medsektorskim in interdisciplinarnim sodelovanjem, dvigom varnostne kulture, vzgojo in izobraževanjem, razvojem preventivnih programov, zakonodajo, s povezovanjem državne ravni in lokalnih skupnosti, z raziskovanjem, s spremembami v bivalnem in delovnem okolju, posodabljanjem nujne medicinske pomoči ter z zagotavljanjem dostopnosti do ustreznega zdravljenja in rehabilitacije.

Pri tem mora zdravstveni sektor okrepiti vodilno vlogo in koordinacijo multisektorskega delovanja na tistih varnostnih področjih, na katerih vodenje drugih sektorjev ni prepoznano, npr. preprečevanje padcev, zadušitev, zastrupitev, poškodb starejših, in zagovarjati uvedbo z dokazi podprtih aktivnosti ter ukrepov na področjih, ki jih tradicionalno vodijo drugi sektorji, npr. preprečevanje poškodb v prometu, utopitev, požarov. Zdravstveni sektor ima pomembno vlogo tudi pri vzpostavitvi zanesljivega in primerljivega sistema spremljanja podatkov o poškodbah in zastrupitvah, identifikaciji bremena zaradi poškodb, vzrokov in posledic poškodb ter pri oceni potreb prebivalstva in evalvaciji programov. Primeri dobrih strateških dokumentov in akcijskih načrtov s področja preprečevanja poškodb, ki so jih sprejeli v posameznih evropskih državah, potrjujejo, kako pomembni za praktično udejanjanje nacionalnih strategij so politična volja, jasno izdelani programi, tesno povezovanje ustanov in mednarodnih organizacij ter gradnja kapacitet.

Breme poškodb, politike in ukrepi v Sloveniji

Poškodbe so tako kot v večini evropskih držav tudi v Sloveniji velik problem na področju javnega zdravja ter družbeni problem z resnimi demografskimi in ekonomskimi posledicami. Poškodbe so tretji najpomembnejši vzrok umrljivosti; naši prebivalci umirajo pogosteje le še zaradi bolezni srca in žilja ter novotvorb. V primerjavi z razvitimi evropskimi državami s stanjem v Sloveniji ne moremo biti zadovoljni, ker je pri nas umrljivost zaradi poškodb v nezgodah skoraj dvakrat višja, v primerjavi z Nizozemsko, ki velja za eno najvarnejših držav na svetu, pa več kot dvakrat višja. To uvršča poškodbe med glavne vzroke bremena bolezni, tj. izgube zdravih let življenja, med našimi prebivalci. Ugotovitve slovenskih raziskav potrjujejo, da tudi pri nas nesorazmerno velik del bremena poškodb pade na najranljivejše skupine prebivalstva, kot so: otroci, mladostniki, starejši in ljudje s slabšim socialno-ekonomskim položajem.

V zadnjem desetletju je bil pri reševanju tega problema narejen velik korak naprej. S politično podporo, z medsektorskim in interdisciplinarnim sodelovanjem so bili sprejeti številni strateški dokumenti in akcijski načrti na področju preprečevanja poškodb, ki se uresničujejo z izvajanjem raznovrstnih aktivnosti, programov in ukrepov. Po nekaterih ocenah je bila Slovenija uspešna predvsem pri zagotavljanju varnosti v prometu, medtem ko bi bilo treba več pozornosti posvetiti preprečevanju poškodb doma in v prostem času z izvajanjem ukrepov, ki vključujejo kombinacijo izobraževanja, projektiranja in sprememb v bivalnem okolju za boljšo varnost ter nadzora nad spoštovanjem standardov in izvajanjem predpisov. V akcijske načrte bi bilo treba vključiti tudi programe in ukrepe, usmerjene v zmanjševanje neenakosti zaradi poškodb, še posebno med otroki. Glede na izkušnje držav, ki imajo nizko stopnjo poškodb, je učinkovito le dolgoletno investiranje v varnost kot družbeno odgovornost, ker ima poleg izobraževanja in ozaveščanja izvajanje zakonodaje s spoštovanjem standardov za zagotavljanje varnega bivalnega okolja (prometna varnost, gradnja objektov, uporaba varnostne opreme ...), proizvodov in preprečevanje tveganega vedenja (vožnja pod vplivom alkohola) velik učinek na zmanjševanje neenakosti v umrljivosti zaradi poškodb.

K temu velikemu bremenu in izgubi zdravih let življenja zaradi poškodb največ prispevajo prometne nezgode, padci in zastrupitve, tri varnostna področja, ki zahtevajo prednostno ukrepanje.

Poškodbe v prometnih nezgodah so v Sloveniji vodilni vzrok prezgodnje umrljivosti otrok in mlajših odraslih. Kljub številnim programom in ukrepom za zagotavljanje varnosti v prometu pa

je v zadnjih letih umrljivost še 1,5-krat višja od povprečja evropskih držav, ki imajo nizko umrljivost otrok in odraslih. Mladostniki in mlajši odrasli se smrtno poškodujejo predvsem kot osebe v avtomobilu in motoristi, otroci in starejši ljudje pa so žrtve najpogosteje kot osebe v avtomobilu in pešci. Umrljivost zaradi prometnih nezgod sicer pada, vendar stopnja prometnih nezgod zaradi alkohola raste, kar v prihodnje zahteva boljše medsektorsko in interdisciplinarno sodelovanje ter usklajeno ukrepanje na področju uveljavljanja prometne zakonodaje, krepitve duševnega zdravja, preventivno promocijskih programov s področja preprečevanja tvegane in škodljive rabe alkohola, omejevanja porabe in dostopa mladih do alkohola, zniževanje dovoljene vsebnosti alkohola v krvi in izdihanem zraku, preprečevanja škodljivih posledic rabe alkohola in obvladovanja bolezni odvisnosti. Hkrati je treba še naprej nadgrajevati in izvajati preostale ukrepe za zagotavljanje varnosti v prometu, od načrtovanja in gradnje varnega cestnega omrežja ter površin za pešce in kolesarje, uveljavljanja zakonodaje s področja varnega vedenja v prometu (hitrost, alkohol, varnostni pas, čelada) in usposabljanja voznikov, dosegljivosti varnejših avtomobilov in varnostne opreme do zagotavljanja kakovostnega reševanja in zdravstvene oskrbe ponesrečencev v prometu. Na področju zagotavljanja varnosti otrok v prometu je bila Slovenija do zdaj uspešna, po vzoru nekaterih evropskih držav pa bi veljalo razviti in uvesti nove programe za izboljšanje ozaveščenosti in zavedanja javnosti o tveganjih za poškodbe otrok in učinkovitih preventivnih ukrepih, npr. program osebnega svetovanja staršem med preventivnimi zdravstvenimi pregledi, ki bi prispevali tudi k zmanjševanju nepravilnih razlik v zdravju otrok zaradi poškodb.

Padci so pomemben vzrok obolevnosti ter zmanjšane zmoglosti/invalidnosti otrok in mladih ljudi v Sloveniji, pri starejših ljudeh pa so glavni vzrok umrljivosti zaradi poškodb ne samo zaradi pogostejših padcev in poškodb, ampak tudi zaradi višje smrtnosti. V državah z nizko umrljivostjo otrok in odraslih umrljivost zaradi padcev pada, medtem ko pri nas od leta 2002 naprej umrljivost celo raste in je 3,7-krat višja od povprečja evropskih držav. V primerjavi z umrljivostjo v prometu umrljivost zaradi padcev v zadnjih letih raste, kar v prihodnje zahteva boljše medsektorsko in interdisciplinarno sodelovanje ter usklajeno ukrepanje na področju preprečevanja padcev, poškodb in promocije varnosti. Pri starejših ljudeh in otrocih se padci zgodijo predvsem doma ali v bližnji okolici doma. Večina je povezana s slabim oblikovanjem in vzdrževanjem bivalnih prostorov in rekreacijskih površin, zato je nujno povezovanje zdravstvenega sektorja z drugimi pristojnimi sektorji za zagotavljanje gradnje varnih objektov in bivalnih površin ter varnosti proizvodov. Predvsem pa bi bilo treba razviti nove programe za izboljšanje ozaveščenosti in zavedanja javnosti o tveganjih za padce otrok in starejših ter znanja o učinkovitih preventivnih ukrepih in uporabi varnostnih sredstev. Poškodbe pri športu in rekreaciji so najpogostejše poškodbe, ki jih utrpijo mladi doma in v prostem času. Redko so smrtne, imajo pa pogosto dolgoročne posledice za zdravje. Zgodijo se večinoma med neorganizirano športno dejavnostjo, zato bi morali v prihodnje promocijo športnorekreativne dejavnosti sistematično povezati s promocijo varnosti.

Hkrati je treba zmanjšati tudi nepravilne razlike v zdravju zaradi poškodb, ki nastajajo zaradi različne izpostavljenosti tveganim situacijam in okoljem, dostopnosti do znanja, varnostne opreme in kakovostne medicinske rehabilitacije.

Zastrupitve so v Sloveniji tretji vzrok za izgubo zdravih let življenja zaradi nezgod. Ne smemo prezreti, da se je po letu 2005 stopnja umrljivosti močno povišala, predvsem med mladimi (15–29 let), in je v zadnjih letih kar 2,7-krat višja v primerjavi z Nizozemsko, ki je ena najvarnejših

držav v Evropi. Med smrtnimi in težkimi zastrupitvami prevladujejo zastrupitve s prepovedanimi drogami, z alkoholom in s psihotropnimi zdravili, kar odseva predvsem duševno zdravje prebivalcev Slovenije in razširjenost bolezni odvisnosti. Zato je potrebno prednostno izvajanje že sprejetih ter razvoj novih učinkovitih strategij, ukrepov in pristopov na področju krepitve duševnega zdravja, zmanjševanja škodljive rabe alkohola in prepovedanih drog. Bolezni odvisnosti so dejavnik tveganja za poškodbe ter številne druge akutne in kronične bolezni, zato bodo preventivne strategije prispevale k zmanjšanju obolevnosti in umrljivosti zaradi mnogoterih vzrokov. Zaradi zastrupitev so najpogosteje sprejeti v bolnišnico mlajši otroci, zato je nujno izvajanje zavez za uresničevanje določil Parnske deklaracije, ki obsega varovanje zdravja otrok z upoštevanjem potreb otrok pri načrtovanju in oblikovanju stanovanj, ustanov in druge infrastrukture, s spodbujanjem varnosti izdelkov ter z zaščito otrok pred izpostavljenostjo škodljivim snovem in preparatom v bivalnih okoljih. Potrebni so predvsem novi programi za izboljšanje ozaveščenosti in zavedanja javnosti o tveganjih za zastrupitve otrok, učinkovitih preventivnih ukrepov in uporabi varnostnih sredstev. V zadnjem desetletju narašča tudi obolevnost zaradi zastrupitev z ogljikovim monoksidom. Za uspešno preprečevanje zastrupitev s CO mora zdravstveni sektor poleg ozaveščanja javnosti spodbuditi in k ustreznim aktivnostim usmeriti tudi druge sektorje, ki so odgovorni za pripravo in izvajanje tehničnih predpisov za gradnjo objektov, proizvodnjo, obrt in za storitveno dejavnost.

»Vsi smo odgovorni za vse ...« (F. M. Dostojevski), so besede, ki povzemajo bistvo epidemiološkega pristopa v javnem zdravju in na njem temelječih preventivnih strategij, da zmanjšanje števila in teže nezgod oziroma poškodb zahteva multisektorski in multidisciplinaren pristop, saj v družbi skoraj ni sektorja, discipline ali poklica, ki ne bi mogel prispevati k večji varnosti ljudi, npr. zdravstveni delavci, pedagoški delavci, načrtovalci bivalnih in cestnih površin, igrišč, arhitekti, graditelji, oblikovalci, proizvajalci, politiki, novinarji ...

SODELUJOČI

prim. prof. dr. Marjan Bilban, dr. med., specialist medicine dela, prometa in športa; Center za medicino dela, Zavod za varstvo pri delu Ljubljana in Katedra za javno zdravje, Medicinska Fakulteta, Univerza v Ljubljani

Nataša Delfar, univ. dipl. soc.; Zdravstveno podatkovni center, Inštitut za varovanje zdravja RS

prim. izr. prof. dr. Ivan Eržen, dr. med., specialist epidemiologije in specialist javnega zdravja; Inštitut za varovanje zdravja RS in Medicinska Fakulteta, Univerza v Ljubljani

asist. dr. Mojca Gabrijelčič Blenkuš, dr. med., specialistka javnega zdravja; Inštitut za varovanje zdravja RS

Ada Hočevar Grom, dr. med., specialistka medicine dela, prometa in športa in specialistka javnega zdravja; Center za krepitev zdravja in obvladovanje kroničnih bolezní, Inštitut za varovanje zdravja RS

Petra Nadrag, univ. dipl. soc.; Zdravstveno podatkovni center, Inštitut za varovanje zdravja RS

asist. dr. Lucija Perharič, dr. med., specialistka interne medicine; Center za nalezljive bolezni okoljska tveganja, Inštitut za varovanje zdravja RS

mag. Mateja Rok Simon, dr. med., specialistka javnega zdravja in specialistka socialne medicine; Center za krepitev zdravja in obvladovanje kroničnih bolezní, Inštitut za varovanje zdravja RS

mag. Nina Scagnetti, univ. dipl. soc.; Center za krepitev zdravja in obvladovanje kroničnih bolezní, Inštitut za varovanje zdravja RS

dr. Maja Zorko, univ. dipl. psih, viš. pred.; Center za krepitev zdravja in obvladovanje kroničnih bolezní, Inštitut za varovanje zdravja RS

SEZNAM UPORABLJENIH KRATIC

| | |
|----------|---|
| BDP | bruto domači proizvod |
| CO | ogljikov monoksid |
| CRP | Centralni register prebivalstva Republike Slovenije |
| CSAPII | ang. Child Safety Action Plan II = Akcijski načrt za varnost otrok II |
| CZ | Center za zastrupitve |
| DALYs | ang. disability adjusted life year = zdrava leta življenja |
| ESPAD | ang. European School Survey Project on Alcohol and Other Drug = Evropska raziskava o alkoholu in preostalih drogah |
| EU | Evropska unija |
| EUROSTAT | ang. European Union Statistical Office = Evropski statistični urad |
| IDB | ang. European Injury Database = Evropska baza podatkov o poškodbah |
| IOF | ang. International Osteoporosis Foundation = Mednarodni sklad za osteoporozo |
| ITM | indeks telesne mase |
| IVZ | Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije |
| MKB-10 | Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov |
| RAPEX | ang. Rapid Alert System for Non-food Consumer Products = sistem za hitro izmenjavo informacij o nevarnih proizvodih za potrošnike |
| SDR | ang. standardized death rate = standardizirana stopnja umrljivosti |
| SHR | ang. standardized hospitalization rate = standardizirana stopnja hospitalizacije |
| WHO | ang. World Health Organization = Svetovna zdravstvena organizacija |
| YLD | ang. years of life lost = izgubljena leta življenja zaradi prezgodnje smrti |
| YLL | ang. years lost due to disability = izgubljena leta življenja zaradi zmanjšane zmožnosti in/ali invalidnosti |
| YPLL | ang. years of potential life lost = izgubljena leta potencialnega življenja |
| ZDA | Združene države Amerike |

SEZNAM SLIK

| | |
|---|----|
| Slika 2.1. Izgubljena leta zdravega življenja (DALY), po vzrokih, Evropska regija, 2004. | 8 |
| Slika 2.2. Delež udejanjenih ukrepov WHO-resolucije EUR/RC55/R9 in priporočil Sveta Evrope, po posameznih državah. | 13 |
| Slika 3.1. Piramida nenamernih poškodb in zastrupitev v Sloveniji..... | 21 |
| Slika 3.2. Starostno standardizirana stopnja izgubljenih zdravih let življenja (DALYs/100.000), po glavnih vzrokih, razmerje YLL : YLD, Slovenija, 2004. | 22 |
| Slika 3.3. Starostno standardizirana stopnja izgubljenih zdravih let življenja (DALYs/100.000), po zunanjem vzroku, Slovenija, 2004..... | 23 |
| Slika 3.4. Standardizirana stopnja umrljivosti (SDR) zaradi nenamernih poškodb, po občinah glede na osnovo za dohodnino na prebivalca, Slovenija, 2004–2008..... | 23 |
| Slika 4.1. Standardizirana stopnja prezgodnje umrljivosti (0–64 let) (SDR) zaradi prometnih nezgod, Slovenija, države Eur-A, Nizozemska, 1985-2010..... | 28 |
| Slika 4.2. Število prometnih nezgod zaradi alkohola (na 100.000 preb.), Slovenija, Eur-A, 1982–2004..... | 29 |
| Slika 4.3. Izgubljena leta zdravega življenja (DALY/100.000) zaradi prometnih nezgod, razmerje YLL/YLD, Eur-A, 2004..... | 30 |
| Slika 4.4. Stopnja umrljivosti (na 100.000) zaradi prometnih nezgod, po vrsti udeležnosti in starosti otrok, Slovenija, 2005–2010..... | 31 |
| Slika 5.1. Stopnja standardizirane umrljivosti (na 100.000 preb.) (SDR) zaradi padcev, Slovenija, Eur-A, 1985–2009. | 45 |
| Slika 5.2. Standardizirana stopnja umrljivosti (SDR) in hospitalizacije (SHR) (65+ let) (na 100.000) zaradi zloma kolka, po spolu, Slovenija, 1985–2009. | 46 |
| Slika 5.3. Izgubljena leta zdravega življenja (DALY) zaradi padcev, razmerje YLL : YLD, Eur-A, 2004..... | 49 |
| Slika 5.4. Poškodovanci na izbranih slovenskih smučiščih, po poškodovanem delu telesa in vrsti športne aktivnosti, sezona 2006/2007..... | 50 |
| Slika 5.5. Stopnja hospitalizacije (na 100.000 otrok) otrok (0–14 let) zaradi padcev, po starosti, Slovenija, 2004–2010..... | 51 |
| Slika 5.6. Delež hospitalizacij otrok (0–6 let) zaradi padcev, po vzrokih, Slovenija, 2004–2010..... | 51 |
| Slika 6.1. Izgubljena leta zdravega življenja (DALY) zaradi zastrupitev, razmerje YLL : YLD, Eur-A, 2004..... | 69 |
| Slika 6.2. Stopnja standardizirane umrljivosti (SDR) (0–64 let in 15–29 let) zaradi nezgodnih zastrupitev, Slovenija, države Eur-A, trend 1985–2009..... | 69 |
| Slika 6.3. Stopnja hospitalizacije (na 100.000) zaradi zastrupitve z alkoholom, po starosti (15–29 let), Slovenija, 1997–2010..... | 71 |
| Slika 6.4. Stopnja hospitalizacije (na 100.000) zaradi zastrupitev, po spolu in starosti, Slovenija, 2007–2009. | 72 |
| Slika 6.5. Standardizirana stopnja hospitalizacije (/100.000 preb.) (SHR) zaradi zastrupitev z benzodiazepini (T42.4), po spolu, Slovenija, 1997–2010. | 74 |
| Slika 6.6. Standardizirana stopnja umrljivosti (SDR) in hospitalizacije (SHR) (na 100.000) zaradi nenamernih zastrupitev s CO, Slovenija, 1997–2010. | 75 |
| Slika 6.7. Stopnja umrljivosti in hospitalizacije (na 100.000) zaradi zastrupitve s CO po starosti, Slovenija, 2006–2010..... | 76 |

SEZNAM PREGLEDNIC

| | |
|--|-----|
| Preglednica 2.1. Pregled nacionalnih politik in dokumentov s področja preprečevanja poškodb in nasilja v državah članicah EU | 10 |
| Preglednica 4.1. Cenovna dostopnost (št. ur dela v tovarni) varnostne opreme v Sloveniji in povprečje držav CSAPII. | 32 |
| Preglednica 8.1. Skupno število umrlih (2006-2010) in stopnja (na 100.000) zaradi poškodb in zastrupitev (S01-T98), po starostnih skupinah in sklopih zunanjega vzroka, Slovenija. | 94 |
| Preglednica 8.2. Skupno število umrlih moških (2006-2010) in stopnja (na 100.000) zaradi poškodb in zastrupitev (S01-T98), po starostnih skupinah in sklopih zunanjega vzroka, Slovenija. | 95 |
| Preglednica 8.3. Skupno število umrlih žensk (2006-2010) in stopnja (na 100.000) zaradi poškodb in zastrupitev (S01-T98), po starostnih skupinah in sklopih zunanjega vzroka, Slovenija. | 96 |
| Preglednica 8.4. Skupno število umrlih (2006-2010) in stopnja (na 100.000) zaradi nenamernih poškodb in zastrupitev (S01-T98, V01-X59), po starostnih skupinah in sklopih narave poškodbe, Slovenija. | 97 |
| Preglednica 8.5. Skupno število umrlih moških (2006-2010) in stopnja (na 100.000) zaradi nenamernih poškodb in zastrupitev (S01-T98, V01-X59), po starostnih skupinah in sklopih narave poškodbe, Slovenija. | 98 |
| Preglednica 8.6. Skupno število umrlih žensk (2006-2010) in stopnja (na 100.000) zaradi nenamernih poškodb in zastrupitev (S01-T98, V01-X59), po starostnih skupinah in sklopih narave poškodbe, Slovenija. | 99 |
| Preglednica 8.7. Skupno število umrlih (2006-2010) v vseh starostih in standardizirana stopnja (na 100.000) zaradi nenamernih poškodb in zastrupitev (S01-T98, V01-X59), po statističnih regijah in sklopih zunanjega vzroka, Slovenija. | 100 |
| Preglednica 8.8. Skupno število umrlih (2006-2010) v starosti 0-64 let in standardizirana stopnja (na 100.000) zaradi nenamernih poškodb in zastrupitev (S01-T98, V01-X59) po statističnih regijah in sklopih zunanjega vzroka, Slovenija. | 101 |
| Preglednica 8.9. Skupno število umrlih (2006-2010) v starosti nad 64 let in standardizirana stopnja (na 100.000) zaradi nenamernih poškodb in zastrupitev (S01-T98, V01-X59), po statističnih regijah in sklopih zunanjega vzroka, Slovenija. | 102 |
| Preglednica 8.10. Povprečno letno število hospitalizacij (2008-2010) in stopnja (na 100.000) zaradi poškodb in zastrupitev (S01-T98), po starostnih skupinah in sklopih zunanjega vzroka, Slovenija. | 103 |
| Preglednica 8.11. Povprečno letno število hospitalizacij moških (2008-2010) in stopnja (na 100.000) zaradi poškodb in zastrupitev (S01-T98), po starostnih skupinah in sklopih zunanjega vzroka, Slovenija. | 104 |
| Preglednica 8.12. Povprečno letno število hospitalizacij žensk (2008-2010) in stopnja (na 100.000) zaradi poškodb in zastrupitev (S01-T98), po starostnih skupinah in sklopih zunanjega vzroka, Slovenija. | 105 |
| Preglednica 8.13. Povprečno letno število hospitalizacij (2007-2009) in stopnja (na 100.000) zaradi nenamernih poškodb in zastrupitev (S01-T98, V01-X59) po starostnih skupinah in sklopih narave poškodbe, Slovenija. | 106 |
| Preglednica 8.14. Povprečno letno število hospitalizacij moških (2007-2009) in stopnja (na 100.000) zaradi nenamernih poškodb in zastrupitev (S01-T98, V01-X59), po starostnih skupinah in sklopih narave poškodbe, Slovenija. | 107 |
| Preglednica 8.15. Povprečno letno število hospitalizacij žensk (2007-2009) in stopnja (na 100.000) zaradi nenamernih poškodb in zastrupitev (S01-T98, V01-X59), po starostnih skupinah in sklopih narave poškodbe, Slovenija. | 108 |
| Preglednica 8.16. Povprečno letno število hospitalizacij (2007-2009) v vseh starostih in standardizirana stopnja (na 100.000) zaradi nenamernih poškodb in zastrupitev (S01-T98, V01-X59), po statističnih regijah in sklopih zunanjega vzroka, Slovenija. | 109 |

| | |
|--|-----|
| Preglednica 8.17. Povprečno letno število hospitalizacij (2007–2009) v starosti 0–64 let in standardizirana stopnja (na 100.000) zaradi nenamernih poškodb in zastrupitev (S01–T98, V01–X59), po statističnih regijah in sklopih zunanjega vzroka, Slovenija..... | 110 |
| Preglednica 8.18. Povprečno letno število hospitalizacij (2007–2009) v starosti nad 64 let in standardizirana stopnja (na 100.000) zaradi nenamernih poškodb in zastrupitev (S01–T98, V01–X59), po statističnih regijah in sklopih zunanjega vzroka, Slovenija..... | 111 |
| Preglednica 8.19. Povprečno letno število obravnav v službah nujne medicinske pomoči (2008–2009) in stopnja (na 100.000) zaradi poškodb in zastrupitev (S01–T98), po starostnih skupinah in sklopih zunanjega vzroka, Slovenija..... | 112 |
| Preglednica 8.20. Povprečno letno število obravnav moških v službah nujne medicinske pomoči (2008–2009) in stopnja (na 100.000) zaradi poškodb in zastrupitev (S01–T98), po starostnih skupinah in sklopih zunanjega vzroka, Slovenija..... | 113 |
| Preglednica 8.21. Povprečno letno število obravnav žensk v službah nujne medicinske pomoči (2008–2009) in stopnja (na 100.000) zaradi poškodb in zastrupitev (S01–T98), po starostnih skupinah in sklopih zunanjega vzroka, Slovenija..... | 114 |
| Preglednica 8.22. Povprečno letno število obravnav v službah nujne medicinske pomoči (2008–2009) in stopnja (na 100.000) zaradi nenamernih poškodb in zastrupitev (S01–T98, V01–X59), po starostnih skupinah in sklopih narave poškodbe, Slovenija..... | 115 |
| Preglednica 8.23. Povprečno letno število obravnav moških v službah nujne medicinske pomoči (2008–2009) in stopnja (na 100.000) zaradi nenamernih poškodb in zastrupitev (S01–T98, V01–X59), po starostnih skupinah in sklopih narave poškodbe, Slovenija..... | 116 |
| Preglednica 8.24. Povprečno letno število obravnav žensk v službah nujne medicinske pomoči (2008–2009) in stopnja (na 100.000) zaradi nenamernih poškodb in zastrupitev (S01–T98, V01–X59), po starostnih skupinah in sklopih narave poškodbe, Slovenija..... | 117 |



1

UVOD

Avtorica: Mateja Rok Simon

1 UVOD

V evropski regiji so poškodbe glavni vzrok umrljivosti otrok in mlajših odraslih (Jackson in sod. 2012), veliko ljudi, ki poškodbe preživi, pa trpi posledice ali ostane trajno prizadetih do konca življenja. Poškodbe so vzrok za 21 % vseh smrti v starosti do 29 let, vendar zaradi njih zgubimo kar 44 % zdravih let življenja, kar kaže na veliko breme poškodb tudi zaradi zmanjšane zmožnosti oziroma invalidnosti (Sethi 2007). Med vzroki za smrtne poškodbe prevladujejo nezgode (73 %), med katerimi so najpogostejše prometne nezgode, padci in zastrupitve (Jackson in sod. 2012).

Poškodbe v primerjavi z boleznimi obtočil, novotvorbami in z drugimi kroničnimi boleznimi prizadenejo nesorazmerno velik delež otrok in mlajših odraslih, kar jih uvršča na prvo mesto po socialnem in ekonomskem bremenu družbe. Prizadenejo predvsem ljudi v njihovi delovni dobi ter povzročajo veliko izgubo produktivnosti in bruto domačega proizvoda (BDP). Po nekaterih ocenah evropske države izgubijo 2 % BDP zaradi prometnih nezgod in 6,4 % BDP zaradi poškodb doma in v prostem času (Racioppi in sod. 2004; Veisten in Nossun 2007). Večina razvitih držav je zato posvetila veliko pozornosti javnosti in strokovnjakov ravno poškodbam otrok in mladih ljudi, ker predstavlja invaliden ali mrtev mlad človek neizmerno veliko izgubo za družbo. V zadnjem desetletju pa zaradi staranja prebivalstva postajajo pomemben problem na področju javnega zdravja tudi poškodbe starejših, saj so drage za zdravstveni sistem, imajo običajno resne posledice in vodijo v ireverzibilno slabljenje funkcije, institucionalizacijo in v smrt (Healthy Aging 2002).

V zdravstveni statistiki so poškodbe akutne okvare, ki nastanejo zaradi nenadnega delovanja take količine energije, ki presega mejo fiziološke tolerance človeškega telesa, ali zaradi pomanjkanja enega ali več vitalnih elementov, npr. kisika. Ločimo različne vrste poškodb (površinska poškodba, rana, zlom, izpah, zvin, nateg, zastrupitev ...), za identifikacijo vzrokov in okoliščin nastanka poškodbe pa je pomemben podatek o zunanjem vzroku, ki pove, ali je poškodba nastala nenamerno v nezgodi (v prometni nezgodi, pri padcu, stiku z vročo tekočino ...) ali namerno (samopoškodba, medosebno nasilje). (Laflamme in sod. 1999)

Nastanek poškodb je povezan z dejavniki, ki predstavljajo večje ali manjše tveganje za posamezno vrsto nezgode/poškodbe. Tako se nekatere vrste poškodb pogosteje pojavljajo pri ženskah ali moških, druge so značilne za starejše ljudi ali otroke, tretje pa se pojavljajo pogosteje med pripadniki določenih narodov in etničnih skupin. Pri nastanku poškodb ima določeno vlogo tudi socialno-ekonomski položaj posameznika, ki je determiniran z izobrazbo, dohodkom in s položajem v družbi, ter dejavniki okolja in časa, v katerem živi (Laflamme 2009). V javnem zdravju želimo odkriti predvsem poškodbe, ki so številčne, npr. poškodbe starejših zaradi padcev doma, in ki zahtevajo preventivno ukrepanje, ter jih ločiti od redkih, vendar medijsko odmevnih tragičnih primerov, npr. padeč mladostnika z balkona med zabavo. Postavljanje prednostnih ciljev pa ni odvisno le od števila posameznih poškodb, ampak je treba upoštevati tudi druge dejavnike, npr. teže poškodbe. Težke poškodbe imajo pogosto za posledico zmanjšano zmožnost ali invalidnost, so veliko breme za zdravstveni sistem in zato zaslužijo največjo pozornost. Podatki o pogostosti, teži poškodb in o dolgoročnih posledicah so zato

nepogrešljivi pri presoji o relativni pomembnosti problema posameznih vrst in vzrokov poškodb. (Laflamme in sod. 1999)

Raziskovanje na področju vzrokov nastanka nezgod in poškodb je pripomoglo, da se je prvotno preprečevanje poškodb z zdravstveno vzgojo za spremembo stališč in vedenja ljudi preusmerilo v spreminjanje okolja (Laflamme in sod. 1999). V zadnjih desetletjih se je na področju preprečevanja poškodb uveljavil pristop v javnem zdravju, ki temelji na znanstvenih dognanjih, vključuje izboljševanje spremljanja podatkov, analizo vzrokov in dejavnikov tveganja, zmanjševanje teže poškodb ter razvoj, implementacijo in evalvacijo intervencij (Peden in sod. 2004). Države, ki imajo nizko incidenco poškodb, so dolga leta vlagale v varnost kot družbeno odgovornost (Sethi 2007). Zato je imelo izobraževanje, izvajanje zakonodaje s spoštovanjem standardov za zagotavljanje varnega bivalnega okolja (prometna varnost, gradnja objektov, uporaba varnostne opreme ...), proizvodov in preprečevanje tveganega vedenja (vožnja pod vplivom alkohola) večji učinek na zmanjševanje neenakosti v umrljivosti zaradi poškodb, kot bi ga imeli le medijske aktivnosti in izobraževanje posameznikov (Peden in sod. 2008; Racioppi in sod. 2004; Sethi 2006; Laflamme 1998). Spremembe okolja in proizvodov so še posebno pomembne, če posameznik s svojim vedenjem ne more preprečiti nastanka poškodbe, npr. v avtomobilu brez varnostnih pasov. Kljub temu pa ostajata človekovo vedenje in osebna odgovornost še vedno pomembna dejavnika za nastanek nezgod in poškodb. (Laflamme in sod. 1999)

Izkušnje najvarnejših evropskih držav potrjujejo, da obstajajo na dokazih temelječe učinkovite intervencije in ukrepi, ki bi lahko prispevali k zmanjševanju bremena poškodb tudi v preventivno manj razvitih državah (Sethi in sod. 2006). Zmanjšanje neenakosti zaradi poškodb med državami in znotraj njih je mogoče doseči s prenosom znanja in izkušenj iz razvitejših evropskih držav v preostale predele regije, znotraj držav pa s politično podporo, z medsektorskim in interdisciplinarnim sodelovanjem, dvigom varnostne kulture, vzgojo in izobraževanjem, razvojem preventivnih programov, zakonodajo, s povezovanjem državne ravni in lokalnih skupnosti, z raziskovanjem, s spremembami v bivalnem in delovnem okolju, posodabljanjem nujne medicinske pomoči ter z zagotavljanjem dostopnosti do ustreznega zdravljenja in rehabilitacije (Sethi in sod. 2006; WHO 2005). Pri tem mora zdravstveni sektor okrepiti vodilno vlogo in koordinacijo multisektorskega delovanja na tistih varnostnih področjih, na katerih vodenje drugih sektorjev ni prepoznano, npr. preprečevanje padcev, zadušitev, zastrupitev, poškodb starejših, in zagovarjati uvedbo z dokazi podprtih aktivnosti in ukrepov na področjih, ki jih tradicionalno vodijo drugi sektorji, npr. preprečevanje poškodb v prometu, utopitev, požarov. Zdravstveni sektor ima pomembno vlogo tudi pri vzpostavitvi zanesljivega in primerljivega sistema spremljanja podatkov o poškodbah in zastrupitvah, identifikaciji bremena zaradi poškodb, vzrokov in posledic poškodb ter pri oceni potreb prebivalstva in evalvaciji programov. (Sethi in sod. 2010)

Poškodbe so tako kot v večini evropskih držav tudi v Sloveniji velik problem na področju javnega zdravja ter družbeni problem z resnimi demografskimi in ekonomskimi posledicami. Zaradi poškodb izgublamo predvsem mlade ljudi, ki bodo v prihodnje še pomembnejši kot gonilna sila naše hitro starajoče se družbe. V zadnjem desetletju je bil pri reševanju tega problema narejen velik korak naprej. S politično podporo, z medsektorskim in interdisciplinarnim sodelovanjem so bili sprejeti številni strateški dokumenti in akcijski načrti na področju preprečevanja poškodb, ki se uresničujejo z izvajanjem raznovrstnih aktivnosti, programov in ukrepov. Po nekaterih ocenah je bila Slovenija uspešna predvsem pri

zagotavljanju varnosti v prometu, medtem ko bi bilo treba več pozornosti posvetiti preprečevanju poškodb doma in v prostem času z izvajanjem ukrepov, ki vključujejo kombinacijo izobraževanja, projektiranja in sprememb v bivalnem okolju za boljšo varnost ter nadzora nad spoštovanjem standardov in izvajanjem predpisov (MacKay in Vincenten 2012). V akcijske načrte bi bilo treba vključiti tudi programe in ukrepe, usmerjene v zmanjševanje neenakosti zaradi poškodb, še posebno med otroki (MacKay in Vincenten 2012). Pri tem je analiza epidemioloških podatkov le prvi korak k določanju prednostnih področij za preprečevanje poškodb; slediti ji mora analiza ciljnih problemov s fazno-faktorsko matriko, ki omogoča določitev najprimernejše kombinacije preventivnih strategij in pristopov glede na to, ali je pri preprečevanju določene vrste poškodb in nezgod najučinkoviteje delovati na človeka, agens/vektor, fizično ali socialno ekonomsko okolje (Haddon 1980; Laflamme in sod. 1999).

Namen publikacije je prikazati razsežnost in resnost problema poškodb v Sloveniji, vzroke, najbolj ogrožene skupine prebivalstva in socialno-ekonomske neenakosti zaradi poškodb, predstaviti obstoječe nacionalne politike ter predlagati nadaljnje ukrepe za preprečevanje poškodb in promocijo varnosti na prednostnih področjih. Analiza tovrstnih podatkov ter pregled obstoječih nacionalnih politik in ukrepov je tudi eden izmed kazalnikov stanja in napredka evropskih držav na področju zagotavljanja varnosti, ki ga v zadnjih letih spremljajo Svetovna zdravstvena organizacija (World Health Organization - WHO), Evropska komisija in Evropsko združenje za varnost otrok (European Child Safety Alliance) (Sethi in sod. 2010; Buijs in sod. 2012; MacKay in Vincenten 2012).

Za vpogled v reševanje problema poškodb v Evropi so predstavljeni izbrani kazalniki bremena poškodb v Evropi, pomembnejše mednarodne iniciative in dokumenti ter pregled nacionalnih politik na področju preprečevanja poškodb in promocije varnosti v državah članicah Evropske unije (EU). V nadaljevanju so prikazani izbrani kazalniki bremena zaradi poškodb za Slovenijo in identificirane tiste vrste poškodb oziroma nezgod, ki zahtevajo prednostno ukrepanje. Po poglavjih so podrobno obravnavana tri prednostna varnostna področja: prometne nezgode, padci in zastrupitve, za katera so prikazane najpogostejše smrtne in težke poškodbe, njihovi vzroki, skupine prebivalstva, ki nosijo največje breme, primerjava z evropskimi državami in trendi. Za vsako varnostno področje so predstavljeni pregled obstoječih nacionalnih politik in ukrepov na področju preprečevanja poškodb in zagotavljanja varnosti v Sloveniji ter nekateri predlogi za nadaljnje ukrepanje.

1.1 Viri

Buijs G, van de Laar K, Li T. Preparatory work for the evaluation report on the implementation of the 2007 Council Recommendation on the prevention of injury and the promotion of safety. Country Report: Slovenia. Bruxelles: European Commission, June 2012.

Haddon W. Options for the prevention of motor vehicle crash injury. *Isr J Med* 1980; 16: 45–68.

Healthy Aging. Prevention of Unintentional Injuries Among Seniors. Ottawa: Minister of Public Works and Government Services Canada, 2002. Pridobljeno 5. 9. 2009 s spletne strani: <http://www.phac-aspc.gc.ca/seniors-aines/alt-formats/pdf/publications/pro/healthy-sante/workshop-atelier/prevention-eng.pdf>.

Jackson JS, Mitis F, Sethi D. Injuries in Europe: a call for public health action. An update from 2008 WHO Global Burden of Disease. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2012. Pridobljeno 21. 12. 2012 s spletne strani: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/171973/Injuries-in-Europe-a-call-for-public-health-action-An-update-from-2008-WHO-Global-Burden-of-Disease.pdf.

Laflamme L, Burrows S, Hasselberg M. Socioeconomic differences in injury risks. Copenhagen: World Health Organisation, 2009.

Laflamme L, Svanstrom L, Schelp L. Safety Promotion Research – A Public Health Approach to Accident and Injury Prevention. Stockholm: Karolinska Institutet, 1999.

Laflamme L. Social Differences in Injury Risk. Knowledge Accumulated and Strategies for the Future. Stockholm: National Institute of Public Health, 1998.

MacKay M, Vincenten J. Child Safety Report Card 2012 – Slovenia. Birmingham: European Child Safety Alliance, Eurosafe, 2012. Pridobljeno 17. 9. 2012 s spletne strani: <http://www.childsafetyeurope.org/reportcards/downloads.html>.

Peden M, McGee K, Krug E (editors). Injury: A leading cause of global burden of diseases, 2000. Geneva: World Health Organisation, 2002. Pridobljeno 17. 5. 2005 s spletne strani: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9241562323.pdf>.

Peden M, Oyegbite K, Ozanne - Smith J, Hyder AA, Branche C, Rahman AKMF et al. (editors). World report on child injury prevention. Geneva: World Health Organization, 2008.

Peden M, Scurfield R, Sleet D, Mohan D, Hyder AA, Jarawan E, Mathers C (editors). World report on road traffic injury prevention. Geneva: World Health Organization, 2004. Pridobljeno 21. 6. 2008 s spletne strani: http://siteresources.worldbank.org/INTTRANSPORT/214578-1099519018421/20281262/WHO_full_report_en.pdf.

Racioppi F, Eriksson L, Tingvall C, Villaveces A. Preventing road traffic injury: a public health perspective for Europe. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2004. Pridobljeno 23. 3. 2009 s spletne strani: <http://www.euro.who.int/document/E82659.pdf>.

Sethi D, Mitis F, Racioppi F. Preventing injuries in Europe: from international collaboration to local implementation. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2010. Pridobljeno 28. 9. 2011 s spletne strani: <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/disease-prevention/violence-and-injuries/publications/2010/preventing-injuries-in-europe-from-international-collaboration-to-local-implementation>.

Sethi D, Racioppi F, Baumgarten I, Vida P. Injuries and violence in Europe: Why they matter and what can be done. Copenhagen: WHO Regional office for Europe, 2006.

Sethi D, Racioppi F, Baumgartner I, Vida P. Injuries and violence in Europe: Why they matter and what can be done. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2006.

Sethi D. The role of public health in injury prevention. Policy briefing. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2007. Pridobljeno 16. 12. 2012 s spletne strani: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/98803/Policy_briefing_1.pdf.

Veisten K, Nossun A. What is the economic cost of injuries due to accidents at home, at school, in sports and in other leisure activities in Norway?. Oslo: Institute of transport Economics, 2007. Pridobljeno 21. 12. 2012 s spletne strani: <http://www.toi.no/getfile.php/>.

World Health Organisation (WHO). WHO Regional Committee for Europe resolution EUR/RC55/R9 on prevention of injuries in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2005.



2

PROBLEM POŠKODB V EVROPI

Avtorici: Nina Scagnetti, Mateja Rok Simon

2 PROBLEM POŠKODB V EVROPI

2.1 Uvod

Dobro razvita varnostna kultura predstavlja enega izmed temeljev zdravja ter posledično tudi socialne in gospodarske stabilnosti in kakovosti življenja evropskih državljanov. In vendar se v evropski regiji kažejo velike razlike v umrljivosti zaradi poškodb med revnimi in bogatimi državami. Spremembe fizičnega, političnega, socialnega in kulturnega okolja v vzhodnem delu regije so pripeljale do visokega porasta umrljivosti zaradi nenamernih poškodb in nasilja. Nasprotno pa so nekatere države zahodne Evrope med najvarnejšimi državami na svetu. Vendar so razlike v umrljivosti zaradi socialno-ekonomskega položaja in revščine opazne tudi v najbogatejših državah regije. Tudi v teh državah še naprej obstaja revščina, med najbolj ogroženimi pa so nezaposleni, etnične manjšine, tuji delavci, begunci, invalidi in brezdomci. (Sethi in sod. 2006)

Tovrstno nasprotje pa je priložnost za zmanjšanje nepravilnih razlik v zdravju zaradi poškodb v evropski regiji. Da bi to dosegli, je treba zmanjšati razlike v blagostanju posameznih držav z ustrežno socialno in ekonomsko politiko ter prenašati znanje in izkušnje o učinkovitih strategijah in ukrepih ter njihovi implementaciji iz razvitejših evropskih držav v preostale predele regije (Sethi in sod. 2006). Če je še pred časom veljalo, da so poškodbe naključne in posledica neizogibnih nesreč, pa se je v zadnjih desetletjih to stališče zaradi vse boljšega poznavanja epidemiološkega modela nastanka poškodb spremenilo; zdaj je za nenamerne in namerne poškodbe znano, da jih je mogoče preprečiti (Peden in sod. 2002). Zato v zadnjih letih na ravni politik Evropske unije (EU) prihaja vse bolj v ospredje potreba po učinkovitejšem preprečevanju poškodb, ki ji na področju javnega zdravja v EU in posameznih državah članicah namenjajo vse več pozornosti in političnih aktivnosti.

2.2 Breme zaradi poškodb v evropskih državah

V evropski regiji vsako leto zaradi poškodb umre 800.000 ljudi, od tega več kot 250.000 ljudi v EU-27¹. Poškodbe so četrty najpogostejši vzrok smrti, takoj za boleznimi srca in žilja, rakom in boleznimi dihal (WHO 2007; Bauer in Steiner 2009), po izgubi zdravih let življenja (disability adjusted life year – DALY²) pa celo tretji najpomembnejši vzrok, takoj za boleznimi srca in žilja ter nevropsihiatričnimi stanji (slika 2.1).

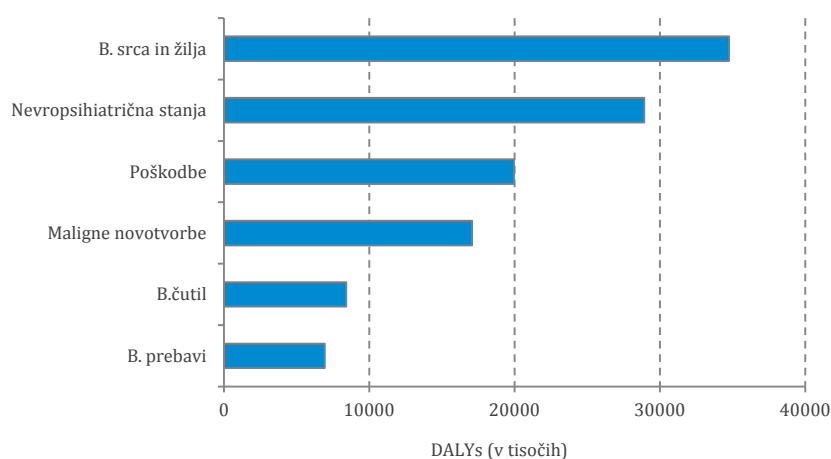
V državah EU-27 vsaki dve minuti zaradi poškodb umre en človek, na vsakega umrlega je 28 poškodovancev hospitaliziranih, 136 pa jih poišče medicinsko pomoč na urgenci. V starosti 1–44 let so poškodbe glavni vzrok smrti; zaradi njih umre več otrok, mladostnikov in mladih odraslih

¹EU-27 – države EU v obdobju po 1. 1. 2007: Avstrija, Belgija, Danska, Finska, Francija, Nemčija, Grčija, Irska, Italija, Luksemburg, Nizozemska, Portugalska, Španija, Švedska, Madžarska, Malta, Slovenija, Češka, Poljska, Ciper, Latvija, Litva, Estonija, Bolgarija, Romunija.

²DALYs je izračunal WHO z uporabo starostno specifične umrljivosti, prevalence bolezni brez smrtnega izida, v presečnih študijah ocenjene telesne in kognitivne zmanjšane zmožnosti, splošnega zdravstvenega stanja in epidemioloških podatkov o glavnih vzrokih zmanjšane zmožnosti v vsaki državi.

kot zaradi katerega koli drugega vzroka, posledica pa je velika izguba potencialnih let življenja in manjšanje skupnega pričakovanega trajanja življenja (Angerman in sod. 2007; Bauer in Steiner 2009).

Primerjava umrljivosti zaradi poškodb v evropski regiji razkriva velike razlike, ki so povezane predvsem s socialno-ekonomskimi spremembami v nekaterih predelih regije. V državah nekdanje Sovjetske zveze umrljivost raste in je v povprečju štirikrat višja kot v EU, kjer pada (Sethi in sod. 2006). Velike so tudi razlike med članicami EU-27: tveganje za smrtno poškodbo je v Litvi, Latviji in v Estoniji trikrat višje kot v povprečju v državah EU-27 in kar petkrat višje kot na Nizozemskem. Te razlike kažejo na velik potencial za zmanjšanje umrljivosti v posameznih evropskih državah, ki do zdaj še ni bil dovolj izkoriščen (Angerman in sod. 2007).



Slika 2.1. Izgubljena leta zdravega življenja (DALY), po vzrokih, Evropska regija, 2004. (Vir: WHO. Mortality Database, Tables, 2006)

V državah EU-27 so smrtne poškodbe v dveh tretjinah primerov posledica nezgod, od tega se 4 % smrtnih poškodb zgodi v nezgodah pri delu, 33 % v prometnih nezgodah ter 63 % v nezgodah doma, v prostem času in pri športu (Angerman in sod. 2007). Zaradi padanja incidence smrtnih poškodb (v prometu, pri delu) in rasti nesmrtnih poškodb (doma, v prostem času) lahko pričakujemo porast števila oseb z zmanjšano zmožnostjo in invalidnostjo po poškodbi (Bauer in Steiner 2009). Veliko število nesmrtnih poškodb pomeni veliko izgubo in obremenitev za zdravstvene, socialne in za gospodarske sisteme ter je vzrok za 20 % vseh bolniških dopustov in glavni dejavnik za zmanjšano produktivnost delovne sile (Council of the European Union 2007), zato si je treba prizadevati za zmanjšanje ekonomskega bremena, ki nastaja zaradi poškodb. V državah EU-25³ zdravstvena oskrba v povezavi s poškodbami vsako leto stane 13 bilijonov evrov, po drugi strani pa se večino poškodb da preprečiti z razmeroma majhnimi denarnimi sredstvi. Študije kažejo, da z vsakim evrom, ki ga namenimo preprečevanju poškodb, prihranimo za 10 evrov zdravstvenih stroškov (Council of the European Union 2007).

³EU-25 – države EU v obdobju med 1. 5. 2004 in 1. 1. 2007: Avstrija, Belgija, Danska, Finska, Francija, Nemčija, Grčija, Irska, Italija, Luksemburg, Nizozemska, Portugalska, Španija, Švedska, Velika Britanija, Madžarska, Malta, Slovenija, Češka, Poljska, Ciper, Latvija, Litva, Estonija.

2.3 Mednarodne iniciative in dokumenti na področju preprečevanja poškodb in promocije varnosti

Jasne politike za preprečevanje poškodb so sredstvo za usklajeno delovanje različnih sektorjev za doseg skupnega cilja. Z razvojem nacionalnih politik v nekaterih državah se je že zgodil napredek pri preprečevanju posameznih vrst poškodb, kljub temu pa mora zdravstveni sektor storiti več na področju implementacije učinkovitih programov in delovati skupaj z odločevalci v drugih sektorjih. To medsektorsko sodelovanje naj bi vključevalo razvoj strateškega okvirja za delovanje in tudi predstavitev z dokazi podprtih argumentov, da je preprečevanje poškodb dober primer za ukrepanje prek oblikovanja skupnih politik, še posebno, če upoštevamo velike neenakosti v zdravju zaradi poškodb in zagotavljanju varnosti. (Krug in sod. 2002; ^aWHO 2003)

Svetovna zdravstvena organizacija (World Health Organization - WHO) je preprečevanje nenamernih poškodb in nasilja v zadnjem obdobju uvrstila višje na lestvici globalnega javnega zdravja. Za učinkovitejšo preprečevanje poškodb in nasilja so bile sprejete Resolucija o preprečevanju nasilja: problem javnega zdravja (WHO 1996), Resolucija o izvajanju priporočil na podlagi Svetovnega poročila o nasilju in zdravju (^bWHO 2003) ter Resolucija o cestni varnosti in zdravju (WHO 2004). Vse tri resolucije poudarjajo medsektorsko naravo odzivov za preprečevanje poškodb in nasilja ter močno vodstveno in koordinacijsko vlogo, ki jo mora pri tem odigrati zdravstveni sektor. Ena ključnih komponent vseh treh resolucij je imenovanje kontaktnih oseb, zadolženih za preprečevanje nasilja in nenamernih poškodb na ministrstvih za zdravje v 34 evropskih državah, ki je bilo izvedeno leta 2006. Istega leta sta bili objavljeni tudi dve neodvisni študiji: Svetovna študija o nasilju nad otroki (Pinheiro 2006) in Svetovna študija o nasilju nad ženskami (UN 2006). Generalna skupščina Združenih narodov je leta 2008 sprejela še Resolucijo o globalnem izboljšanju cestne varnosti (UN 2008), ki je WHO podelila vlogo mednarodnega koordinatorja na omenjenem področju.

Na ravni evropske regije sodi med pomembnejše ukrepe za izboljšanje stanja na področju poškodb in nasilja še sprejetje Resolucije EUR/RC55/R9 o preprečevanju poškodb v evropski regiji leta 2005 (WHO 2005), s katero je bil postavljen okvir za preprečevanje nenamernih poškodb in nasilja v Evropi. Glavni poudarki tega dokumenta so: potreba po razvoju nacionalnih akcijskih načrtov za preprečevanje poškodb, izboljšanje obvladovanja poškodb, krepitev nacionalnih zmožnosti za preprečevanje in oskrbo poškodb, prenos z dokazi podprtih praks prek mrež strokovnjakov in razvoj novih raziskav. Vzpostavljanje političnega okvira, programov, ustanov in zmožnosti je pomembno izhodišče za izvajanje regionalne strategije in nacionalnih strategij za preprečevanje poškodb ter uresničevanje resolucije.

Prizadevanjem WHO za reševanje problema poškodb se je pridružila tudi Evropska komisija (EK). Svet Evrope je leta 2007 uradno sprejel Priporočila za preprečevanje poškodb in promocijo varnosti (Council of the European Union 2007). Dokument je bil izdan z namenom, da bi države članice bolje izkoristile obstoječe epidemiološke podatke o poškodbah in v prihodnosti razpolagale z medsebojno primerljivimi informacijami; nadzorovale trende poškodb in preventivnih ukrepov skozi čas in ocenile potrebo po uvajanju novih ukrepov za zagotavljanje varnosti različnih izdelkov in storitev; ustvarile akcijske načrte za preprečevanje poškodb in promocijo varnosti ter se pri tem posvetile predvsem razlikam med spoloma, ranljivim skupinam (otroci, starejši ljudje, ljudje s posebnimi potrebami, ranljivi udeleženci v prometu), poškodbam pri športu in v prostem času, poškodbam zaradi izdelkov in storitev ter poškodbam

zaradi nasilja in samopoškodovanja; spodbujale preprečevanje poškodb in promocijo varnosti v šolah ter na izobraževanjih zdravstvenih ali drugih strokovnjakov.

2.4 Pregled nacionalnih politik v državah članicah EU

Za dobro načrtovanje, koordinacijo in za izvedbo ukrepov na določenem področju javnega zdravja so potrebni politični dokumenti. Namen akcijskih načrtov, deklaracij, resolucij in priporočil, ki obravnavajo problematiko poškodb, je prepoznati kritične vrzeli v nacionalnih politikah, vodenju, infrastrukturi in v zmožnostih ter prepričati ključne odločevalce in voditelje, da je za preprečevanje poškodb potreben enoten, multisektorski in multidisciplinaren pristop, zagovarjati sprejetje in izvedbo z dokazi podprtih primerov dobrih praks, okrepiti zavedanje, znanje in veščine strokovnjakov v vseh sektorjih ter vplivati na količino in kakovost podatkov ter raziskav v povezavi s poškodbami. (WHO 2003; Racioppi in Sethi 2009)

Preverjeno učinkovite strategije kažejo na pomembno vlogo zdravstvenega sektorja pri obvladovanju in zdravljenju poškodb ter njihovih posledic, medtem ko je večina ukrepov za njihovo preprečevanje kljub vsemu v domeni drugih sektorjev (prometnega, šolskega, gospodarskega, prostorskega ...) (MacKay in Vincenten 2007; MacKay in Vincenten 2010). Poleg političnih dokumentov je za postavitev okvira za učinkovito preprečevanja poškodb pomembna tudi zakonodaja, npr. s področja prometne varnosti, gradnje objektov, požarne varnosti, standardov s področja varnosti proizvodov ... (Shields in sod. 2006; WHO 2009).

Preglednica 2.1. Pregled nacionalnih politik in dokumentov s področja preprečevanja poškodb in nasilja v državah članicah EU. (WHO 2009)

| DOKUMENTI NA NACIONALNI RAVNI | |
|-------------------------------|--|
| Avstrija | Na nacionalni ravni nimajo celostne politike za preprečevanje poškodb. Sprejeli so Akcijski načrt za preprečevanje poškodb otrok 2007–2014, Program za preprečevanje nenamernih poškodb 2006–2010 ter Programa za varnost v cestnem prometu 2002–2010 in 2011–2020. Nacionalne politike ne poudarjajo socialno-ekonomske neenakosti v povezavi s poškodbami kot prioritete. |
| Belgija | Na nacionalni ravni imajo celostno politiko za preprečevanje poškodb, poleg tega pa še posebne politike za različne vrste nenamernih poškodb. Alkohol v nacionalnih politikah prepoznava kot dejavnik tveganja le v povezavi s prometnimi nezgodami. |
| Ciper | Na nacionalni ravni imajo celostno politiko za preprečevanje poškodb, poleg tega pa še posebne politike za področje cestne varnosti, preprečevanje požarov in zastrupitev. Oblikovali so tudi Nacionalni načrt za preprečevanje poškodb med otroki. |
| Češka | Na nacionalni ravni imajo Akcijski načrt za preprečevanje poškodb otrok 2007–2017. |
| Danska | Na nacionalni ravni imajo celostno politiko za preprečevanje poškodb ter posebni politiki za cestno varnost in preprečevanje požarov. |
| Estonija | Na nacionalni ravni nimajo celostne politike za preprečevanje poškodb, imajo pa posebne politike za področje cestne varnosti, preprečevanje zastrupitev, utopitev in padcev. Alkohol in socialno-ekonomske neenakosti so v njih izpostavljeni kot dejavnik tveganja. Kljub temu programi za zmanjševanje škode, ki jo povzroča alkohol, še niso del zdravstvenega sistema, ukrepe za zmanjševanje socialno-ekonomskih neenakosti pa izvajajo le delno. |

Preglednica 2.1. se nadaljuje ...

DOKUMENTI NA NACIONALNI RAVNI

| | |
|--------------------|---|
| Finska | Na nacionalni ravni imajo celostno politiko za preprečevanje poškodb in posebne politike za cestno varnost, preprečevanje požarov, utopitev in padcev. Nacionalne politike ne poudarjajo socialno-ekonomske neenakosti v povezavi s poškodbami kot prioritete, imajo pa politike za zmanjševanje socialno-ekonomskih razlik v zdravju. |
| Grčija | Na nacionalni ravni imajo celostno politiko za preprečevanje poškodb, poleg tega pa tudi posebne politike za vsa področja te problematike. Nacionalni koordinator pri ministrstvu za zdravje si prizadeva uvesti medsektorski pristop, vključno z akcijskim načrtom za poškodbe. |
| Irska | Na nacionalni ravni nimajo celostne politike za preprečevanje poškodb, imajo pa posebni politiki za področje cestne varnosti in preprečevanje požarov. Poleg tega so se z Nacionalno strategijo za zdravje, kakovost in poštenost leta 2001 zavezali, da bodo oblikovali strategijo za preprečevanje poškodb. |
| Italija | Na nacionalni ravni imajo celostno politiko za preprečevanje poškodb, poleg tega pa še posebne politike za vsa področja nenamernih poškodb. |
| Latvija | Na nacionalni ravni nimajo celostne politike za preprečevanje poškodb, imajo pa posebni politiki za področje cestne varnosti in preprečevanje zastrupitev. |
| Litva | Na nacionalni ravni imajo celostno politiko za preprečevanje poškodb, poleg tega pa tudi posebni politiki za področje cestne varnosti in preprečevanje utopitev. |
| Madžarska | Na nacionalni ravni nimajo celostne politike za preprečevanje poškodb, imajo pa posebno politiko za področje cestne varnosti ter varnosti otrok in mladostnikov. Nacionalne politike v povezavi s poškodbami in z nasiljem sicer ne poudarjajo socialno-ekonomskih razlik, obstajajo pa politike, katerih cilj je zmanjševanje socialno-ekonomskih razlik v zdravju, še posebno za otroke in romsko populacijo. |
| Malta | Na nacionalni ravni imajo celostno politiko za preprečevanje poškodb, v kateri socialno-ekonomske neenakosti sicer niso poudarjene, so pa za njihovo zmanjševanje oblikovali druge politike. |
| Nemčija | Na nacionalni ravni imajo celostno politiko za preprečevanje poškodb in posebno politiko za področje cestne varnosti. |
| Nizozemska | Na nacionalni ravni imajo celostno politiko za preprečevanje poškodb in posebno politiko za področje cestne varnosti. |
| Poljska | Na nacionalni ravni imajo celostno politiko za preprečevanje poškodb, poleg tega pa imajo še posebne politike za vsa področja nenamernih in namernih poškodb. V teh politikah alkohol prepoznavajo kot dejavnik tveganja. |
| Portugalska | Na nacionalni ravni imajo celostno politiko za preprečevanje poškodb, poleg tega pa še posebne politike za področje cestne varnosti, preprečevanje utopitev in zastrupitev. Skrb vzbujajoča sta visoka umrljivost zaradi prometnih nezgod in vpliv alkohola kot dejavnika tveganja. |
| Romunija | Na nacionalni ravni imajo celostno politiko za preprečevanje nasilja, poleg tega pa še posebni politiki za področje cestne varnosti in preprečevanje padcev. Alkohol in socialno-ekonomski dejavniki so v nacionalnih politikah izpostavljeni kot dejavnik tveganja. |
| Slovaška | Na nacionalni ravni nimajo celostne politike za preprečevanje poškodb, imajo pa posebno politiko za področje cestne varnosti in požarov. Alkohol in socialno-ekonomske neenakosti so v nacionalnih politikah izpostavljeni kot dejavnik tveganja. |
| Slovenija | Na nacionalni ravni nimamo celostne politike za preprečevanje poškodb, imamo pa posebne politike za področje cestne varnosti, preprečevanje požarov, utopitev, zastrupitev ter strategijo za preprečevanje poškodb otrok in mladostnikov. V povezavi s poškodbami socialno-ekonomske neenakosti v nacionalnih politikah sicer niso poudarjene kot prioritete, imamo pa politike za zmanjševanje socialno ekonomskih razlik. |

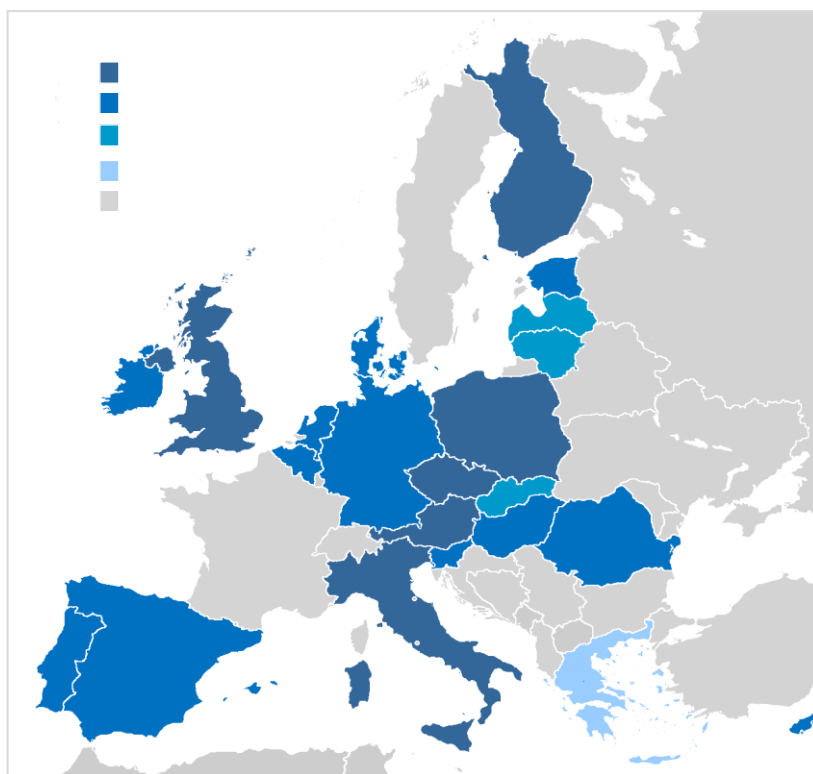
Preglednica 2.1. se nadaljuje ...

DOKUMENTI NA NACIONALNI RAVNI

| | |
|-------------------------|---|
| Španija | Na nacionalni ravni nimajo celostne politike za preprečevanje poškodb, imajo pa posebne politike za področje cestne varnosti, preprečevanje zastrupitev in padcev. |
| Švedska | Cilji politike javnega zdravja vključujejo zmanjševanje socialno-ekonomske neenakosti in ustvarjanje pogojev, ki bi vsakomur zagotovili dobro zdravje, pa tudi preprečevanje poškodb. Kot posebno ranljive skupine so v povezavi s poškodbami prepoznali predšolske otroke, mladostnike in mlade odrasle ter starejše. Na regionalni in lokalni ravni imajo različne strategije in akcijske načrte za preprečevanje poškodb in večjo varnost, s katerimi se sorazmerno avtonomne občine odzivajo na potrebe različnih ciljnih skupin na različnih varnostnih področjih. |
| Velika Britanija | Na nacionalni ravni imajo celostno politiko za preprečevanje poškodb, poleg tega pa tudi posebne politike za področje cestne varnosti, preprečevanje padcev in požarov. Dosegli so skoraj vsa priporočila, zapisana v Resoluciji EUR/RC55/R9 za preprečevanje poškodb v evropski regiji in incidenca vseh vrst poškodb je veliko pod EU-povprečjem. Več pozornosti morajo nameniti medsektorskemu sodelovanju na področju primarne preventive v povezavi s preprečevanjem nasilja in prometnih nezgod. |

Veliko držav, predvsem na severu Evrope, je začelo sistematično reševati problem poškodb že pred desetletji, medtem ko so se druge zavedle razsežnosti in resnosti problema ter začele ukrepati šele v zadnjih letih (Sethi in sod. 2010; Shields in sod. 2006). Zato se stanje na področju razvoja nacionalnih politik in drugih dokumentov s področja preprečevanja poškodb in zagotavljanja varnosti med posameznimi evropskimi državami precej razlikuje (preglednica 2.1). Poleg tega v posameznih državah EU za preprečevanje poškodb obstajajo številni specifični ukrepi, ki pa so nemalokrat omejeni na regionalno raven in bi bilo izvedbo teh dejavnosti v prihodnje treba razširiti na nacionalno in/ali mednarodno raven (WHO 2009).

Kljub boljšemu zavedanju problema poškodb kot pomembnega vzroka umrljivosti, invalidnosti in neenakosti otrok ter mlajših odraslih pa obseg aktivnosti, ukrepov, finančnih in drugih resursov, ki so potrebni za reševanje le-tega, ni sorazmeren njegovi razsežnosti (MacKay in Vincenten 2012). V letu 2009 je 60 % od 46 držav evropske regije poročalo, da imajo celovito nacionalno politiko za preprečevanje nenamernih poškodb in 46 % nacionalno politiko za preprečevanje nasilja, pri čemer je imelo 95 % držav nacionalno politiko na področju prometne varnosti in le polovica ali manj nacionalno politiko na področju preprečevanja padcev (53 %), zastrupitev (48 %), požarov (45 %) in utopitev (40 %). Izbrane in z dokazi podprte intervencije ter programi za zagotavljanje varnosti v prometu in preprečevanje zastrupitev so bili udeleženi le v 81 % oz. 80 % evropskih držav, v še manjšem deležu držav pa intervencije in programi za preprečevanje padcev (75 %), požarov (60 %) in utopitev (63 %). (Sethi in sod. 2010) Od sodelujočih evropskih držav so o najvišjem deležu preizkušenih intervencij, prenesenih v prakso, poročali na Finskem, o najnižjem pa v Grčiji (Sethi in sod. 2008; Sethi in sod. 2009) (slika 2.2). Ker se med ekonomsko krizo vedno najprej zmanjšajo sredstva za preventivo, je pomembno, da se vsaj ohranja obstoječe investiranje, dosežen napredek na področju preprečevanja poškodb in promocije varnosti ter padajoči trend incidence poškodb v EU (MacKay in Vincenten, 2012; Sethi in sod., 2006).



Slika 2.2. Delež udejanjenih ukrepov WHO resolucije EUR/RC55/R9 in priporočil Sveta Evrope po posameznih državah. (Sethi in sod., 2009)

Slika 2.2. Delež udejanjenih ukrepov WHO-resolucije EUR/RC55/R9 in priporočil Sveta Evrope, po posameznih državah. (Sethi in sod. 2009)

2.4.1 Izbrani primeri dobre prakse sprejemanja strateških dokumentov s področja preprečevanja poškodb

Češka: Akcijski načrt za preprečevanje poškodb med otroki 2007–2017

Na Češkem potekajo številne dejavnosti, katerih namen je preprečevanje poškodb otrok, vendar v preteklosti niso bile ustrezno koordinirane in izvajane sistematično, zato niso bile dovolj učinkovite. Ker je bila situacija na področju poškodb med otroki resna, je češko Ministrstvo za zdravje ustanovilo medresorsko delovno skupino za preprečevanje poškodb otrok. Njen cilj je bil razviti sistematično rešitev za preprečevanje nenamernih in namernih poškodb v starosti do 18 let, zmanjšati incidenco le-teh in oblikovati »Akcijski načrt za preprečevanje poškodb med otroki za obdobje 2007–2017«. Češka vlada ga je na osnovi Poročila o situaciji na področju poškodb otrok sprejela leta 2007. Ključna cilja akcijskega načrta sta bila zmanjšati umrljivost otrok zaradi poškodb na najnižjo mogočo stopnjo in prekiniti naraščajočo incidenco vseh poškodb med otroki, še posebno težkih poškodb in poškodb s trajnimi posledicami (National action plan 2008). Dokument je opredelil aktivnosti in ukrepe, s katerimi bodo lahko dosegli uresničitev teh ciljev: zagotavljanje zadovoljivih finančnih virov, administrativna podpora, ozaveščanje strokovne in laične javnosti, spodbujanje večje odgovornosti ljudi za njihovo zdravje, uvedbo registra nenamernih poškodb otrok, vzpostavitev mreže urgentnih centrov za zdravljenje otrok, vključevanje vsebin za preprečevanje poškodb v izobraževalni sistem, sodelovanje z javnim in zasebnim sektorjem ter medsektorsko sodelovanje (National action plan 2008). Akcijski načrt je zavezal ministre petih resorjev – za zdravje, za industrijo in trgovanje, za promet, za delo in socialne zadeve, za notranje zadeve, za

šolstvo mladino in šport – ter predsednika vlade, da izpolnijo naloge, ki so opredeljene v dokumentu, vključno z zagotavljanjem finančnih sredstev. Vlada pa je lokalnim voditeljem in županu Prage predlagala, da preprečevanje poškodb otrok vključijo v regionalne razvojne načrte in da pri tem sodelujejo z lokalnimi organi in nevladnimi organizacijami. Tako so številne dejavnosti za preprečevanje poškodb vključili v Nacionalno mrežo zdravih mest. V akcijskem načrtu so upoštevali tudi določbe Nacionalne strategije za varnost v prometu in Dolgoročnega programa za izboljšanje zdravja prebivalcev Češke, obstoječo zakonodajo na področju preprečevanja nezgod med otroki, mrežo urgentnih centrov za otroke, razpoložljive zbirke podatkov o poškodbah, projekte za promocijo zdravja v okviru Nacionalnega programa za zdravje, nadzor tržnega inšpektorata nad trgom, dober izobraževalni sistem, promocijsko in informativno gradivo ter zdravstvenovzgojne publikacije, namenjene preprečevanju nezgod in nasilja (National action plan, 2008).

Češka je bila v naporih, da bi zmanjšali število nezgod, katerih žrtve so otroci, deležna podpore WHO in priporočil Evropske mreže nacionalnih koordinatorjev za poškodbe in nasilje (Live without Injuries and Violence in Europe), na osnovi katerih je bil razvit tudi program Evropske zveze za varnost otrok.

Madžarska: Akcijski načrt za varnost otrok in mladostnikov 2010–2019

Madžarski Akcijski načrt za varnost otrok in mladostnikov je bil oblikovan kot rezultat medsektorskega sodelovanja in zasnovan za desetletno obdobje 2010–2019 (Pall 2009). Aktivnosti, ukrepi in zadolžitve posameznih sektorjev so bili določeni za posamezna obdobja treh let, v načrtu pa so opredeljene tudi metode za evalvacijo rezultatov. Z »Nacionalnim programom za zdravje dojenčkov in otrok – Otroci, naš skupni zaklad« (National Programme for Infant and Child Health »Children, Our Common Treasure«) naj bi kar najučinkoviteje preprečevali poškodbe z najhujšimi posledicami ter v desetih letih med otroki in mladimi v starosti do 24 let zmanjšali umrljivost zaradi poškodb za 30 %. Tako bi vsako leto rešili življenja 100 otrokom in mladostnikom, mnogim ohranili zdravje in prihranili trpljenje številnim družinam ter zmanjšali breme družbe. Akcijski načrt je osredinjen na prometno varnost, varnost doma in v ustanovah, ki skrbijo za otroke, varnost med igro, v prostem času in med športnimi dejavnostmi ter koordinacijo, spremljanje in evalvacijo dejavnosti na področju preprečevanja poškodb otrok (Pall 2009).

V akcijskem načrtu so si zadali pet temeljnih ciljev za varnost otrok in mlajših odraslih v starosti do 24 let:

- Zmanjšati število težkih in smrtnih poškodb v prometnih nezgodah z usklajenim delovanjem na vseh področjih prometne varnosti (ljudje, vozila, cestna infrastruktura, okolje) z dvema podciljema: izboljšati varnost otrok v starosti do 14 let kot sopotnikov v vozilu, kolesarjev in pešcev ter izboljšati varnost mladih voznikov.
- Zmanjšati število težkih in smrtnih poškodb, nastalih doma, pri čemer so podcilji izboljšanje znanja na področju promocije varnosti, usposabljanje pediatrov, splošnih zdravnikov, medicinskih sester, učiteljev in tistih, ki skrbijo za zdravje v šolah; ozaveščanje staršev in otrok, spodbujanje uporabe varnih otroških oblačil in za otroke varnega pakiranja zdravil, kemikalij in vžigalnikov ter pregled in dopolnitev zakonodaje, ki ureja varnost doma in prenos znanja o varnosti doma.

- Zmanjšati število težkih in smrtnih poškodb, ki nastanejo v okviru izobraževalnega in zdravstvenega sistema, ter ustvariti varno okolje in izboljšati varno vedenje otrok, staršev, učiteljev, medicinskih sester ..., pri čemer so podcilji neprestano izboljševanje varnosti zgradb, namenjenih otrokom, in opreme v njih, izboljšanje znanja o preprečevanju poškodb in prvi pomoči med ljudmi, ki se poklicno ukvarjajo z otroki, ter vnos vsebin s področja preprečevanja nezgod v učne načrte.
- Zmanjšati število težkih in smrtnih poškodb, ki nastanejo pri igri, prostočasnih in športnih dejavnostih, pri čemer so podcilji nadzor nad varnostjo igrišč in športnih centrov, promocija uporabe varnih igrač in otroške opreme, izboljšanje znanja otrok in mladostnikov o preprečevanju poškodb pri športu in (drugih) prostočasnih dejavnostih ter izpopolnjevanje znanja učiteljev športne vzgoje in trenerjev o preprečevanju športnih nezgod in poškodb.
- Postaviti okvir za lažje trajno izvajanje dejavnosti za promocijo varnosti otrok in mladine, pri čemer so podcilji koordinacija vseh dejavnosti za varnost otrok, vzdrževanje in izboljšava podatkovne zbirke o poškodbah otrok ter evalvacija in spremljanje programov (Pall 2009).

Avstrija: Program za preprečevanje nenamernih poškodb 2006 – 2010

Avstrija je ena najbolj gospodarsko razvitih in bogatih držav; če bi bila tudi med najvarnejšimi državami EU, bi imeli za tretjino manj poškodb zaradi nezgod. Zato so sprejeli načrt ukrepov za preprečevanje nenamernih poškodb, po katerem naj bi z izvajanjem strokovnih priporočil do leta 2010 rešili 2.500 življenj (FMHW 2006). Določili so pet prednostnih področij: preprečevanje poškodb pri otrocih, starejših ljudeh, športnikih, udeležencih v prometu in pri delavcih. Cilji avstrijskega programa za preprečevanje nenamernih poškodb 2006–2010 vključujejo zmanjšanje števila smrtnih poškodb za 25 %, zmanjšanje števila smrtnih poškodb otrok za 50 %, zmanjšanje števila bolnišničnih obravnav za 10 % in zmanjšanje števila posledic po poškodbah za 10 %. Za doseg te ciljev se izvajajo strategije za zagotavljanje varnejšega življenja ljudem: izboljšanje varnosti okolja s pomočjo razpoložljivih tehničnih sredstev; krepitev individualne odgovornosti z ozaveščanjem državljanov; izboljšanje usposobljenosti poklicnih skupin, ki bi lahko preprečevale nezgode; podpora odločevalcem s podatki in z drugimi informacijami; načrtovanje, koordinacija in evalvacija na vseh ravneh in v različnih sektorjih, ki omogočajo odločevalcem, da učinkovito prispevajo k manjšemu tveganju za zdravje zaradi nezgod (FMHW 2006).

Avstrija ima tudi specifičen program za cestno varnost 2011–2020, ki ima za cilj do leta 2020 zmanjšati število prometnih nezgod s smrtnim izidom za 50 %, število hudo poškodovanih za 40 % in število vseh nezgod za 20 % ter tako Avstrijo dvigniti nad povprečje držav EU-15⁴ (FMTIT 2009 in 2011). Več kot 250 ukrepov, ki jih predvideva program, sega na naslednja področja: izobraževanje o cestnoprometni varnosti; šolanje voznikov; prometna pravila in kazni; otroci, mladi in starejši uporabniki cest; ranljivi udeleženci v prometu; vozniki tovornih vozil; križišča, ceste in železnice; oskrba ob nezgodi in po njej; diagnostika, zdravljenje in rehabilitacija; cestna infrastruktura,

⁴EU-15 – države EU v obdobju do 1. 5. 2004: Avstrija, Belgija, Danska, Finska, Francija, Nemčija, Grčija, Irska, Italija, Luksemburg, Nizozemska, Portugalska, Španija, Švedska, Velika Britanija.

informatijski sistem in signalizacija; varnost vozil in opreme; zbiranje podatkov in podatkovne zbirke o poškodbah (FMTIT 2009 in 2011).

Finska: Program za preprečevanje poškodb pri otrocih in mladih

Kot v večini evropskih držav so tudi na Finskem nenamerne poškodbe najpogostejši vzrok smrti otrok in mladih do 25. leta starosti. Zato so na tamkajšnjem Nacionalnem inštitutu za zdravje in blagostanje ter Ministrstvu za socialne zadeve in zdravje leta 2009 pripravili akcijski načrt »Ustvarjanje varnega okolja za otroke in mlade«, s katerim so želeli opozoriti na problematiko, ki je med letoma 2000 in 2007 vsako leto v državi terjala 190 mladih življenj, v istem obdobju pa je bilo letno hospitaliziranih še dodatnih 13.400 poškodovancev, mlajših od 25 let, in s tem dati pobudo za ustvarjanje okolja, v katerem bi bili otroci in mladi varnejši. Trije glavni cilji programa so ustvariti varno fizično in socialno okolje, izpopolniti zakonodajo in oblikovati nacionalne smernice za promocijo varnosti, ozaveščati in vzgajati na področju zagotavljanja varnosti.

V dokumentu so določili prioriteta varnostna področja (poškodbe v prometu, padci in športne poškodbe, zastrupitve, utopitve, samopoškodbe), specifične cilje, npr. zmanjšati število poškodb, zaradi katerih je potrebno bolnišnično zdravljenje, ter povečati znanje o preprečevanju poškodb in ukrepanju ob le-teh; povečati število mladih, ki ne pijejo alkohola in ne jemljejo drog; zmanjšati incidenco športnih poškodb in vzpostaviti ničelno toleranco do hudih poškodb; predlagali učinkovite ukrepe.

Nacionalni inštitut za zdravje in blagostanje usklajuje multisektorsko in multidisciplinarno sodelovanje pri izvajanju ukrepov ter spremlja implementacijo akcijskega načrta, pri čemer so mladi aktivno vključeni v ta proces. Hkrati izvajanje akcijskega načrta spremlja tudi forum vseh akterjev in strokovnjakov na področju preprečevanja poškodb ter predstavniki otrok in mladih (Markkula in Öörni 2010).

2.5 Zaključki

Primerjava umrljivosti zaradi poškodb v evropski regiji razkriva velike razlike, ki so povezane predvsem s socialno-ekonomskimi spremembami v nekaterih predelih regije. V Evropi sta v zadnjih dveh desetletjih potekali sprememba političnega sistema in tranzicija v tržno gospodarstvo, posledici pa nista bili le velika politična in socialna negotovost, ampak tudi inflacija, brezposelnost, neenakost in revščina, ki so povezane z večjim tveganjem za poškodbe. Da bi zmanjšali nepravilne razlike v zdravju zaradi poškodb, je treba zmanjšati razlike v blagostanju posameznih držav z ustrezno socialno in ekonomsko politiko ter prenašati znanje in izkušnje o učinkovitih strategijah in ukrepih ter njihovi implementaciji iz bolj razvitih evropskih držav v preostale predele regije (Sethi in sod. 2006).

Z implementacijo priporočil Resolucije EUR/RC55/R9 o preprečevanju poškodb v evropski regiji in priporočil Sveta Evrope za preprečevanje poškodb in promocijo varnosti je bil narejen ohrabrujoč napredek pri zmanjševanju neenakosti zaradi poškodb med državami in znotraj njih. Iz pregleda pomembnejših dokumentov, namenjenih preprečevanju poškodb, je razvidno, da v evropskih državah že obstaja cela vrsta nacionalnih strategij in specifičnih ukrepov za obvladovanje tega problema javnega zdravja, napredek pa je mogoč le z nadaljnjo politično in finančno podporo posameznih držav in mednarodnih organizacij. Po zadnjih podatkih ima 96 % evropskih držav ugodne pogoje in zagotovljeno politično podporo za oblikovanje nacionalnih politik za preprečevanje poškodb in promocijo varnosti ter medsektorsko sodelovanje, vendar

ima le 56 % držav zagotovljeno tudi financiranje programov in njihove implementacije (Sethi in sod. 2010).

Primeri dobrih strateških dokumentov in akcijskih načrtov s področja preprečevanja poškodb, ki so jih sprejeli v posameznih državah, potrjujejo, kako pomembni za praktično udeležanje nacionalnih strategij so politična volja, jasno izdelani programi, tesno povezovanje ustanov in mednarodnih organizacij ter razvoj zmožnosti.

2.6 Viri

Angermann A, Bauer R, Nossek G, Zimmermann N. Injuries in the European Union. Summary 2003–2005. Working together to make Europe a safer place. Viena, 2007.

Federal Ministry for Health and Women (FMHW). Austrian Programme For the Prevention of Unintentional Injuries 2006–2010. Vienna: Federal Ministry for Health and Women, 2006.

Bauer R, Steiner M. Injuries in the European Union. 2009-Report. Working together to make Europe a safer place. Vienna: KfV, 2009.

Council of the European Union recommendation on the prevention of injury and the promotion of safety, 2007. Dosegljivo na: www.eurosafe.eu.com.

Federal Ministry for Transport, Innovation and Technology (FMTIT). Austrian road safety programme 2011–2020. Vienna: Federal Ministry for Transport, Innovation and Technology, 2011.

Federal Ministry for Transport, Innovation and Technology (FMTIT). Austrian road safety programme 2002–2010. Strategies for Improving Road Safety. Vienna: Federal Ministry for Transport, Innovation and Technology, 2009.

Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R (editors). World report on violence and health: summary. Geneva: World Health Organisation, 2002.

MacKay, Vincenten J. Action planning for child safety: A strategic and coordinated approach to reducing the number one cause of death for children in Europe. Amsterdam: European child safety alliance, Eurosafe, 2007.

MacKay, Vincenten J. Action planning for child safety: 2010 update othe strategic and coordinated approach to reducing the number one cause of death and disability for children in Europe – injury. Amsterdam: European child safety alliance, Eurosafe, 2010.

MacKay M, Vincenten J. Child Safety Report Card 2012: Europe Summary for 31 Countries. Birmingham: European Child Safety Alliance, Eurosafe, 2012. Pridobljeno 17. 9. 2012 s spletne strani: <http://www.childsafetyeurope.org/publications/info/child-safety-report-cards-europe-summary-2012.pdf>.

Markkula J, Öörni E (eds.). Providing a safe environment for our children and young people. Finland's national action plan for injury prevention among children and youth. Helsinki, 2010. Pridobljeno 6. 10. 2012 s spletne strani: <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/bcda07c2-aa23-4faa-a59d-55a60fdc6764>.

National Action Plan of Child Accident Prevention 2007–2017. Prague: Ministry of Health of the Czech Republic, 2008. Pridobljeno 21. 11. 2012 s spletne strani: <http://www.mzcr.cz>.

Pall G. National Action Plan on Child and Youth Safety: Programme for Preventing Unintentional Injuries of 0–24 year-olds 2010–2019. Budapest: National institute of Child Health Hungary, 2009.

Peden M, McGee K, Krug E (editors). Injury : A leading cause of global burden of diseases, 2000. Geneva: World Health Organisation, 2002. Pridobljeno 17. 5. 2005 s spletne strani: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9241562323.pdf>.

Pinheiro PS. Report of the independent expert for the United Nations study on violence against children. OHCHR, 2006. Pridobljeno 16. 9. 2012 s spletne strani: [www:daccess-dds-ny.un.org](http://www.daccess-dds-ny.un.org).

Racioppi F, Sethi D. Shaping comprehensive policies for injury prevention in Europe. *Int J Inj Contr Saf Promot. Special Issue: Selected papers from the European Conference on Injury Prevention and Safety Promotion, held on 9–10 October 2008*. Paris: 2009;16: 65–71.

Sethi D, Mitis F, Racioppi F. Preventing injuries in Europe: from international collaboration to local implementation. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2010.

Pridobljeno 28. 9. 2011 s spletne strani: <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/disease-prevention/violence-and-injuries/publications/2010/preventing-injuries-in-europe-from-international-collaboration-to-local-implementation>.

^aSethi D, Racioppi F, Baumgarten I, Bertollini R. Reducing inequalities from injuries in Europe. *Lancet* 2006; 368: 2243–50.

^bSethi D, Racioppi F, Baumgarten I, Vida P: Injuries and violence in Europe: Why they matter and what can be done. Copenhagen: WHO Regional office for Europe, 2006.

Sethi D, Racioppi F, Frerick B, Frempong N. Progress in the prevention of injuries in the WHO European region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2008. Pridobljeno 13. 10. 2012 s spletne strani: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/98423/E91710.pdf.

Shields N, Sethi D, Racioppi F, Aguirre IY, Baumgartner I. National responses to preventing violence and unintentional injuries. WHO European Survey. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2006.

United Nations General Assembly resolution 62/289 on improving global road safety. New York: United Nations, 2008.

United Nations Secretary General. Report on violence against women. New York: United Nations, Oct 2006. Pridobljeno 28. 9. 2012 s spletne strani: www.un.org.

World Health Organisation (WHO). World Health Assembly resolution WHA49.25 on prevention of violence: A public health priority. Geneva: World Health Organisation, 1996.

^aWorld Health Organisation (WHO). Developing National Policies on Violence and Injury Prevention. Report on a WHO Meeting Geneva, 23–24 October 2003. Pridobljeno 20. 11. 2009 s spletne strani: www.who.int.

^bWorld Health Organisation (WHO). World Health Assembly Resolution WHA56.24 on implementing the recommendations of the World report on violence and health. Geneva: World Health organisation, 2003.

World Health Organisation (WHO). WHO Regional Committee for Europe resolution WHA57.10 on road safety and health, Geneva, World Health Organisation, 2004. Pridobljeno 17. 5. 2005 s spletne strani: www:apps.who.int.

World Health Organisation (WHO). WHO Regional Committee for Europe resolution EUR/RC55/R9 on prevention of injuries in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2005.

World Health Organization (WHO). Mortality Database, Tables, 2006. Pridobljeno 16. 3. 2009 s spletne strani: <http://www.who.int/healthinfo/morttables/en/index.html>.

World Health Organisation (WHO). Preventing injuries and violence. A guide for Ministries of health. Geneva: World Health Organisation, 2007.

World Health Organisation (WHO). Global status on road safety: time for action. Geneva: World Health Organisation, 2009. Pridobljeno 3. 4. 2011 s spletne strani: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563840_eng.pdf.



3

BREME ZARADI POŠKODB V SLOVENIJI

Avtorici: Mateja Rok Simon, Petra Nadrag

3 BREME ZARADI POŠKODB V SLOVENIJI

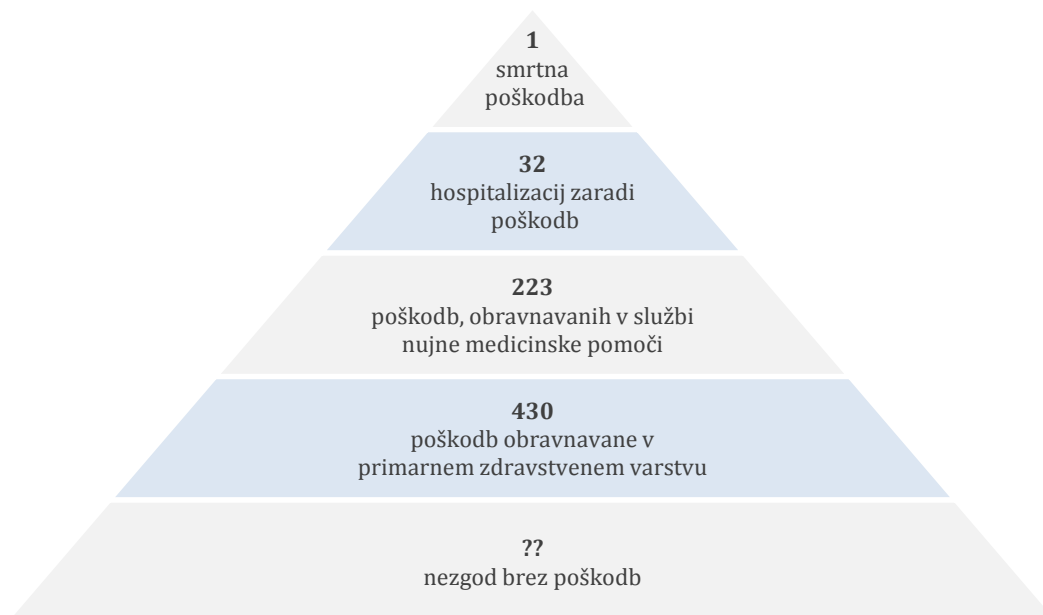
3.1 Uvod

V Sloveniji so poškodbe velik, a ne dovolj prepoznan problem na področju javnega zdravja, ki škoduje zdravju in blaginji naših prebivalcev. Poškodbe so namreč eden glavnih vzrokov bremena bolezni, tj. izgube let življenja, ki bi jih preživeli v polnem zdravju (WHO 2004; WHO 2006). Večino zdravih let življenja izgubimo zaradi prezgodnjih smrti, ki pomenijo veliko izgubo človeškega kapitala in ekonomsko izgubo za družbo, saj samo zaradi prezgodnjih smrti v prometnih nezgodah v Sloveniji vsako leto izgubimo vsaj 40 milijonov evrov potencialnega zaslužka (Šešok 2007). Vendar samo podatki o prezgodnjih smrtih ne omogočajo dobre ocene bremena poškodb, ki ga občuti posameznik. Šele z uporabo sestavljenega indikatorja za izgubo zdravih let življenja (disability adjusted life year – DALY) lahko breme poškodb, katerih posledica so predvsem prezgodnje smrti in v manjši meri zmanjšanje zmožnosti in/ali invalidnost (npr. utopitve), primerjamo z bremenom poškodb, ki običajno niso smrtne, so pa pogosto povezane z dolgotrajnimi posledicami (npr. opekline) (WHO 2004). Analize kažejo, da nesorazmerno velik del bremena poškodb pade na najranljivejše skupine prebivalstva, kot so: otroci, mladostniki, starejši in ljudje s slabšim socialno-ekonomskim položajem, zato veliko družin ne trpi le zaradi bolečin, zmanjšane zmožnosti ali smrti, ampak tudi zaradi izgube zaslužka, kar lahko vodi v še večjo revščino in socialno prikrajšanost (Sethi in sod. 2006). Za reševanje problema poškodb so potrebne dobre informacije o bremenu poškodb in njihovih vzrokih, saj se razsežnosti problema zavedajo le redki odločevalci. Analiza podatkov o umrljivosti, obolevnosti in o zmanjšani zmožnosti pomaga pri političnih odločitvah, določitvi prioritet in izbiri ustreznih preventivnih strategij ter pri razvoju, izvedbi in evalvaciji preventivnih programov (Sethi in sod. 2006). Poglavje razkriva razsežnost problema v Sloveniji, breme zaradi poškodb in njihove vzroke.

3.2 Razsežnost problema poškodb

Poškodbe so v Sloveniji tretji glavni vzrok smrti celotnega prebivalstva, standardizirana stopnja umrljivosti je višja le zaradi bolezni srca in žilja ter novotvorb. V obdobju 2008–2010 je zaradi poškodb in zastrupitev umrlo letno povprečno 1.405 ljudi, od tega več kot polovica (64 %) zaradi nezgod, predvsem padcev (36 %) in prometnih nezgod (15 %). V primerjavi z razvitimi evropskimi državami (Eur-A⁵) je stanje v Sloveniji slabo, saj je pri nas umrljivost zaradi poškodb v nezgodah 1,8-krat višja in kar 2,4-krat višja v primerjavi z Nizozemsko, ki velja za eno najvarnejših držav na svetu (aWHO 2012).

⁵Eur-A so evropske države z nizko umrljivostjo otrok in odraslih: Andora, Avstrija, Belgija, Hrvaška, Ciper, Češka, Danska, Finska, Francija, Nemčija, Grčija, Islandija, Irska, Izrael, Italija, Luksemburg, Malta, Monako, Nizozemska, Norveška, Portugalska, San Marino, Slovenija, Španija, Švedska, Švica, V. Britanija.



Slika 3.1. Piramida nenamernih poškodb in zastrupitev v Sloveniji (Vir: Baza o umrlih, Podatkovna zbirka o bolnišničnih obravnavah zaradi poškodb in zastrupitev, Zunajbolnišnična statistika, vse IVZ, 2009)

3.2.1 Piramida nenamernih poškodb in zastrupitev v Sloveniji

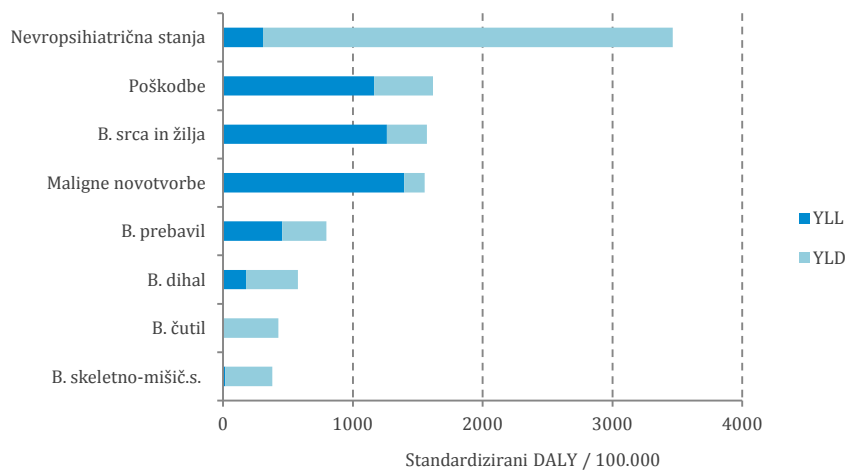
Vendar podatki o umrljivosti ne odsevajo celotne razsežnosti in resnosti problema, saj večina poškodovancev ne umre. Vsako leto v Sloveniji obravnavajo 210.300 poškodovancev (91 % nenamernih poškodb) v službah nujne medicinske pomoči, kar je več kot polovica vseh oseb, ki so zaradi različnih vzrokov obravnavane na urgenci. Od tega na zdravljenje v bolnišnico sprejmejo 28.200 poškodovancev (87 % nenamernih poškodb); v polovici primerov gre za poškodbe zaradi padcev.

Pravo razsežnost problema ter razmerje med umrljivostjo in obolevnostjo zaradi poškodb kažejo podatki v piramidi poškodb: na enega umrlega poškodovanca oziroma zastrupljenca v nezgodi je 32 poškodovancev sprejetih na zdravljenje v bolnišnico, 223 poškodovancev je obravnavanih v službah nujne medicinske pomoči in 430 poškodovancev išče zdravniško pomoč na primarni ravni (slika 3.1). Skoraj enako razmerje obravnav v piramidi poškodb imajo tudi druge države Evropske unije (EU) (Bauer in Steiner 2009).

3.3 Glavni vzroki bremena poškodb

Tako kot v večini držav tudi v Sloveniji pričakovano trajanje življenja ob rojstvu raste in je trenutno 80 let (WHO 2012). Za posameznika pa ni več pomembno samo, da bo živel do pozne starosti, ampak ga zanima predvsem, kolikšen del svojega življenja bo preživel brez kakršnih koli zdravstvenih težav in bolezni, kar nam pove podatek o pričakovanem trajanju življenja v zdravju. Po ocenah Svetovne zdravstvene organizacije (World Health Organization - WHO) v Sloveniji človek v povprečju preživi nekaj več kot 7 let svojega življenja z boleznijo ali neko stopnjo zmanjšane zmožnosti (WHO 2004). Da bi čim bolj zmanjšali breme bolezni prebivalstva zaradi prezgodnje umrljivosti in zmanjšane zmožnosti, moramo poznati glavne vzroke, zaradi

katerih izgubimo največ let življenja v zdravju (disability adjusted life year – DALY⁶). Po ocenah WHO v Sloveniji izgubimo največ zdravih let življenja zaradi nevropsihiatričnih stanj (vključno z motnjami zaradi prekomernega uživanja alkohola), poškodb, bolezni srca in žilja ter malignih novotvorb (WHO 2004; WHO 2006) (slika 3.2).



Slika 3.2. Starostno standardizirana stopnja izgubljenih zdravih let življenja (DALYs/100.000), po glavnih vzrokih, razmerje YLL : YLD, Slovenija, 2004. (Vir: WHO. Mortality Database, Tables, 2006)

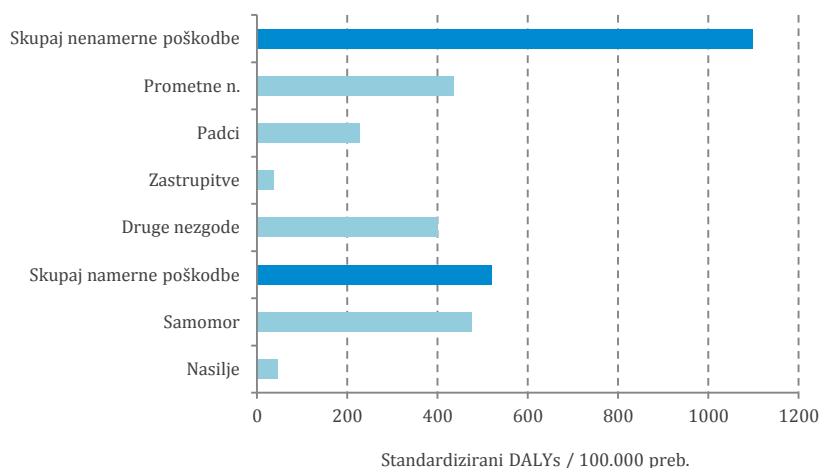
3.3.1 Vzroki za izgubo zdravih let življenja

Poškodbe so v Sloveniji drugi glavni vzrok za izgubo zdravih let življenja, k čemur največ prispevajo poškodbe v prometu (435 DALYs/100.000 preb.), poškodbe zaradi padcev (226 DALYs/100.000 preb.) in zastrupitve (36 DALYs/100.000 preb.), med namernimi poškodbami pa izstopajo samopoškodbe (476 DALYs/100.000 preb.) (WHO 2004; WHO 2006) (slika 3.3).

Za poškodbe je značilno, da je izguba zdravih let življenja v največjem deležu posledica prezgodnjih smrti (years of life lost – YLL), tj. smrti, preden dosežemo pričakovano trajanje življenja (slika 3.2). Tako je pri nenamernih poškodbah izguba zdravih let življenja posledica prezgodnje umrljivosti v 64 % (pri prometnih nezgodah v 80 %, pri padcih v 40 % in pri zastrupitvah v 94 %); preostalo pa gre na račun zmanjšane zmožnosti in/ali invalidnosti (years lost due to disability – YLD) (WHO 2004; WHO 2006).

V Sloveniji se že dlje časa spopadamo tudi z visoko stopnjo umrljivosti pred 65. letom starosti, ki je 1,2-krat višja kot v državah Eur-A (^bWHO 2012). Med vzroki za prezgodnjo umrljivost in izgubo potencialnih let življenja (years of potential life lost – YPLL) so poškodbe na drugem mestu, takoj za malignimi novotvorbami (^bWHO 2012). To pomeni, da v primerjavi z boleznimi srca in žilja ter drugimi kroničnimi boleznimi poškodbe prizadenejo nesorazmerno velik delež otrok in mlajših odraslih in so tudi v Sloveniji glavni vzrok umrljivosti otrok, mladostnikov in odraslih do 40. leta starosti. Prezgodnja umrljivost zaradi nenamernih poškodb v nezgodah je pri nas 1,6-krat višja kot v državah Eur-A in kar 3,1-krat višja v primerjavi z Nizozemsko (^aWHO 2012).

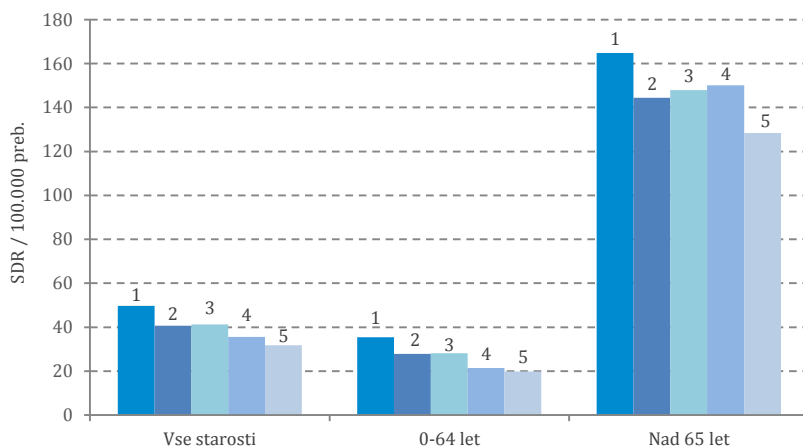
⁶DALYs je izračunal WHO z uporabo starostno specifične umrljivosti, prevalence bolezni brez smrtnega izida, v presečnih študijah ocenjene telesne in kognitivne zmanjšane zmožnosti, splošnega zdravstvenega stanja in epidemioloških podatkov o glavnih vzrokih zmanjšane zmožnosti v vsaki državi.



Slika 3.3. Starostno standardizirana stopnja izgubljenih zdravih let življenja (DALYs/100.000), po zunanjem vzroku, Slovenija, 2004. (Vir: WHO. Mortality Database, Tables, 2006)

3.3.2 Socialno-ekonomske neenakosti

Socialno-ekonomski položaj je pomembna determinanta nastanka nenamernih poškodb in vpliva na tveganje za poškodbo prek več mehanizmov. Revni posamezniki in družine so dovzetnejši za poškodbe zaradi slabšega znanja, tveganega vedenja, izpostavljenosti tveganim situacijam in nevarnim okoljem, imajo slabšo dostopnost do zaščitnih sredstev ter do kakovostne medicinske in rehabilitacijske oskrbe (Ribas in sod. 2006; Zwi 2001).



*Skupina 1 so občine z najnižjo osnovo za dohodnino na prebivalca.

Slika 3.4. Standardizirana stopnja umrljivosti (SDR) zaradi nenamernih poškodb, po občinah glede na osnovo za dohodnino na prebivalca*, Slovenija, 2004–2008. (Vir: Baza o umrlih, IVZ)

Podobno kot v drugih razvitih državah (Laflamme 2009) tudi pri nas ugotavljamo precejšnje razlike v umrljivosti zaradi nenamernih poškodb v povezavi s socialno-ekonomskim položajem (slika 3.4), pomembne razlike pa se kažejo tudi v obolevnosti (EHIS 2007; Buzeti in sod. 2011; Rok Simon 2011; Rok Simon in sod. 2013). Odrasli prebivalci z območij s slabšim socialno-ekonomskim položajem in ljudje z nižjo izobrazbo imajo skoraj dvakrat večje tveganje za smrtne

poškodbe v prometu in zaradi padcev (Buzeti in sod. 2011; Rok Simon in sod. 2013). Prav tako je obolevnost zaradi poškodb pri mlajših odraslih povezana z nižjo izobrazbo, pri mladostnikih pa z nižjim šolskim uspehom in nezaposlenostjo staršev (EHIS 2007; Rok Simon 2011). Obstaja pa tudi obrnjena, tj. pozitivna povezanost tveganja za poškodbe mladostnikov pri športu in rekreaciji ter ocenjenim družinskim blagostanjem (Rok Simon 2011). Mladostniki iz premožnejših družin imajo namreč večje tveganje za športne poškodbe, ker se pogosteje udeležujejo tovrstnih dejavnosti zaradi boljših finančnih zmožnosti svojih staršev (Hanson in Chen 2007; Scagnetti 2007; Potter in sod. 2005).

3.4 Zaključki

V Sloveniji so poškodbe velik problem na področju javnega zdravja in tretji glavni vzrok umrljivosti. Naši prebivalci umirajo pogosteje le še zaradi bolezni srca in žilja ter novotvorb. V primerjavi z razvitimi evropskimi državami s stanjem v Sloveniji ne moremo biti zadovoljni, ker je pri nas umrljivost zaradi poškodb v nezgodah skoraj dvakrat višja, v primerjavi z Nizozemsko, ki velja za eno najvarnejših držav na svetu, pa več kot dvakrat višja.

V primerjavi z boleznimi srca in žilja ter drugimi kroničnimi boleznimi poškodbe prizadenejo nesorazmerno velik delež otrok in mlajših odraslih in so glavni vzrok umrljivosti otrok, mladostnikov in odraslih do 40. leta starosti. Zaradi tega so poškodbe eden glavnih vzrokov bremena bolezni, tj. izgube zdravih let življenja, k čemur največ prispevajo poškodbe v prometu, poškodbe zaradi padcev in zastrupitve. Ugotovitve novejših slovenskih raziskav potrjujejo, da tudi pri nas večji del bremena zaradi poškodb nosijo osebe s slabšim socialno-ekonomskim položajem. Večino zdravih let življenja izgubimo zaradi prezgodnjih smrti, prezgodnja umrljivost zaradi poškodb v nezgodah pa je kar trikrat višja v primerjavi z Nizozemsko. Vendar podatki o umrljivosti ne odsevajo vedno celotne razsežnosti ali teže problema, saj večina poškodovancev zaradi poškodb ne umre, lahko pa imajo zaradi njih fizične, psihične, ekonomske in socialne težave. Pri nekaterih vrstah nezgod, npr. padcih, poleg prezgodnjih smrti k izgubi zdravih let življenja prispeva tudi različna stopnja zmanjšane zmožnosti in/ali invalidnosti. Zaradi tega moramo pri oceni bremena poškodb poleg podatkov o umrljivosti upoštevati tudi podatke o obolevnosti, npr. podatke o hospitalizacijah, pregledih v urgentnih ambulantah, obravnava na rehabilitaciji.

Analiza razpoložljivih epidemioloških podatkov je le prvi korak k zmanjševanju bremena poškodb, saj pomaga pri političnih odločitvah, določitvi prioritet in pri izbiri ustreznih preventivnih strategij ter razvoju, izvedbi in evaluaciji preventivnih programov.

3.5 Viri

Bauer R, Steiner M. Injuries in the European Union. Statistics Summary 2005-2007. Vienna: Eurosafe and Kuratorium fur Verkehrssicherheit, 2009.

Buzeti T, Djomba JK, Gabrijelčič Blenkuš M, Ivanuša M, Jeriček Klanšček H, Kelšin N in sod. (ured.). Neenakosti v zdravju v Sloveniji. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 2011: 60–2.

EHIS – European health interview survey. Anketa o zdravstvu in zdravstvenem varstvu v Sloveniji. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja, 2007 (neobjavljeni podatki).

- Hanson MD, Chen E. Socioeconomic Status and Health Behaviours in Adolescence: A Review of the Literature. *J Behav Med* 2007; 30: 263–85.
- Laflamme L, Burrows S, Hasselberg M. Socioeconomic differences in injury risks. Copenhagen: World Health Organisation, 2009.
- Potter BK, Speechley KN, Koval JJ, Gutmanis IA, Campbell MK, Manuel D. Socioeconomic status and non-fatla injuries among Canadian adolescents: variations across SES and injury measures. *BMC Public Health* 2005; 5: 132–44.
- Ribas R de C, Tymchuk AJ, Ribas AFP. Brazilian mothers' knowledge about home dangers and safety precautions: an initial evaluation. *Social Science and Medicine* 2006; 63: 1879–88.
- Rok Simon M. Poškodbe. V: Jeriček Klanšček H, Roškar S, Koprivnikar H, Pucelj V, Bajt M, Zupanič T (ured.). Neenakosti v zdravju in z zdravjem povezanih vedenjih slovenskih mladostnikov. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS, 2011: 96–104.
- Rok Simon M, Tomšič S, Šelb Šemerl J, Nadrag P, Mihevc Ponikvar B, Lavtar D, Korošec A, Kofol Bric T. Inequalities in women's mortality by education. *Zdrav Var* 2013; 52: 77–86 (v tisku).
- Scagnetti N. Telesna dejavnost. V: Jeriček Klanšček H, Lavtar D, Pokrajac T (ured.). HBSC Slovenija 2006. Z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS, 2007: 53–63.
- Sethi D, Mitis F, Racioppi F. Preventing injuries in Europe. From international collaboration to local implementation. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe, 2010.
- Sethi D, Racioppi F, Baumgartner I, Vida P. Injuries and violence in Europe: Why they matter and what can be done. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2006.
- Šešok J. Stroški izgubljenega človeškega kapitala zaradi poškodb (MKB-10) izraženi z izgubljeno produktivnostjo ocenjeno s povprečno letno bruto plačo. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 2007. (neobjavljeni podatki).
- World Health Organization (WHO). The World Health Report 2004 – Changing history. Geneva: World Health Organization, 2004. Pridobljeno 16. 11. 2009 s spletne strani: <http://www.who.int/whr/2004/en>.
- World Health Organisation (WHO). WHO Regional Committee for Europe resolution EUR/RC55/R9 on prevention of injuries in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2005.
- World Health Organization (WHO). Mortality Database, Tables, 2006. Pridobljeno 16. 3. 2009 s spletne strani: <http://www.who.int/healthinfo/morttables/en/index.html>.
- ^aWorld Health Organization (WHO). Regional Office for Europe. European mortality database (MDB). Copenhagen, 2012. Pridobljeno 20. 9. 2012 s spletne strani: <http://data.euro.who.int/hfamdb/>.
- ^bWorld Health Organization (WHO). Regional Office for Europe. Health for All Database (HFA-DB). Mortality based indicators. WHO / Europe, July 2012. Pridobljeno 20. 9. 2012 s spletne strani: <http://data.euro.who.int/hfadb/>.
- Zwi A. Injuries, inequalities, and health. In: Leon D, Walt G, eds. Poverty, inequality and health. An international perspective. Oxford, Oxford University Press, 2001: 263–82.



4

PROMETNE NEZGODE

Avtorice: Mateja Rok Simon, Maja Zorko, Petra Nadrag

4 PROMETNE NEZGODE

4.1 Uvod

V zadnjem desetletju poškodbe v prometnih nezgodah niso več najpogostejši vzrok umrljivosti zaradi nezgod, so pa še vedno vodilni vzrok prezgodnje umrljivosti otrok in mlajših odraslih (Rok Simon 2003; Rok Simon 2010). Zaradi tega je izguba zdravih let življenja najvišja ravno pri poškodbah v prometnih nezgodah, ki še naprej ostajajo pereč problem na področju javnega zdravja in družbeni problem z resnimi demografskimi in ekonomskimi posledicami (WHO 2009). Vsak prezgodaj umrli Slovenec v prometu izgubi povprečno 26 let svojega življenja, ki bi jih lahko preživel do 64. leta starosti (Rok Simon 2010).

V razumevanju problema prometne varnosti je prevladal nov koncept, ki poudarja, da je večina poškodb v prometu predvidljiva in preprečljiva. Za zagotavljanje varnosti v prometu je potreben pristop, značilen za javno zdravje, ki vključuje različne znanosti in ki je multisektorski. Vsak izmed sektorjev, tudi zdravstveni, ima svoje zadolžitve, ki jih izvaja skozi financiranje, ukrepe, programe in zagovorništvo v prid preprečevanju poškodb v prometu. V kompleksnem prometnem sistemu kljub izobraževanju in promociji varnega vedenja ne moremo povsem izključiti človeške napake. Zato je treba zagotoviti varnost ljudi tudi z ustreznim oblikovanjem prometne infrastrukture in vozil ter omejitvijo hitrosti, pri čemer morajo biti enako zaščiteni tudi ranljivejši udeleženci v prometu (pešci, kolesarji, motoristi). (Peden in sod. 2004).

Poglavje prikazuje poškodbe zaradi prometnih nezgod, njihove vzroke, skupine prebivalstva, ki nosijo največje breme, trende ter nacionalne politike in ukrepe za njihovo preprečevanje.

4.2 Breme zaradi prometnih nezgod

4.2.1 Umrljivost, obolevnost in trendi

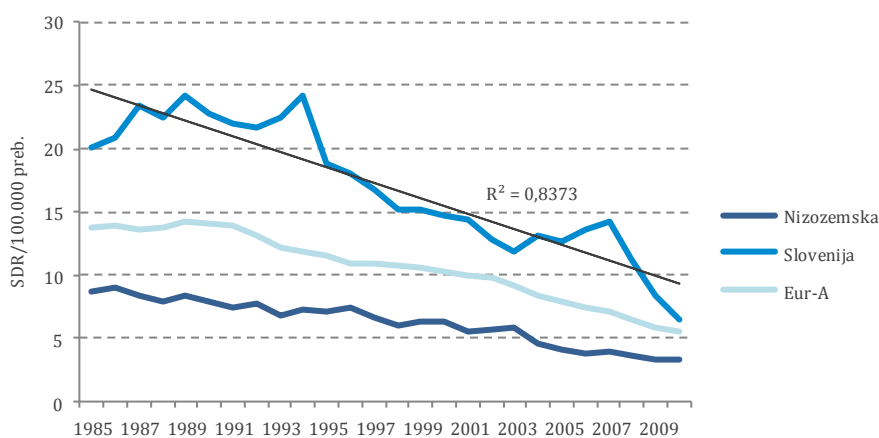
V zadnjih letih se je na slovenskih cestah zgodilo letno povprečno 9.560 prometnih nezgod s poškodbami, v katerih je umrlo 226 ljudi, žrtve pa so bile najpogosteje osebe v avtomobilu, motoristi (vozniki motornih koles in koles z motorjem) ter pešci (MNZ 2009–2011). Dodatno se je vsako leto 1.120 ljudi hudo telesno in 12.400 lahko telesno poškodovalo (MNZ 2009–2011), od tega jih je bilo 4.670 sprejetih na zdravljenje bolnišnico, v prometu pa so bili udeleženi predvsem kot osebe v avtomobilu, kolesarji in motoristi.

Podobno kot v drugih državah v tranziciji je tudi pri nas umrljivost v prometu rastla vse do prve polovice devetdesetih let, predvsem zaradi hitrega ekonomskega razvoja, povečanja osebnega in tranzitnega prometa, vendar brez hkratnega ustreznega razvoja infrastrukture in preventivnih programov (Ašanin Gole 2002; Clark in sod. 2000; Dora in Phillips 2000; Statistični urad RS 1999). Po letu 1994 je stopnja umrljivosti začela padati ($R^2 = 0,80$) in je padala kljub rasti števila cestnih vozil za 3–4 % letno (slika 4.1) (Statistični urad RS 2010). V zadnjih letih je umrljivost

povprečno še 1,5-krat višja od povprečja držav Eur-A⁷ (aWHO 2012). Če bi stopnjo umrljivosti v prometu lahko znižali na raven, kot jo ima Nizozemska, ki velja za eno najvarnejših držav v Evropi, bi po ocenah lahko v Sloveniji vsako leto ohranili 96 življenj (aWHO 2012).

Umrljivost v prometnih nezgodah kaže dva izrazita vrhova, prvega pri mladostnikih in mladih do 29. leta starosti, drugega pa pri starejših od 75 let. Med poškodovanimi, ki potrebujejo zdravljenje v bolnišnici, prav tako izstopajo mladostniki in mlajši odrasli. Posamezne starostne skupine so različno ogrožene glede na udeležnost v prometu: mladostniki in mlajši odrasli se smrtno poškodujejo predvsem kot osebe v avtomobilu in motoristi, otroci in starejši ljudje pa so žrtve najpogosteje kot osebe v avtomobilu in pešci.

Na visoko umrljivost v prometu poleg infrastrukture in povečanja prometa vplivajo tudi dejavniki tveganega vedenja, npr. vožnja pod vplivom alkohola, prevelika ali neustrezna hitrost, neuporaba varnostnih pasov, neupoštevanje prometnih pravil. Tako od leta 1994, ko se je v Sloveniji spremenila metodologija beleženja, raste število prometnih nezgod zaradi alkohola (na 100.000 preb.) ($R^2 = 0,33$), ki je po zadnjih podatkih 3,9-krat višje kot v državah Eur-A (bWHO 2012) (slika 4.2). Vsak tretji povzročitelj nesreče s smrtnim izidom vozi pod vplivom alkohola, delež alkoholiziranih povzročiteljev nesreč pa je višji od povprečja evropskih držav (Nacionalni program varnosti cestnega prometa 2012). Prav tako je v obdobju 2000–2009 naraščal ($R^2 = 0,84$) delež alkoholiziranih povzročiteljev nezgod glede na vse povzročitelje prometnih nezgod (Nacionalni program varnosti cestnega prometa 2012), čeprav je res, da je v letih 2010 in 2011 delež le-teh padel (M. za zdravje 2012).



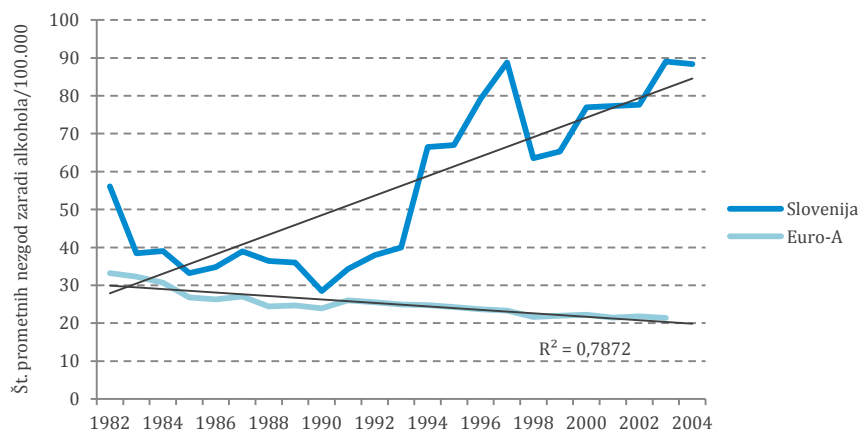
Slika 4.1. Standardizirana stopnja prezgodnje umrljivosti (0–64 let) (SDR) zaradi prometnih nezgod, Slovenija, države Eur-A, Nizozemska, 1985-2010. (Vir: WHO European Health for all database, July 2012)

Prevelika ali neustrezna hitrost je poglavitni vzrok za prometne nezgode z najhujšimi posledicami in je vzrok za 36 % prometnih nezgod s smrtnim izidom in 37 % nezgod s hudo telesno poškodbo. Na srečo delež teh nezgod v zadnjem desetletju pada, izboljšuje pa se tudi delež voznikov in potnikov, pripetih z varnostnimi pasovi. Po podatkih meritev pripetosti z varnostnim pasom v letu 2009 se pripenja 93 % voznikov, 91 % potnikov na sprednjih sedežih

⁷Eur-A so evropske države z nizko umrljivostjo otrok in odraslih: Andora, Avstrija, Belgija, Hrvaška, Ciper, Češka, Danska, Finska, Francija, Nemčija, Grčija, Islandija, Irska, Izrael, Italija, Luksemburg, Malta, Monako, Nizozemska, Norveška, Portugalska, San Marino, Slovenija, Španija, Švedska, Švica, V. Britanija.

in le 60 % potnikov na zadnjih sedežih, prav tako je pripetih le 80 % otrok pod 12. letom in 63 % otrok nad 12. letom starosti (Nacionalni program varnosti cestnega prometa 2012). V analizi izstopa razlika v umrljivosti med spoloma, ker imajo moški v vseh starostnih skupinah bistveno višje stopnje kot ženske. Vzroke je mogoče iskati v večji izpostavljenosti moških, ki prevozijo povprečno več km poti, še pomembnejše pa je, da se v prometu bolj tvegano vedejo. Moški povzročijo prometno nezgodo 3,8-krat pogosteje pod vplivom alkohola in 1,3-krat pogosteje zaradi neprilagojene hitrosti v primerjavi z ženskami, prav tako ženske uporabljajo varnostni pas 1,7-krat pogosteje kot moški (^aRok Simon 2004).

Precejšnje razlike v umrljivosti zaradi prometnih nezgod so povezane tudi s socialno-ekonomskim položajem. V Sloveniji je umrljivost po pravilu višja v regijah z nižjo socialno-ekonomsko razvitostjo (Pečar in Kavaš 2006; Buzeti in sod. 2011), nižjo gostoto prebivalcev in razvitostjo avtocestnega omrežja (Statistični urad RS 2006) ter pri ljudeh z nižjo izobrazbo (Rok Simon in sod. 2013). Vendar na umrljivost vplivajo tudi razlike v ozaveščenosti in varnem vedenju v prometu (vožnja pod vplivom alkohola, uporaba varnostnih pasov...) ter drugi dejavniki tveganja, ki so povezani s socialno-ekonomskim položajem (Buzeti in sod. 2011; Bilban in Zaletel - Kragelj 2007; ^bRok Simon 2004).



*Novejši podatki niso dostopni.

Slika 4.2. Število prometnih nezgod zaradi alkohola (na 100.000 preb.), Slovenija, Eur-A, 1982–2004*. (Vir: European mortality database, WHO, July 2012)

4.2.2 Mladi in alkohol

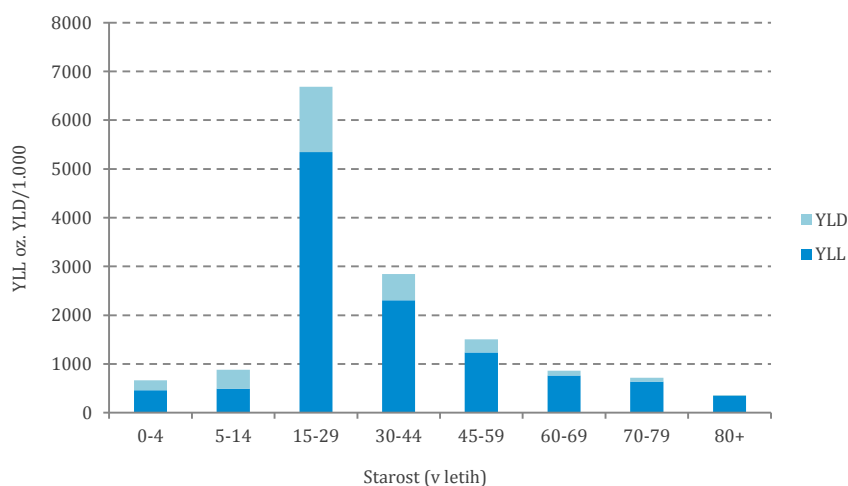
V prometu največ zdravih let življenja izgubijo mladi ljudje med 15. in 29. letom, večinoma zaradi prezgodnje umrljivosti (WHO 2004; WHO 2006) (slika 4.3). Tako v Sloveniji zaradi poškodb v prometu umre letno povprečno 16 mladostnikov in 40 mladih (20–29 let), ki se najpogosteje smrtno poškodujejo kot osebe v avtomobilu in motoristi. Poškodbe v prometu so tudi glavni vzrok za sprejem na zdravljenje v bolnišnico, zaradi katerih se letno zdravi 1.400 mladih ljudi. Po podatkih Evropskega statističnega urada (EUROSTAT) se po stopnji umrljivosti mladih v prometu Slovenija uvršča v prvo četrtino držav EU-27⁸ z najvišjo umrljivostjo

⁸EU-27 – države EU v obdobju po 1. 1. 2007: Avstrija, Belgija, Danska, Finska, Francija, Nemčija, Grčija, Irska, Italija, Luksemburg, Nizozemska, Portugalska, Španija, Švedska, Madžarska, Malta, Slovenija, Češka, Poljska, Ciper, Latvija, Litva, Estonija, Bolgarija, Romunija.

(Kumpula in Paavola 2008). Umrljivost sicer pada ($R^2 = 0,56$), vendar je v zadnjih letih še vedno 2,2-krat višja od stopnje umrljivosti na Nizozemskem (aWHO 2012).

Mladi vozniki med 19. in 25. letom so bistveno pogostejši povzročitelji prometnih nezgod kot starejši vozniki (Nacionalni program varnosti cestnega prometa 2012). Vzroke je mogoče iskati v nezkušenosti, iskanju vznemirljivih situacij in precenjevanju svojih sposobnosti, nižji toleranci na alkohol, prehitri vožnji, neuporabi varnostnih pasov, v vožnji ponoči in med vikendom, poudarja pa se tudi močan negativen vpliv vrstnikov (Peden in sod. 2004; Lam 2003; Bilban 2006). Najmlajši vozniki (18–19 let) so pri nas ogroženi predvsem na cestah zunaj naselij, ko vozijo z visoko hitrostjo, pri voznikih, starih 20–24 let, pa na verjetnost za smrtne poškodbe vplivajo predvsem dejavniki tveganega vedenja, npr. vožnja pod vplivom alkohola, neuporaba varnostnega pasu, nepravilno prehitevanje in nepravilna stran/smer vožnje ter posledično čelno trčenje (aRok Simon 2004). Skrbi tudi razlika med spoloma, saj je stopnja umrljivosti pri mladih moških od 3- do 4-krat višja kot pri ženskah, stopnja poškodb, ki zahtevajo zdravljenje v bolnišnici, pa je 2-krat višja (aRok Simon, 2004).

Med letoma 2005 in 2007 je bil zaznan opazen porast števila umrlih voznikov enoslednih motornih vozil (MNZ 2008; MNZ 2009–2011), kar gre med drugim pripisati tudi pospešeni rasti števila registriranih motornih koles in koles z motorjem, ki se je gibala okoli 25 % letno (Statistični urad RS 2007). Med umrlimi motoristi močno prevladujejo moški, najvišjo umrljivost pa imajo v starosti 20–29 let. Večinoma so sami povzročitelji nesreč zaradi vožnje s preveliko hitrostjo in alkoholiziranosti, v manjšem deležu pa so žrtve napak drugih udeležencev v prometu (Resolucija o varnosti cestnega prometa 2006).



Slika 4.3. Izgubljena leta zdravega življenja (DALY/100.000) zaradi prometnih nezgod, razmerje YLL/YLD, Eur-A, 2004 (Vir: WHO, Mortality Database, Tables, 2006)

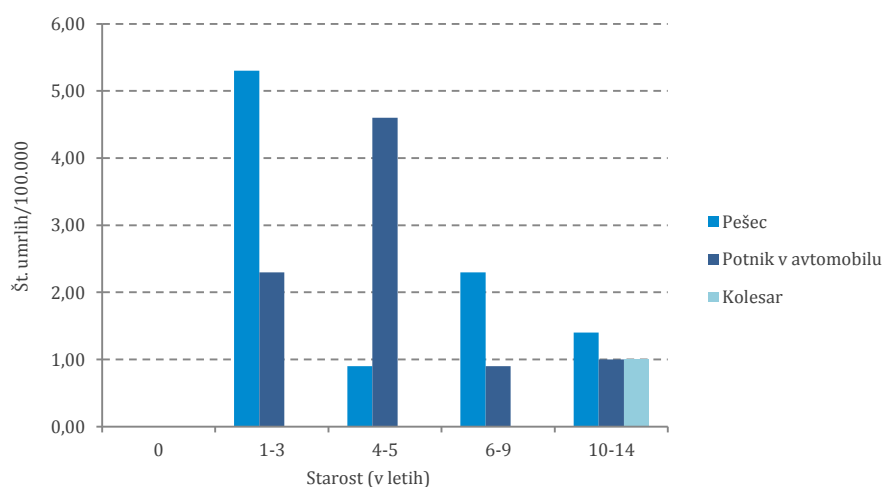
Pitje alkohola je pomemben dejavnik tveganja za poškodbe. Mladi prek nekaterih oblik tveganega vedenja, npr. uporabe alkohola in drugih psihoaktivnih snovi, iščejo razumevanje in sprejemanje vrstnikov, lajšajo neugodna čustva in razpoloženja, večajo zadovoljstvo s seboj in nadomestijo druge, težje dosegljive vire samospoštovanja (Tomori in sod. 1998; Bajt in Zorko 2009). Od leta 1995 naprej v evropskih državah narašča uživanje alkohola in opijanje med mladimi, vendar se je to v zadnjih letih ustalilo. Po letu 2003 je bilo povečanje deleža opijanja zaznано le še v petini držav, med njimi tudi v Sloveniji, kjer se je po zadnjem merjenju opijalo 55 %

naših šestnajstletnikov in 53 % šestnajstletnic (Hibell in sod. 2012). Analiza trendov za obdobje 2002–2010 je pokazala, da se je povečal tudi delež slovenskih petnajstletnic, ki so bile v življenju 2-krat ali večkrat opite, medtem ko je delež fantov, ki so bili v življenju 2-krat ali večkrat opiti, ostal nespremenjen (Zorko in Bajt, 2012), pri čemer delež teh petnajstletnikov in petnajstletnic presega mednarodno povprečje (Currie in sod. 2012). Podobno stanje zaznavamo tudi med mlajšimi odraslimi prebivalci (25–39 let), med katerimi jih 33 % čezmerno pije alkoholne pijače, od leta 2001 naprej pa delež čezmernih pivcev v starosti 25–29 let kaže naraščajoči trend (Lovrečič in sod. 2012). Zato je pričakovano, da povečanemu uživanju alkohola in opijanju med mladimi sledijo tudi trendi zdravstvenih posledic takega početja.

4.2.3 Otroci

Prometne nezgode so še vedno glavni vzrok smrtnih poškodb otrok, starih do 14 let. V Sloveniji zaradi prometnih nezgod z motornimi vozili umre letno 8 otrok, najpogosteje kot pešci in potniki v avtomobilu. Kljub porastu umrljivosti otrok v prometu v letih 2005–2007 leta v zadnjem desetletju statistično značilno pada ($R^2 = 0,91$) in je v zadnjih letih še 1,7-krat višja, kot jo ima Nizozemska (aWHO 2012).

Otroci so kot pešci ogroženi zaradi svojih razvojnih značilnosti: majhne rasti, zaradi katere jih vozniki težje opazijo, enaka količina energije pa povzroči več poškodb in težje poškodbe ter omejenih kognitivnih sposobnosti, posledica katerih je nepravilna ocena tveganja v prometni situaciji (Sethi in sod. 2008). Pri nas se smrtno poškodujejo najpogosteje otroci od 1. do 3. leta starosti, ko nenadoma stečejo na cesto, drugi vrh pa se kaže med 6. in 9. letom, ko se otroci začnejo bolj samostojno gibati v prometu, hodijo sami v šolo in na popoldanske dejavnosti (slika 4.4). Vendar se delež umrlih otrok kot pešcev v prometu v zadnjem desetletju manjša, kar opažajo tudi v drugih razvitih državah in razlagajo z manjšo izpostavljenostjo, saj starši otroke vozijo večinoma v avtomobilu (Sethi in sod. 2008). To pa ni najboljši način za preprečevanje poškodb otrok, saj po drugi strani prinaša manjšo telesno dejavnost in s tem povezano debelost ter povečanje prometa in onesnaženosti zraka (Racioppi in sod. 2004).



Slika 4.4. Stopnja umrljivosti (na 100.000) zaradi prometnih nezgod, po vrsti udeležnosti in starosti otrok, Slovenija, 2005–2010. (Vir: Baza podatkov o umrlih, IVZ)

Problem pa še vedno ostaja visoka umrljivost otrok kot potnikov v avtomobilu, ki je izrazita predvsem v starosti 4–5 let. Eden izmed vzrokov je slaba ozaveščenost in kultura varnosti, saj je po podatkih meritev pripetosti z varnostnim pasom v Sloveniji pripetih le 80 % otrok, mlajših od 12 let (Nacionalni program varnosti cestnega prometa 2012), starši pa pogosto ne nadomestijo otroškega varnostnega sedeža, ki ga otroci prerastejo okoli 4. leta, s sedežem – z jahačem za starejše oziroma težje otroke. Na varno vedenje negativno vplivajo tudi težave, s katerimi se srečujejo starši, ko imajo opraviti s široko ponudbo otroških sedežev in z načini za njihovo namestitve v različnih starostih otroka ter visoka cena sedežev. Cenovna dostopnost varnostne opreme je v Sloveniji namreč slabša, kot je v povprečju v državah CSAPII⁹, saj mora slovenski delavec v proizvodni dejavnosti delati dlje časa kot v povprečju evropski delavec, da lahko kupi proizvode, ki zagotavljajo varnost njegovih otrok. Prav izdelki, ki zagotavljajo večjo varnost v prometu, npr. otroški varnostni sedeži, so med njimi najdražji (preglednica 4.1) (^bMacKay in Vincenten 2012). Zato ne presenečajo izsledki slovenske študije o stališčih staršev do uporabe in izposoje sedežev za novorojenčka, ki je pokazala, da bi se družine z nižjim socialno-ekonomskim položajem dvakrat pogosteje odločile za izposajo sedeža in ne za nakup v primerjavi s premožnejšimi družinami (^bRok Simon 2004).

Preglednica 4.1. Cenovna dostopnost (št. ur dela v tovarni) varnostne opreme v Sloveniji in povprečje držav CSAPII. (MacKay in Vincenten, 2012)

| Varnostna oprema | Slovenija | Povprečje držav CSAPII |
|---|-----------|------------------------|
| Avtomobilski sedež (nasprotno smeri vožnje) | 23,8 | 19,4 |
| Avtomobilski sedež (v smeri vožnje) | 37,3 | 22,5 |
| Avtomobilski sedež jahač | 22,3 | 16,6 |
| Kolesarska čelada | 3,0 | 4,6 |
| Rešilni jopič | 6,1 | 6,0 |
| Ograjica za stopnice | 10,6 | 6,8 |
| Detektor za dim | 1,6 | 3,3 |

4.2.4 Starejši ljudje

Poškodbe v prometu niso najpogostejši vzrok smrti starejših ljudi v nezgodah v Sloveniji, vendar so starejši v nesorazmerno velikem deležu zastopani med smrtnimi žrtvami v prometu (Bilban 1997). Zaradi tega se pogosto zmotno misli, da starejši ljudje predstavljajo grožnjo varnosti v cestnem prometu (Peden in sod. 2004). V resnici so starejši vozniki manj pogosto povzročitelji težkih prometnih nezgod, večji delež smrtnih in težkih poškodb starih voznikov pa je posledica njihove večje ranljivosti zaradi naravnih procesov staranja, manjše elastičnosti tkiv, osteoporoz in kroničnih obolenj (Bilban 1997; Bilban 2002; Morris in sod. 2002; Zhang in sod. 2000). V

⁹Države CSAPII so sodelovale v evropskem projektu Child Safety Action Plan II (2007–2009): Avstrija, Belgija, Ciper, Češka, Estonija, Finska, Francija, Nemčija, Grčija, Madžarska, Islandija, Irska, Izrael, Italija, Latvija Litva, Luksemburg, Malta, Nizozemska, Severna Irska, Portugalska, Škotska; Slovenija, Španija, Švedska, Wales.

Sloveniji umre v prometnih nezgodah z motornimi vozili letno povprečno 46 oseb, starejših od 64 let, največkrat kot osebe v avtomobilu in pešci.

Starejši vozniki niso udeleženi v težkih nezgodah zaradi tveganega vedenja ali slabih razmer na cesti, ampak so vzrok pogosteje kognitivne motnje, zaradi katerih naredijo več napak v situacijah, ki zahtevajo načrtovanje in reševanje problemov. S starostjo višje mentalne sposobnosti, potrebne za vožnjo avtomobila slabijo, zato so starejši vozniki pogosteje udeleženi v nezgodah, ki se zgodijo v kompleksnejših prometnih situacijah, npr. v bočnih trčenjih v križišču zaradi neupoštevanja prednosti in nepravilnega zavijanja v levo (Daigneault in sod. 2002). Po drugi strani pa se starejši vozniki obnašajo v prometu varneje: v večjem deležu uporabljajo varnostni pas kot mlajši vozniki in manj pogosto vozijo pod vplivom alkohola (Rok Simon 2004; Cook in sod. 2000; McGwin in Brown 1999).

V prometu so starejši ljudje ranljivi predvsem kot pešci in kolesarji, saj imajo od 7- do 9-krat večje tveganje za smrtne poškodbe v primerjavi z vozniki in potniki v avtomobilu (Racioppi in sod. 2004). Pri nas so pešci in kolesarji žrtve nezgod predvsem zaradi neustreznega ravnanja voznikov motornih vozil (neprilagojena hitrost, alkoholiziranost), svojih napak, neustrezne ureditve prometnih površin, prehodov za pešce, kolesarskih stez v naseljih in zunaj njih ter pomanjkanja ukrepov umirjanja prometa (Resolucija o varnosti v cestnem prometu 2006). Pri starejših ljudeh se temu pridruži še pešanje nekaterih sposobnosti, zlasti vida, sluha, kratkoročnega spomina, težave z ravnotežjem, podaljšata se čas zaznave gibajočih se predmetov in sposobnost razlikovanja barv. Podaljša se reakcijski čas in spremeni občutek za globino koraka, zato je starejši človek počasnejši v zaznavi, sprejemanju odločitev in v odzivanju v prometni situaciji (Daigneault in sod. 2002; Bilban in sod. 2009).

4.3 Nacionalne politike in ukrepi

Ukrepi, ki z dokazi podprto zmanjšujejo tveganje za smrtne poškodbe v prometu, vključujejo vzpostavitev in uveljavljanje omejitev hitrosti glede na vrsto ceste; vzpostavitev in uveljavljanje zakonodaje s področja prepovedi vožnje pod vplivom alkohola, uporabe varnostnih pasov, otroških avtomobilskih sedežev in čelad; razvoj prometne infrastrukture, vključno s fizično ločitvijo različnih vrst udeležencev v prometu; umirjanje prometa za znižanje hitrosti v urbanih predelih; uvajanje standardov s področja varnosti avtomobilov in opreme; vzpostavitev in uveljavljanje zakonodaje o uporabi luči na motornih vozilih v dnevnem času; uvajanje sistema postopnega pridobivanja vozniškega dovoljenja za voznike začetnike (WHO 2010).

Slovenija ima na področju nacionalnih politik za varnost v prometu dolgoletno tradicijo, zato so naštetih ukrepi že vzpostavljeni ter uveljavljani skladno z veljavno zakonodajo in Nacionalnim programom varnosti cestnega prometa za obdobje 2007–2011, ki podpira medsektorsko sodelovanje in izvajanje mnogovrstnih interdisciplinarnih strategij in ukrepov za preprečevanje poškodb v prometu. Glavne usmeritve programa so dvig prometnovarnostne kulture na raven, ki bo primerljiva najvarnejšim državam; izboljšati vedenje v prometu z vzgojo, izobraževanjem, s preventivnimi in z represivnimi ukrepi; izboljšati uporabnost in varnost cestnega okolja z ustreznim načrtovanjem, izvedbo, vzdrževanjem in z nadzorom; izboljšati kakovost reševanja in zdravstvene oskrbe ponesrečencev v prometu; povečati obstoječe vire z medsebojnim povezovanjem državne ravni z lokalnimi skupnostmi in s civilno družbo (Resolucija o varnosti

cestnega prometa 2006; Nacionalni program varnosti cestnega prometa 2012). Najbolj problematična področja, ki zahtevajo največ načrtnega in koordiniranega medsektorskega dela, so: hitrost, alkohol, droge in druge psihoaktivne snovi, varnost ranljivih udeležencev v prometu ter uporaba varnostnega pasu in otroških varnostnih sedežev, ki jih celovito obravnava tudi novi predlog nacionalnega programa varnosti cestnega prometa za obdobje 2012–2021.

Prednostno področje: Preprečevanje poškodb mladih v prometu

Glede na skrb vzbujajoče podatke o poškodbah mladih v prometu se pri nas izvajajo ukrepi nacionalnega programa, ki so usmerjeni v povečanje in izboljšanje preventivne dejavnosti, usposabljanje za voznike motornih vozil in v nadzor. Med glavnimi dejavnostmi za zagotavljanje varnosti mladih so: razvijanje in izvajanje ustreznih vsebin in metod dela v srednjih šolah; izvajanje preventivnih akcij za mlade voznike in potnike; zagotavljanje teoretičnega usposabljanja kandidatov za voznike v šolah v predpisanem številu ur; izvajanje programov za voznike začetnike, programi varne vožnje; dodatno usposabljanje učiteljev vožnje in predpisov; izvajanje nadzora v času in na lokacijah, na katerih so mladi pogosteje udeleženi v prometnih nezgodah (Resolucija o varnosti cestnega prometa 2006; Nacionalni program varnosti cestnega prometa 2012).

Zakon o voznikih je prinesel nova izhodišča za ureditev področja vzgoje in izobraževanja v programih predšolske vzgoje, osnovnošolskega in srednješolskega izobraževanja. Na novo ureja vzgojo in usposabljanje kandidatov in mladih voznikov s poudarkom na medsebojnih odnosih udeležencev v prometu, zavedanju tveganja v prometu in nevarnosti prometnih situacij. Poleg vadbe varne vožnje bodo mladi vozniki v procesu dodatnega usposabljanja pridobili teoretična in praktična znanja, ki bodo vplivala na večje zavedanje o nevarnostih, ki so lahko posledica njihovega nepremišljenega in neodgovornega ravnanja v cestnem prometu (Zakon o voznikih 2010). Določbe zakona podpirajo projekti Ministrstva za notranje zadeve, npr. projekt »Varnost vožnje«, ki je usmerjen v aktivnosti za varnejše vedenje mladih voznikov. Cilji projekta so usposobiti kandidate za voznike za prepoznavanje nevarnega ravnanja in obnašanja; oblikovanje varnega in kulturnega načina vožnje; oblikovanje stališč kandidatov, ki posledično vplivajo na njihove odločitve, ravnanje in vedenje v prometu. Poleg tega se izvaja popularizacija vožnje s spremljevalcem na strokovnih posvetih, aktivnosti za izboljšanje pedagoško-andragoških postopkov učiteljev v avtošolah, analiza stanja na področju avtošol (strokovni pregledi avtošol), preventivne akcije v avtošolah skupaj s policijo in vključitev dela programa vadbe varne vožnje voznikov začetnikov v delo avtošol. Na osnovi analize stanja na področju avtošol potekajo aktivnosti za boljše in učinkovitejše usposabljanje, izvaja se promocijski program za ozaveščanje kandidatov in spremljevalcev, seminarji in strokovni posveti za učitelje vožnje, preventivne akcije, ki se nanašajo na mlade voznike, usposabljanje v avtošolah in razvoj novih učinkovitih programov za mlade voznike (Obdobni načrt 2010–2011, 2009; Nacionalni program varnosti cestnega prometa, 2012).

Na področju zmanjševanja škode zaradi uživanja alkohola je v pripravi akcijski načrt, ki bo zagotavljal celovit pristop in usklajenost delovanja posameznih resorjev in ključnih akterjev na tem področju na nacionalni ter regijski in lokalni ravni. Na področju preprečevanja vožnje pod vplivom alkohola se že izvajajo preventivni programi v šolah, društvih in v drugih nevladnih organizacijah za zmanjševanje tvegane in škodljive rabe

alkohola (MOSA 2013), naključni nadzor izvajanja prepovedi prodaje in ponudbe alkoholnih pijač mladoletnim in opitim osebam, omejevanje oglaševanja alkoholnih pijač, naključni nadzor alkoholiziranosti voznikov motornih vozil, najvišja dovoljena raven alkohola v krvi 0,0 g/l za mlade voznike in ukrep postopnega pridobivanja vozniškega dovoljenja (od 16. do 18. leta starosti vožnja s spremljevalcem) (Obdobni načrt 2010–2011, 2009; Nacionalni program varnosti cestnega prometa 2012; Zakon o voznikih 2010; Zakon o pravilih cestnega prometa 2010). Poleg preventivnopromocijskih programov s področja preprečevanja tvegane in škodljive rabe alkohola so se pri zmanjševanju vožnje pod vplivom alkohola kot najučinkovitejši ukrepi izkazali zniževanje dovoljene vsebnosti alkohola v krvi in izdihanem zraku, nizka dovoljena vsebnost alkohola v krvi za mlade voznike ter naključna preverjanja vsebnosti alkohola v izdihanem zraku (DHS 2008; Babor in sod. 2010). Pregled preventivnopromocijskih programov s področja preprečevanja tvegane in škodljive rabe alkohola kaže v Sloveniji porast teh programov po letu 1996 (MOSA 2012), pri čemer jih večina neposredno nagovarja splošno javnost in posebne skupine prebivalstva (npr. mlade voznike in njihove starše) z ozaveščanjem (projekt MOSA¹⁰ 2013) o pomenu varne vožnje. Žal je večina programov ovrednotena brez evalvacije učinka in vpliva, zato ne vemo, ali in kako slovenski programi vplivajo na spremembe vedenja in zdravja (Kamin in Zorko 2012; MOSA 2013). V literaturi preventivne programe in kampanje ozaveščanja specifičnih skupin prebivalstva (npr. izobraževanje inštruktorjev v šolah vožnje, izobraževanje strežnega osebja, kampanje množičnih medijev) o nevarnostih vožnje pod vplivom alkohola ocenjujejo kot učinkovite, predvsem v kombinaciji z drugimi ukrepi alkoholne politike, zato bi veljalo finančne in človeške vire usmerjati v nadaljnji razvoj in implementacijo tovrstnih programov in kampanj (DHS 2008; Babor in sod. 2010). Pomemben korak na področju zmanjševanja škode zaradi uživanja alkohola je bil storjen s sprejetjem Zakona o voznikih, ki uvaja novost, to je zdravstveni pregled voznika s svetovanjem kot preventivnim ukrepom, ki se ga lahko udeleži voznik, ki je vozil pod vplivom alkohola. Dodatno ureja tudi t. i. rehabilitacijske programe, na katere so napoteni vozniki, ki so jim bile izrečene kazenske točke ali prenehanje veljavnosti vozniškega dovoljenja zaradi vožnje pod vplivom alkohola, prepovedanih drog, psihoaktivnih zdravil ali drugih psihoaktivnih snovi. Rehabilitacijski programi obsegajo edukacijske delavnice (vsebine o varnosti cestnega prometa, tveganjih zaradi vožnje pod vplivom alkohola, prepovedanih drogah, psihoaktivnih zdravilih ali o drugih psihoaktivnih snoveh, odgovornosti voznikov in psihosocialnih odnosih med udeleženci v prometu), psihosocialne delavnice (individualne in skupinske obravnave) ter programe zdravljenja odvisnosti (Zakon o voznikih 2010; Bilban 2004).

Novejše evropske iniciative pri načrtovanju pristopov k preprečevanju poškodb mladih in promociji varnosti poleg zakonodaje, nadzora, tehničnih rešitev in izobraževanja priporočajo programe za razvoj obvladovanja tveganja. To je zmožnost posameznika, da prepozna tveganja in nevarnosti, da se z njimi spoprime in jih obvlada ter sprejema

¹⁰MOSA – Mobilizacija skupnosti za odgovornejši odnos do alkohola je projekt, katerega namen je povezati akterje, ki delujejo na področju alkohola, z namenom opozarjanja na problematiko alkohola. Namen MOSE je tudi vzpostavljanje pregleda stanja za transparentnejše delovanje. MOSA poteka od leta 2008, v letu 2009 je bil oblikovan spletni portal MOSA: www.infomosa.si. Portal je informacijsko središče, ki vsebuje preglede stanja o: akterjih, ki delujejo na področju alkoholne problematike; raziskavah, ki so bile na področju alkoholne problematike izvedene v Sloveniji; preventivnopromocijskih programih, akcijah in o kampanjah za preventivo in zmanjševanje tveganega ter škodljivega pitja alkohola; alkoholni politiki in zakonodaji pri nas in v svetu ter aktualnih vsebinah s področja alkoholne problematike.

odgovorne odločitve, da se izogne škodi. Aktivnosti so usmerjene v razvoj priložnosti za učenje v spodbudnem okolju, v katerem lahko mladi neomejeno raziskujejo in razvijajo svoje telesne, psihološke in socialne veščine brez nepotrebnega tveganja za poškodbe. Izkušnje nekaterih evropskih držav tudi kažejo, da so ukrepi za preprečevanje poškodb mladih uspešnejši, če mlade že od začetka vključimo v načrtovanje in izvajanje ukrepov, uporabimo njihove ideje in znanje (Lowe in sod. 2008). Glede na očitne razlike v vedenju med spoloma bi morali načrtovati ukrepe specifično na spol, saj moški pogosteje razmišljajo o mogočih prednostih in ugodnostih tveganega vedenja, ne pa o škodljivih posledicah, pogosteje vozijo pod vplivom alkohola in so nagnjeni k navzven usmerjenemu tveganemu vedenju, kot je agresivna vožnja (Kumpula in Paavola 2008).

Prednostno področje: Preprečevanje poškodb otrok v prometu

V okviru evropske iniciative je bila izdelana ocena o varnosti otrok v Sloveniji, ki povzema uspešnost slovenskih politik in ukrepov na nacionalni ravni pri zagotavljanju varnosti otrok in mladostnikov (MacKay in Vincenten 2012). Ocena temelji na pregledu z dokazi podprtih politik dobre prakse v Sloveniji do julija 2011, ki zagotavljajo varnost otrok in mladostnikov, vključujoč specifična okolja nastanka nenamernih poškodb, oceni vodenja in zavezanosti za ukrepanje ter oceni obsega človeških in finančnih virov za delovanje na področju problematike poškodb. Ocenjeno je bilo, da je bila Slovenija uspešna na področju zagotavljanja varnosti otrok in mladostnikov v prometu, vključno z varnostjo na mopedu/skuterju, varnostjo pešcev in kolesarjev, dodatni ukrepi pa so potrebni na področju varnosti otrok kot potnikov v avtomobilu. Za izboljšanje varnosti otrok kot potnikov v avtomobilu se priporoča uvedba zakonodaje, ki bi določala uporabo otroških sedežev, v katerih otrok sedi v nasprotni smeri od smeri vožnje do starosti štirih let, ter uvedba določbe, da otroci sedijo na zadnjem sedežu motornega vozila do starosti 13 let (MacKay in Vincenten 2012).

Predvsem se priporoča razvoj dodatnih programov za izboljšanje ozaveščenosti in zavedanja javnosti o tveganjih za poškodbe otrok v prometu in učinkovitih preventivnih ukrepih (MacKay in Vincenten 2012). V zadnjih desetih letih je bilo izvedenih precej ukrepov in programov na področju varnosti otrok kot potnikov v avtomobilu. Leta 2004 je M. za delo, družino in socialne zadeve začelo projekt, s katerim so želeli izboljšati dostopnost družin do ustreznega otroškega avtomobilskega sedeža za novorojenčka, tako da so ga vključili v variante zavitkov za novorojenčka (M. za delo 2012). Tako so vsi starši novorojenčkov dobili možnost, da kakovosten in varen sedež kupijo pod ugodnimi pogoji. Žal se je učinkovitost tega ukrepa z leti močno zmanjšala, saj se je čedalje manjši delež družin odločil za prevzem zavitka za novorojenčka, ampak so se raje odločali za enkratni denarni prejemek, ki je trenutno tudi edina možnost pomoči ob rojstvu otroka.

Od leta 2005 pod okriljem Javne agencije za varnost v prometu poteka projekt »Pasavček« za promocijo pripenjanja otrok v avtomobilu. V njem sodelujejo otroci iz vrtčevskih skupin in oddelkov prve triade osnovne šole ter njihovi starši; za njihove učitelje in vzgojitelje so bila organizirana posebna izobraževanja, vsako leto pa se izvede tudi opazovanje dejanske prijetosti v prometu na različnih vrstah cest (JAZVP 2012). V okviru projekta »Prva vožnja, varna vožnja« se izvajajo usposabljanja medicinskega osebja v porodnišnicah po Sloveniji, ki svetujejo staršem o varni vožnji otrok in uporabi otroških varnostnih sedežev, v nekaterih porodnišnicah pa lahko prikažejo tudi pravilno

uporabo varnostnega sedeža za dojenčke na posebnem demonstracijskem sedežu (Izola, Ptuj, Postojna, Murska Sobota in Novo mesto) (JAZVP 2012). Več let je bila v Izoli organizirana tudi izposoja otroških sedežev pod ugodnimi pogoji, ki je z vidika države bolj ekonomična kot »kupovanje« sedežev v zavitkih za novorojenčka. V programu izposoje določeno število sedežev kroži med populacijo družin z novorojenčkom, za družino izposoja predstavlja nizek strošek, starši dobijo informacijo o pravilni uporabi sedeža, izrabljeni sedeži pa se stalno nadomeščajo z novimi, kar zagotavlja ustrezno varnost otrok. Pri nas bi se za organizirano izposoja sedeža za novorojenčka odločilo 46 % staršev, predvsem iz družin z nižjim socialno-ekonomskim položajem (Rok Simon 2004). Tak program se je izkazal za učinkovitega v skandinavskih državah, saj so s tem povečali tudi delež družin, ki so uporabljale sedež v poznejših starostih otroka (Lindqvist 1993).

Poleg tega so v zdravstvu kot del programa preventivnih zdravstvenih pregledov otrok organizirana predavanja za bodoče starše v okviru Šole za starše, v kateri so starši med drugim seznanjeni tudi s pravilno uporabo in namestitvijo otroških varnostnih sedežev (Pravilnik za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva 2009; Tomšič in Rok Simon 2012). Do leta 2009 je potekal »Program Inštituta za varovanje zdravja (IVZ) za preprečevanje poškodb otrok«, ki je vključeval ozaveščanje vseh staršev majhnih otrok o ukrepih za preprečevanje poškodb otrok, izvajal pa se je ob sistematskih pregledih otrok na primarni ravni. Program je zaradi pomanjkanja finančnih sredstev postopno zamrl, zdravstvenovzgojna gradiva pa so staršem še dosegljiva na spletni strani IVZ. Glede na pozitivne izkušnje drugih držav (MacKay in Vincenten 2006) bi veljalo v okviru preventivnih zdravstvenih pregledov otrok uvesti nacionalni program osebnega svetovanja staršem o preprečevanju poškodb otrok v prometu, ki bi nadomestil in nadgradil nekdanji program ter prispeval k zmanjševanju razlik v zdravju med posameznimi skupinami prebivalstva. Hkrati bi bilo smiselno svetovanje staršem vključiti tudi v program preventivnih zdravstvenih pregledov nosečnic, saj bodoči starši običajno kupijo otroški avtomobilski sedež več mesecev pred rojstvom otroka. To bi bilo učinkovitejše tudi za zmanjševanje neenakosti v zdravju, saj so v preventivni program vključene dejansko vse nosečnice, medtem ko v šole za starše pride nizek delež manj izobraženih nosečnic (samo 68 % prvorodk s poklicno izobrazbo) (Mihevc Ponikvar 2009).

Prednostno področje: Preprečevanje poškodb starejših v prometu

S staranjem prebivalstva se vse bolj odpirajo problemi starejših udeležencev v prometu, ki so ogroženi predvsem kot pešci in vozniki motornih vozil. V prihodnjih desetletjih bodo nove generacije starejših ljudi še številnejše, v večjem deležu bodo imele vozniško dovoljenje, povprečno bodo prevozili daljše poti, zato bo postala varnost starejših v prometu pomemben problem (Morris in sod. 2002). Kljub rasti števila starejših ljudi z vozniškim dovoljenjem pa se bo velik delež le-teh prisiljen odpovedati vožnji avtomobila zaradi pešanja vozniških sposobnosti in finančnih preprek. Starejši ljudje bodo zato odvisni predvsem od javnega prevoza ali pa bodo hodili peš. Zato so izboljšanje infrastrukture za pešce, varnejše in krajše poti za pešce, starejšim prilagojen javni prevoz in ukrepi za varno vožnjo starejših boljša investicija v zdravje starejših kot prepoved vožnje z avtomobilom (Peden in sod. 2004).

Starejši ljudje se v svojem vsakdanjiku srečujejo predvsem s problemom mobilnosti, saj sistem javnega prevoza po pravilu ni načrtovan skladno z njihovimi potrebami. In ravno

uporaba lastnega avtomobila je za starejše pomembnejša kot za druge skupine prebivalstva, saj jim zagotavlja mobilnost, tudi ko zaradi bolezni ne morejo hoditi ali uporabljati javnega prevoza. Veliko jih zato vozi avtomobil do pozne starosti, uporaba lastnega avtomobila pa je tudi najvarnejši način transporta, če ni organiziranega dobrega javnega prevoza (Peden in sod. 2004). Pri starejših voznikih so temeljni problemi ohranjanje vozniške kondicije in obnavljanje znanja (vsaj 4.000 prevoženih km letno) ter skrb za zdravje in vozniške zmožnosti (Resolucija o varnosti cestnega prometa, 2006). Nacionalni program varnosti cestnega prometa na področju izboljšanja varnosti starejših v prometu predvideva izvajanje preventivnih akcij, spodbujanje obnavljanja znanja in spretnosti, vrednotenje izvajanja kontrolnih zdravstvenih pregledov in sistema opozarjanja starejših voznikov na zmanjšane zmožnosti za vožnjo motornega vozila ter spodbujanje zdravstvenega osebjja, da ob ugotovljeni zmanjšani zmožnosti za vožnjo napotijo bolnika na kontrolni zdravstveni pregled. Hkrati Zakon o voznikih prinaša strožjo ureditev obnavljanja vozniškega dovoljenja za osebna vozila po 70. letu starosti. Osebnemu zdravniku daje pooblastilo, da voznika, če med pregledom ali zdravljenjem podvomi o telesni ali duševni zmožnosti imetnika vozniškega dovoljenja, napoti na pregled k pooblaščenim zdravstveni organizaciji, ob ugotovljeni nezmožnosti pa je o tem obveščena tudi upravna enota (Zakon o voznikih 2010). Vendar je treba pri omejitvah za starejše voznike paziti na ravnovesje med tem, da ne bi preveč zmanjšali mobilnosti starejših ljudi (Bilban 2005) in da bi več prizadevanj usmerili v ukrepe za zaščito starejših voznikov v vozilu, npr. posebne zračne blazine, širši štiritočkovni varnostni pasovi, večje in vidnejše kontrole na armaturi, boljše načrtovanje cest, ureditev prometa, prometnih pasov in signalizacije v križišču (Morris in sod. 2002; Lyman in sod. 2002).

4.4 Zaključki

Poškodbe v prometnih nezgodah so v Sloveniji vodilni vzrok prezgodnje umrljivosti otrok in mlajših odraslih. Kljub številnim programom in ukrepom za zagotavljanje varnosti v prometu pa je v zadnjih letih umrljivost še 1,5-krat višja od povprečja evropskih državah, ki imajo nizko umrljivost otrok in odraslih. Mladostniki in mlajši odrasli se smrtno poškodujejo predvsem kot osebe v avtomobilu in motoristi, otroci in starejši ljudje pa so žrtve najpogosteje kot osebe v avtomobilu in pešci.

Umrljivost zaradi prometnih nezgod sicer pada, vendar stopnja prometnih nezgod zaradi alkohola raste, kar v prihodnje zahteva boljše medsektorsko in interdisciplinarno sodelovanje ter usklajeno ukrepanje na področju uveljavljanja prometne zakonodaje, krepitev duševnega zdravja, preventivnopromocijskih programov s področja preprečevanja tvegane in škodljive rabe alkohola, omejevanja porabe in dostopa mladih do alkohola, zniževanje dovoljene vsebnosti alkohola v krvi in izdihanem zraku, preprečevanja škodljivih posledic rabe alkohola in obvladovanja bolezni odvisnosti. Hkrati je treba še naprej nadgrajevati in izvajati preostale ukrepe za zagotavljanje varnosti v prometu – od načrtovanja in gradnje varnega cestnega omrežja ter površin za pešce in kolesarje, uveljavljanja zakonodaje s področja varnega vedenja v prometu (hitrost, alkohol, varnostni pas, čelada) in usposabljanja voznikov, dosegljivosti varnejših avtomobilov in varnostne opreme do zagotavljanja kakovostnega reševanja in zdravstvene oskrbe ponesrečencev v prometu.

Na področju zagotavljanja varnosti otrok v prometu je bila Slovenija do zdaj uspešna, po vzoru nekaterih evropskih držav pa bi veljalo razviti in uvesti nove programe za izboljšanje ozaveščenosti in zavedanja javnosti o tveganjih za poškodbe otrok in učinkovitih preventivnih ukrepov, npr. program osebnega svetovanja staršem med preventivnimi zdravstvenimi pregledi, ki bi prispeval tudi k zmanjševanju nepravilnih razlik v zdravju otrok zaradi poškodb.

4.5 Viri

- Ašanin Gole P. Slovenske avtoceste: trideset let avtocest v Sloveniji. Ljubljana: Družba za avtoceste v Republiki Sloveniji, 2002.
- Babor T, Caetano R, Casswell S, Edwards G, Giesbrecht N, Graham K et al. Alcohol no ordinary commodity. Oxford, Oxford University Press, 2010.
- Bajt M, Zorko M. Uživanje alkoholnih pijač med mladostniki – izsledki fokusnih skupin. Pridobljeno 11. 3. 2012 s spletne strani:
http://www.zdravjevsoli.si/attachments/article/173/fokusne%20porocilo_alkohol.pdf.
- Bilban M. Drivers of advanced age in traffic accidents. Arh Hig Rada Toksikol 2002; 53 (4): 289–96.
- Bilban M. Road traffic accidents caused by elderly drivers. Coll Antropol 1997; 21 (2): 573–83.
- Bilban M. Utrujenost (zaspanost) mladih voznikov za volanom. Delo + varnost 2006; 51 (5): 28–33 in 51 (6): 18–23.
- Bilban M. Vozniška zmožnost v starejših letih. Delo + varnost 2005; 50 (2): 35–50.
- Bilban M. Vpliv alkohola na voziško zmožnost. Zdrav Var 2004; 43: 54–66.
- Bilban M, Vojvoda A, Jerman J. Age affects drivers' response times. Coll Antropol 2009; 33 (2): 467–71.
- Bilban M, Zaletel - Kragelj L. Seat-belt use and non-use in adults in Slovenia. Int J Public Health 2007; 52: 317–25.
- Buzeti T, Djomba JK, Gabrijelčič Blenkuš M, Ivanuša M, Jeriček Klanšček H, Kelšin N et al. (ured.) Neenakosti v zdravju v Sloveniji. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 2011.
- Clark DE, Wildner M, Bergman KE. Injury Mortality in East Germany. American Journal of Public Health 2000; 90 (11): 1761–4.
- Cook LJ, Knight S, Olson LM, Nechodom PJ, Dean JM. Motor vehicle crash characteristics and medical outcomes among older drivers in Utah, 1992-1995. Ann Emerg Med 2000; 35 (6): 585–91.
- Currie C, Zanotti C, Morgan A, Currie D, de Looze M, Roberts C et al. Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2012 (Health Policy for Children and Adolescents, No. 6).
- Daigneault G, Joly P, Frigon JY. Previous convictions or accidents and the risk of subsequent accidents of older drivers. Accid Anal Prev 2002; 34: 257–61.
- Deutsche Hauptstelle fuer Suchtfragen e.V. (DHS). Reducing drinking and driving. Recommendations & conclusions. Hamm: DHS, 2008.
- Dora C, Phillips M. Transport, environment and health. WHO Regional Publications, European series; No. 89. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2000.

Hibell B, Guttormsson U, Ahlström S, Balakireva O, Bjarnason T, Kokkevi A, Kraus L. The 2011 ESPAD Report. Substance Use Among Students in 36 European Countries. Stockholm: The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs, 2012. Pridobljeno 17. 11. 2012 s spletne strani: http://www.idt.pt/PT/Investigacao/Documents/Relatorio/The_2011_ESPAD_Report_FULL.pdf.

Javna agencija RS za varnost v prometu (JAZVP). Preventiva. Predšolski otroci. Pridobljeno 17. 11. 2012 s spletne strani: <http://www.avp-rs.si/preventiva/akcije/predsolski-otroci/>.

Kamin T, Zorko M. Predstavitev MOSA-tržnice. 1. (Brdo pri Kranju, 2010) in 2. (Bled, 2012) Nacionalna konferenca o alkoholni politiki, 2012 (neobjavljeno).

Kumpula H, Paavola M. Injuries and risk taking among young people in Europe – The European Situation Analysis. EU project AdRisk. Helsinki: National Public Health Institute, 2008.

Lam LT. Passenger carriage and car crash injury: a comparison between younger and older drivers. *Accident Analysis and Prevention* 2003; 35: 861–7.

Lindqvist KS. Does the use of child safety seats increase as a result of loan schemes? *Accid Anal Prev* 1993; 4: 421–9.

Lovrečič M, Lovrečič B, Tomšič S. Alkohol. V: Maučec Zakotnik J, Tomšič S, Kofol Bric T, Korošec A, Kragelj Zaletel L. (ured.) Zdravje in vedenjski slog prebivalcev Slovenije. Trendi v raziskavah CINDI 2001 – 2004 – 2008. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS, 2012.

Lowe U, Braun E, Kissler R. Tackling Injuries among Adolescents and Young Adults in the EU: Strategy and Framework for Action. EU project AdRisk. Vienna: Austrian Road Safety Board, 2008.

Lyman S, Ferguson SA, Braver ER, Williams AF. Older driver involvements in police reported crashes and fatal crashes: trends and projections. *Injury Prevention* 2002; 8: 116–20.

^aMacKay M, Vincenten J. Child Safety Report Card 2012 – Slovenia. Birmingham: European Child Safety Alliance, Eurosafe, 2012. Pridobljeno 17. 9. 2012 s spletne strani: <http://www.childsafetyeurope.org/reportcards/downloads.html>.

^bMacKay M, Vincenten J. Country Profile 2012 – Slovenia. Amsterdam: European Child Safety Alliance, Eurosafe, 2012. Pridobljeno 17. 9. 2012 s spletne strani: <http://www.childsafetyeurope.org/reportcards/downloads.html>.

MacKay M, Vincenten J, Brussoni M, Towner L. Child Safety Good Practice Guide: Good investments in unintentional child injury prevention and safety promotion. Amsterdam: European Child Safety Alliance, Eurosafe, 2006. Pridobljeno 17. 11. 2009 s spletne strani: [http://www.eurosafe.eu.com/csi/eurosafe2006.nsf/wwwAssets/2B233C1234C23BA2C125786500399993/\\$file/GoodPracticeGuide.pdf](http://www.eurosafe.eu.com/csi/eurosafe2006.nsf/wwwAssets/2B233C1234C23BA2C125786500399993/$file/GoodPracticeGuide.pdf).

McGwin G, Brown DB. Characteristics of traffic crashes among young, middle-aged, and older drivers. *Accid Anal Prev* 1999; 31: 181–98.

Mihevc Ponikvar B. Kazalniki reproduktivnega zdravja žensk. V: Zbornik predavanj Podiplomskega izobraževanja Javno zdravje otrok, mladostnic in mladostnikov 2009/2010. Ljubljana: Medicinska fakulteta, 2009.

Ministrstvo za delo družino in socialne zadeve. Pomoč ob rojstvu otroka. Pridobljeno 18. 5. 2012 s spletne strani: http://www.mddsz.gov.si/si/delovna_podrocja/druzina/starsevsko_varstvo_in_druzinski_prejemki/druzinski_prejemki/pomoc_ob_rojstvu_otroka/.

Ministrstvo za notranje zadeve (MNZ). Poročilo o delu policije za leto 2009-2011. Ljubljana: Ministrstvo za notranje zadeve, Policija, 2011. Pridobljeno 10.10.2012 s spletne strani: <http://www.policija.si/index.php/statistika>.

Ministrstvo za notranje zadeve (MNZ). Vozniki motornih enoslednih vozil. Program aktivnosti (1.–13. april 2008). Pridobljeno 23. 3. 2009 s spletne strani:

<http://www.policija.si/portal/organiziranost/uup/promet/prispevki/pdf/2008/ZaVecjoVarnostMotoristov.pdf>.

Ministrstvo za zdravje. »0,0 šofer – trezna odločitev«. Izvedbeni načrt preventivne akcije. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje, 2012. Pridobljeno 21. 12. 2012 s spletne strani:

http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/mz_dokumenti/delovna_podrocja/javno_zdravje/akcija_00_sofer/Preventivna_akcija_00_sofer_2012_140512.pdf.

Morris A, Welsh R, Frampton R, Charlton J, Fildes B. An overview of requirements for the crash protection of older drivers. *Annu Proc Assoc Adv Automot Med* 2002; 46: 141–56.

Mobilizacija skupnosti za odgovornejši odnos do alkohola (MOSA) – Časovni trak preventivnih programov s področja problematike alkohola, 2012. Pridobljeno 14. 12. 2012 s spletne strani:

http://www.infomosa.si/clanki/mosa_pripravlja_pregled_preventivnih_programov_s_podrocja_problematike_alkohola.html.

Mobilizacija skupnosti za odgovornejši odnos do alkohola (MOSA) – Baza podatkov preventivnih programov, 2013. Pridobljeno 14. 12. 2012 s spletne strani:

http://www.infomosa.si/baze_podatkov/preventivni_programi/.

Nacionalni program varnosti cestnega prometa za obdobje od 2012 do 2021. (Skupaj za večjo varnost). Javna agencija RS za varnost v prometu, 2012. Pridobljeno 23. 11. 2012 s spletne strani: [http://www.avp-rs.si/avp/avp-si.nsf/0/FD9E1C9AAFAF603CC22578860035AA82/\\$FILE/Nacionalni%20program_3_5_2011.pdf](http://www.avp-rs.si/avp/avp-si.nsf/0/FD9E1C9AAFAF603CC22578860035AA82/$FILE/Nacionalni%20program_3_5_2011.pdf).

Obdobni načrt za zagotavljanje varnosti cestnega prometa v letih 2010 in 2011. Vlada RS, 2009. Pridobljeno 23. 12. 2009 s spletne strani:

http://www.mzp.gov.si/fileadmin/mzp.gov.si/pageuploads/Razno/Obdobni_nacrt_za_zagotavljanje_varnosti_cestnega_prometa_2010_2011.pdf.

Pečar J, Kavaš D. Metodologija izračuna indeksa razvojne ogroženosti za obdobje od 2007 do 2013. Ljubljana: Urad za makroekonomske analize in razvoj, 2006. Pridobljeno 20. 11. 2009 s spletne strani:

http://www.umar.gov.si/fileadmin/user_upload/publikacije/dz/2006/dz06-06.pdf.

Peden M, Scurfield R, Sleet D, Mohan D, Hyder AA, Jarawan E, Mathers C (editors). *World report on road traffic injury prevention*. Geneva: World Health Organization, 2004. Pridobljeno 21. 6. 2008 s spletne strani:

http://siteresources.worldbank.org/INTTRANSPORT/214578-1099519018421/20281262/WHO_full_report_en.pdf.

Pravilnik za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni. Ur. l. RS, št. 19/1998, 47/1998, 26/2000, 67/2001, 33/2002, 37/2003, 117/2004, 31/2005, 83/2007, 22/2009. Pridobljeno 17. 12. 2012 s spletne strani: http://zakonodaja.gov.si/rpsi/r09/predpis_NAV059.html.

Racioppi F, Eriksson L, Tingvall C, Villaveces A. *Preventing road traffic injury: a public health perspective for Europe*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2004. Pridobljeno 23. 3. 2009 s spletne strani:

<http://www.euro.who.int/document/E82659.pdf>.

Resolucija o Nacionalnem programu varnosti cestnega prometa za obdobje 2007–2011 (Skupaj za večjo varnost). Ur. l. RS, št. 25/2006.

Rok Simon M. Poškodbe. In: Hočevar Grom A, Trdič J, Gabrijelčič Blenkuš M, Kofol Bric T, Truden Dobrin P, Albreht T (ured.). *Zdravje v Sloveniji 2001*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 2003: 46–8.

^aRok Simon M. Dejavniki, ki vplivajo na verjetnost smrti v prometu pri voznikih osebnih vozil v Sloveniji. Magistrska naloga. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta, 2004.

^bRok Simon M. Stališča staršev novorojenčkov glede uporabe avtomobilskega sedeža. *Zdrav Var* 2004; 43 (1): 19–28.

Rok Simon M. Poškodbe v prometu. In: Hočevar Grom A, Trdič J, Gabrijelčič Blenkuš M, Kofol Bric T, Truden Dobrin P, Albreht T (ured.). Zdravje v Sloveniji. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 2010: 100–1.

Rok Simon M, Tomšič S, Šelb Šemerl J, Nadrag P, Mihevc Ponikvar B, Lavtar D, Korošec A, Kofol Bric T. Inequalities in women's mortality by education. Zdrav Var 2013; 52: 77–86 (v tisku).

Sethi D, Towner E, Vincenten J, Segui-Gomez M, Raccioppi F. European Report on Injury Prevention. Copenhagen: WHO European Office for Europe, 2008.

Statistični urad Republike Slovenije. Statistični letopis Republike Slovenije. Promet in zveze. Ljubljana: Statistični urad Republike Slovenije, 1999. Pridobljeno 10. 6. 2009 s spletne strani: <http://www.stat.si/letopis/1999/22-99.pdf>.

Statistični urad Republike Slovenije. Slovenske regije v številkah. Ljubljana: Statistični urad Republike Slovenije, 2006. Pridobljeno 20. 3. 2009 s spletne strani: http://www.stat.si/doc/pub/slovenske_regije_2006-koncna.pdf.

Statistični urad Republike Slovenije. Registrirana cestna motorna vozila in prikolice, Slovenija, 2007. Pridobljeno 10. 6. 2009 s spletne strani: http://www.stat.si/novica_prikazi.aspx?ID=1651.

Tomori M, Stergar E, Pinter B, Makovec M, Stinkovič S. Dejavniki tveganja pri slovenskih srednješolcih. Ljubljana: Ministrstvo za znanost in tehnologijo, Ministrstvo za zdravstvo RS, 1998.

Tomšič S, Rok Simon M. Preprečevanje poškodb v prometu. V: Drglin Z, Pucelj V (ured.). Šola za starše. Priročnik za izvajalce vzgoje za zdravje v šolah za starše. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS, 2012. Pridobljeno 10. 11. 2012 s spletne strani: <http://img.ivz.si/janez/2012-5389.pdf>.

World Health Organization (WHO). The World Health Report 2004 – Changing history. Geneva: World Health Organization, 2004. Pridobljeno 16. 11. 2009 s spletne strani: <http://www.who.int/whr/2004/en>.

World Health Organization (WHO). Mortality Database, Tables, 2006. Pridobljeno 16. 3. 2009 s spletne strani: <http://www.who.int/healthinfo/morttables/en/index.html>.

World Health Organization (WHO). European status report on road safety. Towards safer roads and healthier transport choices. Copenhagen: World Health Organization, 2009. Pridobljeno 16. 11. 2009 s spletne strani: <http://www.euro.who.int/Document/E92789.pdf>.

World Health Organization (WHO). Injuries and violence: the facts. Geneva: World Health Organization, 2010.

^aWorld Health Organization (WHO). Regional Office for Europe. European mortality database (MDB). Copenhagen, 2012. Pridobljeno 20. 9. 2012 s spletne strani: <http://data.euro.who.int/hfamdb/>.

^bWorld Health Organization (WHO). Regional Office for Europe. Health for All Database (HFA-DB). Mortality based indicators. WHO / Europe, July 2012. Pridobljeno 20. 9. 2012 s spletne strani: <http://data.euro.who.int/hfadb/>.

Zakon o voznikih. Ur. l. RS, št. 109/2010. Pridobljeno 11. 3. 2011 s spletne strani: <http://www.uradni-list.si/1/content?id=101703>.

Zakon o pravilih cestnega prometa. Ur. l. RS, št. 109/2010. Pridobljeno 9. 12. 2012 s spletne strani: <http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?urlid=2010109&stevilka=5733>.

Zhang J, Lindsay J, Clarke K, Robbins G, Mao Y. Factors affecting the severity of motor vehicle traffic crashes involving elderly drivers in Ontario. Accid Anal Prev 2000; 32 (1): 117–25.

Zorko M, Bajt M. Trendi v pitju alkohola. In: Jeriček Klanšček H, Koprivnikar H, Zupanič T, Pucelj V, Bajt M (ured.). Spremembe v vedenjih povezanih z zdravjem mladostnikov v Sloveniji v obdobju 2002–2010. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja, 2012.



5

PADCI

Avtorice: Mateja Rok Simon, Mojca Gabrijelčič Blenkuš, Nataša Delfar

5 PADCI

5.1 Uvod

Padci se dogajajo v vseh starostnih skupinah, vendar so pogostejši pri mlajših in starejših ljudeh. Večina padcev se zgodi doma ali v bližnji okolici doma pri vsakodnevnih opravilih, ko osebi spodrsne, se spotakne ali zaplete, pri športu in igri, medtem ko so padci z višine manj pogosti. Pri mlajših ljudeh so padci pomemben vzrok obolevnosti ter zmanjšane zmožnosti in/ali invalidnosti, pri starejših pa so pomemben vzrok umrljivosti.

Poškodbe pri padcih so običajno posledica kompleksne kombinacije bioloških, vedenjskih, dejavnikov fizičnega in socialno-ekonomskega okolja (Zupančič 2002). Na težo poškodbe vplivajo trije dejavniki: energija, ki se sprosti ob stiku s podlago in narašča z višino, s katere oseba pade; količina energije, ki se ob padcu prenese na telo in je odvisna od zmožnosti podlage, da absorbira sproščeno energijo; dela telesa (njegove površine, ranljivosti tkiv), ki udari ob podlago (Baker 1992; AAP 2001). Izkušnje kažejo, da je mogoče znižati incidenco poškodb zaradi padcev z ukrepi, ki vključujejo kombinacijo izobraževanja, projektiranja in sprememb v bivalnem okolju za boljšo varnost, varnosti proizvodov ter nadzora nad spoštovanjem standardov in izvajanjem predpisov.

Poglavje prikazuje poškodbe zaradi padcev, njihove vzroke, skupine prebivalstva, ki nosijo največje breme, trende ter nacionalne politike in ukrepe za preprečevanje padcev.

5.2 Breme zaradi padcev

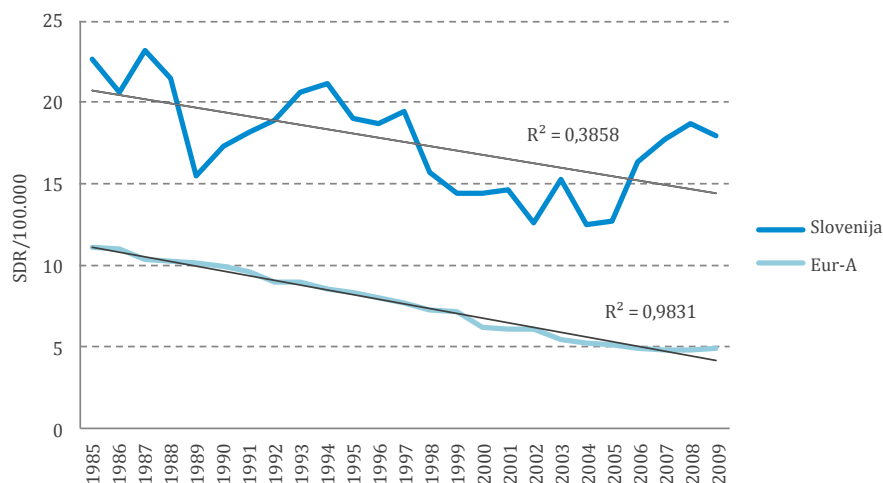
5.2.1 Umrljivost, obolevnost in trendi

V zadnjem desetletju so postali padci glavni vzrok umrljivosti zaradi nezgod v Sloveniji (Rok Simon 2003; ^bRok Simon 2010). To je posledica staranja prebivalstva, saj se povečuje število starejših, ki v primerjavi z mlajšimi prebivalci pogosteje padejo in se smrtno poškodujejo (^aRok Simon 2007). Nasprotno pa je pri mlajših prebivalcih zaradi padcev izrazitejša izguba zdravih let življenja zaradi zmanjšane zmožnosti in/ali invalidnosti (disability adjusted life year – DALY¹¹) (slika 5.3) (WHO 2004; WHO 2006).

V Sloveniji je v službah nujne medicinske pomoči obravnavanih letno 98.900 poškodovanih zaradi padcev, od tega jih v bolnišnico sprejmejo 16.920. Poškodbe zaradi padcev so najpogostejše pri otrocih in starejših od 64 let, medtem ko je umrljivost najvišja pri ljudeh po 75. letu starosti, ne samo zaradi pogostejših padcev in poškodb (Riggs in sod. 2006), ampak tudi zaradi višje smrtnosti. V letih 2006–2010 je zaradi padcev umrlo letno 477 ljudi.

¹¹DALYs je izračunal WHO z uporabo starostno specifične umrljivosti, prevalence bolezni brez smrtnega izida, v presečnih študijah ocenjene telesne in kognitivne zmožnosti, splošnega zdravstvenega stanja in epidemioloških podatkov o glavnih vzrokih zmanjšane zmožnosti v vsaki državi.

V državah Eur-A¹² umrljivost zaradi padcev statistično značilno pada, medtem ko v Sloveniji padajoči trend ni statistično značilen in od leta 2002 naprej umrljivost celo raste ($R^2 = 0,69$). V zadnjih letih je tako umrljivost kar 3,7-krat višja od povprečja evropskih držav Eur-A (slika 5.1), razlika pa je bistveno večja, kot jo zaznavamo pri umrljivosti zaradi prometnih nezgod. (WHO 2012)



Slika 5.1. Stopnja standardizirane umrljivosti (na 100.000 preb.) (SDR) zaradi padcev, Slovenija, Eur-A, 1985–2009. (Vir: European detailed mortality database, WHO, January 2012)

5.2.2 Starejši ljudje

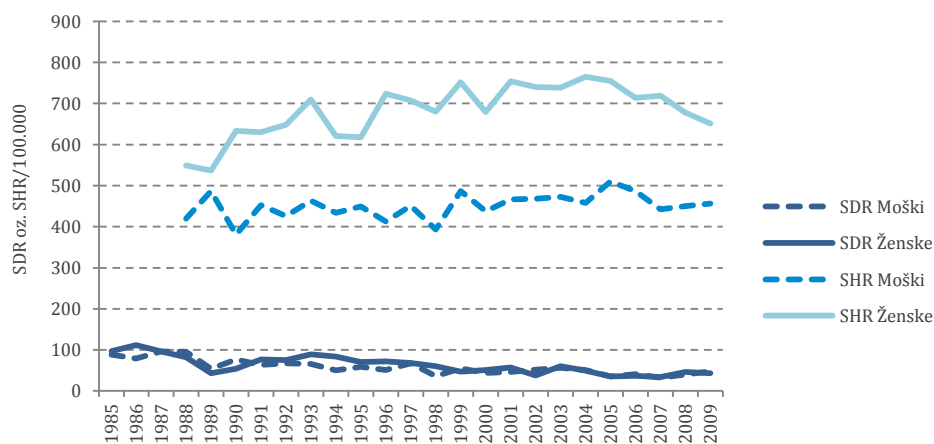
Podobno kot v drugih evropskih državah je tudi v Sloveniji med umrlimi poškodovanci zaradi padcev kar 85 % (oz. 431) ljudi, starejših od 64 let, med hospitaliziranimi pa jih je 39 % (oz. 6.630). Umrljivost moških po 64. letu starosti je 1,3-krat višja kot pri ženskah, medtem ko je stopnja hospitalizacije 1,5-krat višja pri ženskah (WHO 2012). V večini primerov gre za poškodbe zaradi padcev na isti ravni, ko se človek spotakne ali mu spodrsne, ter zaradi padcev po stopnicah in z lestve, po 80. letu starosti pa se jim pridružijo še padci s postelje. Starejši ljudje večinoma padejo in se poškodujejo doma pri vsakodnevnih opravilih, npr. vzdrževanju doma ali vrta, kuhanju, čiščenju, in na ulicah v bližnji okolici doma (Rok Simon 2010). Poškodbe so običajno posledica kombinacije različnih dejavnikov tveganja. Biološki dejavniki so vezani na naravni proces staranja, osteoporozo, večjo ranljivost tkiv ter na vpliv interakcij in stranskih učinkov zdravil (Healthy Aging 2002; Connor in sod. 2006; Bilban in Rok Simon 2008). Med vedenjske dejavnike štejemo ozaveščenost, stališča, aktivnosti in ravnanje človeka v določenih situacijah. Dejavniki fizičnega okolja so prisotni v 30–50 % primerov padcev in odsevajo urejenost ter varnost bivalnega okolja (Healthy Aging 2002; Kocijan 2002), na kar vplivajo tudi dejavniki socialno-ekonomskega položaja (Kannus in sod. 1999; WHO 2007).

Zlome pri starejših ljudeh povezujemo z znižano mineralno gostoto kosti, ki je izrazita predvsem pri ženskah. V Sloveniji ima osteoporozo 28 % žensk nad 50. letom in 15 % moških nad 60. letom starosti, delež oseb z osteoporozo pa s starostjo naraste in znaša po 65. letu 41 % žensk in 17% moških (Žorž 2006). Starejši ljudje si najpogosteje zlomijo spodnji del podlakti ob

¹²Eur-A so evropske države z nizko umrljivostjo otrok in odraslih: Andora, Avstrija, Belgija, Hrvaška, Ciper, Češka, Danska, Finska, Francija, Nemčija, Grčija, Islandija, Irska, Izrael, Italija, Luksemburg, Malta, Monako, Nizozemska, Norveška, Portugalska, San Marino, Slovenija, Španija, Švedska, Švica, V. Britanija.

zapestnem sklepu (letno 3.040 zlomov, od tega jih je 11 % hospitaliziranih). Enako kot opisujejo drugi avtorji, tudi pri nas incidenca teh zlomov pri ženskah narašča med 45. in 65. letom starosti, potem pa nastane plato, ker po tej starosti človeku obrambni refleksi oslabijo, zato pade, ne da bi se ujel na dlani, in pogosteje utrpi zlom rame, nadlakti ali kolka (Arden in Cooper 1998). Zlomi spodnjega dela podlakti so prvi znanilci osteoporoze in opozarjajo na večje tveganje za katerikoli zlom zaradi osteoporoze v prihodnjih letih (Epstein 2000; Delmas in sod. 2007). Ustrezno zdravljenje zloma ter zgodnja diagnostična obravnava in zdravljenje osteoporoze lahko preprečijo pojav drugih zlomov z višjo smrtnostjo (Khan in sod. 2001; Haentjens in sod. 2003). Za življenje najusodnejši so zlomi kolka, ki močno negativno vplivajo na kakovost življenja, zmanjšajo samostojnost in mobilnost bolnika, kar posredno vpliva tudi na visoko smrtnost (Cummings in Melton 2002). Zlomi kolka so glavni vzrok za hospitalizacijo in glavni vzrok umrljivosti zaradi poškodb pri osebah, starejših od 64 let. V zadnjih letih je bilo zaznanih letno 2.780 zlomov zgornjega dela stegenice pri starejših od 64 let; od tega jih je bilo 80 % sprejetih na zdravljenje v bolnišnico, umrlo pa je 112 žensk in 47 moških.

Incidenca zlomov kolka začne hitro naraščati po 65. letu starosti pri obeh spolih in je višja pri ženskah (Rok Simon 2007). Po 75. letu incidenca s starostjo naraste celo za 4-krat pri moških in pri ženskah, česar se ne da razložiti le z zniževanjem mineralne gostote kosti, ampak tudi z dokazano povečano pogostostjo padcev v starejših starostnih skupinah (Riggs in sod. 2006). Podobno kot v drugih državah večina (86 %) zlomov zgornjega dela stegenice pri nas nastane zaradi padcev pri hoji, ko osebi zdrsne, se spotakne ali zaplete in pade neposredno na kolk.



Slika 5.2. Standardizirana stopnja umrljivosti (SDR) in hospitalizacije (SHR) (65+ let) (na 100.000) zaradi zloma kolka, po spolu, Slovenija, 1985–2009. (Vir: Baza podatkov o umrlih, IVZ in Podatkovna zbirka o bolnišničnih obravnavah zaradi poškodb, IVZ)

Spodbudno je, da se je po skoraj dveh desetletjih naraščanja stopnje hospitalizacije zaradi zloma kolka po letu 2003 pri nas začel kazati statistično značilen trend padanja, še posebno pri ženskah (M: $R^2 = 0,59$; Ž: $R^2 = 0,94$) (slika 5.2). Podobne trende navajajo tudi v nekaterih drugih državah, v katerih kljub naraščanju absolutnega števila hospitalizacij standardizirana stopnja hospitalizacije pada pri ženskah, ne pa tudi pri moških (Chevalley in sod. 2007; Guilley in sod. 2008; Lofman in sod. 2002; Fisher in sod. 2009; Hoidrup in sod. 2000; Brennan in sod. 2011). Vzroki za padanje incidence zlomov kolka niso povsem razjasnjeni. Padajoči trend je lahko posledica boljše ozaveščenosti o dejavnih tveganja za padce, spreminjanja bivalnega okolja,

povečane uporabe zdravil proti osteoporozi (bifosfonati) (Fisher in sod. 2009), večjega vnosa kalcija, vitamina D in uporabe ščitnikov za kolke, posebno v domovih za starejše (Chevalley in sod. 2007; Guilley in sod. 2008), telesne dejavnosti (Brennan in sod. 2011), prenehanja kajenja (Hoidrup in sod. 2000) in povečane telesne mase, saj nizek indeks telesne mase (ITM) poveča tveganje za zlom kolka (De Laet in sod. 2005). V Sloveniji poleg povečane uporabe zdravil proti osteoporozi (IVZ 2000–2005) ter novih strokovnih priporočil o nadomeščanju vitamina D in kalcija pri zdravljenju osteoporoze (Preželj in sod. 2008) zaznavamo tudi ugodne trende nekaterih dejavnikov tveganja pri odraslih (25–64 let). Po podatkih raziskave Dejavniki tveganja za nenalezljive bolezni pri odraslih prebivalcih Slovenije (Maučec in sod. 2012) je v obdobju 2001–2008 delež odraslih, ki uživajo dovolj mleka in mlečnih izdelkov, pri ženskah ostal enak, pri moških pa se je znižal, predvsem na račun manjšega uživanja mleka in skute, medtem ko se zaužije nekoliko več jogurta in sira (Gabrijelčič Blenkuš in sod. 2009), prav tako je ostal enak delež odraslih, ki uživajo dovolj rib in morskih sadežev. Delež prekomerno prehranjenih in debelih odraslih je naraščal pri obeh spolih in v vseh starostnih skupinah, medtem ko delež zadostno telesno dejavnih ni kazal izrazitega trenda. Delež kadilcev je padel pri obeh spolih.

V Sloveniji pada tudi trend umrljivosti zaradi zloma kolka, vendar se je v zadnjih šestih letih padanje umirilo (slika 5.2), kar poročajo tudi drugi avtorji (Roberts in Goldacre 2003). Ni pa raziskano, ali je bila že dosežena najnižja točka, ali bi bilo umrljivost mogoče še zmanjšati z ukrepi za preprečevanje zlomov in posledic ter boljšo zdravstveno in socialno oskrbo starejših ljudi (Roberts in Goldacre 2003).

Čeprav incidenca zlomov kolka pri starejših pada, pa iz novejših slovenskih raziskav o neenakosti v zdravju izhaja, da imamo velike razlike v umrljivosti zaradi socialno-ekonomskega položaja (Buzeti in sod. 2011; ^aRok Simon 2011; Rok Simon in sod. 2013). V Sloveniji je umrljivost starejših ljudi zaradi padcev povezana s slabim socialno-ekonomskim stanjem območja prebivanja. Na območjih z najnižjo osnovo za dohodnino je v starosti nad 64 let tveganje za smrtno poškodbo zaradi padcev 1,3-krat večje v primerjavi z območji z najvišjo osnovo za dohodnino. Razlike so statistično značilne pri moških in ženskah (Buzeti in sod. 2011). Prav tako imajo ženske z nizko izobrazbo 1,9-krat večje tveganje za smrtne poškodbe zaradi padcev v primerjavi z visokoizobraženimi (Rok Simon in sod. 2013). Socialno-ekonomski dejavniki vplivajo na tveganje za zlom kolka in tudi na dostopnost do ustrezne zdravstvene oskrbe (Bentler in sod. 2009; Brennan in sod. 2011; Icks in sod. 2009; Barone in sod. 2009). Nižji dohodek je povezan (Maučec in sod. 2012; Gabrijelčič Blenkuš in sod. 2009) z nezdravo prehrano (manj mleka in mlečnih izdelkov, rib, sadja in zelenjave ter manj kakovostnih živil), s slabšo telesno dejavnostjo (razen pri hoji, pri kateri tisti z nižjim socialno-ekonomskim položajem hodijo več), kajenjem, pitjem alkohola, kar poveča tveganje za osteoporozo in zlome (Brennan in sod. 2009; Pearson in sod. 2004) ter slabšo finančno dostopnostjo do očal in pripomočkov za hojo, kar poveča tveganje za padce (Wang in Dixon 2006). Večje tveganje za padce je povezano tudi s slabim oblikovanjem in z vzdrževanjem bivalnih prostorov in rekreacijskih površin, še posebno na revnejših območjih in v cenejših najemniških stanovanjih, v katerih navadno prebivajo ljudje iz nižjih socialno-ekonomskih slojev (Kannus in sod. 1999; WHO 2007). Socialno-ekonomsko stanje območja prebivanja pa vpliva na dostopnost do rehabilitacijskih programov po poškodbi, saj imajo poškodovanci po zlomu kolka v najmanj razviti slovenski regiji 4,3-krat nižjo stopnjo rehabilitacije v primerjavi s poškodovanci iz najrazvitejše regije, medtem ko je stopnja hospitalizacije enaka (^aRok Simon 2011).

5.2.3 Mladi in padci pri rekreaciji, športu

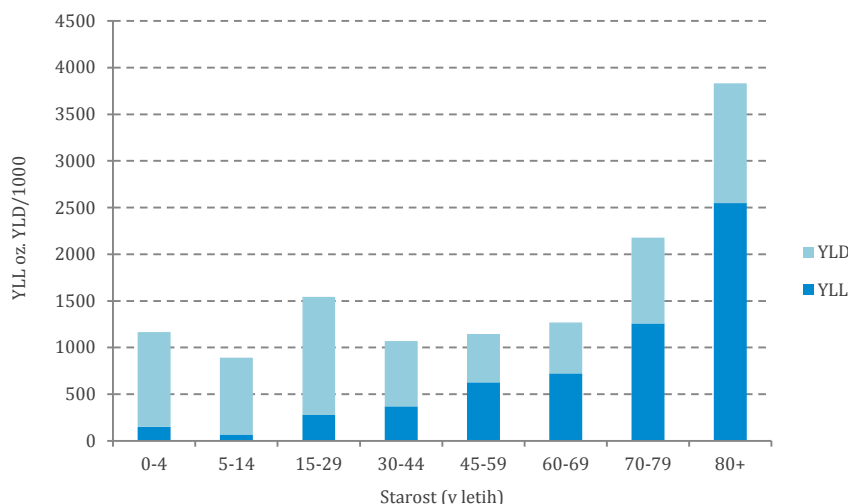
V primerjavi s starejšimi ljudmi, ki zaradi padcev večinoma prezgodaj umrejo, pa mladi ljudje med 15. in 44. letom starosti izgubijo zdrava leta življenja predvsem zaradi zmanjšane zmožnosti in/ali invalidnosti po poškodbi (WHO 2004; WHO 2006) (slika 5.3). Mladi moški se poškodujejo pogosteje kot ženske, večina padcev pa se zgodi pri športu, rekreaciji in pri prostočasnih aktivnostih (29 %) ter pri delu doma (12 %).

Športno udejstvovanje je ena najpogostejših aktivnosti mladih, športne poškodbe pa najpogostejše poškodbe med mladimi. Čeprav je stopnja umrljivosti mladih zaradi padcev nizka (1/100.000), pa so padci poleg prometnih nezgod eden glavnih vzrokov za smrtne poškodbe mladih (Angermann in sod. 2007). V Sloveniji so zelo razširjeni pohodništvo v gorah in vse vrste plezanja, zato ne preseneča, da je več kot polovica smrti zaradi padcev v starosti 15–29 let posledica padca oz. zdrsa s skalnate pečine, pri čemer imajo moški 2,4-krat višjo umrljivost kot ženske (Rok Simon in Mihevc Ponikvar 2009). Poškodovanci največkrat utrpijo poškodbe glave in politravme. O pogostih tovrstnih smrtnih primerih poročajo tudi iz drugih evropskih držav (WGGE 2008). V evropskih državah EU-27¹³ umrljivost mladih zaradi padcev v povprečju pada, kar velja tudi za Slovenijo, vendar je pri nas stopnja umrljivosti dvakrat višja kot v državah Eur-A (aWHO 2010).

Športne poškodbe so redko smrtne, imajo pa pogosto dolgoročne posledice za zdravje. Predstavljajo kar 30–40 % vseh v bolnišnici zdravljenih poškodb mladih, ki so nastale doma in v prostem času, zato jih že lahko obravnavamo kot porajajoči se problem mladih na področju javnega zdravja (Kumpula in Paavola 2008). Pri nas se mladi poškodujejo med športnimi aktivnostmi in vadbo največkrat zaradi padca pa tudi zaradi udarca ob predmet ali s predmetom in udarca ob ali trčenja z drugo osebo, pri čemer utrpijo poškodbe kolena in goleni, glave ter rame in nadlakti. Mladi moški se poškodujejo in so zdravljeni v bolnišnici trikrat pogosteje kot ženske vse do 39. leta starosti, kar se razlaga predvsem s pogostejšim športnim udejstvovanjem moških (Starc in Sila 2007).

Večje tveganje za poškodbe je povezano z določenimi športi (npr. ekipni športi z žogo), s pogostostjo športne aktivnosti, predhodnimi poškodbami, telesnim ustrojem in z višjim socialno-ekonomskim položajem (Angermann in sod. 2007; Kumpula in Paavola 2008). V državah Evropske unije (EU) zaznavajo med hospitaliziranimi športnimi poškodbami največ poškodb pri ekipnih športih z žogo (40 %), od tega tri četrtine pri nogometu, v Sloveniji pa podatkov o vrsti športa v zdravstveni statistiki ne spremljamo. Če upoštevamo pogostost udejstvovanja v posameznih športih, so poškodbe najpogostejše pri ragbiju, nogometu in pri hokeju (Kumpula in Paavola 2008). Po zadnjih podatkih Evropske baze podatkov o poškodbah (European Injury Database – IDB) se večina (69 %) težjih poškodb zgodi med neorganizirano športno dejavnostjo (Bauer in Steiner 2009).

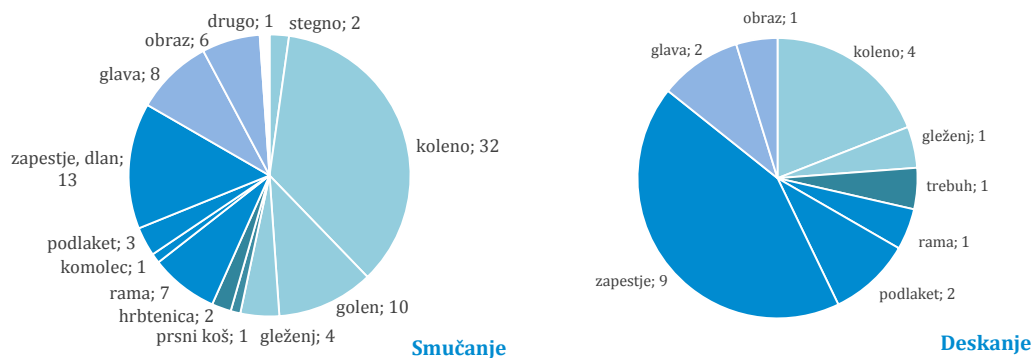
¹³EU-27 – države EU v obdobju po 1. 1. 2007: Avstrija, Belgija, Danska, Finska, Francija, Nemčija, Grčija, Irska, Italija, Luksemburg, Nizozemska, Portugalska, Španija, Švedska, Madžarska, Malta, Slovenija, Češka, Poljska, Ciper, Latvija, Litva, Estonija, Bolgarija, Romunija.



Slika 5.3. Izgubljena leta zdravega življenja (DALY) zaradi padcev, razmerje YLL : YLD³, Eur-A, 2004 (Vir: WHO, Mortality Database, Tables, 2006)

V Sloveniji ima smučanje dolgo tradicijo in velja za naš nacionalni šport. Po neuradnih ocenah naj bi kar tretjina Slovencev smučala. V zadnjih dvajsetih letih so se na področju smučanja uvedle različnih novosti, ki so še razširile krog uporabnikov smučanja. Najopaznejši novosti sta bili uvedba nove tehnike smučanja s t. i. zarezno tehniko (karving) in večanje priljubljenosti deskanja na snegu predvsem med mladimi. Kljub priljubljenosti in sorazmerno dobremu znanju smučanja in deskanja na snegu je na slovenskih smučiščih vsako leto zaznanih okoli 1.200 poškodb. Večina poškodb je lahkih, v 5 % primerov pa gre za težke poškodbe (MNZ 2012). Po podatkih presečne raziskave na vzorcu slovenskih smučišč je bilo med poškodovanci največ šolarjev, starih 10–14 let, in mlajših odraslih, starih 30–39 let. V večini primerov so bili vzrok za poškodbo padci (70 %), manj pa trki z osebo in trki z oviro. Smučarji so si poškodovali največkrat koleno, deskarji pa zapestje in podlaket (slika 5.4). Uporabi smučarske čelade gre pripisati, da so bile poškodbe glave pri otrocih v starosti do 12. leta sorazmerno redke (2 od 40) (Rok Simon in sod. 2008).

Poškodbe mladostnikov pri športu in rekreaciji so povezane tudi s socialno-ekonomskim položajem. V Sloveniji imajo večje tveganje za poškodbe mladostniki, ki izhajajo iz družin z najboljšim materialnim stanjem in tisti, ki imajo boljši učni uspeh oz. obiskujejo srednjo šolo z zahtevnejšim programom (Rok Simon 2011), kar je bilo ugotovljeno tudi v drugih študijah (Simpson in sod. 2005; Starfield in sod. 2002; Pickett in sod. 2005). Med vzroki navajajo, da imajo mladostniki iz bogatejših družin več priložnosti za udeležbo pri športnih in rekreacijskih aktivnostih zaradi boljše zmožnosti plačila stroškov in boljše dostopnosti, zato imajo tudi večje tveganje za to vrsto poškodb (Hanson in Chen 2007; Scagnetti 2007; Potter in sod. 2005). Temu se pridružuje še vpliv bolj izobraženih staršev, ki s svojim zgledom in z informacijami vplivajo na redno telesno dejavnost mladostnikov (Hanson in Chen 2007; Starfield in sod. 2002). Tudi pri nas je med tistimi, ki se redno rekreirajo, več mladostnikov z višjim socialno-ekonomskim položajem, več bolje izobraženih odraslih ter tistih z višjimi prihodki (Drev 2011; Starc in Sila 2007).



Slika 5.4. Poškodovanci na izbranih slovenskih smučiščih, po poškodovanem delu telesa in vrsti športne aktivnosti, sezona 2006/2007. (N = 125) (Rok Simon in sod. 2008)

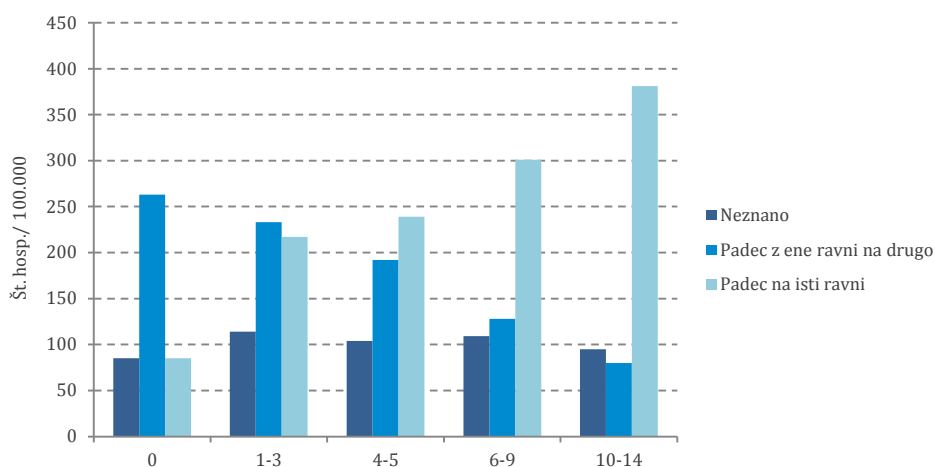
Poleg padcev pri športu in rekreaciji se med mladimi kot pogost vzrok za sprejem v slovenske bolnišnice pojavljajo poškodbe zaradi padcev pri delu doma. Mladi po 20. letu starosti se začnejo osamosvajati in se več ukvarjajo z urejanjem in vzdrževanjem doma ali vrta, predvsem kot »sam svoj mojster«. Delež poškodb pri delu doma postaja še izrazitejši pozneje v mlajši odrasli dobi, ko ljudje veliko delajo doma, na zunanjih delih prebivališča, dvorišču, na kmetiji in padejo na isti ravni, po stopnicah ali z lestve, poškodbe pa se zgodijo tudi zaradi udarca ob predmet ali s predmetom, stika z električnim ročnim orodjem in ostrimi predmeti. Moški se poškodujejo od 3- do 4-krat pogosteje kot ženske, ker podobno kot v drugih evropskih državah pogosteje opravljajo zahtevnejša in nevarnejša dela pri vzdrževanju doma ali vrta in delajo kot »sam svoj mojster«, ženske pa se poškodujejo večkrat pri domačih opravilih, kuhanju in pri čiščenju (Zimmermann in Bauer 2006). Polovica poškodb doma je povezana s proizvodi, npr. z gospodinjskimi aparati, ostrimi predmeti, električnim ročnim orodjem, lestvami in gradbenimi odri, z vrtnim orodjem (Zimmermann in Bauer 2006).

5.2.4 Otroci

Plezanje, skakanje, tekanje, raziskovanje okolja in preizkušanje svojih gibalnih sposobnosti so dejavnosti, potrebne za otrokov razvoj, saj se otroci tako učijo, si gradijo samopodobo in pridobivajo samozavest. Pri teh dejavnostih otroci velikokrat padejo, zato ne preseneča, da so padci najpogostejši vzrok za poškodbe otrok (0–14 let) brez smrtnega izida, medtem ko se smrtni primeri zgodijo predvsem v prometu, zaradi utopitev in zadržitev (Rok Simon 2010). V službah nujne medicinske pomoči je zaradi padcev letno obravnavanih 15.070 otrok, od tega jih je 1.590 sprejetih v bolnišnico, kar pomeni več kot polovico vseh obravnav poškodovanih otrok na urgenci in v bolnišnici.

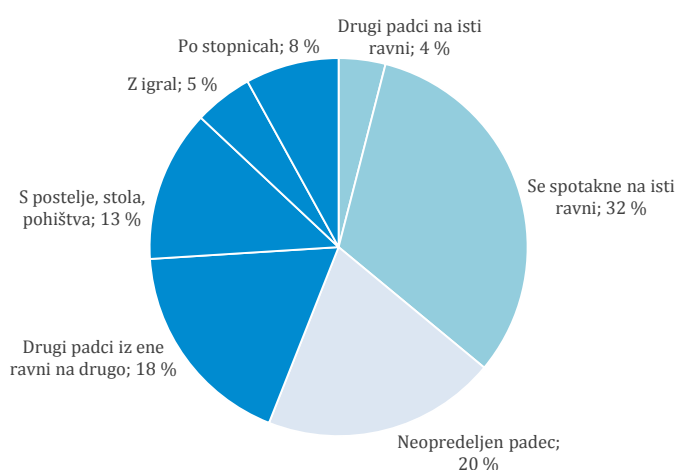
Pogostost padcev je odvisna od številnih dejavnikov, npr. od otrokove starosti in njegove razvojne stopnje, urejenosti okolja, v katerem preživi večino časa, varnosti proizvodov in socialno-ekonomskega položaja družine. Mlajši otroci so bolj ogroženi zaradi padcev, ker intenzivno raziskujejo svojo okolico, pri tem pa ne znajo oceniti vseh nevarnosti, ki jim pretijo. Prav tako starši niso dovolj ozaveščeni o nevarnostih, ki grozijo otroku doma, in o ukrepih, kako nevarnosti zmanjšati. Poškodbe otrok zaradi padcev so povezane tudi z uporabo nekaterih

proizvodov, npr. visokega stolčka, hojice, kolesa, rolke, rolerjev in igral na igrišču (Zimmerman in Bauer 2006).



Slika 5.5. Stopnja hospitalizacije (na 100.000 otrok) otrok (0–14 let) zaradi padcev, po starosti, Slovenija, 2004–2010. (Vir: Podatkovna zbirka o bolnišničnih obravnavah zaradi poškodb, IVZ)

Otroci največkrat padejo doma, ko jim spodrsne, se spotaknejo ali zapletejo pa tudi pri smučanju, drsanju in pri rolanju, pri čemer se stopnja poškodb veča s starostjo otrok (slika 5.5). Padci z višje na nižjo raven pa so pogostejši pri mlajših otrocih, ki padejo predvsem doma s pohištva, npr. s postelje, z visokega stolčka, s previjalne mize in z drugega pohištva, pa tudi po stopnicah, npr. s hojico ter z igral na otroškem igrišču (slika 5.6). Ko otroci rastejo, se več gibljejo zunaj doma, zato starejši otroci večkrat padejo na športnih površinah in v šoli, npr. padci po stopnicah, z igral, z drevesa (Rok Simon 2007). Fantje imajo dvakrat višje stopnje težkih poškodb zaradi padcev v primerjavi z dekletimi (Rok Simon 2007; Rok Simon 2007), verjetno zato, ker so bolj telesno dejavni, se bolj grobo igrajo in večkrat tvegajo.



Slika 5.6. Delež hospitalizacij otrok (0–6 let) zaradi padcev, po vzrokih, Slovenija, 2004–2010. (Vir: Podatkovna zbirka o bolnišničnih obravnavah zaradi poškodb, IVZ)

Vendar tveganje, da se otrok poškoduje na igrišču, ni odvisno samo od stopnje njegovega razvoja in zrelosti, ampak tudi od varnosti igral in površin pod njimi ter nadzоровanja staršev in drugih odraslih. Pri nas se največ poškodb na igriščih, ki zahtevajo zdravljenje v bolnišnici, zgodi na igriščih na bivalnem območju (51 %) ter igriščih pri šolah in vrtcih (23 %) (cRok Simon 2007). V primerjavi z igrišči pri vrtcih in šolah je poškodb otrok od 3- do 4-krat več na igriščih na bivalnem območju, vzrok pa je lahko poleg razlik v pogostosti uporabe tudi različna varnost igrišč. Otroci se poškodujejo največkrat zaradi padca z igral (z gugalnice, s tobogana in plezal) (62 %) (cRok Simon 2007), ko otroku spodrsne, mu popusti oprijem ali izgubi ravnotežje, pri čemer težke poškodbe niso le posledica udarca ob podlago, ampak je pogost vzrok tudi udarec ob del igrala (POSNA 2003). Posledice padca z igral so predvsem poškodbe roke (zlomi podlakti, rame in nadlakti) ter poškodbe glave (pretres možganov, zlom lobanjskih in obraznih kosti), pri padcu na isti ravni pa si otroci poškodujejo najpogosteje roke in noge (zlomi podlakti, goleni in gležnja ter izpahi, zvini rame in nadlakti) ter glavo (pretres možganov) (cRok Simon 2007; Rok Simon 2002). Najpomembnejša dejavnika tveganja za zlome okončin pri padcu z igral sta višina igrala ter vrsta in debelina podlage (Nixon in sod. 2004; Mowat in sod. 1998).

Socialno-ekonomski položaj družine je pomemben dejavnik tveganja za padce otrok, še posebno ko gre za težke poškodbe (Hippisley - Cox in sod. 2002). Večje tveganje za padce in poškodbe imajo otroci iz revnejših družin, ki živijo v gosto naseljenih in z vidika varnosti manj urejenih bivalnih okoljih (slaba osvetljenost, okna brez varnostnih mehanizmov za zapiranje, stopnice brez držal za roke, prost dostop do balkonov in teras, slabo vzdrževana igrišča) (WHO 2007). V manj premožnih družinah starši v nižjem deležu uporabljajo varnostno opremo, otroke slabše nadzorujejo, imajo pa tudi slabšo dostopnost do zdravstvene službe (Engstrom in sod. 2002; Mock in sod. 2002). Pri nas so manj težke poškodbe otrok povezane z boljšim gmotnim blagostanjem družine (bRok Simon 2011), medtem ko povezanosti med socialno-ekonomskim stanjem območja prebivanja in umrljivostjo otrok zaradi padcev ni bilo mogoče dokazati (Buzeti in sod. 2011).

5.3 Nacionalne politike in ukrepi

Prednostno področje: Preprečevanje poškodb starejših ljudi zaradi padcev

V prihodnosti lahko pričakujemo, da se bo problem poškodb starejših zaradi padcev še povečeval zaradi staranja prebivalstva in visoke incidence padcev pri starejših. To bo obremenjevalo bolnišnično zdravstveno dejavnost, povečala pa se bo tudi potreba po rehabilitaciji in oskrbi starejših ljudi v različnih ustanovah.

Izkušnje preventivno razvitih evropskih držav dokazujejo, da je mogoče s programi promocije zdravja in varnosti znižati incidenco poškodb zaradi padcev in izboljšati zavedanje o problemu poškodb pri starejših. Priporoča se predvsem izvajanje programov, ki so se izkazali za učinkovite, to je skrb za zdrav življenjski slog že v zgodnejših življenjskih obdobjih, zdravo prehranjevanje s preprečevanjem podhranjenosti in sarkopenične debelosti, vzdrževanje telesne kondicije, npr. z urjenjem hoje in s svetovanjem glede uporabe pripomočkov za hojo, ter specifični programi telesne dejavnosti z urjenjem ravnotežja in vajami za mišično moč (EIPHAA 2012), zdravljenje bolezni srca in žilja, srčnih aritmij in korekcija motenj vida, pregled in zamenjava zdravil, zmanjšanje odmerka ali ukinitvev psihotropnih zdravil, kognitivna in vedenjska terapija za zmanjšanje strahu pred padci, sprememba bivalnega okolja z

odpravo nevarnosti, uporaba ščitnikov za kolke, programi za preprečevanje osteoporoze, njeno zgodnje odkrivanje in zdravljenje (Sethi in sod. 2006; Towner in Errington 2004).

Socialni in ekonomski pogoji vplivajo na zdrav življenjski slog in zdrave izbire starejših. Starejši prebivalci imajo v povprečju manjša socialna omrežja kot mlajši, predvsem tisti, ki živijo sami (Novak in sod. 2004). Nižja izobrazba, revščina, socialna izključenost in slabi bivalni pogoji so tesno povezani z manjšo kakovostjo življenja in s slabšim zdravstvenim stanjem (Hočevnar Grom in sod. 2010), starejšim onemogočajo tudi zdravo prehranjevanje in vzdrževanje telesnih zmožnosti ali spremembe bivalnega okolja in zmanjšujejo njihovo udeležbo v zdravstvenih programih. Za izboljšanje kakovosti življenja starejših je vlada sprejela Strategijo varstva starejših do leta 2010 in akcijski načrt, ki opredeljuje medsektorsko sodelovanje in izvajanje nalog na področju raziskovanja, oblikovanje in izvajanje programov za krepitev zdravja, doseganje zdrave starosti in aktivnega načina življenja starejših, izboljšanje dostopnosti do zdravljenja in omogočanje daljšega samostojnega življenja v domačem okolju ter multidisciplinarno oskrbo na domu ali v ustanovah. Ministrstvo za zdravje ima ključno vlogo pri spodbujanju raziskav o individualnih in družbenih varovalnih dejavnikih in dejavnikih tveganja življenjskega sloga pri starejših, vzrokih za nepravične neenakosti v zdravju med starejšimi ter med starejšimi in drugimi starostnimi skupinami, kakovosti življenja starejših ter o zdravstvenem stanju starejših oseb in njihovih potrebah. Na ravni političnega delovanja Ministrstvo za zdravje udejanja izvajanje koncepta »zdravje v vseh politikah« kot enega ključnih ukrepov za ohranjanje, krepitev zdravja in za zmanjševanje razlik v zdravju starejših (Gabrijelčič Blenkuš in sod. 2012). Med drugim je v sodelovanju s sektorjem socialnega varstva zadolženo za širitev in izboljšanje dostopnosti do zdravljenja in obravnave na domu ter za ponovno vzpostavitev geriatrične dejavnosti v Sloveniji (Strategija varstva starejših 2006). Žal Svet za solidarno sožitje generacij in kakovostno staranje prebivalstva v svojem poročilu o realizaciji nalog strategije ugotavlja, da se cilji strategije prepočasi realizirajo, usmeritve strategije pa se po posameznih resorjih vedno ne upoštevajo ali vsaj ne v predvidenem obsegu (Poročilo o realizaciji strategije 2009), poleg tega bi bilo že pred nekaj leti treba pripraviti novo strategijo in akcijski načrt za obdobje po letu 2010.

K zmanjšanju pogostosti padcev in z njimi povezanih poškodb so pomembno prispevala določila Strategije vlade na področju telesne dejavnosti za krepitev zdravja od 2007 do 2012, ki na področju krepitev zdravega življenjskega sloga s poudarkom na telesni dejavnosti prebivalstva nad 65. letom starosti predvidevajo vzpostavitev nacionalnega strokovnega telesa, ki bo oblikovalo smernice za izdelavo in izvedbo programov telesne dejavnosti za starejše. Strategija spodbuja razvoj in izvajanje programov za krepitev telesne zmogljivosti, ki potekajo v zdravstvenovzgojnih centrih in domovih starejših občanov, organizirane dejavnosti za krepitev znanja, veščin, ozaveščenosti in motiviranosti starejše populacije v povezavi s telesno dejavnostjo ter seznanjanje o možnostih telesnega udejstvovanja v bivalnih okoljih (Strategija vlade na področju telesne dejavnosti 2007). Pri oblikovanju in uvajanju programov redne telesne dejavnosti za starejše, s katero se krepí mišična moč, izboljša okretnost in ravnotežje (Bilban 2004), bo v strategiji za prihodnje obdobje treba upoštevati tudi načelo območne in socialno-ekonomske enakosti v dostopnosti do teh programov, da bi dosegli čim širši

krog ljudi. K ustrežnejšemu prehranskemu statusu starejših pa spodbujajo določila Nacionalnega programa prehranske politike 2005–2010 (Resolucija o nacionalnem programu prehranske politike 2005), na podlagi katerih so bile v okviru implementacije sprejete Smernice zdravega prehranjevanja za starejše in bolnike (Priporočila za prehransko obravnavo bolnikov, 2008), vključno s praktikumom jedilnikov zdravega prehranjevanja (Praktikum jedilnikov 2008). Predstavljajo praktično orodje za delo zdravstvenih delavcev ter osebja, ki načrtuje prehrano v zdravstvenih ustanovah in smiselno tudi v domovih za starejše občane. S sprejetjem prehranskih priporočil Slovenija izpolnjuje določila Resolucije Sveta Evrope o prehrani in prehranski oskrbi v bolnišnici iz leta 2003, ki med drugim priporoča državam članicam, da naj pripravijo in izvajajo nacionalna priporočila o prehrani in prehranski oskrbi v bolnišnicah. V pripravi je tudi novi program prehranske politike za prihodnje obdobje, ki bo med drugim vključeval uveljavitev rednega spremljanja prehranskega statusa starostnikov ter prehransko in gibalno svetovanje za to populacijsko skupino.

Spremembe bivalnega okolja z odpravo nevarnosti in izboljšanje varnosti starejših ljudi so ena izmed učinkovitih strategij za zmanjševanje incidence poškodb zaradi padcev. Pri tem ima krovno vlogo sodelovanje zdravstvenega sektorja ter sektorja za infrastrukturo in prostor, ki je odgovoren za pripravo in izvajanje tehničnih predpisov in standardov za gradnjo objektov. V Sloveniji bi bilo treba več pozornosti posvetiti razvoju programov na nacionalni ravni za preprečevanje padcev starejših in promocijo varnosti v bivalnem okolju. Tovrstni programi bi morali vključevati svetovanje starejšim glede zdravega načina življenja, varnega vedenja, preverjanja varnosti bivalnih prostorov in izvajanja ukrepov za preprečevanje padcev doma in v bližnji okolici. Dodatno bi bilo treba zagotoviti organizacijo pomoči starejšim pri manjših popravilih (npr. zamenjava žarnice) in nameščanju varnostnih sredstev (npr. držal v kopalnici, dvostranski samolepilni trakovi na preprogah) v bivalnih prostorih (Rok Simon 2005; Rok Simon 2006). To bi bilo mogoče izvesti s pomočjo nevladnih organizacij, npr. Zveze društev upokojencev, prostovoljnih gasilskih društev itn., ali prek šolskega sistema, npr. seznanjanje in ozaveščanje staršev prek svojih otrok in zagotavljanje pomoči starim staršem po vzoru akcij za varnost v prometu, ali v zdravstvenem sektorju, npr. v okviru patronažnega zdravstvenega varstva. Za izvajanje programa bi bilo treba poiskati partnerja za oskrbo s posameznimi varnostmi sredstvi pod ugodnimi finančnimi pogoji, spremeniti predpis s področja preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni, izvajati izobraževanja za starejše ljudi, prostovoljce, pedagoške in zdravstvene delavce ter razviti nova zdravstvenovzgojna gradiva, npr. seznam za preverjanje varnosti doma (Rok Simon 2005; Rok Simon 2006).

Slovenija je že od leta 2000 vključena v projekt Svetovne zdravstvene organizacije (World Health Organization - WHO) »Desetletje gibal« (Bone and Joint Decade) 2000–2010 in 2010–2020, s katerim se želi usmeriti pozornost laične in strokovne javnosti v razsežnost bremena mišično-kostnih bolezni, poškodb in okvar, spodbuditi vlade, nevladne organizacije in strokovne ustanove, da z učinkovitim ukrepanjem ustavijo epidemijo naštetih problemov, po drugi strani pa spodbuditi posameznika, da prevzame odgovornost za lastno zdravje. V Sloveniji je nacionalna skupina strokovnjakov pripravila analizo o bremenu mišično-kostnih bolezni, poškodb in okvar ter izhodišča za

delovanje v prvem desetletnem obdobju (Komadina in Rok Simon 2002). Na področju zmanjševanja tveganja za zlom kolka so potekale aktivnosti za vzgojo za zdrav način življenja, preprečevanje padcev ter za ozaveščanje poškodovancev in bolnikov o učinkovitem zdravljenju osteoporoze z zdravili. Izboljšali so se dostopnost do naprav za merjenje kostne gostote, izobraževanje izvajalcev in nadzor nad kakovostjo meritev, vzpostavlja pa se tudi izobraževanje kliničnih denzitometristov z licenco mednarodnega sklada za osteoporozo (International Osteoporosis Foundation – IOF). Kljub posameznim uspehom pa ostajajo nekateri problemi, ki zahtevajo rešitve: premalo učinkovito preprečevanje osteoporoze zaradi slabe dostopnosti do merjenja kostne gostote, saj nediagnosticirani bolniki prvo meritev kostne gostote plačajo iz svojega žepa, omejevanje dostopnosti do medicinske rehabilitacije in zdraviliškega zdravljenja pri starostnikih po zlomu zaradi krhkosti kosti itn. (Komadina in sod. 2010). Pomemben korak k zmanjšanju ugotovljenih nepravilnih območnih neenakosti v dostopnosti do rehabilitacijskih programov po zlomu kolka je bil storjen pri Združenju za fizikalno in rehabilitacijsko medicino z ustanovitvijo delovne skupine, ki je oblikovala priporočila za medicinsko rehabilitacijo starostnikov po zlomu kolka (Komadina in sod. 2012).

Prednostno področje: Preprečevanje poškodb mladih zaradi padcev pri rekreaciji, športu in pri delu doma

V večini evropskih držav imajo sprejete nacionalne politike za promocijo športa in telesne dejavnosti, le malo držav pa ima poseben program za promocijo varnosti pri športu (ENSIP 2011). V Sloveniji se z upoštevanjem določil Strategije vlade na področju telesne dejavnosti za krepitev zdravja 2007–2012 ter določil zdajšnjega in predloga novega nacionalnega programa športa 2011–2020 izvajajo številne aktivnosti promocije telesne dejavnosti za krepitev zdravja in športni programi za mlade (Nacionalni program športa 2000; Predlog nacionalnega programa športa 2010). Nacionalni program športa zagotavlja in financira programe športne vzgoje otrok, mladine med 15. in 20. letom starosti in študentov. Mladi in študentje se prostovoljno vključujejo v športne programe, ki so namenjeni predvsem izboljšanju športnih znanj, odpravljanju plavalne nepismenosti, zagotavljanju primerne psihofizične sposobnosti mladine, odpravljanju in zmanjševanju negativnih posledic sedenja in drugih negativnih vplivov sodobnega življenja, preprečevanju za zdravje škodljivih razvad ter zadovoljevanju človekove potrebe po igri in tekmovalnosti. Prav tako ima športna vzgoja že dolgo pomembno mesto v vzgojno-izobraževalnem sistemu; z izvajanjem programov za odpravljanje plavalne nepismenosti otrok in mladih se kažejo pozitivni učinki na področju preprečevanja utopitev, saj v Sloveniji umrljivost zaradi utopitev pada v starosti 0–14 in 15–29 let, medtem ko za druge starostne skupine prebivalstva tega ne moremo trditi (aWHO 2010).

Čeprav telesna dejavnost blagodejno vpliva na zdravje mladih in izboljša njihovo kakovost življenja, pa je delež tistih, ki se redno rekreirajo ali ukvarjajo s športom, iz leta v leto manjši in je vezan na višji socialno-ekonomski položaj družine (Drev 2011; Starc in Sila 2007). Če želimo zmanjšati neenakosti v zdravju in povečati število gibalno/športno dejavnih otrok in mladih, jim je treba poleg športne vzgoje v šolskem sistemu ponuditi tudi prostočasne športne dejavnosti, ki ne bi bile finančno breme za družino, in jih pritegniti zanje. Spodbujati bi bilo treba tudi izvajanje in omogočiti dostopnost do

organiziranih športnih dejavnosti za mlade, ki ne bi bili tekmovalno naravnani, kar bi pritegnilo predvsem tiste mlade, ki niso motorično najuspešnejši, bi pa se s športom radi ukvarjali rekreativno. (Štemberger 2007)

Ukvarjanje s športnimi aktivnostmi pa ne prinaša samo pozitivnih učinkov na zdravje, ampak je povezano tudi z večjo izpostavljenostjo in s tveganjem za nastanek poškodb. Da bi povečali pozitiven učinek telesne dejavnosti na zdravje, potrebujemo boljše informacije o bremenu športnorekreativnih poškodb in ukrepih za njihovo preprečevanje, saj se razsežnosti problema poškodb zavedajo le redki odločevalci (ENSIP 2011). Žal so podatki o športnorekreativnih poškodbah le redko del uradne zdravstvene statistike. V Sloveniji spremljamo športne poškodbe le v bolnišnični statistiki, ob nadaljnjem usklajevanju metodologije z Evropsko bazo podatkov o poškodbah (IDB 2012) pa bomo spremljanje športnih poškodb razširili tudi na statistiko obravnav v službah nujne medicinske pomoči. Trenutno je glede na vrsto športa zakonsko urejeno le zbiranje podatkov o poškodbah na smučišču, ki je v pristojnosti Ministrstva za notranje zadeve, ki pa ne omogoča spremljanja nekaterih podatkov, ki so pomembni za preventivno delovanje, npr. uporaba varnostne opreme (čelade, ščitnikov za zapestja, ščitnikov za hrbet) (Zakon o varnosti na smučiščih 2008).

Po podatkih evropskih študij se večina težjih poškodb zgodi med neorganizirano športno dejavnostjo, vendar so pogoste tudi poškodbe med aktivnimi športniki med treningom ali tekmovanjem, zato bi morala biti promocija športnorekreativne dejavnosti sistematično povezana s promocijo varnosti (WGGE 2008). Tveganje za poškodbe lahko zmanjšamo z izboljšanjem ravni telesne zmogljivosti in športnih spretnosti (npr. s programi za nabiranje telesne zmogljivosti pred začetkom sezone). Pri tem sta pomembna znanje in ozaveščenost mladih ljudi, da znajo poiskati strokovno pomoč za oceno svojih zmožnosti, saj lahko le tako izberejo najprimernejšo obliko telesne dejavnosti, najboljšo obliko treninga in ustrezno opremo (Gilchrist in sod. 2007). Športniki morajo biti ozaveščeni tudi glede nevarnosti v okolju, v katerem so telesno dejavni, in si prizadevati, da se nevarnosti iz okolja čim prej odstranijo (npr. drseča tla, ovire na igrišču ali ob njem, nepritrjeni goli). Hkrati imajo športne organizacije odgovornost za razvoj strokovnih priročnikov za zagotavljanje varnosti pri različnih športnih aktivnostih, standardov treninga za zmanjšanje tveganja za poškodbe in programov usposabljanja za trenerje (Lowe in sod. 2008).

Strokovnjaki javnega zdravja priporočajo dnevno zmerno do intenzivno telesno dejavnost za izboljšanje zdravja in dobrega počutja prebivalcev, zato imajo pomembno vlogo tudi pri promociji varnosti v športnih in rekreativnih dejavnostih. Promotorji telesne dejavnosti imajo priložnost, da hkrati s promocijo telesne dejavnosti zmanjšujejo tudi breme zaradi poškodb pri športu in rekreaciji, saj lahko vplivajo na varno vedenje ljudi ter na socialno, kulturno in na fizično okolje, v katerem delujejo, ter spodbujajo spremembe in uvajanje novosti na področju športne opreme, zaščitne opreme in športnih površin. Pri svojih aktivnostih za promocijo telesne dejavnosti morajo udeležence opozarjati tudi na tveganje za poškodbe in izvajanje ukrepov za njihovo preprečevanje. Spodbujati morajo spoštovanje pravil igre ter uporabo ustrezne športne in zaščitne opreme, pri čemer je nujno povezovanje z organizacijami in ustanovami, ki se ukvarjajo s športom ali z rekreacijo. Skupaj lahko vplivajo na odločevalce v lokalnih

skupnostih in na nacionalni ravni, da si bodo prizadevali za varnejše športne in rekreacijske površine, športno opremo in za izvajanje programov za spodbujanje varnega vedenja. (Gilchrist in sod. 2007)

Po 20. letu starosti se začnejo postopno pogosteje pojavljati tudi poškodbe pri delu doma, njihov delež pa postane izrazitejši pozneje, v odrasli dobi. Poškodbe doma so večinoma povezane z različnimi proizvodi, zato bi za učinkovito preventivno ukrepanje potrebovali podatke o vrstah proizvodov, ki so povezani z nastankom poškodb. V Sloveniji imamo skladno z metodologijo Evropske baze podatkov o poškodbah od leta 2006 vpeljana spremljanje podatkov o bolnišničnih obravnavah zaradi poškodb, med katerimi spremljamo tudi podatek o proizvodih, povezanih z nastankom poškodb (IDB 2012), vendar bi bilo treba izboljšati popolnost poročanja izvajalcev in kakovost podatkov, ne samo o proizvodih, ampak tudi o zunanjem vzroku in drugih okoliščinah nastanka poškodbe.

Na področju splošne varnosti proizvodov in posebej za nekatere specifične vrste proizvodov imamo sprejeto zakonodajo in standarde, od leta 2003 pa pri nas deluje tudi sistem RAPEX (Rapid Alert System for Non-food Consumer Products) za hitro izmenjavo informacij o proizvodih, ki predstavljajo tveganje za zdravje in varnost potrošnikov. Informacije o vrsti proizvoda, nevarnostih, povezanih z njegovo uporabo, in o sprejetih ukrepih, so dostopne javnosti, vendar je sistem premalo poznan. Potrošniki bi se morali aktivneje vključiti in sporočiti tržnemu inšpektoratu vsak primer, ko posedujejo ali so v prodajalni, pri znancih oziroma kje drugje opazili enega izmed proizvodov, ki je bil priglasičen v sistem RAPEX in je objavljen na njegovi spletni strani (M. za gospodarski razvoj in tehnologijo 2012).

Premalo pa je programov promocije varnosti, s katerimi bi izboljšali zavedanje javnosti o tveganjih za poškodbe z različnimi proizvodi in o učinkovitih preventivnih ukrepih, kar bi prispevalo k izboljšanju ravni varnostne kulture prebivalcev. Na tem področju so aktivne nekatere nevladne organizacije, npr. Zveza potrošnikov Slovenije, ki v svojih akcijah in reviji obvešča potrošnike o rezultatih testiranja in varnosti posameznih proizvodov splošne rabe ter ukrepih za zagotavljanje varnosti (ZPS 2012).

Prednostno področje: Preprečevanje poškodb otrok zaradi padcev

Po navedbah WHO ukrepi, ki z dokazi podprto zmanjšujejo tveganje za smrtne poškodbe otrok zaradi padcev v bivalnem okolju, vključujejo vzpostavitev in uveljavljanje zakonodaje s področja zaščitnih varoval na oknih v visokih zgradbah; preoblikovanje bivalnih prostorov, pohištva in drugih proizvodov za boljšo varnost; uvedbo standardov na področju varnosti igral in druge opreme na igrišču (WHO 2010). Mednarodna ocena o varnosti otrok, ki je bila podrobneje predstavljena v poglavju »Prometne nezgode«, povzema uspešnost slovenskih politik pri zagotavljanju varnosti otrok in mladostnikov ter ugotavlja, da bi bilo treba v Sloveniji več pozornosti posvetiti preprečevanju poškodb otrok doma, npr. poškodb zaradi padcev, z ukrepi, ki vključujejo kombinacijo izobraževanja, projektiranja in sprememb v bivalnem okolju za boljšo varnost ter nadzora nad spoštovanjem standardov in izvajanjem predpisov (MacKay in Vincentend 2012). Do zdaj so bili sprejeti številni ukrepi in aktivnosti na področju preprečevanja poškodb otrok zaradi padcev in drugih poškodb doma, vendar so prizadevanja posameznih sektorjev na svojem področju pogosto ostala nepovezana. Z letom 2006 je

bil uveljavljen Program za otroke in mladino v RS 2006–2016, ki je postavil okvir za usklajeno medsektorsko in interdisciplinarno sodelovanje ter ukrepanje tudi na področju preprečevanja poškodb otrok in mladine, vendar se je usmeril predvsem v promocijo varnosti v prometu (Program za otroke in mladino 2006). Šele z novelacijo programa je bila omogočena širitev programa tudi na druga področja varnosti otrok. Korak naprej v prizadevanjih za sprejetje strateškega dokumenta na področju varnosti otrok pa pomeni sprejeta Strategija Republike Slovenije za zdravje otrok in mladostnikov v povezavi z okoljem 2012–2020 (Strategija za zdravje otrok in mladostnikov 2011), ki podpira in omogoča izvajanje zavez, sprejetih s Parmsko deklaracijo. V strategiji je preprečevanje poškodb obravnavano celovito in postavljeno kot eno izmed prednostnih področij delovanja, v pripravi pa je tudi akcijski načrt, v katerem bodo na posameznih področjih varnosti (npr. padci doma, pri športnih aktivnostih) opredeljeni cilji ter aktivnosti in ukrepi, ki jih bodo izvajali v posameznih resorjih.

V mednarodni oceni je bila med različnimi varnostnimi področji v Sloveniji varnost otrok pred padci med slabše ocenjenimi (MacKay in Vincenten 2012). To bi lahko izboljšali predvsem s promocijskimi aktivnostmi za izboljšanje zavedanja javnosti o tveganjih za padce otrok in zavedanja o varnostnih ukrepih (MacKay in Vincenten 2012). Do zdaj so se za učinkovite izkazali programi svetovanja staršem na domu o preprečevanju poškodb, s katerimi je bilo omogočeno posredovanje informacij in dobre prakse vsem socialno-ekonomskim skupinam prebivalstva (Elkan in sod. 2000; Kendrick in sod. 2000). Kot je bilo že opisano v poglavju »Prometne nezgode«, je do leta 2009 v Sloveniji že potekal »Program Inštituta za varovanje zdravja (IVZ) za preprečevanje poškodb otrok«, ki je vključeval ozaveščanje vseh staršev majhnih otrok o ukrepih za preprečevanje poškodb otrok, izvajal pa se je ob sistematskih pregledih otrok na primarni ravni. Program je zaradi pomanjkanja finančnih sredstev postopno zamrl, zdravstvenovzgojna gradiva pa so staršem še dosegljiva na spletni strani IVZ. Glede na pozitivne izkušnje drugih držav (MacKay in Vincenten 2006) bi veljalo v okviru preventivnih zdravstvenih pregledov otrok in patronažnega zdravstvenega varstva uvesti nacionalni program osebnega svetovanja staršem o preprečevanju padcev in drugih vzrokov za poškodbe doma in v prostem času, ki bi nadomestil in nadgradil nekdanji program ter prispeval k zmanjševanju razlik v zdravju med posameznimi skupinami prebivalstva. Za izvedbo programa bi bili potrebni prenova Navodil za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni, izobraževanje pediatrov, patronažnih medicinskih sester in drugih zdravstvenih delavcev ter razvoj zdravstvenovzgojnih gradiv za zdravstvene delavce, starše in za otroke. V študijah je bilo ugotovljeno, da samo izobraževanje staršev ni dovolj učinkovito, če ni pospremljeno z drugimi ukrepi (Nixon in sod. 2004), zato bi bilo smiselno omenjeni program nadgraditi še s ponudbo varnostne opreme pod ugodnimi pogoji, kot so to storili v drugih državah (MacKay in sod. 2006; Watson in sod. 2005). V Sloveniji bi bili taki programi še posebno dobrodošli, ker morajo po podatkih mednarodne študije naši državljani delati sorazmerno več ur, da lahko kupijo varnostno opremo, ki zagotavlja večjo varnost njihovih otrok, kot v povprečju državljani 24 sodelujočih evropskih držav (MacKay in Vincenten 2012). Do zdaj se je pri nas tej ideji še najbolj približal program M. za delo, družino in socialne zadeve s pravico do zavitka z opremo za novorojenčka, ki je vseboval tudi nekatera varnostna sredstva za preprečevanje padcev (M. za delo 2012). Vendar

program z vidika zmanjševanja neenakosti na področju preprečevanja padcev in drugih poškodb otrok doma ni bil dovolj učinkovit, ker se je za zavitek odločil le manjši delež družin, preostali pa so se raje odločili za enkratni denarni prejemek, ki je trenutno tudi edina možnost pomoči ob rojstvu otroka, kot je bilo omenjeno že v poglavju »Prometne nezgode«.

Graditev varnih objektov in bivalnih površin, spremembe bivalnega okolja z identifikacijo nevarnosti, njihovo odpravo ali zamenjavo nevarnih proizvodov za otroke so ena izmed učinkovitih strategij za preprečevanje poškodb otrok zaradi padcev. Pri tem ima osrednjo vlogo sodelovanje zdravstvenega sektorja ter sektorja za infrastrukturo in prostor, ki je odgovoren za pripravo in izvajanje tehničnih predpisov za gradnjo objektov. Na področju preprečevanja padcev otrok imamo že sprejeto zakonodajo o tehničnih zahtevah za graditev stanovanjskih stavb, prostora in opreme vrtcev ter zakonodajo in standarde na področju splošne varnosti proizvodov (varnost igrač, igral, hojic) (Zakon o splošni varnosti proizvodov 2003; Pravilnik o normativih in tehničnih pogojih 2000; Uredba o varnosti igrač 2011). Kot je bilo že omenjeno v vsebinskem sklopu »Padci mladih pri rekreaciji, športu in delu«, od leta 2003 pri nas deluje tudi sistem RAPEX za hitro izmenjavo informacij o proizvodih, ki predstavljajo tveganje za zdravje in varnost potrošnikov, informacije pa so dostopne javnosti na njegovi spletni strani (M. za gospodarski razvoj in tehnologijo 2012). Zmanjšati bi bilo treba tudi velike razlike v pogostosti poškodb na otroških igriščih. Na igriščih na bivalnem območju se zgodi od 3- do 4-krat več poškodb otrok v primerjavi z igrišči pri vrtcih in šolah (Rok Simon 2009), vzrok pa je lahko poleg razlik v pogostosti uporabe tudi različna varnost igrišč. Skladno s predpisi nadzirata in zagotavljata varnost igral na igriščih v okviru opravljanja poslovnih dejavnosti in na igriščih pri vrtcih in šolah tržni in zdravstveni inšpektorat, medtem ko bi bilo treba nadzor nad varnostjo igrišč v stanovanjskih naseljih, parkih in na drugih javnih površinah izboljšati, za to pa so odgovorne občine.

V vrtcih je bil storjen tudi pomemben korak na področju učinkovitega in pravilnega ukrepanja ob akutno nastalih poškodbah v vrtcu. Ob sodelovanju Ministrstva za šolstvo in šport ter Ministrstva za zdravje so bila leta 2011 izdana Priporočila za ukrepanje v vrtcu ob nujnih stanjih in nenadno nastalih bolezenskih znakih ter posredovana vsem slovenskim vrtcem v uporabo (Priporočila 2012). Dokument je prinesel v vrtce enoten algoritem ravnanja ob življenje ogrožajočih in drugih nenadno nastalih bolezenskih stanjih, ki zahtevajo ukrepanje in/ali zdravniško pomoč. V njem so opredeljena načela, kako je treba pravilno ukrepati, in navedeni so pogoji za nemoteno ukrepanje, npr. priprava potrebnih seznamov imen in telefonskih števil, podatkov o zdravstvenih posebnostih otrok, usposabljanost osebja za nudenje prve pomoči, zagotavljanje opreme za prvo pomoč ...

5.4 Zaključki

Padci so pomemben vzrok obolevnosti in zmanjšane zmožnosti/invalidnosti otrok in mladih ljudi v Sloveniji, pri starejših ljudeh pa so glavni vzrok umrljivosti zaradi poškodb ne samo zaradi pogostejših padcev in poškodb, ampak tudi zaradi višje smrtnosti. V državah z nizko umrljivostjo otrok in odraslih umrljivost zaradi padcev pada, medtem ko pri nas od leta 2002 naprej umrljivost celo raste in je 3,7-krat višja od povprečja evropskih držav.

V primerjavi z umrljivostjo v prometu umrljivost zaradi padcev v zadnjih letih raste, kar v prihodnje zahteva boljše medsektorsko in interdisciplinarno sodelovanje ter usklajeno ukrepanje na področju preprečevanja padcev, poškodb in promocije varnosti. Pri starejših ljudeh in otrocih se padci zgodijo predvsem doma ali v bližnji okolici doma. Večina je povezana s slabim oblikovanjem in vzdrževanjem bivalnih prostorov ter rekreacijskih površin, zato je nujno povezovanje zdravstvenega sektorja z drugimi pristojnimi sektorji za zagotavljanje gradnje varnih objektov in bivalnih površin ter varnosti proizvodov. Predvsem pa bi bilo treba razviti nove programe za izboljšanje ozaveščenosti in zavedanja javnosti o tveganjih za padce otrok in starejših ter znanja o učinkovitih preventivnih ukrepih in uporabi varnostnih sredstev.

Poškodbe pri športu in rekreaciji so najpogostejše poškodbe, ki jih utrpijo mladi doma in v prostem času. Redko so smrtne, imajo pa pogosto dolgoročne posledice za zdravje. Zgodijo se večinoma med neorganizirano športno dejavnostjo, zato bi morali v prihodnje promocijo športnorekreativne dejavnosti sistematično povezati s promocijo varnosti.

Hkrati je treba zmanjšati tudi nepravilne razlike v zdravju zaradi poškodb, ki nastajajo zaradi različne izpostavljenosti tveganim situacijam in okoljem, dostopnosti do znanja, varnostne opreme in kakovostne medicinske rehabilitacije.

5.5 Viri

American Academy of Paediatrics (AAP). Falls from heights: windows, roofs and balconies. *Pediatrics* 2001; 107: 1188–91.

Angermann A, Bauer R, Nossek G, Zimmermann N. Unjuries in the European Union. *Statistics Summary 2002-2005*. Vienna: Eurosafe and Kuratorium fur Verkehrssicherheit, 2007.

Arden N, Cooper C. Present and future of osteoporosis: epidemiology. In: Meunier PJ. *Osteoporosis: Diagnosis and management*. London: Biddles Ltd, Guildford and King's Lynn, 1998: 2–16.

Baker SP, O'Neill B, Ginsburg MJ, Guohau L. *The Injury Fact Book*, 2nd edition. New York: Oxford University Press, 1992.

Barone AP, Fusco D, Colais P, D'Ovidio M, Belleudi V, Agabiti N et al. Effects of socioeconomic position on 30-day mortality and wait for surgery after hip fracture. *International Journal for Quality in Health Care* 2009; 21 (6): 379–86.

Bauer R, Steiner M. Unjuries in the European Union. *Statistics Summary 2005–2007*. Vienna: Eurosafe and Kuratorium fur Verkehrssicherheit, 2009.

Baza podatkov o umrlih, 1985–2010. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.

Bentler SE, Liu L, Obrizan M, Cook EA, Wright KB, Geweke JF et al. The aftermath of hip fracture: Discharge placement, functional status change, and mortality. *Am J Epidemiol* 2009; 170: 1290–9.

Bilban M. Telesna aktivnost za ohranjanje zdravja in preprečevanje poškodb. V: Smrkolj V, Komadina R (ured.). *Gerontološka travmatologija*. Celje: Grafika Gracer, 2004; 295–316.

- Bilban M, Rok Simon M. Poškodbe starejših in padci. Delo in varnost, 2008, 53 (5): 40–53.
- Brennan SL, Henry MJ, Kotowicz MA, Nicholson GC, Zhang Y, Pasco JA. Incident hip fracture and social disadvantage in an Australian population aged 50 years or greater. *Bone* 2011; 48 (3): 607–10.
- Buzeti T, Djomba JK, Gabrijelčič Blenkuš M, Ivanuša M, Jeriček Klanšček H, Kelšin N et al. Neenakosti v zdravju v Sloveniji. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 2011: 60–2.
- Chevalley T, Guilley E, Herrman FR, Hoffmeyer P, Rapin CH, Rizzoli R. Incidence of hip fracture over a 10-year period (1991-2000): reversal of a secular trend. *Bone* 2007; 40: 1284–9.
- Connor J, Langley J, Cryer C. International comparison of injury deaths: Falls. New Zealand Injury Prevention Strategy Secretariat, 2006. Pridobljeno 10. 4. 2012 s spletne strani: http://www.cdc.gov/nchs/data/ice/Int_comp_Combined_9_07_2_%20w.pdf.
- Cummings SR, Melton JR 3rd. Epidemiology and outcomes of osteoporotic fractures. *Lancet* 2002; 359: 1761–7.
- De Laet C, Kanis JA, Oden A, Johanson H, Johnell O, Delmas P et al. Body mass index as a predictor of fracture risk: A meta-analysis. *Osteoporos Int* 2005; 16: 1330–8.
- Delmas PD, Marin F, Marcus R, Misurski DA, Mitlak BH. Beyond hip: importance of other nonspinal fractures. *Am J Med* 2007; 120 (5): 381–7.
- Drev A. Telesna dejavnost in sedeča vedenja. V: Jeriček Klanšček H, Roškar S, Koprivnikar H, Pucelj V, Bajt M, Zupanič T (ured.). Neenakosti v zdravju in z zdravjem povezanih vedenjih slovenskih mladostnikov. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS, 2011: 174–87.
- EIPAG on Healthy and Active Ageing (EIPHAA). Action Plan on Prevention and early diagnosis of frailty and functional decline, both physical and cognitive, in older people. Consolidated AP, V02, 2012.
- Elkan R, Kendrick D, Hewitt M, Robinson JJ, Tolley K, Blair M. The effectiveness of domiciliary health visiting: a systematic review of international studies and a selective review of the British literature. *Health Technology Assessment* 2000; 4: 1–339.
- Engstrom K, Diderichsen F, Laflamme L. Socioeconomic differences in injury risks in childhood and adolescence: a nation-wide study of intentional and unintentional injuries in Sweden. *Inj Prev* 2002; 8: 137–142.
- Epstein S. Postmenopausal osteoporosis: Fracture consequences and treatment efficacy vary by skeletal site. *Aging Clin Exp Res* 2000; 12 (5): 330–41.
- European Injury Database (IDB). European Commission. Pridobljeno 4. 4. 2012 s spletne strani: <https://webgate.ec.europa.eu/sanco/heidi/index.php/IDB>.
- European Network for Sports Injury Prevention (ENSIP). Safety in Sport: why is it time to act? KfV, RUB, Eurosafe, Consument Veiligheid, 2011. Pridobljeno 10. 4. 2012 s spletne strani: http://www.safetyinsports.eu/upload/downloads/Factsheet_Safety_in_sports-why_is_it_time_to_act.pdf.
- Fisher AA, O'Brien ED, Davis MW. Trends in hip fracture epidemiology in Australia: possible impact of bisphosphonates and hormone replacement therapy. *Bone* 2009; 45 (2): 246–53.
- Gabrijelčič Blenkuš M, Gregorič M, Tivadar B, Koch V, Kostanjevec S, Fajdiga Turk V, Žalar A, Lavtar D, Kuhar D, Rozman U. Prehrambene navade odraslih prebivalcev Slovenije z vidika varovanja zdravja. Ljubljana: Pedagoška fakulteta Univerze v Ljubljani, 2009.
- Gabrijelčič Blenkuš M, Koprivnikar H, Drev A, Vračko P, Pirnat N, Hočevar T, Vrdelja M, Jeriček Klanšček H, Pucelj V, Kofol Bric T, Martinovič B, Kranjc I, Martinovič A. Vsevladni pristop za zdravje in blaginjo prebivalcev in zmanjševanje neenakosti v zdravju. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS, 2012.

- Gilchrist J, Saluja G, Marshall SW. Interventions to Prevent Sport and Recreation-Related Injuries. In: Doll LS, Bonzo SE, Mercy JA, Sleet DA (editors). *Handbook of Injury and Violence Prevention*. New York: Springer Science and Business Media LLC, 2007: 117–34.
- Guilley E, Chevalley T, Herrmann F, Baccino D, Hoffmeyer P, Rapin CH, Rizzoli R. Reversal of the hip fracture secular trend is related to a decrease in the incidence in institution-dwelling elderly women. *Osteoporos Int* 2008; 19: 1741–7.
- Haentjens P, Johnell O, Kanis JA, Bouillon R, Cooper C, Lamraski G et al. Evidence From Data Searchers and Life-Table Analyses for Gender-Related Differences in Absolute Risk of Hip Fractures After Colles' or Spine Fracture: Colles' Fracture as an Early and Sensitive Marker of Skeletal Fragility in White Men. *J Bone Miner Res* 2003; 19: 1933–44.
- Hanson MD, Chen E. Socioeconomic Status and Health Behaviours in Adolescence: A Review of the Literature. *J Behav Med* 2007; 30: 263–285.
- Healthy Aging. Prevention of Unintentional Injuries Among Seniors. Ottawa: Minister of Public Works and Government Services Canada, 2002.
- Hippisley - Cox J, Groom L, Kendrick D, Coupland C, Webber E, Savelyich B. Cross sectional survey of socioeconomic variations in severity and mechanism of childhood injuries in Trent 1992-7. *BMJ* 2002; 324:1132.
- Hočevar Grom A, Trdič J, Gabrijelčič Blenkuš M, Kofol Bric T, Truden Dobrin P, Albreht T (ured.). *Zdravje v Sloveniji*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS, 2010.
- Hoidrup S, Prescott E, Sorensen TI, Gottschau A, Lauritzen JB, Schroll M, Gronbaek M. Tobacco smoking and risk of hip fracture in men and women. *Int J Epidemiol* 2000; 29: 253–9.
- Icks A, Haastert B, Wldner M, Becker C, Rapp K, Dragano, Meyer G et al. Hip fractures and area level socioeconomic conditions: a population-based study. *BMC Public Health* 2009; 9: 114.
- Inštitut za varovanje zdravja (IVZ). Evidenca ambulantne porabe zdravil, 2000–2005. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije. (neobjavljeni podatki)
- Kannus P, Parkkari J, Koskinen S et al. Fall-induced injuries and deaths among older adults. *JAMA* 1999; 281 (20): 1895–9.
- Kendrick D, Elkan R, Hewitt M, Dewey M, Blair M, Robinson, J et al. Does home visiting improve the parenting and the quality of home environment? A systematic review and meta analysis. *Archive of Disease in Childhood*, 2000; 82: 443–51.
- Khan SA, de Geus C, Holroyd B, Russell AS. Osteoporosis follow-up after wrist fractures following minor trauma. *Arch Intern Med* 2001; 161 (10): 1309–12.
- Kocijan M. Padci pri starostnikih. *Zdrav Var* 2002; 215–7
- Komadina R, Preželj J, Rok Simon M, Fokter SK. Ob zaključku desetletja gibal. Pismo uredniku. *Zdrav Vestn* 2010; 79: D-99-102.
- Komadina R, Rok Simon M. Desetletje gibal 2000–2010. *Zdrav Var* 2002; 41: 35–7.
- Komadina R, Senekovič V, Dolenc I, Andoljšek M, Grabljevec K, Veninšek G, Preželj J, Kocjan T. Priporočila za zdravljenje zloma kolka v Sloveniji. *Zdrav Vestn* 2012; 81: 184–92. Pridobljeno 22. 9. 2012 s spletne strani: ojs.szd.si/index.php/vestnik/article/download/761/677.
- Kumpula H, Paavola M. Injuries and risk taking among young people in Europe- The European Situation Analysis. EU project AdRisk. Helsinki: National Public Health Institute, 2008.
- Lofman O, Berglund K, Larsson I, Toss G. Changes in hip fracture epidemiology: redistribution between ages, enders and fracture types. *Osteoporos Int* 2002;13 (1):18–25.

Lowe U, Braun E, Kisser R. Tackling Injuries among Adolescents and Young Adults in the EU: Strategy and Framework for Action. EU project AdRisk. Vienna: Austrian Road Safety Board, 2008.

MacKay M, Vincenten J. Country Profile 2012 – Slovenia. Amsterdam: European Child Safety Alliance, Eurosafe, 2012. Pridobljeno 17. 9. 2012 s spletne strani:
<http://www.childsafetyeurope.org/reportcards/downloads.html>.

MacKay M, Vincenten J. Child Safety Report Card 2012 – Slovenia. Birmingham: European Child Safety Alliance, Eurosafe, 2012. Pridobljeno 17. 9. 2012 s spletne strani:
<http://www.childsafetyeurope.org/reportcards/downloads.html>.

MacKay M, Vincenten J, Brussoni M, Towner L. Child Safety Good Practice Guide: Good investments in unintentional child injury prevention and safety promotion. Amsterdam: European Child Safety Alliance, Eurosafe, 2006. Pridobljeno 17. 11. 2009 s spletne strani:
[http://www.eurosafe.eu.com/csi/eurosafe2006.nsf/wwwAssets/2B233C1234C23BA2C125786500399993/\\$file/GoodPracticeGuide.pdf](http://www.eurosafe.eu.com/csi/eurosafe2006.nsf/wwwAssets/2B233C1234C23BA2C125786500399993/$file/GoodPracticeGuide.pdf).

Maučec Zakotnik J, Tomšič S, Kofol Bric T, Korošec A, Zaletel Kragelj L (ured.). Zdravje in vedenjski slog prebivalcev Slovenije – Trendi v raziskavah CINDI 2001 – 2004 – 2008. Inštitut za varovanje zdravja RS, 2012.

Ministrstvo za delo družino in socialne zadeve. Pomoč ob rojstvu otroka. Pridobljeno 18.5.2012 s spletne strani:
http://www.mddsz.gov.si/si/delovna_podrocja/druzina/starsevsko_varstvo_in_druzinski_prejemki/druzinski_prejemki/pomoc_ob_rojstvu_otroka/.

Ministrstvo za gospodarski razvoj in tehnologijo. RAPEX - sistem hitre izmenjave informacij. Pridobljeno 23. 1. 2012 s spletne strani: www.ti.gov.si/si/delovna_podrocja/varnost.../rapex/.

Ministrstvo za notranje zadeve (MNZ). Novica. Pridobljeno 29. 5. 2012 s spletne strani:
http://www.mnz.gov.si/si/medijsko_sredisce/novica/article/12137/7282/fd533b3070/.

Mock C, Rissa CA, Perez RT, Saavedra VA, Zozaya JE, Solis RG, Simpson K, Torre MH. Childhood injury prevention practices by parents in Mexico. *Inj Prev* 2002; 8: 303–5.

Mowat, DL, Wang F, Pickett W, Brison RJ. A case-control study of risk factors for playground injuries among children in Kingston and area. *Injury Prevention* 1998; 4 (1): 39–43.

Nacionalni program športa v Republiki Sloveniji 2011–2020 (predlog za razpravo na OKS_ZŠZ). Zveza za šport otrok in mladine Slovenije, 2010. Pridobljeno 29. 5. 2012 s spletne strani: http://www.sz-ms.si/files/NPS2010_OKS_razprava.pdf.

Nacionalni program športa v Republiki Sloveniji. Ur. l. RS, št. 24/2000. Pridobljeno 29. 5. 2012 s spletne strani: <http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?urlid=200024&stevilka=1065>.

Nixon JW, Acton CH, Wallis BA, Battistutta D, Perry C, Eager DB. Preventing injuries on horizontal ladders and track rides. *Injury Control and Safety Promotion* 2004;11 (4): 219–24.

Novak M, Černigoj Sadar N, Dragoš S, Dremelj P, Ferligoj A, Hlebec V, Kogovšek T, Nagode M. Omrežja socialne podpore prebivalstva Slovenije. Ljubljana: Inštitut Republike Slovenije za socialno varstvo, 2004.

Pearson D, Taylor R, Masud T. The relationship between social deprivation, osteoporosis, and falls. *Osteoporos Int* 2004; 15: 132–8.

Pediatric Orthopaedic Society of North America (POSNA). Playground Safety. Rosemont (IL): American Academy of Orthopaedic Surgeons, 2003. Pridobljeno 21. 5. 2007 s svetovnega spleta:
http://www.orthoinfo.org/brochure/thr_report.cfm?Thread_ID=39&topcategory=Injury%20Prevention.

Pickett W, Molcho M, Simpson K, Janssen I, Kuntsche E, Mazur J et al. Cross national study of injury and social determinants in adolescents. *Inj Prev* 2005;11: 213–218.

Poročilo o realizaciji nalog Strategije varstva starejših, sprejete za obdobje 2006–2010. Ljubljana: Svet za solidarno sožitje generacij in kakovostno staranje prebivalstva v Sloveniji, 2009. Pridobljeno 29. 5. 2012 s spletne strani:

http://www.mddsz.gov.si/fileadmin/mddsz.gov.si/pageuploads/dokumenti_pdf/strateg_starejsi_poroc_akc_nacrt.pdf.

Potter BK, Speechley KN, Koval JJ, Gutmanis IA, Campbell MK, Manuel D. Socioeconomic status and non-fatla injuries among Canadian adolescents: variations across SES and injury measures. *BMC Public Health* 2005; 5: 132–144.

Praktikum jedilnikov zdravega prehranjevanja bolnikov v bolnišnicah in starostnikov v domovih za starejše občane. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje RS, 2008.

Pravilnik o normativih in minimalnih tehničnih pogojih za prostor in opremo vrtca. Ur.l. RS, št.73/2000. Pridobljeno 18. 5. 2012 s spletne strani: <http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?urlid=200073&stevilka=3427>.

Preželj J, Pfeifer M, Kocjan T, Sabati Rajič A, Gantar-Rott U, Jensterle Sever M et al. Novosti o vitaminu D in kalciju v zdravljenju osteoporoze. *Isis* 2008;17 (10): 74.

Priporočila za prehransko obravnavo bolnikov v bolnišnicah in starostnikov v domovih za starejše občane. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje RS, 2008.

Program za otroke in mladino 2006-2016. Ljubljana: Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve, 2006. Pridobljeno 20. 3. 2009 s spletne strani:

http://www.mddsz.gov.si/fileadmin/mddsz.gov.si/pageuploads/dokumenti_pdf/pom2006_2016_splet_2_41006.pdf.

Resolucija o nacionalnem programu prehranske politike 2005–2010. Ur. l. RS, št. 39/2005.

Riggs BL, Melton LJ 3rd, Robb RA, Camp JJ, Atkinson EJ, Oberg AL et al. Population-based analysis of the relationship of whole bone strength incidences and fall-related loads to age and sex specific patterns of hip and wrist fractures. *J Bone Miner Res* 2006; 21 (2): 315–23.

Roberts SE, Goldacre MJ. Time trends and demography of mortality after fractured neck of femur in an English population, 1968–98: database study. *BMJ* 2003; 327: 771–5.

Rok Simon, M. Poškodbe otrok v dveh ljubljanskih vrtcih v letu 1999. *Zdrav Var* 2002; 41: 309–14.

Rok Simon M. Poškodbe. In: Hočevar Grom A. (ured.) *Zdravje v Sloveniji 2001*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 2003: 46–8.

Rok Simon M. Pogostejše poškodbe v poznejših letih. V: Turk J (ur.), Bobnar - Najžer E (ured.). *Zdrava poznejša leta: naj bodo tudi lepa*. Knjižna zbirka *Za srce*. Ljubljana: Društvo za zdravje srca in ožilja Slovenije, Inštitut Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje, 2005: 203–12.

Rok Simon M. Preprečevanje padcev starejših ljudi doma: Seznam za preverjanje varnosti doma. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS, 2006.

^aRok Simon M. Epidemiologija zlomov pri starostnikih. V: Čokolič M (ured.). *Zbornik referatov, I. Osteološki dnevi, strokovni sestanek, namenjen zdravnikom, ki obravnavajo osteoporozo in njene posledice*, 19. in 20. oktober 2007, Medicinska fakulteta Univerze v Mariboru.. Maribor: Univerzitetni klinični center, 2007: 90–102.

^bRok Simon M. Poškodbe otrok in mladostnikov v Sloveniji : analiza podatkov o umrljivosti in obolevnosti. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS, 2007.

^cRok Simon M. Preprečevanje poškodb na otroškem igrišču. V: Čuk I (ured.). *Otroška igra brez meja – otroška igrala: strokovni posvet*, Ljubljana, 19. junij 2007. Ljubljana: Olimpijski komite Slovenije – Združenje športnih zvez, Odbor športa za vse, 2007.

Rok Simon M. Poškodbe na igrišču. *Na Igrišču - revija za upravitelje otroških igrišč* 2009; 1 (1): 12–5.

^aRok Simon M. Epidemiologija poškodb otrok in mladostnikov v Sloveniji. Podiplomski študij Javno zdravje otrok, mladostnic in mladostnikov; šolsko leto 2010/2011. Ljubljana: Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani, Katedra za pediatrijo, 2010.

^bRok Simon M. Poškodbe doma in v prostem času. In: Hočevar Grom A, Trdič J, Gabrijelčič Blenkuš M, Kofol Bric T, Truden Dobrin P, Albreht T (ured.). Zdravje v Sloveniji. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 2010: 98–9.

^aRok-Simon M. Epidemiologija zloma kolka v Sloveniji. In: Komadina R (ured.). Zlom kolka v Sloveniji 2000–2010. Celje: General Hospital Celje, 2011: 14–26.

^bRok Simon M. Poškodbe. V: Jeriček Klanšček H, Roškar S, Koprivnikar H, Pucelj V, Bajt M, Zupanič T (ured.). Neenakosti v zdravju in z zdravjem povezanih vedenjih slovenskih mladostnikov. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS, 2011: 96–104.

Rok Simon M (ured.) Priporočila za ukrepanje v vrtcu ob nujnih stanjih in nenadno nastalih bolezenskih znakih. Dopolnjena izdaja. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 2012. Pridobljeno 16. 7. 2012 s spletne strani:

http://www.ivz.si/Mp.aspx?ni=0&pi=7&_7_id=2018&_7_PageIndex=0&_7_groupId=228&_7_newsCategory=&_7_action>ShowNewsFull&pl=0-7.0

Rok Simon M, Mihevc Ponikvar B. Zdravje mladostnikov in mlajših odraslih. V: Rakar T, Boljka U (ured.). Med otroštvom in odraslostjo. Analiza položaja mladih v Sloveniji 2009. Ljubljana: Ministrstvo za šolstvo in šport – Urad RS za mladino, Inštitut RS za socialno varstvo, 2009; 95–110.

Rok Simon M, Tomšič S, Pokrajac T. Analiza smučarskih poškodb v sezoni 2006/2007. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 2008. Pridobljeno 15. 11. 2009 s spletne strani: http://www.ivz.si/javne_datoteke/datoteke/1482-AMsmucanje.pdf

Rok Simon M, Tomšič S, Šelb Šemerl J, Nadrag P, Mihevc Ponikvar B, Lavtar D, Korošec A, Kofol Bric T. Inequalities in women's mortality by education. Zdrav Var 2013; 52: 77–86 (v tisku).

Scagnetti N. Telesna dejavnost. V: Jeriček Klanšček H, Lavtar D, Pokrajac T (ured.). HBSK Slovenija 2006. Z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS, 2007.

Sethi D, Racioppi F, Baumgartner I, Vida P. Injuries and violence in Europe: Why they matter and what can be done. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2006.

Simpson K, Janssen I, Craig WM, Pickett W. Multilevel analysis of associations between socioeconomic status and injury among Canadian adolescents. J Epidemiol Community Health 2005; 59: 1072–1077.

Starc G, Sila B. Ura športa na dan prežene vse težave stran: tedenska športna dejavnost odraslih v Sloveniji. Šport – revija za teoretična in praktična vprašanja športa 2007; 55 Priloga 3: 27–36.

Starfield B, Roley AW, Witt WP, Robertson J. Social class gradients in health during adolescence. J Epidemiol Community Health 2002; 56: 354–361.

Strategija Republike Slovenije za zdravje otrok in mladostnikov v povezavi z okoljem 2012–2020. Vlada Republike Slovenije, 2011. Pridobljeno 19. 4. 2012 s spletne strani: [http://www2.gov.si/upv/vladnagradaiva-08.nsf/18a6b9887c33a0bdc12570e50034eb54/2e721a1de43ca1a5c1257957002b651d/\\$FILE/Strategija_291111.pdf](http://www2.gov.si/upv/vladnagradaiva-08.nsf/18a6b9887c33a0bdc12570e50034eb54/2e721a1de43ca1a5c1257957002b651d/$FILE/Strategija_291111.pdf)

Strategija varstva starejših do leta 2010. Vlada Republike Slovenije, 2006. Pridobljeno 5. 1. 2010 s spletne strani: http://www.mddsz.gov.si/fileadmin/mddsz.gov.si/pageuploads/dokumenti_pdf/strategija-SI-starejsi.pdf

Strategije vlade na področju telesne dejavnosti za krepitev zdravja od 2007 do 2012. Vlada Republike Slovenije, 2007. Pridobljeno 12. 1. 2010 s spletne strani: http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/mz_dokumenti/delovna_podrocja/javno_zdravje/strategija_vlade_RS_podrocje_telesne_dejavnosti.pdf

Štemberger V. Gibalna športna dejavnost otrok in mladostnikov. V: Zbornik projekta Zgodnje odkrivanje in celostna obravnava otrok in mladostnikov, ki jih ogrožajo kronične nenalezljive bolezni, v osnovni zdravstveni dejavnosti. Ljubljana: CINDI Slovenija, 2007. Pridobljeno 10. 12. 2009 s spletne strani: http://cindi-slovenija.net/images/stories/dokumenti/simpozij_dec_2007/Zbornik_CINDI_web.pdf.

Towner E, Errington G. How can injuries in children and older people be prevented? Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2004. Pridobljeno 28. 4. 2009 s spletne strani: <http://www.who.int/Document/E84938.pdf>.

Uredba o varnosti igrač. Ur. l. RS, št. 34/2011. Pridobljeno 18. 5. 2012 s spletne strani: <http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?urlid=201134&stevilka=1738>.

Wang MC, Dixon LB. Socioeconomic influences on bone health in post menopausal women: findings from NHANES III, 1988-1994. *Osteoporos Int* 2006; 17: 91-8.

Watson M, Kendrick D, Coupland C, Woods A, Futers D, Robinson J. Providing safety equipment to prevent injuries: randomized controlled trial. *BMJ* 2005; 330: 178-82.

Working Group of Governmental Experts (WGGE) on Injury Prevention and Safety Promotion. How to make Europe a safer place. Luxembourg: 2008. Pridobljeno 28. 4. 2009 s spletne strani: [http://www.eurosafe.eu.com/csi/eurosafe2006.nsf/0/EE9D475AA6DAF58BC125747200411F14/\\$file/Implementation%20Council%20Recom.pdf](http://www.eurosafe.eu.com/csi/eurosafe2006.nsf/0/EE9D475AA6DAF58BC125747200411F14/$file/Implementation%20Council%20Recom.pdf)

World Health Organization (WHO). The World Health Report 2004 – Changing history. Geneva: World Health Organization, 2004. Pridobljeno 16. 11. 2009 s spletne strani: <http://www.who.int/whr/2004/en>

World Health Organization (WHO). Mortality Database, Tables, 2006. Pridobljeno 16. 3. 2009 s spletne strani: <http://www.who.int/healthinfo/morttables/en/index.html>.

World Health Organization (WHO). Regional Office for Europe. Comparative Assessment of policies on housing safety in 18 countries of the European Union. European Environment and Health Information System (ENHIS). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2007.

^aWorld Health Organization (WHO). Regional Office for Europe. European detailed mortality database. Copenhagen, 2010. Pridobljeno 16. 1. 2010 s spletne strani: <http://data.euro.who.int/hfamdb/>.

^bWorld Health Organization (WHO). Injuries and violence: the facts. Geneva: World Health Organization, 2010. Pridobljeno 21. 8. 2011 s spletne strani: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599375_eng.pdf.

World Health Organization (WHO). Regional Office for Europe. Health for All Database (HFA-DB). Mortality based indicators. WHO / Europe, January 2012. Pridobljeno 10. 5. 2012 s spletne strani: <http://data.euro.who.int/hfadb/>.

Zakon o splošni varnosti proizvodov (ZSVP-1). Ur. l. RS, št.101/2003. Pridobljeno 18. 5. 2012 s spletne strani: <http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?urlid=2003101&stevilka=4500>.

Zakon o varnosti na smučiščih (ZVSmuč). Ur. l. RS, št. 110/2002, 98/2005, 3/2006-UPB1, 17/2008 (52/2008 popr.). Pridobljeno 29. 5. 2012 s spletne strani: http://zakonodaja.gov.si/rpsi/r06/predpis_ZAKO3426.html.

Zimmermann N, Bauer R. Injuries in the European Union. Summary 2002-2004. Vienna: Austrian Road Safety Board, 2006.

Zupančič B. Dejavniki tveganja za padce in vpliv telesne vadbe na preprečevanje padcev pri starostnikih. Diplomsko delo. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Visoka šola za zdravstvo, oddelek za fizioterapijo, 2002.

Zveza potrošnikov Slovenije. Pridobljeno 21. 5. 2012 s svetovnega spleta: <http://www.zps.si/>.

Žorž G. Prevalenca osteoporoze v Sloveniji. *ISIS* marec 2006; 34.



6

ZASTRUPITVE

Avtorice: Mateja Rok Simon, Maja Zorko, Lucija Perharič, Ada Hočevar Grom, Nataša Delfar

6 ZASTRUPITVE

6.1 Uvod

V Sloveniji so akutne zastrupitve tretji vzrok umrljivosti zaradi nenamernih poškodb, zastrupitve brez smrtnega izida pa so še številčnejše in so pomemben vzrok zmanjšane zmožnosti in/ali invalidnosti (WHO 2004). Vsako leto zaznavamo čedalje več klicev v informacijsko-konzultacijsko službo v Centru za zastrupitve (CZ) (Perharič in sod. 2010) in obravnav v službah nujne medicinske pomoči zaradi nenamerne zaužitja toksičnih snovi.

Zastrupitve so posledica širokega spektra substanc – od zdravil, kemikalij, plinov do alkohola in drog, saj je vsaka substanca lahko toksična in povzroča poškodbo ali smrt celic, če se zaužije v dovolj veliki količini (Baker 1992). Teža zastrupitve je odvisna od narave snovi, odmerka, koncentracije, načina vnosa substance, trajanja izpostavljenosti, dovzetnosti zastrupljenca in od hitrosti nujne medicinske pomoči, ki ukrepa v smeri zmanjšanja absorpcije ali nevtralizacije toksične snovi.

Umrljivost zaradi zastrupitev lahko zmanjšamo s strategijami, ki vključujejo nadzor nad dejavniki tveganja v ožjem in širšem okolju (zrak, voda, hrana, predmeti splošne rabe, odpadki), izobraževanje, ukrepe za boljšo varnost v okolju in varnost proizvodov (upoštevanje navodil za uporabo, uporaba varnostne opreme, za otroke varna embalaža, pakiranje zdravil v manjših odmerkih, varno shranjevanje in odlaganje snovi, detektorji za plin), toksikovigilanco, ustanovitev centrov za zastrupitve ter nadzor nad izvajanjem predpisov, vključno z omejevanjem dostopnosti do alkohola in prepovedanih drog (Sethi 2008; IVZ 2007). Poglavje prikazuje akutne nenamerne zastrupitve, njihove vzroke, skupine prebivalstva, ki nosijo največje breme, trende ter nacionalne politike in ukrepe za preprečevanje zastrupitev, ne obravnava pa zastrupitev s hrano.

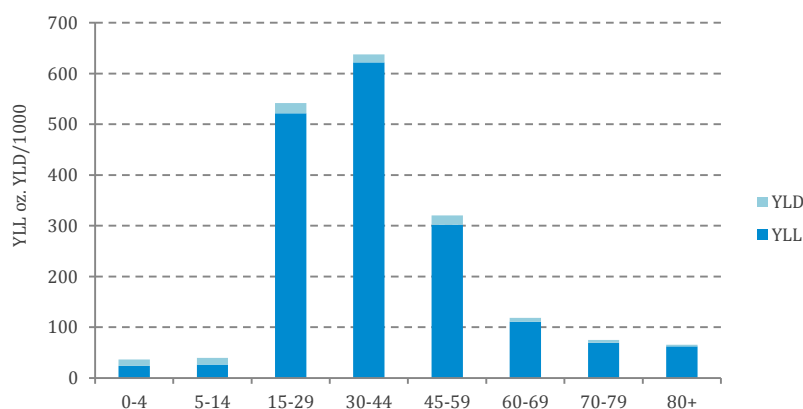
6.2 Breme zaradi zastrupitev

6.2.1 Umrljivost, obolevnost in trendi

V Sloveniji so zastrupitve tretji najpomembnejši vzrok za izgubo zdravih let življenja, kar poročajo tudi v drugih evropskih državah (WHO 2004). Vsako leto zaradi nezgodnih zastrupitev umre 66 ljudi, v bolnišnico pa jih je sprejetih 285. Umrljivost je najvišja med mladimi (20–29 let) in med 50. in 64. letom, moški pa umirajo 5-krat pogosteje kot ženske. Mladi ljudje med 15. in 44. letom izgubijo tudi največ zdravih let življenja (disability adjusted life year – DALY¹⁴) zaradi zastrupitev, večino zaradi prezgodnje umrljivosti (WHO 2004; WHO 2006) (slika 6.1).

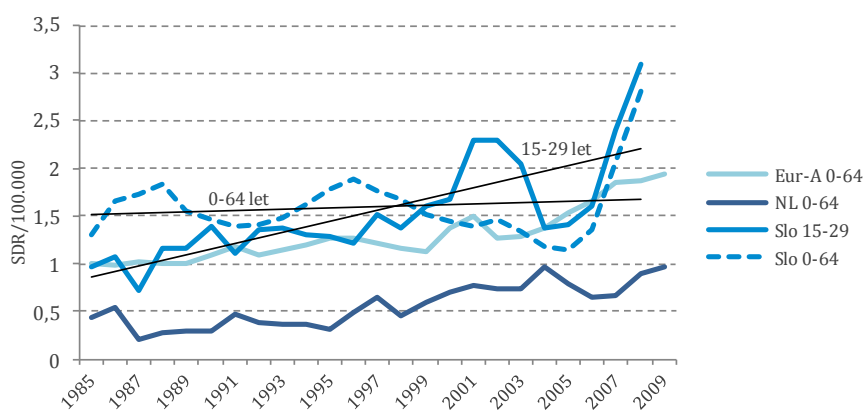
¹⁴DALYs je izračunal WHO z uporabo starostno specifične umrljivosti, prevalence bolezni brez smrtnega izida, v presečnih študijah ocenjene telesne in kognitivne zmanjšane zmožnosti, splošnega zdravstvenega stanja in epidemioloških podatkov o glavnih vzrokih zmanjšane zmožnosti v vsaki državi.

V državah Eur-A¹⁵ prezgodnja umrljivosti (0–64 let) zaradi nenamernih zastrupitev raste ($R^2 = 0,80$), medtem ko v Sloveniji trend ni statistično značilen. Ne gre pa prezreti, da se je po letu 2005 pri nas stopnja umrljivosti močno povišala in je v zadnjih letih kar 2,7-krat višja v primerjavi z Nizozemsko. Od vseh starostnih skupin prebivalcev umrljivost zaradi zastrupitev raste statistično značilno ($R^2 = 0,60$) le pri mladih (15–29 let), prav tako tudi v državah Eur-A ($R^2 = 0,63$) (slika 6.2) (WHO 2012).



Slika 6.1. Izgubljena leta zdravega življenja (DALY) zaradi zastrupitev, razmerje YLL : YLD, Eur-A, 2004 (Vir: WHO. The World Health Report 2004 – Changing history)

Smrtni primeri nenamernih zastrupitev mladostnikov in mlajših odraslih so pri nas največkrat posledica zastrupitev s prepovedanimi drogami (predvsem s heroinom in z drugimi opiodi), po 40. letu starosti pa z alkoholom. Tudi med mladimi, sprejetimi na zdravljenje v bolnišnico, prevladujejo zastrupitve z alkoholom in zastrupitve z zdravili (z uspavali, s pomirjevali in z drugimi psihotropnimi zdravili), pri odraslih pa so najpogostejše zastrupitve z uspavali, s pomirjevali in z ogljikovim monoksidom.



*Drseče 3-letno povprečje stopnje umrljivosti.

Slika 6.2. Stopnja standardizirane umrljivosti (SDR) (0–64 let in 15–29 let) zaradi neugodnih zastrupitev, Slovenija*, države Eur-A, trend 1985–2009. (Vir: European detailed mortality database, WHO, January 2012)

¹⁵Eur-A so evropske države z nizko umrljivostjo otrok in odraslih: Andora, Avstrija, Belgija, Hrvaška, Ciper, Češka, Danska, Finska, Francija, Nemčija, Grčija, Islandija, Irska, Izrael, Italija, Luksemburg, Malta, Monako, Nizozemska, Norveška, Portugalska, San Marino, Slovenija, Španija, Švedska, Švica, V. Britanija.

6.2.2 Mladi, alkohol, droge in zdravila

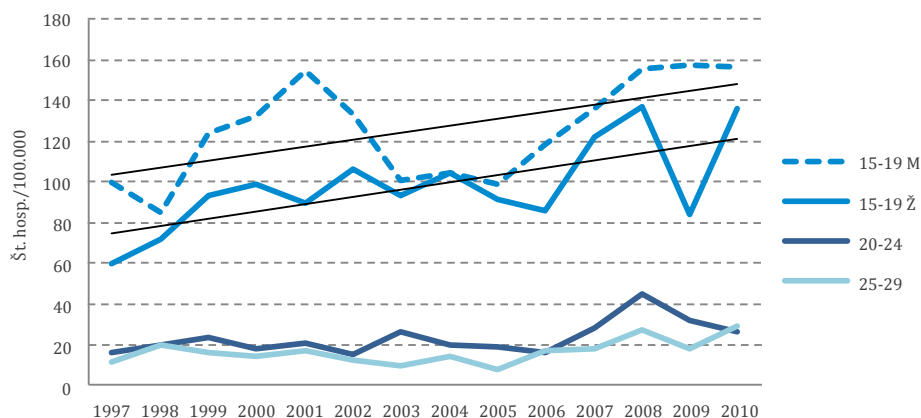
Trend naraščanja umrljivosti mladih zaradi nenamernih zastrupitev v določeni meri pojasnjujejo izsledki študij o visokem deležu slovenske mladine in mlajših odraslih, ki redno uživajo alkoholne pijače in nedovoljene droge (Hibell in sod. 2012; Božič in Zupanič 2009; Zorko in Bajt 2012; Currie in sod. 2012). Za mlade uživanje alkohola in nedovoljenih drog lahko predstavlja enega izmed zelenih privilegijev odraslih ter jim daje občutek odraslosti in neodvisnosti od staršev. Med vrstniki alkohol lahko olajša druženje in sklepanje prijateljstev ter poveča priljubljenost v družbi, za katero velja zmotno prepričanje, da v njej vsi pijejo alkoholne pijače. Pitje alkohola in uporaba prepovedanih drog lahko tudi pomagata mladim, da se sprostijo in se bolje spopadajo z različnimi zahtevami in težavami. Pri tem so takojšnji zeleni učinki alkohola in drog za mlade zelo privlačni in prevladajo nad strahom pred neželenimi kratko- in dolgoročnimi posledicami, npr. težave v šoli, nenačrtovane in nezaščitene spolne aktivnosti, destruktivno vedenje, nezgode, nasilje (Perkins 2002; Schmidt 2001; Engels in Bogt 2001). Na pitje alkohola in uporabo nedovoljenih drog med mladimi poleg različnih socialnih dejavnikov vplivajo tudi osebna prepričanja in cilji, značilnosti družine in družbe (Schulenberg in Maggs 2002). V Sloveniji izstopa predvsem pitje alkoholnih pijač, ki je družbeno najbolj sprejemljivo.

Alkohol

V primerjavi z večino evropskih držav se je pri nas v letih 2003–2011 povečal delež šestnajstletnikov, ki so v zadnjem letu pili alkoholne pijače, s 83 % na 87 %, povečal pa se je tudi delež tistih, ki so se opijali z zaužitjem 5 ali več alkoholnih pijač ob eni priložnosti, s 44 % na 53 %, pri čemer je trend rasti izrazitejši pri dekletih (Hibell in sod. 2012). V novejši študiji med študenti 4. letnika ljubljanske univerze (povprečna starost 24 let) ugotavljajo, da je v zadnjem letu pilo alkoholne pijače 92 % študentov, po vpisu na univerzo pa je več študentov povečalo pitje alkoholnih pijač, kot jih je pitje zmanjšalo (Korač in sod. 2009).

Opijanje in redno uživanje alkoholnih pijač med slovenskimi mladostniki je povezano tudi s socialno-ekonomskim položajem družine in z akademsko orientacijo mladostnikov. Večji delež mladostnikov, ki se opija oz. redno pije alkoholne pijače, je med tistimi, ki imajo enega ali oba starša nezaposlena, in med mladostniki, ki imajo slabši učni uspeh oz. obiskujejo srednjo šolo z manj zahtevnim programom (Kovše in Hočevar 2011).

Povečanemu uživanju alkohola in opijanju med mladimi sledijo trendi zdravstvenih posledic takega početja. Vsako leto je zaradi akutnih zastrupitev z alkoholom na zdravljenje v bolnišnico sprejetih 232 mladih (15–29 let). V vseh starostih stopnja hospitalizacije zaradi zastrupitve z alkoholom raste, še posebno izrazito po letu 2003 ($R^2_{15-19} = 0,72$); $R^2_{25-29} = 0,71$). Najbolj izstopajo mladostniki (15–19 let), ki imajo 4-krat višjo stopnjo hospitalizacije v primerjavi z mladimi med 20. in 24. letom in 6-krat višjo v primerjavi z mladimi v starosti 25–29 let. Fantje so nekoliko pogosteje sprejeti v bolnišnico kot dekleta, stopnja hospitalizacije pa po letu 2003 raste statistično značilno le pri prvih ($R^2_{15-19} = 0,90$) (slika 6.3). Za mlade okoli 18. leta starosti je značilna tudi uporaba več drog hkrati ob eni priložnosti, kjer gre za uporabo kombinacij alkohola, nedovoljenih drog in pomirjeval, razširjenost pa je večja med fanti (Štokelj in sod. 2012).



Slika 6.3. Stopnja hospitalizacije (na 100.000) zaradi zastrupitve z alkoholom, po starosti (15–29 let), Slovenija, 1997–2010. (Vir: Podatkovna zbirka o bolnišničnih obravnavah zaradi zastrupitev, IVZ)

Prepovedane droge

Nasprotno od rastočega trenda pitja alkoholnih pijač je pri nas po letu 2003 padel delež srednješolcev, ki so v zadnjem letu uporabljali marihuano, in se ustalil na 18 % oz. 19 % v letu 2007 oz. 2011. Marihuana je med mladostniki najbolj razširjena droga, delež šestnajstletnikov, ki so v zadnjem letu uporabljali marihuano, pa je v Sloveniji še vedno nekoliko nad povprečjem držav, vključenih v študijo ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs) (Hibell in sod. 2012). S starostjo se delež uporabnikov marihuane manjša in znaša 14,9 % v starosti 15–24 let, kar je nekoliko pod povprečjem Evropske unije (EU) (Štokelj in sod. 2012). Tudi po ugotovitvah študije med ljubljanskimi študenti 4. letnika je po vpisu na univerzo več študentov zmanjšalo uporabo marihuane, kokaina in LSD (dietilamid lizergične kisline), kot jih je povečalo (Korač in sod. 2009). Uporaba marihuane sicer ni glavni vzrok za zdravstvene posledice uporabe drog, vendar se v zadnjih letih opaža porast deleža tistih, ki iščejo pomoč zaradi težav zaradi uporabe marihuane (Krek 2012) ter porast števila urgentnih obravnav zaradi marihuane in kombinacije drog ter padec obravnav zaradi heroina (Brvar 2012). Dodatno v zadnjih letih narašča tudi trend uporabe hlapil, vendar je delež srednješolcev, ki so jih uporabljali v zadnjem letu, dvakrat nižji (9 %) kot pri uporabi marihuane (Stergar 2012).

Zaradi zastrupitev s prepovedanimi drogami je vsako leto v bolnišnici zdravljenih 59 mladih (15–29 let), stopnja hospitalizacije pa je v povprečju štirikrat nižja kot zaradi zastrupitev z alkoholom. Večinoma gre za obravnave zaradi zastrupitev s heroinom in kokainom. Pogostost obravnav je dejansko enaka v vseh treh starostnih skupinah (15–19 let, 20–24 let, 25–29 let), opazne pa so velike razlike med spoloma, saj imajo fantje, stari 15–24 let, 2-krat višje stopnje hospitalizacije, moški v starosti 25–29 let pa 4-krat višje stopnje v primerjavi z ženskami.

Stopnja hospitalizacije zaradi drog v letih 1997–2008 pada med mladostniki kot in v starosti 20–24 let ($R^2_{15-19} = 0,57$; $R^2_{20-24} = 0,64$), vendar se je trend po letu 2003 ustalil. Izjema so le mladi med 25. in 29. letom, pri katerih stopnja rahlo raste ($R^2_{25-29} = 0,33$) in je pri moških že dosegla stopnjo, kot jo imajo v mlajših starostnih skupinah.

Zdravila

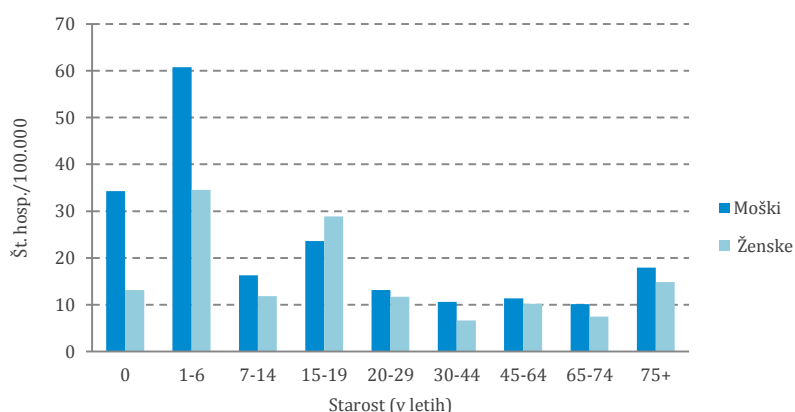
Pomirjevala in uspavala so ene redkih snovi, ki jih v evropskih državah že vsa leta v večjem deležu uporabljajo dekleta, prav tako v kombinaciji z alkoholom (Hibell in sod. 2012). V Sloveniji je pomirjevala in uspavala brez recepta uporabljalo v življenju 5 % šestnajstletnikov (fantje: 3 %, dekleta: 6 %), kar je nekoliko pod evropskim povprečjem, medtem ko je njihova uporaba v kombinaciji z alkoholom med dekleti enaka kot evropsko povprečje (6 %) (Hibell in sod. 2012). Podobno ugotavljajo tudi v študiji med ljubljanskimi študenti 4. letnika, med katerimi jih je psihoaktivna zdravila brez recepta uporabljalo 7,5 % (Korač in sod. 2009).

Zaradi nenamernih zastrupitev s pomirjevali ali z uspavali je pri nas letno sprejetih v bolnišnico 76 mladih ljudi (15–29 let), med katerimi tovrstna zdravila v večjem deležu uporabljajo ženske, predvsem mladostnice (15–19 let). Pri njih je stopnja hospitalizacije skoraj 4-krat višja kot pri fantih in 1,4-krat višja kot pri ženskah v starosti 20–24 let. Po letu 1999 je delež šestnajstletnikov, ki so v življenju uporabljali pomirjevala in uspavala, padel in se v letih 2003–2011 ustalil na 5 % (Hibell in sod. 2012), prav tako po letu 2000 pada tudi stopnja hospitalizacije mladostnikov (15–19 let) zaradi zastrupitve z njimi ($R^2_{15-19} = 0,86$), medtem ko v starosti 20–29 let trendi niso značilni.

6.2.3 Otroci in zastrupitve

V Sloveniji so zastrupitve tretji glavni vzrok za sprejem mlajših otrok v bolnišnico zaradi nezgod (Rok 2010). Več kot 90 % zastrupitev otrok se zgodi v domačem okolju, vzrok pa so snovi, ki jih hranimo doma, npr. zdravila, čistila, organska topila, pogoste so tudi zastrupitve z ogljikovim monoksidom ter gobami in rastlinami. Otroci imajo ob zastrupitvi težje posledice, saj so manjši, imajo hitrejši metabolizem, njihov organizem pa ima manjšo zmožnost encimske nevtralizacije toksičnih snovi (Miller in sod. 2002; Hattis in sod. 2003).

V slovenskih bolnišnicah je letno hospitaliziranih 58 otrok (0–6 let), ki tako kot v drugih evropskih državah potrebujejo zdravljenje v bolnišnici veliko pogosteje kot odrasli (Sethi 2008) (slika 6.4). V obdobju 2003–2010 je bil zaznan en smrtni primer med otroki.



Slika 6.4. Stopnja hospitalizacije (na 100.000) zaradi zastrupitev, po spolu in starosti, Slovenija, 2007–2009. (Vir: Podatkovna zbirka o bolnišničnih obravnavah zaradi zastrupitev, IVZ)

Starost otroka je pomemben dejavnik, ki vpliva na vedenje otrok, njihovo izpostavljenost in na občutljivost. Zaradi zastrupitev so najbolj ogroženi otroci, mlajši od 5 let, še posebno otroci med 9. mesecem in 2. letom starosti. Otroci v prvem letu starosti se gibljejo po vseh štirih na tleh, kjer lahko pridejo v stik s strupenimi snovmi. Po prvem letu starosti otroci raziskujejo okolico, tako da vse nesejo v usta. So radovedni, vendar se ne zavedajo nevarnosti nekaterih snovi, npr. čistil, belil, ki so jim dosegljive zaradi neustreznega načina shranjevanja, in jih zaužijejo (Sethi 2008). Dečki imajo zaradi zastrupitev višje stopnje hospitalizacije kot deklice, kar se razlaga z razlikami med spoloma v socializaciji in dejstvu, da se dečki vedejo bolj tvegano (Barss in sod. 1998). Na težo zastrupitve poleg starosti otroka vplivajo tudi odmerek, vrsta snovi, strupenost, koncentracija in način vnosa snovi v telo. Več zastrupitev se zgodi s tekočimi proizvodi, ker jih je lažje zaužiti, se hitreje absorbirajo in jih družine z otroki uporabljajo najpogosteje (Peden in sod. 2004).

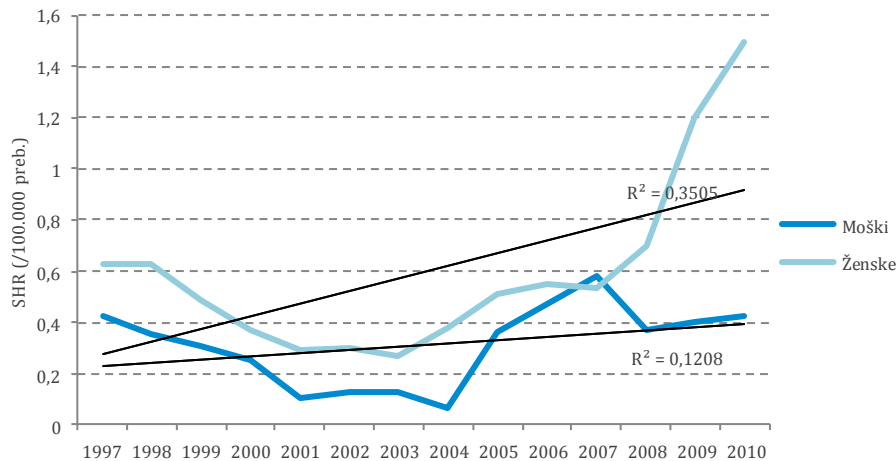
Pri nas so otroci (0–6 let) največkrat sprejeti v bolnišnico zaradi zastrupitev z zdravili (45 %) in s snovmi nemedicinskega izvora (38 %), med zastrupitve pa so uvrščeni tudi stiki s strupenimi živalmi (7 %); večinoma gre za pike strupenih členonožcev. Najpogosteje so zaznane zastrupitve s pomirjevali in z uspavali (7 %) ter neopioidnimi analgetiki in antipiretiki (6 %), med snovmi nemedicinskega izvora pa so vzrok zastrupitve predvsem škodljive snovi, zaužite kot hrana (strupene rastline, gobe) (10 %) ter mila in detergenti (5 %). Dojenčki so zdravljeni v bolnišnici največkrat zaradi zastrupitev z ogljikovim monoksidom in drugimi plini, otroci, stari 1–3 let, s pomirjevali in z uspavali ter neopioidnimi analgetiki in antipiretiki, starejši otroci (4–6 let) pa zaradi zastrupitev s škodljivimi snovmi, zaužitimi kot hrana (strupene rastline, gobe).

Socialno-ekonomski položaj družine je močan dejavnik tveganja za zastrupitve otrok, ker vpliva na izpostavljenost in izid ter je povezan z drugimi dejavniki tveganja. Vpliva na vrsto shranjene kemikalije, varno shranjevanje, embalažo, v kateri se snov nahaja, razpoložljivost odraslega za nadzorovanje otrok (npr. v enostarševskih družinah) ter na dostopnost do centra za zastrupitve in nujne medicinske pomoči (Cubbin in sod. 2000; Lyons in sod. 2003) V Sloveniji trenutno nimamo podatkov o razlikah v umrljivosti in obolevnosti otrok zaradi zastrupitev glede na socialno-ekonomski položaj družine.

6.2.4 Odrasli in zdravila

Zastrupitve z zdravili so najpogostejše nenamerne zastrupitve pri odraslih v Sloveniji, kar opažajo tudi v drugih državah (Chien in sod. 2011). Po podatkih Registra zastrupitev je skoraj dve tretjini nenamernih zastrupitev z zdravili posledica zlorabe (vendar ne za samomorilne namene) in tretjina zastrupitev zaradi nenamernega predoziranja (Brvar in Možina 2008).

Vsako leto je zaradi nenamernih zastrupitev z zdravili hospitaliziranih povprečno 80 odraslih po 30. letu starosti, kar je 39 % hospitalizacij odraslih zaradi vseh nenamernih zastrupitev. Zastrupitve z zdravili so najpogostejše pri odraslih po 64. letu, s starostjo pa delež teh zastrupitev med vsemi zastrupitvami raste in znaša med 65. in 74. letom starosti 43 %, po 75. letu pa kar 64 % nenamernih zastrupitev. To se razlaga s slabšo izobraženostjo starejših ljudi, ki težje sledijo navodilom za jemanje zdravil, hkrati jemljejo več zdravil zaradi številnih kroničnih obolenj, kar vse povečuje tveganje za zastrupitve z zdravili (Chien in sod. 2011). Pri ženskah je delež zastrupitev z zdravili v vseh starostih izrazito višji kot pri moških.



*Drseče 3-letno povprečje stopnje hospitalizacije.

Slika 6.5. Standardizirana stopnja hospitalizacije (/100.000 preb.) (SHR) zaradi zastrupitev z benzodiazepini (T42.4), po spolu, Slovenija, 1997–2010. (Vir: Podatkovna zbirka o bolnišničnih obravnavah zaradi zastrupitev, IVZ)

Med zastrupitvami z zdravili prevladujejo zastrupitve s psihotropnimi zdravili, kar se kaže pri obeh spolih. Izstopajo predvsem zastrupitve z benzodiazepini in antipsihotiki, kar potrjujejo tudi podatki Registra zastrupitev (Grenc 2009). To ne preseneča, ker so zdravila z delovanjem na živčevje med najpogostejše predpisovanimi zdravili v Sloveniji, med temi pa je največ psiholeptikov, anksiolitikov in predvsem benzodiazepinov (Pečar - Čad in Hribovšek 2010).

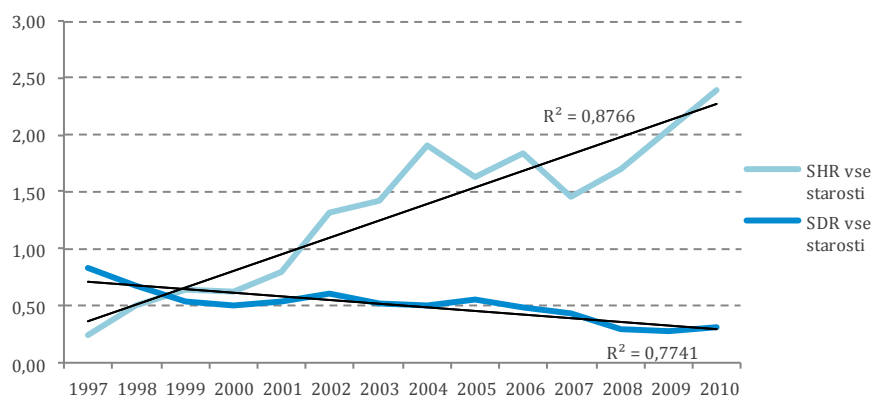
Zastrupitve z benzodiazepini so bistveno pogostejše pri ženskah, ki imajo v starosti 45–74 let celo dvakrat višje stopnje hospitalizacije kot moški. Pri ženskah je skrb vzbujajoč tudi naraščajoči trend zastrupitev z benzodiazepini po letu 2005 ($R^2 = 0,88$), medtem ko pri moških trend ni izrazit (slika 6.5). Pogoste zastrupitve z benzodiazepini kažejo na obsežno predpisovanje, lahko dostopnost in verjetno pogosto zlorabljanje zdravil zaradi hitrega razvoja odvisnosti (Brvar in Možina 2008; Green in sod. 2005; Zupančič 1998), s čimer razlagajo tudi rastoči trend teh zastrupitev (Chien in sod. 2011; Coben in sod., 2010). Pogostejše zastrupitve z benzodiazepini pri ženskah so verjetno odraz večje uporabe oziroma zlorabe teh zdravil pri ženskah (Gosar in sod. 1984; Petrovic in sod. 2002). Avtorji navajajo, da so bili tipični uporabniki benzodiazepinov ženske s tesnobo, z mejnimi osebnostnimi motnjami in nagnjenostjo k odvisnosti od alkohola (Petrovic in sod. 2002), medtem ko drugi povezujejo zlorabljanje benzodiazepinov z osebnostnimi lastnostmi, značilnimi za ženske, kot so: občutljivost, negotovost, pasivnost, nezrelost, pomanjkanje samozadostnosti (Sweizer in sod. 1998; Monras in sod. 2008).

Po 65. letu starosti se zastrupitvam s psihotropnimi zdravili pridružijo še zastrupitve s hematološkimi zdravili (z antikoagulansi) in zdravili, ki delujejo na srce in ožilje (srčni glikozidi in zdravila podobnega učinka), ki po 75. letu starosti postanejo najpogostejše zastrupitve z zdravili. Razlike med spoloma niso velike, razen po 75. letu starosti, ko so pri ženskah te zastrupitve precej pogostejše. Poleg nepravilnega jemanja zdravil so pri starejših ljudeh zastrupitve z zdravili lahko posledica drugačne oz. počasnejše presnove ali zmanjšane sposobnosti izločanja, zato se pojavi kopičenje zdravila v telesu ali neželene interakcije zaradi

jemanja večjega števila zdravil (Chien in sod. 2011; Gorup 2005; Fortuna in Perharič 2002), ki so v praksi pogosto obravnavane nezadostno (Bergk in sod. 2004).

6.2.5 Zastrupitve z ogljikovim monoksidom

Visoka umrljivost zaradi zastrupitev z ogljikovim monoksidom (CO) je resen izziv za javno zdravje v večini evropskih držav in v Sloveniji. Vodilni vzrok za zastrupitve s CO je samomor, sledita pa naključna izpostavljenost plinu in izpostavljenost nenadzorovanemu ognju v zgradbi. Slovenija se uvršča med evropske države z visoko umrljivostjo zaradi zastrupitev s CO in z visokim deležem samomora kot vzroka za te zastrupitve. (Braubacher in sod. 2012)

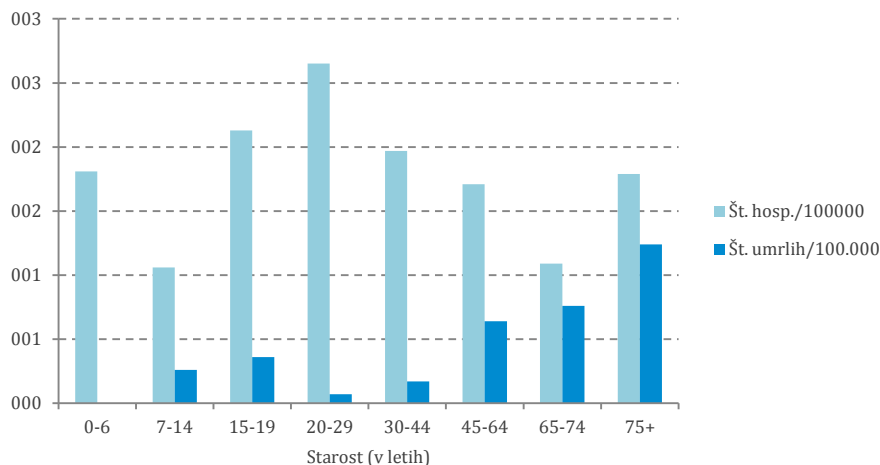


*Drseče 3-letno povprečje stopnje umrljivosti in hospitalizacije.

Slika 6.6. Standardizirana stopnja umrljivosti (SDR) in hospitalizacije (SHR) (na 100.000) zaradi nenamernih zastrupitev s CO, Slovenija, 1997–2010. (Vir: Baza podatkov o umrlih in Podatkovna zbirka o bolnišničnih obravnavah zaradi zastrupitev, obe IVZ)

Zaradi nenamernih zastrupitev s CO pri nas vsako leto umre povprečno 9 ljudi, 37 pa se jih zdravi v bolnišnici. Skrb vzbujajoče je, da od leta 1997 naprej močno narašča stopnja bolnišnično obravnavanih zastrupitev s CO ob sicer padajočem trendu umrljivosti (slika 6.6). Izraziti vrhovi stopnje hospitalizacije v letih 2003, 2005 in 2010 odsevajo predvsem porast števila zastrupitev med mlajšimi odraslimi in skupnega števila zastrupitev. Za primerjavo so v istem obdobju v Združenih državah Amerike (ZDA) zaznali padajoči trend hospitalizacij zaradi nenamernih zastrupitev s CO (Iqbal in sod. 2012).

S CO se lahko zastrupi vsak, posebno ranljivi pa so ljudje s kroničnimi boleznimi srca, z boleznimi dihal in anemijo ter majhni otroci (EPA 2009). Pri starejših ljudeh so taka kronična obolenja pogosta, zato imajo večje tveganje, da bodo umrli zaradi zastrupitve s CO (CDC 2007), kar potrjujejo tudi naši podatki. Umrljivost zaradi zastrupitve s CO narašča s starostjo po 45. letu, medtem ko so primeri smrtnih zastrupitev mladostnikov in otrok samo posamični (slika 6.7). Poleg tega si starejši ljudje verjetno simptome zastrupitve pogosteje napačno razlagajo, tj. da gre za simptome viroze ali utrujenost, to pa vodi v težje zastrupitve in višjo smrtnost (Harduar - Morano in Watkins 2011). Nasprotno pa stopnja hospitalizacije kaže vrh med 15. in 44. letom, pri čemer je CO drugi najpogostejši vzrok za nenamerne zastrupitve odraslih. Sorazmerno pogoste so te zastrupitve tudi pri majhnih otrocih, ki imajo višji bazalni metabolizem in potrebo tkiv po kisiku in so zato dovzетnejši za zastrupitev s CO (Liebelt 1999).



Slika 6.7. Stopnja umrljivosti in hospitalizacije (na 100.000) zaradi zastrupitve s CO po starosti, Slovenija, 2006–2010. (Vir: Baza podatkov o umrlih in Podatkovna zbirka o bolnišničnih obravnava zaradi zastrupitev, obe IVZ)

Breme zaradi zastrupitev s CO je opazno večje pri moških, ker imajo ti skoraj 6-krat višjo umrljivost in 1,6-krat višjo incidenco zastrupitev, zdravljenih v bolnišnici, kot ženske, kar poročajo tudi v drugih državah (Harduar - Morano in Watkins 2011; Iqbal in sod. 2012). To razlagajo s pogostejšo izpostavljenostjo moških tveganemu vedenju, npr. delu z orodji in napravami na bencin ali dizelsko gorivo ter dejstvu, da imajo moški večje število eritrocitov, zato razvijejo simptome pri višjih koncentracijah CO, posledica pa so težje zastrupitve (WebMD 2012).

Povečano število zastrupitev je povezano s kurilno sezono (jesen/zima) (Harduar - Morano in Watkins 2011; Graber in sod. 2007). Nezgodne zastrupitve najpogosteje nastanejo zaradi slabo vzdrževanih peči na drva in premog, kaminov, plinskih štedilnikov, plinskih gorilnikov za ogrevanje prostorov in vode, zaradi slabega prezračevanja prostorov, prižganih avtomobilov, ki jih ljudje pustijo v garaži, in neustrezne uporabe prenosnih generatorjev, CO pa nastaja tudi med požarom (Iqbal in sod. 2012; CDC 2011). Pri nas sta dve tretjini smrti zaradi zastrupitev s CO posledica naključne izpostavljenosti plinu, tretjina pa zaradi izpostavljenosti nenadzorovanemu ognju v zgradbi; podobno velja tudi za zastrupljence, zdravljene v bolnišnici. Večina nenamernih zastrupitev se zgodi doma, manjši delež pa na delovnem mestu in drugih javnih površinah (Iqbal in sod. 2012; CDC 2011).

6.3 Nacionalne politike in ukrepi

Prednostno področje: Krepitev duševnega zdravja

Akutne zastrupitve z alkoholom, nedovoljenimi drogami in s psihotropnimi zdravili odsevajo duševno zdravje prebivalcev Slovenije in razširjenost bolezni odvisnosti, ko se srečujemo z nadpovprečno porabo čistega alkohola na odraslega prebivalca, z visokim deležem mladostnikov, ki redno uživajo alkoholne pijače in se opijajo, visokim deležem mlajših odraslih med uživalci prepovedanih drog in več kot desetino odraslih prebivalcev, ki so morali v zadnjih letih omejiti svoje dejavnosti in celo izostati z dela zaradi različnih duševnih težav (Hibell in sod. 2012; Drev in sod. 2012; Bajt 2007; Jeriček

Klanšček in sod. 2009). Zato je v prvi vrsti potrebno izvajanje učinkovitih strategij in ukrepov na področju krepitve duševnega zdravja.

V Programu za otroke in mladino 2006–2016 so predvidene številne aktivnosti in ukrepi na področju krepitve duševnega zdravja mladih, ki vključujejo razvoj novih programov krepitve duševnega zdravja, intervencij in oblik pomoči v okviru vzgojno-izobraževalnega sistema od vrtca do univerze; vključevanje izobraževanja o socialnih in čustvenih spretnostih v dejavnosti znotraj in zunaj učnega načrta; uvajanje programov za preprečevanje zlorab, trpinčenja, nasilja nad mladimi in socialne izključenosti; spodbujanje vključevanja mladih v izobraževanje, kulturo, šport, zaposlovanje; izvajanje izobraževalnih programov o duševnem zdravju otrok in mladih, namenjenih staršem in strokovnjakom na področju zdravja, izobraževanja, dela z mladimi in drugih sektorjev (Program za otroke in mladino 2006). Poleg tega je treba oblikovati time strokovnjakov, namenjene mladim, ter povečati preventivni in terapevtski potencial primarnega zdravstvenega varstva (Jeriček Klanšček in sod. 2009).

Tudi na področju krepitve duševnega zdravja odraslih potrebujemo več programov skrbi za duševno zdravje in dobro počutje odraslih ter preventivne programe za preprečevanje stresa in uporabe psihoaktivnih snovi. Izboljšati je treba organizacijo dela in vodenje v smislu spodbujanja dobrega počutja na delovnem mestu in vključevanja starejših ljudi v skupnost. Omogočen mora biti enak dostop vsem do svetovalnih centrov in drugih oblik pomoči v kombinaciji s programi destigmatizacije duševnih težav in spodbujanja iskanja pomoči. Pri tem naj bo posebna pozornost namenjena determinantam neenakosti na področju duševnega zdravja in zmanjševanju njihovih negativnih vplivov. (Jeriček Klanšček in sod. 2009)

Zdravje nastaja v kontekstu vsakodnevnega življenja tam, kjer ljudje živijo in delajo, zato je za dobro duševno zdravje prebivalcev pomembno sodelovanje številnih sektorjev. Ena izmed ključnih prioritet je priprava in sprejetje novega Nacionalnega programa duševnega zdravja, ki bo natančno opredelil vlogo in zadolžitve različnih sektorjev in podpornih okolij na področju krepitve duševnega zdravja v prihodnjih letih.

Prednostno področje: Preprečevanje zastrupitev mladih z alkoholom in drogami

Pitje alkohola zgodaj v življenju je povezano s povečanim tveganjem za težave, povezane z alkoholom, v pozni adolescentni in odrasli dobi (European Commission 2000). Glede na izsledke študij o visokem deležu pitja alkohola, opijanja in akutnih zastrupitev med mladimi ter naraščajoče trende, predvsem po letu 2006, in med dekleti je potrebno nadaljnje izvajanje ukrepov na področju omejevanja porabe in dostopa mladih do alkohola ter preprečevanja škodljivih posledic rabe alkohola pa tudi evalvacija obstoječih programov in razvoj novih programov, predvsem v smeri zmanjševanja opijanja med dekleti (Bajt 2007; Zorko in Bajt 2012). Na osnovi pregleda preventivnih promocijskih programov ugotavljamo, da je večina programov ovrednotena na osnovi formativne in procesne evalvacije, medtem ko je evalvacija učinka na zdravje manj prisotna (Kamin in Zorko 2012; MOSA 2013). Smiselno bi bilo oblikovati merila vrednotenja programov, na osnovi katerih bi vrednotili učinek programov na življenjski slog in zdravje mladostnikov. Ugotavljamo tudi, da slovenski preventivni promocijski programi s področja problematike alkohola ne zajamejo celotne populacije slovenskih otrok (Kamin

in Zorko 2012; MOSA 2013). Za doseganje večjega učinka na zdravje mladostnikov je zato pomembno, da so vsebine preventivnih promocijskih programov vpete v učne načrte, kar zagotavlja kontinuiranost in pokritost celotne populacije šolskih otrok v Sloveniji.

Pri zmanjševanju tveganega pitja alkohola so med najučinkovitejšimi ukrepi zmanjševanje dostopnosti (fizične in finančne) do alkohola in omejevanje oglaševanja alkohola (Babor in sod. 2010). V Sloveniji imamo sprejeto zakonodajo, ki prepoveduje prodajo alkoholnih pijač med 21. in 7. uro naslednjega dne ter prodajo žganih pijač do 10. ure zjutraj, dodatno prepoveduje tudi prodajo in ponudbo alkoholnih pijač in pijač, ki so jim dodane alkoholne pijače, osebam, mlajšim od 18 let. Omejeno je oglaševanje alkoholnih pijač prek medijev in na drugih z zakonom določenih nosilcih, razen če gre za alkoholne pijače, ki vsebujejo do vključno 15 vol. % alkohola. Kljub ukrepom za zmanjšanje dostopnosti alkohola mladim pa so šestnajstletniki ocenili dostopnost do sladkih gaziranih pijač z alkoholom kot »zelo« ali »precej lahko« v 76 % oz. do piva v 80 %, v zadnjem mesecu pa so jih kupili v trgovini v 16 % oz 18 %, v baru ali diskoteki pa v 31 % oz. 35 % primerov (Hibell in sod. 2012). Iz teh podatkov je jasno, da je treba okrepiti nadzor nad izvajanjem že sprejetih ukrepov in uvesti nove pristope.

Ukrepe za omejevanje porabe in dostopa mladih do alkohola je treba nadalje dopolnjevati s preventivnimi programi, ki se bodo poleg informiranja in izobraževanja mladih o učinkih alkohola in njegovih potencialnih škodljivostih dotaknili tudi pivske kulture splošne javnosti, da bo postalo opijanje socialno nesprejemljivo, v razvoj in izvajanje programov pa morajo biti vključeni tudi starši (DCSF 2008). Ponuditi je treba lahkodostopne zdrave alternative, nasvete za zgodnje odkrivanje škodljive rabe alkohola in programe pomoči, krepitev varovalnih dejavnikov (socialnih veščin, zdravljenja bolezni odvisnosti ...), ozaveščanje mladih o zakonodaji na področju problematike alkohola, programe za starše o vzgoji, krepitvi občutka varnosti in postavljanju meja ter programe pomoči otrokom oseb, odvisnih od alkohola. Za zmanjševanje problematike so ključni tudi ukrepi omejevanja različnih oblik tržnega komuniciranja alkohola (npr. umeščanje izdelkov, pospeševanje prodaje) (Babor in sod. 2010). Glede na to, da je alkohol dejavnik tveganja za poškodbe, hkrati pa tudi za druge akutne in kronične bolezni, bodo učinkovite preventivne strategije za zmanjševanje škodljive rabe alkohola zmanjšale obolevnost in umrljivost zaradi veliko vzrokov in bolezni (Sethi in sod. 2006).

V Evropski uniji so temeljne usmeritve na področju prepovedanih drog podane v dveh temeljnih političnih dokumentih: Strategiji EU na področju drog 2013–2020 (Strategija EU 2012) in izvedbenem Akcijskem načrtu EU za boj proti drogah (v pripravi). Ob upoštevanju obeh dokumentov, zakonodaje s tega področja, resornih ukrepov in aktivnosti ter vseh relevantnih in znanstveno preverljivih podlag, je treba v Sloveniji sprejeti nov Nacionalni program na področju drog z akcijskim načrtom, v katerem bodo opredeljeni politika in cilji za obdobje 2013–2020 ter glavna področja delovanja. Trenutno se izvajajo aktivnosti in ukrepi skladno z veljavno Resolucijo o nacionalnem programu na področju drog, s katero so določena glavna področja delovanja: razvoj informacijskega sistema, zmanjševanje povpraševanja po drogah (s pomočjo preventive, zmanjševanja škode zaradi uporabe drog, zdravljenja in socialne obravnave, civilne družbe), preprečevanje ponudbe drog (s pomočjo kaznovalne politike, sodelovanja

policije, carine in pravosodja na področju organiziranega kriminala v povezavi z drogami, dejavnosti proti pranju denarja), problematika sintetičnih drog, pospeševanje mednarodnega sodelovanja, usklajevanje na različnih ravneh, vrednotenje programov, raziskovalno delo in izobraževanje (Resolucija o nacionalnem programu na področju drog 2004).

Zmanjševanje povpraševanja po drogah pokriva dejavnosti na različnih ravneh preventive – od začetnega odvrčanja od uporabe drog pri vseh starostnih skupinah pa vse do zmanjševanja negativnih zdravstvenih in socialnih posledic uporabe drog, zdravljenja, socialne obravnave in ponovne socialne vključitve oseb, nekdanj odvisnih od drog, v družbo (Resolucija o nacionalnem programu na področju drog 2004). Na tem področju veljajo prednostne naloge, ki so bile opredeljene že v Strategiji EU na področju drog 2005–2012, in sicer lažja dostopnost do preventivnih programov, večanje učinkovitosti preventivnih programov, razvoj programov zgodnjega posredovanja za mlade, ki eksperimentirajo s psihoaktivnimi snovmi, in razvoj raznovrstnih usmerjenih programov zdravljenja. Za usklajevanje področja drog sta zadolžena Ministrstvo za zdravje in Komisija Vlade RS za droge, ki usklajuje izvajanje ukrepov na področju desetih resorjev (Hren 2012). Že pred desetletjem je bil vzpostavljen tudi Sistem za zgodnje opozarjanje na pojav novih psihoaktivnih snovi, v katerem sodelujejo ključne ustanove in nevladne organizacije. Medresorska delovna skupina strokovno javnost in uporabnike drog redno obvešča o pojavu nevarnih in novih psihoaktivnih snovi, daje predloge za uvrstitev novih psihoaktivnih snovi na listo prepovedanih drog in s tem prispeva k zmanjševanju tveganja za zdravje uporabnikov drog (Krek in sod. 2011). V okviru nevladne organizacije, Združenja DrogArt, je mogoče tudi testiranje teh snovi (Drev in sod. 2012).

Pomoč odvisnim od drog poteka v programih zdravljenja na področju zdravstvenega varstva, socialnega varstva in pri nevladnih organizacijah. V zadnjih letih je v porastu delež tistih, ki prvič iščejo pomoč v programih zdravljenja zaradi težav z marihuano, zato bi bilo treba programe obravnave odvisnih od drog prilagoditi razmeram na terenu in trendom uporabe drog v slovenskem prostoru, da bodo postali dostopnejši tudi za uporabnike drog, kot je marihuana (Krek 2012). Preprečevanje z drogami povezanih zastrupitev se izvaja v centrih za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog, v katerih potekajo izobraževanja uporabnikov drog o predoziranju (prepoznavanje in ukrepi), ter v okviru nevladnih organizacij z nizkopražnimi programi za zmanjševanje škode. Zagotovljena je tudi pomoč zdravnikom pri zdravljenju zastrupljenec s prepovedanimi drogami, ki jo nudi 24-urna toksikološka informacijsko-konzultativna služba, ki deluje na Centru za zastrupitve v Ljubljani (Drev in sod. 2012).

Prednostno področje: Preprečevanje zastrupitev otrok

Po navedbah Svetovne zdravstvene organizacije (World Health Organization - WHO) ukrepi, ki z dokazi podprto zmanjšujejo tveganje za smrtne zastrupitve, vključujejo vzpostavitev in uveljavljanje zakonodaje na področju uporabe otrokom varne embalaže za pakiranje zdravil in strupenih snovi; umik strupenih proizvodov; pakiranje zdravil v odmerkih, ki niso smrtno nevarni; izobraževanje; ustanovitev centrov za zastrupitve (aWHO 2010).

Pri nas je bila na področju preprečevanja zastrupitev s kemikalijami sprejeta Resolucija o nacionalnem programu za kemijsko varnost z akcijskimi načrti za prednostna področja v obdobju 2006–2010, katere cilji so na prvem mestu izboljšati zdravje prebivalstva in kakovost okolja ter zagotoviti pogoje za izvajanje in nadzor ukrepov in aktivnosti za izboljšanje kemijske varnosti. V pripravi je tudi akcijski načrt za kemijsko varnost otrok. Ukrepanje je med drugim usmerjeno v zamenjavo nevarnih kemikalij z manj nevarnimi oziroma z nekemijskimi alternativami in postopno zmanjševanje uporabe kemikalij na splošno; izboljšanje poznavanja znaka EU za okolje in spodbujanje potrošnikov, da pri nakupu dajo prednost »zelenim«, do okolja prijaznejšim proizvodom in storitvam; krepitev inšpekcijskih služb, pristojnih za nadzor različnih področij v povezavi s kemijsko varnostjo in povečanje njihove učinkovitosti; sistematično uvajanje toksikologije/ekotoksikologije in znanja, potrebne za upravljanje tveganja, ki ga povzročajo kemikalije, v obstoječe do- in podiplomske študijske programe; vzpostavitev neformalne znanstvene mreže strokovnjakov s področja ocenjevanja vplivov kemikalij na zdravje človeka in okolje; povečanje obsega finančnih sredstev za ciljne raziskovalne projekte s področja zagotavljanja kemijske varnosti; okrepitev Centra za zastrupitve pri Kliničnem centru in Inštituta za sodno medicino pri Medicinski fakulteti za opravljanje nalog za zagotavljanje kemijske varnosti, ki so nacionalnega pomena, še zlasti tistih, ki se nanašajo na nesreče s kemikalijami; izboljšanje tehničnih možnosti za dviganje ravni kemijske varnosti, npr. pomagati podjetjem pri pripravi sanacijskih načrtov s celovitimi rešitvami glede kemijske varnosti; povečanje ozaveščenosti, izboljšanje komunikacije in usposabljanje splošnih uporabnikov kemikalij; seznanjanje delavcev, ki prihajajo v stik s kemikalijami, z nevarnostmi, s tveganjem in z ustreznim ravnanjem s kemikalijami ter ozaveščanje o varovanju zdravja in okolja pred negativnimi učinki kemikalij; krepitev delovanja nevladnih organizacij kot pomembnih deležnikov na področju kemijske varnosti (Resolucija o nacionalnem programu za kemijsko varnost 2006), predlagata pa se tudi krepitev dejavnosti ocene tveganja v javnem zdravju ter razvoj programa za ocenjevanje tveganja (Perharič 2012).

Potrditev in nadaljevanje dozdajšnjih aktivnosti in ukrepov pomeni tudi zaveza Ministrstva za zdravje za uresničevanje v letu 2010 sprejete Parnske deklaracije WHO, ki med drugim obsega varovanje zdravja otrok, z upoštevanjem potreb otrok pri načrtovanju in oblikovanju stanovanj, ustanov in prometne infrastrukture, s spodbujanjem varnosti izdelkov ter z zaščito otrok pred izpostavljenostjo škodljivim snovem in preparatom v bivalnih okoljih (WHO 2010).

V evropski raziskavi, ki je bila podrobneje predstavljena že v poglavju »Prometne nezgode«, je bila varnost otrok pred zastrupitvami v Sloveniji ocenjena kot zadovoljiva (MacKay in Vincenten 2012). Dodatno pa bi bilo treba izboljšati preprečevanje zastrupitev otrok z zdravili z uvedbo nacionalnega zakona, ki bi določal uporabo otrokom varne embalaže za pakiranje zdravil in s tem dopolnil že obstoječi zakon o uporabi za otroke varne embalaže za pakiranje čistil za gospodinjstvo (MacKay in Vincenten 2012). Za varno shranjevanje in označevanje nevarnih snovi pa so poleg zakonodaje najuspešnejši ukrepi izobraževanje javnosti in industrije, izobraževanje staršev in izboljšanje nadzorovanja otrok, pediatrično svetovanje staršem in izboljšanje dostopnosti do varnostne opreme (Gibbs in sod. 2005; Ozzane - Smith in sod. 2001).

Treba bi bilo razviti predvsem nove programe za izboljšanje ozaveščenosti in zavedanja javnosti o tveganjih za zastrupitve otrok in učinkovitih preventivnih ukrepih (MacKay in Vincenten 2012). Shranjevanje zdravil in kemičnih snovi zunaj dosega otrok zahteva znanje staršev o varnih načinih shranjevanja in uporabi nevarnih snovi doma. Do zdaj so se za učinkovite izkazali programi svetovanja staršem na domu o preprečevanju zastrupitev, s katerimi je bilo omogočeno posredovanje informacij in dobre prakse vsem socialno-ekonomskim skupinam prebivalstva (Elkan in sod. 2000; Kendrick in sod. 2008). Kot je bilo opisano že v poglavju »Padci«, je do leta 2009 v Sloveniji že potekal »Program Inštituta za varovanje zdravja (IVZ) za preprečevanje poškodb otrok«, ki je vključeval ozaveščanje vseh staršev majhnih otrok o ukrepih za preprečevanje poškodb otrok, izvajal pa se je ob sistematskih pregledih otrok na primarni ravni. Program je zaradi pomanjkanja finančnih sredstev postopno zamrl, zdravstvenovzgojna gradiva pa so staršem še dosegljiva na spletni strani IVZ. Glede na pozitivne izkušnje drugih držav (MacKay in Vincenten 2006) bi veljalo v okviru preventivnih zdravstvenih pregledov otrok in patronažnega zdravstvenega varstva uvesti nacionalni program osebne svetovanja staršem o preprečevanju zastrupitev doma in v prostem času, ki bi nadomestil in nadgradil nekdanji program ter prispeval k zmanjševanju razlik v zdravju med posameznimi skupinami prebivalstva.

V našem prostoru je zelo razširjeno nabiranje in uživanje gob; zastrupitve z gobami pa so med pogostejšimi zastrupitvami otrok. Za zmanjšanje števila zastrupitev z gobami bi potrebovali preventivni program v šolah in širši skupnosti, ki bi zajel mlajše šolske otroke in njihove starše s ciljem izboljšati njihovo znanje o nevarnostih uživanja divjih gob, izboljšati prepoznavanje nevarnih vrst gob in zmanjšati uživanje gob, če ljudje niso prepričani o njihovem izvoru in užitnosti. Izvedba programa bi bila mogoča z multimedijским pristopom v lokalnih skupnostih, aktivnosti v šolah pa bi potekale z uporabo različnih pristopov v okviru šolskih ur in bi vključevale tudi sodelovanje s starši. Tovrstni programi so se že izkazali za učinkovite v posameznih evropskih državah (Malinowska - Cieslik in van den Borne 1998).

Zastrupitve otrok so povezane tudi z nekaterimi proizvodi. V Sloveniji imajo pristojnosti za zagotavljanje kemijske varnosti predmetov splošne rabe številne službe, npr. zdravstveni inšpektorat, tržni inšpektorat, Urad za kemikalije, vendar koordinacija med deležniki ni formalno opredeljena. Inštitut za varovanje zdravja (IVZ) in posamezni zavodi za zdravstveno varstvo (ZZV) sodelujejo pri analizi kemijskega tveganja skladno z naročili navedenih služb, z veljavnimi predpisi in mednarodno sprejetimi strokovnimi smernicami ter če zakonodaja najvišjih dovoljenih koncentracij kemikalij ne opredeljuje (Fuart Gatnik in sod. 2012). Kot je bilo omenjeno že v poglavju »Padci«, od leta 2003 pri nas deluje tudi sistem RAPEX (Rapid Alert System for Non-food Consumer Products) za hitro izmenjavo informacij o proizvodih, ki predstavljajo tveganje za zdravje in varnost potrošnikov. Informacije o vrsti proizvoda, nevarnostih, povezanih z njegovo uporabo, in o sprejetih ukrepih so dostopne javnosti, vendar je sistem premalo poznan. Potrošniki bi se morali aktivneje vključiti in sporočiti tržnemu inšpektoratu vsak primer, ko posedujejo ali so v prodajalni, pri znancih oziroma kje drugje opazili enega izmed proizvodov, ki je bil priglašen v sistem RAPEX in ki je objavljen na njegovi spletni strani (M. za gospodarski razvoj in tehnologijo 2012). Premalo pa je drugih aktivnosti in

programov, s katerimi bi izboljšali znanje in zavedanje splošne javnosti o tveganjih za zastrupitve z različnimi proizvodi ter učinkovitih preventivnih ukrepov.

Kot je bilo omenjeno že v poglavju »Padci«, je bil v vrtcih storjen tudi pomemben korak na področju učinkovitega in pravilnega ukrepanja ob akutno nastalih zastrupitvah v vrtcu. Ob sodelovanju Ministrstva za šolstvo in šport ter Ministrstva za zdravje so bila leta 2011 izdana Priporočila za ukrepanje v vrtcu ob nujnih stanjih in nenadno nastalih bolezenskih znakih ter posredovana vsem slovenskim vrtcem v uporabo (Priporočila 2012). Dokument je prinesel v vrtce enoten algoritem ravnanja ob življenje ogrožajočih in drugih nenadno nastalih bolezenskih stanjih, ki zahtevajo ukrepanje in/ali zdravniško pomoč. V njem so opredeljena načela, kako je treba pravilno ukrepati, in navedeni pogoji za nemoteno ukrepanje, npr. priprava potrebnih seznamov imen in telefonskih števil, podatkov o zdravstvenih posebnostih otrok, usposobljenost osebja za nudenje prve pomoči, zagotavljanje opreme za prvo pomoč ...

Prednostno področje: Preprečevanje zastrupitev z ogljikovim monoksidom

Zastrupitve z ogljikovim monoksidom so večinoma predvidljive in preprečljive. Da bi bilo preprečevanje teh zastrupitev uspešno, mora zdravstveni sektor poleg ozaveščanja javnosti spodbuditi in k ustreznim aktivnostim usmeriti tudi druge sektorje, ki so odgovorni za pripravo in izvajanje tehničnih predpisov za gradnjo objektov, proizvodnjo, obrt in za storitveno dejavnost (Braubach in sod. 2012). Za preprečevanje zastrupitev s CO so učinkovite strategije: ozaveščanje prebivalcev o CO kot plinu, ki nima vonja in barve ter je smrtno nevaren; pravilna namestitev in vzdrževanje kurilnih naprav in prezračevanja; vzpostavitev sistema rednega pregledovanja in vzdrževanja kurilnih naprav, dimnih vodov in zračnikov; izvajanje predpisov za zagotavljanje požarne varnosti; obvezna uporaba detektorjev za CO v bivalnih prostorih; ozaveščanje kupcev ter prepoved uporabe orodij in naprav na bencin ali dizelsko gorivo v zaprtih prostorih; spoštovanje standardov in predpisov pri proizvodnji in prodaji proizvodov; izboljšanje spremljanja podatkov o izpostavljenosti in umrljivosti zaradi zastrupitev s CO na nacionalni in mednarodni ravni (CDC 2011; CDC 2007; Braubach in sod. 2012).

Spremljanje podatkov o umrljivosti in bolnišničnih obravnavah zaradi nenamernih in namernih zastrupitev s CO ima v Sloveniji dolgoletno tradicijo (IVZ 1985; IVZ 1988), ob nadaljnjem usklajevanju metodologije in poročanju v Evropsko bazo podatkov o poškodbah (IDB 2012) pa bomo spremljanje okoliščin nastanka zastrupitev s CO razširili z bolnišnične tudi na statistiko obravnav v službah nujne medicinske pomoči.

V Sloveniji se izvajajo ustrezni predpisi za zagotavljanje požarne varnosti (Zakon o varstvu pred požarom 1993; Pravilnik o požarni varnosti stavb 2004), vzpostavljen pa imamo tudi sistem rednega pregledovanja in vzdrževanja kurilnih naprav skladno s predpisi o dimnikarski službi in pravilnikom o oskrbi malih kurilnih naprav, dimnih vodov in zračnikov (Pravilnik o oskrbi malih kurilnih naprav 2004). Vendar bo dosledno izvajanje teh predpisov mogoče šele z vzpostavitvijo registra kurilnih in dimnovodnih naprav, ki bo omogočil pregled vseh evidentiranih tovrstnih naprav v Sloveniji, tudi plinskih grelnikov za ogrevanje in/ali pripravo sanitarne vode, v katerih je zgorevanje goriva odvisno od zraka v prostoru in so bili v zadnjih letih pogost vzrok za smrtne zastrupitve s CO (Delo 2012).

Uporaba detektorjev za CO je verjetno najučinkovitejša strategija za preprečevanje zastrupitev s tem smrtonosnim plinom (Krenzelok in sod. 1996; Hampson 2009). Detektorji CO v bivalnih prostorih so metoda sekundarne preventive in so pomembni za zgodnje opozarjanje stanovalcev o prisotnosti plina, še preden se pojavi močno povišanje koncentracije CO in zastrupitve, ne morejo pa nadomestiti funkcije, ki jo imata redno pregledovanje in vzdrževanje kurilnih naprav (Harduar - Morano in Watkins 2011; Krenzelok in sod. 1996). V ZDA je uporaba detektorjev za CO obvezna že v več kot polovici zveznih držav, Evropska unija pa za zdaj o uvedbi takega predpisa ne razmišlja in to prepušča državam članicam (Harduar - Morano in Watkins 2011; Parlement européen 2011). V Sloveniji bi bilo treba aktivneje pristopiti k spremembi zakonodaje za obvezno vgradnjo detektorjev za CO v bivalnih prostorih, kar podpirata tudi medicinska in elektrotehniška stroka (Brvar 2011; IVZ 2012; Dnevnik 2012).

Poleg zakonodaje in ukrepov za zagotavljanje tehničnih in varnostnih standardov za bivalne prostore in proizvode ter njihovo vzdrževanje je treba hkrati izvajati tudi aktivnosti za izboljšanje znanja in zavedanja prebivalcev o nevarnostih in ukrepih za preprečevanje zastrupitev s CO. To je učinkovito le, če dosežemo dobro sodelovanje različnih sektorjev, organizacij in medijev, npr. policija, gasilci, nacionalni inštitut za javno zdravje, bolnišnice in centri za zastrupitve, dimnikarji, šole, proizvajalci, trgovci (CDC 2011). V Sloveniji imamo premalo aktivnosti za usklajeno in rutinsko letno obveščanje prebivalcev o ukrepih za zagotavljanje varnosti pred zastrupitvijo s CO pred kurilno sezono pa tudi ob pojavu naravnih nesreč. Ob naravnih nesrečah, npr. poplavalah, snežnih zemetih, neurjih, se pogosto pojavijo motnje v preskrbi z elektriko in ogrevanjem, zato se močno poveča uporaba prenosnih generatorjev, grelcev, peči ter orodij in naprav na bencin ali dizelsko gorivo za odstranjevanje naplavin in razbitin. Ob nepravilni uporabi teh naprav se lahko pojavijo zastrupitve s CO, zato je pomembno, da proizvajalci v navodilih za uporabo kupce poučijo o pravilni uporabi naprav in jih opozorijo na nevarnost zastrupitve (CDC 2011).

6.4 Zaključki

Zastrupitve so v Sloveniji tretji vzrok za izgubo zdravih let življenja zaradi nezgod. Ne smemo prezreti, da se je po letu 2005 stopnja umrljivosti močno povišala, predvsem med mladimi (15–29 let), in je v zadnjih letih kar 2,7-krat višja v primerjavi z Nizozemsko, ki je ena najvarnejših držav v Evropi. Med smrtnimi in težkimi zastrupitvami prevladujejo zastrupitve s prepovedanimi drogami, alkoholom in s psihotropnimi zdravili, kar odseva predvsem duševno zdravje prebivalcev Slovenije in razširjenost boleznih odvisnosti. Zato sta potrebna prednostno izvajanje že sprejetih strategij ter razvoj novih učinkovitih strategij, ukrepov in pristopov na področju krepitve duševnega zdravja, zmanjševanja škodljive rabe alkohola in prepovedanih drog. Bolezni odvisnosti so dejavnik tveganja za poškodbe in številne druge akutne in kronične bolezni, zato bodo preventivne strategije prispevale k zmanjšanju obolevnosti in umrljivosti zaradi mnogoterih vzrokov.

Zaradi zastrupitev so najpogosteje sprejeti v bolnišnico mlajši otroci, zato je nujno izvajanje zavez za uresničevanje določil Parnske deklaracije, ki obsega varovanje zdravja otrok z upoštevanjem potreb otrok pri načrtovanju in oblikovanju stanovanj, ustanov in druge

infrastrukture, s spodbujanjem varnosti izdelkov ter z zaščito otrok pred izpostavljenostjo škodljivim snovem in preparatom v bivalnih okoljih. Potrebni so predvsem novi programi za izboljšanje ozaveščenosti in zavedanja javnosti o tveganjih za zastrupitve otrok, učinkovitih preventivnih ukrepov in o uporabi varnostnih sredstev.

V zadnjem desetletju narašča tudi obolevnost zaradi zastrupitev z ogljikovim monoksidom. Za uspešno preprečevanje zastrupitev s CO mora zdravstveni sektor poleg ozaveščanja javnosti spodbuditi in k ustreznim aktivnostim usmeriti tudi druge sektorje, ki so odgovorni za pripravo in izvajanje tehničnih predpisov za gradnjo objektov, proizvodnjo, obrt in za storitveno dejavnost.

6.5 Viri

Bajt M. Tvegana vedenja: Uporaba tobaka, alkohola in marihuane. V: Jeriček H, Lavtar D, Pokrajac T. (ur.). HBSC Slovenija 2006. Z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS, 2007: 121–50.

Babor T, Caetano R, Casswell S, Edwards G, Giesbrecht N, Graham K et al. Alcohol no ordinary commodity. Oxford, Oxford University Press, 2010.

Baker SP, O'Neill B, Ginsburg MJ, Guohau L. The Injury Fact Book, 2nd edition. Oxford University Press, New York, 211, 1992.

Barss P et al. Injury prevention : an international perspective. Epidemiology, surveillance and policy. London: Oxford University Press, 1998.

Bergk V, Gasse C, Rothenbacher D, Loew M, Brenner H, Walter EH. Drug interactions in primary care: Impact of a new algorithm on risk determination. Clin Pharmacol Ther 2004; 76: 85–96.

Božič A, Zupanič T. Zdravje in zdravstveno varstvo v Sloveniji. Ljubljana: Statistični urad RS in Inštitut za varovanje zdravja RS, 2009.

Braubach M, Algoet A, Betaon M, Lauriou S, Heroux ME, Krzyzanowski M. Mortality associated with exposure to carbon monoxide in WHO European member states. Indoor Air 2012; doi: 10.1111/ina.12007.

Brvar M. Ogljikov monoksid – tihi morilec. Naša lekarna 2011; 58. Pridobljeno 22. 11. 2012 s spletne strani: <http://www.nasa-lekarna.si/clanki/clanek/ogljikov-monoksid-tihi-morilec/>.

Brvar M. Nujna stanja zaradi zastrupitev z drogami. V: Drev A, Štokelj R, Krek M (ured.). Nacionalno poročilo 2012 o stanju na področju prepovedanih drog v Republiki Sloveniji. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS, 2012; 97–100.

Brvar M, Možina M. Zastrupitve z zdravili v Sloveniji. Zdrav Vestn 200; 77: 39–45.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Carbon monoxide related deaths – United states 1999–2004. Morbidity and Mortality Weekly Report 2007; 56 (50): 1309–12.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Carbon Monoxide Poisoning Prevention. A Toolkit. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention, 2011. Pridobljeno 20. 11. 2012 s spletne strani: http://www.nphic.org/news/newsletters/cat_view/66-emergency-communications/101-carbon-monoxide/510-cdc-carbon-monoxide-poisoning-prevention-toolkit.

Chien WC, Lin JD, Lai CH, Chung CH, Hung YC. Trends in poisoning hospitalization and mortality in Taiwan, 1999–2008: a retrospective analysis. BMC Public Health 2011; 11: 703–10.

Coben JH, Davis SM, Furbee PM, Sikora RD, Tillotson RD, Bossarte RM. Hospitalizations for Poisoning by Prescription Opioids, Sedatives, and Tranquilizers. *Am J Prev Med* 2010; 38 (5): 517–24.

Cubbin C, LeClere FB, Smith GS. Socioeconomic status and the occurrence of fatal and nonfatal injury in the United States. *American Journal of Public Health* 2000; 90: 70–7.

Currie C, Zanotti C, Morgan A, Currie D, de Looze M, Roberts C et al. Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2012 (Health Policy for Children and Adolescents, No. 6).

Delo. V apartmaju na Rogli našli tri trupla. Trojica, fant in dekle, stara 24 let, in njun 22-letni prijatelj, se je zastrupila z ogljikovim monoksidom. Delo, 17. 1. 2012. Pridobljeno 28. 11. 2012 s spletne strani: Delo.si.

Department for children, school and families (DCSF). The Home Office and Department of Health. Youth Alcohol Action Plan. Richmond (UK): The Stationery Office, 2008. Pridobljeno 23. 1. 2010 s spletne strani: <http://publications.dcsf.gov.uk/eOrderingDownload/Cm%207387.pdf>.

Dnevnik. Vgradnja detektorjev CO: Z nekaj evri možno rešiti veliko življenj. Dnevnik, 30. 1. 2012. Pridobljeno 15. 11. 2012 s spletne strani: <http://www.dnevnik.si/zdravje/1042506085>.

Drev A, Krek M, Paš M. Odzivi na z drogami povezane težave z zdravjem in druge posledice. V: Drev A, Štokelj R, Krek M (ured.). Nacionalno poročilo 2012 o stanju na področju prepovedanih drog v Republiki Sloveniji. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS, 2012; 121–3.

Elkan R, Kendrick D, Hewitt M, Robinson JJ, Tolley K, Blair M. The effectiveness of domiciliary health visiting: a systematic review of international studies and a selective review of the British literature. *Health Technology Assessment* 2000;4: 1–339.

Engels RCME, Ter Bogt T. Influences of risk behaviours on the quality of peer relations in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence* 2001; 30: 675–95.

Environmental Protection Agency (EPA). Preventing carbon monoxide poisoning. Information for older adults and their caregivers. Fact sheet, 2009. Pridobljeno 28. 11. 2012 s spletne strani: <http://www.epa.gov/aging/resources/factsheets/pcmp/>.

European Commission. European Injury Database (IDB). Pridobljeno 4. 4. 2012 s spletne strani: <https://webgate.ec.europa.eu/sanco/heidi/index.php/IDB>.

European Commission. Report on the state of young people's health in the European Union. A Commission Services Working Paper. Luxembourg: European Commission, Directorate-General Health and Consumer Protection, Unit F3 – Health promotion, health monitoring, and injury prevention, 2000. Pridobljeno 16. 5. 2011 s spletne strani: http://ec.europa.eu/health/ph.../reporting/ke01_en.pdf.

Fortuna M, Perharic L. Incidence of severe adverse effects managed in a Slovenian intensive care unit. *Clin Toxicol* 2002; 40 (3): 366.

Fuart Gatnik M, Perharič L. Kemikalije v predmetih splošne rabe. V: Pucelj V, Drglin Z, Vrdelja M (ured.). Predšolski otroci. Priročnik za izvajalce vzgoje za zdravje ob sistematskih pregledih predšolskih otrok. Ljubljana: Inštitut a za varovanje zdravja RS, 2012; 29–32.

Gibbs L, Waters E, Sherrard J, Ozzane-Smith J, Robinson J et al. Understanding parental motivators and barriers to uptake of child poison safety strategies: a qualitative study. *Inj Prev* 2005; 11: 373–7.

Gorup E. Polifarmacija, varnost predpisovanja in interakcije zdravil pri sočasnih boleznih in stanjih. V: Kersnik J, Iljaž R (ured.). Sočasne bolezni in stanja. Monografija za 22. učne delavnice za zdravnike družinske medicine; 2005; Ljubljana. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, 2005. Pridobljeno 6. 12. 2012 s spletne strani: <http://www.drmed.org/index.php?k=14&n=786>.

- Gosar A, Kuzman M, Perharič L, Petrič V, Pšenica J. Zloraba drog med študenti v Ljubljani. *Med Razgl* 1984; 23(3): 175-204.
- Graber JM, Smith AE. Results from a State-Based Surveillance System for Carbon Monoxide Poisoning. *Public Health Reports* 2007; 122.
- Green SL, Dargan PI, Jones AL. Acute poisoning: understanding 90 % of cases in a nutshell. *Postgrad Med J* 2005; 81: 204–16.
- Grenc D. Zastrupitve s psihotropnimi zdravili. *Med Razgl* 2009; 48: 39–47.
- Hampson NB. Residential carbon monoxide detector use: opportunities for poisoning prevention. *J Environ Health* 2009; 1–4.
- Harduar - Morano L, Watkins S. Review of Unintentional Non-Fire-Related Carbon Monoxide Poisoning Morbidity and Mortality in Florida, 1999–2007. *Public Health Reports* 2011; 126: 240–50.
- Hattis D, Ginsberg G, Soanwane B, Smolenski S, Russ A, Kozlak M et al. Differences in pharmacokinetics between children and adults – II. Children's variability in drug elimination half-lives and in some parameters needed for physiologically based pharmacokinetic modelling. *Risk Analysis* 2003; 23: 117–42;
- Hibell B, Guttormsson U, Ahlström S, Balakireva O, Bjarnason T, Kokkevi A, Kraus L. The 2011 ESPAD Report. Substance Use Among Students in 36 European Countries. Stockholm: The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs, 2012. Pridobljeno 17. 11. 2012 s spletne strani: http://www.idt.pt/PT/Investigacao/Documents/Relatorio/The_2011_ESPAD_Report_FULL.pdf.
- Hren J. Politike na področju drog: Zakonodaja, strategija in ekonomska analiza. V: Drev A, Štokelj R, Krek M (ured.). Nacionalno poročilo 2012 o stanju na področju prepovedanih drog v Republiki Sloveniji. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS, 2012; 15–24.
- Iqbal S, Law HZ, Clower JH, Yip FY, Elixhauser A. Hospital burden of unintentional carbon monoxide poisoning in the United States, 2007. *Am J Emerg Med* 2012; 30: 657–64.
- Inštitut za varovanje zdravja (IVZ). Kemijska varnost. Toksikovigilanca. IVZ, 2007. Pridobljeno 22. 11. 2012 s spletne strani: http://www.ivz.si/Mp.aspx?ni=127&pi=5&_5_id=262&_5_PageIndex=0&_5_groupId=255&_5_newsCategory=&_5_action>ShowNewsFull&pl=127-5.0.
- Inštitut za varovanje zdravja (IVZ). Zaradi kurjenja v zimskem času običajno več zastrupitev z ogljikovim monoksidom. Pridobljeno 22. 11. 2012 s spletne strani: http://www.ivz.si/Mp.aspx?ni=111&pi=5&_5_id=1861&_5_PageIndex=0&_5_groupId=256&_5_newsCategory=&_5_action>ShowNewsFull&pl=111-5.0.
- Jeriček Klanšček H, Gabrijelčič Blenkuš M, Zorko M. Sklepne ugotovitve. V: Jeriček Klanšček, H., Zorko, M., Bajt, M. in Roškar, S. (ur.). Duševno zdravje v Sloveniji. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 2009: 100–5.
- Kamin T, Zorko M. Predstavitev MOSA-tržnice. 1. (Brdo pri Kranju 2010) in 2. (Bled 2012). Nacionalna konferenca o alkoholni politiki, 2012 (neobjavljeno).
- Kendrick D, Sutton AJ, Cooper NJ, Towner E, Reading R, McColl E et al. Effect of education and safety equipment on poisoning prevention practices and poisoning: systematic review, meta-analysis and meta-regression. *Archives of Disease in Childhood* 2008; 93: 599–608.
- Korač T, Kumše Z, Krek M. Drug use among University of Ljubljana students. In: Krek M. (ur.) Report on the Drug Situation 2009 of the Republic of Slovenia. Ljubljana: National Institute of Public Health, 2009. Pridobljeno 23. 1. 2010 s spletne strani: http://www.ivz.si/knjiznica/arhiv/porocila/National_Report_2009.pdf.

Kovše K, Hočevar T. Pitje alkoholnih pijač. V: Jeriček Klanšček H, Roškar S, Koprivnikar H, Pucelj V, Bajt M, Zupanič T, editors. Neenakosti v zdravju in z zdravjem povezanih vedenjih slovenskih mladostnikov. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS, 2011: 216–27.

Krek M. Z drogami povezano zdravljenje in obravnava. V: Drev A, Štokelj R, Krek M (ured.). Nacionalno poročilo 2012 o stanju na področju prepovedanih drog v Republiki Sloveniji. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS, 2012; 69–92.

Krek M, Drev A, Paš M, Hren J. Sistem za zgodnje opozarjanje na pojav novih psihoaktivnih snovi v Sloveniji. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS, 2011.

Krenzelok EP, Roth R, Full R. Carbon monoxide...the silent killer with an audible solution. *Am J Emerg Med* 1996; 14: 484–6.

Liebelt EL. Hyperbaric oxygen therapy in childhood carbon monoxide poisoning. *Curr Opin Ped* 1999; 11 (3): 259–64.

Lyons RA, Jones SJ, Deacon T, Heaven M. Socioeconomic variation in injury in children and older people: a population based study. *Injury Prevention* 2003; 9.

MacKay M, Vincenten J. Child Safety Report Card 2012 – Slovenia. Birmingham: European Child Safety Alliance, Eurosafe, 2012. Pridobljeno 17. 9. 2012 s spletne strani: <http://www.childsafetyeurope.org/reportcards/downloads.html>.

MacKay M, Vincenten J, Brussoni M, Towner L. Child Safety Good Practice Guide: Good investments in unintentional child injury prevention and safety promotion. Amsterdam: European Child Safety Alliance, Eurosafe, 2006. Pridobljeno 17. 11. 2009 s spletne strani: [http://www.eurosafe.eu.com/csi/eurosafe2006.nsf/wwwAssets/2B233C1234C23BA2C125786500399993/\\$file/GoodPracticeGuide.pdf](http://www.eurosafe.eu.com/csi/eurosafe2006.nsf/wwwAssets/2B233C1234C23BA2C125786500399993/$file/GoodPracticeGuide.pdf).

Malinowska - Cieslik M, van den Borne B. Prevention of mushroom poisoning of children: effectiveness of a community-based school education programme. *Health Education Research* 1998; 1: 13–23.

Miller MD, Marty MA, Arcus A, Brown J, Morry D, Sandy M. Differences between children and adults: Implications for risk assessment at California EPA. *Int J Toxicol* 2002; 21: 402–18.

Ministrstvo za gospodarski razvoj in tehnologijo. RAPEX – sistem hitre izmenjave informacij (2003). Pridobljeno 23. 1. 2012 s spletne strani: http://www.mg.gov.si/si/delovna_podrocja/notranji_trg/sector_za_tehnicno_zakonodajo/direktiva_o_spl_osni_varnosti_proizvodov/rapex_sistem_hitre_izmenjave_informacij/.

Mobilizacija skupnosti za odgovornejši odnos do alkohola (MOSA) – Baza podatkov preventivnih programov, 2013. Pridobljeno 14. 12. 2012 s spletne strani: http://www.infomosa.si/baze_podatkov/preventivni_programi/.

Monras M, Mondon S, Jou J. Características de personalidad en pacientes alcohólicos mediante el cuestionario Temperament and Character Inventory (TCI). Diferencias según la existencia de abuso de benzodiazepinas (BZD) y trastornos de la personalidad. *Adicciones* 2008; 20 (2): 143–8.

Ozzane - Smith J, Day L, Parsons B. Childhood poisoning: access and prevention. *J Pediatr Child Health* 2001; 37: 262–5.

Parlement européen. Parliamentary questions, 2011. Pridobljeno 28.11.2012 s spletne strani: <http://www.europarl.europa.eu/sides/getAllAnswers.do?reference=E-2011-000967&language=FR>

Pečar - Čad S, Hribovšek T. Ambulantno predpisovanje zdravil v Sloveniji po ATC klasifikaciji v letu 2009. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS, 2010. Pridobljeno 6. 12. 2012 s spletne strani: http://www.ivz.si/zdravila_druge_publicacije?pi=5&_5_Filename=attName.png&_5_MediaId=6018&_5_AutoResize=false&pl=137-5.3.

Peden M, Scurfield R, Sleet D, Mohan D, Hyder AA, Jarawan E, Mathers C (editors). World report on road traffic injury prevention. Geneva: World Health Organization, 2004.

Pridobljeno 21. 6. 2008 s spletne strani: http://siteresources.worldbank.org/INTTRANSPORT/214578-1099519018421/20281262/WHO_full_report_en.pdf.

Perharič L. Ocena tveganja dejavnikov iz okolja na Inštitutu za varovanje zdravja. *Isis (Ljublj.)* 2012; 21 (1): 25–8.

Perharič L, Rok Simon M, Jamšek M, Grenc D, Krek M. Trends in hospitalisation due to poisoning and in telephone enquiries to the Poison control centre involving Slovenian children and young people. *Clin Toxicol* 2010; 48 (3): 284.

Perkins HW. Social norms and the prevention of alcohol misuse in collegiate contexts. *Journal of Studies on Alcohol* 2002; 14:164–72.

Petrovic M, Vandierendonck A, Mariman A, van Maele G, Afschift M, Pevernagie D. Personality traits and socio-epidemiological status of hospitalised elderly benzodiazepine users. *Int J Psychiatry* 2002; 17 (8): 733–8.

Pravilnik o oskrbi malih kurilnih naprav, dimnih vodov in zračnikov pri opravljanju javne službe izvajanja meritev, pregledovanja in čiščenja kurilnih naprav, dimnih vodov in zračnikov. Ur. l. RS, št. 128/2004. Pridobljeno 20. 11. 2012 s spletne strani:

<http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?urlid=2004128&stevilka=5353>.

Pravilnik o požarni varnosti v stavbah. Ur. l. RS, št. 31/2004, 10/2005, 83/2005, 14/2007. Pridobljeno 28. 11. 2012 s spletne strani: http://zakonodaja.gov.si/rpsi/r08/predpis_PRAV5628.html.

Program za otroke in mladino 2006–2016. Ljubljana: Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve, 2006. Pridobljeno 20. 3. 2009 s spletne strani:

http://www.mddsz.gov.si/fileadmin/mddsz.gov.si/pageuploads/dokumenti_pdf/pom2006_2016_splet_241006.pdf.

Resolucija o nacionalnem programu na področju drog 2004–2009 (ReNPPD). Ur. l. RS, št. 28/2004. Pridobljeno 27. 3. 2010 s spletne strani: http://zakonodaja.gov.si/rpsi/r02/predpis_RESO32.html.

Resolucija o nacionalnem programu za kemijsko varnost z akcijskimi načrti za prednostna področja v obdobju 2006–2010. Pridobljeno 10. 11. 2010 s spletne stran:

<http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?urlid=2006119&stevilka=5081>.

Rok Simon M. Epidemiologija poškodb otrok in mladostnikov v Sloveniji. Podiplomski študij Javno zdravje otrok, mladostnic in mladostnikov; šolsko leto 2010/2011. Ljubljana: Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani, Katedra za pediatrijo, 2010.

Rok Simon M (ured.) Priporočila za ukrepanje v vrtcu ob nujnih stanjih in nenadno nastalih bolezenskih znakih. Dopolnjena izdaja. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 2012. Pridobljeno 16. 7. 2012 s spletne strani:

http://www.ivz.si/Mp.aspx?ni=0&pi=7&_7_id=2018&_7_PageIndex=0&_7_groupId=228&_7_newsCategory=&_7_action>ShowNewsFull&pl=0-7.0.

Schmid H. Cannabis use in Switzerland: the role of attribution of drug use to friends, urbanization and repression. *Swiss Journal of Psychology* 2001; 60: 99–107.

Schulenberg JE, Maggs JL. A developmental perspective on alcohol use and heavy drinking during adolescence and the transition to young adulthood. *Journal of Studies on Alcohol*, 2002, 14 (Suppl.): 54–70.

Schweizer E, Rickels K, De Martinis N, Case G, Garcia - España F. The effect of personality on withdrawal severity and taper outcome in benzodiazepine dependent patients. *Psychol Med*. 1998; 28 (3): 713–720.

Sethi D, Racioppi F, Baumgartner I, Vida P. Injuries and violence in Europe: Why they matter and what can be done. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2006.

Sethi D. Poisoning. In: Sethi D, Towner E, Vincenten J, Segui - Gomez M, Raccioppi F (edit.). Euroeapan Report on Child Injury Prevention. Copenhagen: WHO European Office for Europe, 2008; 39–48.

Stergar E. Uporaba drog med šolsko populacijo. ESPAD 2011. V: Drev A, Štokelj R, Krek M (ured.). Nacionalno poročilo 2012 o stanju na področju prepovedanih drog v Republiki Sloveniji. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS, 2012; 32–6.

Strategija EU na področju drog (2005-2012). Bruselj: Svet Evropske Unije, 2004. Pridobljeno 10. 11. 2012 s spletne strani:
http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_10375_SL_EU%20Drugs%20Strategy_SL.PDF.

Štokelj R, Drev A, Lavtar D, Delfar N. Anketa o uporabi tobaka, alkohola in drugih drog v populaciji 15-64 let. V: Drev A, Štokelj R, Krek M (ured.). Nacionalno poročilo 2012 o stanju na področju prepovedanih drog v Republiki Sloveniji. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS, 2012; 26–32.

Strategija EU na področju drog 2013–2020. Ur. l. EU, št. 402 (55)/2012. Pridobljeno 8. 1. 2013 s spletne strani: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2012:402:FULL:SL:PDF>.

WebMD. First aid & emergencies: carbon monoxide. Pridobljeno 18. 11. 2012 s spletne strani: <http://firstaid.webmd.com/carbon-monoxide-co>.

World Health Organization (WHO). The World Health Report 2004 – Changing history. Geneva: World Health Organization, 2004. Pridobljeno 16. 11. 2009 s spletne strani: <http://www.who.int/whr/2004/en>.

World Health Organization (WHO). Mortality Database, Tables, 2006. Pridobljeno 16. 3. 2009 s spletne strani: <http://www.who.int/healthinfo/morttables/en/index.html>.

^aWorld Health Organization (WHO). Injuries and violence: the facts. Geneva: World Health Organization, 2010. Pridobljeno 21. 8. 2011 s spletne strani:
http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599375_eng.pdf.

^bWorld Health Organization (WHO). Parmaska deklaracija o okolju in zdravju. EUR/55934/5.1 Rev. 2, 2010. Pridobljeno 10. 11. 2010 s spletne strani:
http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/zakonodaja/mednarodna_zakonodaja/Parmska_deklaracija_o_okolju_in_zdravju_Parma_12_marec_2010.doc.

World Health Organization (WHO). Regional Office for Europe. European mortality database (MDB). Copenhagen, 2012. Pridobljeno 20. 2. 2012 s spletne strani: <http://data.euro.who.int/hfamdb/>.

Zakon o varstvu pred požarom. Ur. l. RS, št. 71/1993, 87/2001, 110/2002-ZGO-1, 105/2006, 3/2007-UPB1, 9/2011, 83/2012. Pridobljeno 28. 11. 2012 s spletne strani:
http://zakonodaja.gov.si/rpsi/r02/predpis_ZAKO302.html.

Zorko M, Bajt M. Trendi v pitju alkohola. V: Jeriček Klanšček H, Koprivnikar H, Zupanič T, Pucelj V, Bajt M (ured.). Spremembe v vedenjih, povezanih z zdravjem mladostnikov v Sloveniji v obdobju 2002–2010. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS, 2012; 183–96.

Zupančič M. Predpisovanje psihofarmakov v ambulanti splošne medicine. V: Švab I, Kersnik J (ured.). Predpisovanje zdravil. Zbornik 15. učnih delavnic za zdravnike družinske medicine. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske – splošne medicine SDZ, 1998. Pridobljeno 6. 12. 2012 s spletne strani: http://www.drmed.org/strok/ssi/predpisovanje_zdravil/index.htm.



7

METODOLOGIJA IN VIRI PODATKOV

Avtorica: Mateja Rok Simon

7 METODOLOGIJA IN VIRI PODATKOV

V zdravstveni statistiki so poškodbe akutne fizične okvare, ki so opredeljene v poglavjih XIX (Poškodbe, zastrupitve in nekatere druge posledice zunanjih vzrokov) in XX (Zunanji vzroki obolevnosti in umrljivosti) Mednarodne klasifikacije bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene (MKB-10) (MKB 2005). Med poškodbe sodijo tudi utopitve (pomanjkanje kisika), podhladitev (pomanjkanje toplote), zadavitev (pomanjkanje kisika), dekompresijska bolezen (presežek dušika), zastrupitve (delovanje toksične snovi), med poškodbe pa ne sodijo stanja, ki nastanejo zaradi dolgotrajnega stresa, npr. sindrom karpalnega kanala, kronična bolečina ledvenega dela hrbtenice, zastrupitev zaradi infekcije (Laflamme 1999; Holder in sod. 2001).

Vzroki smrti in zdravstvene posledice so opredeljeni glede na vrsto poškodb (površinska poškodba, rana, zlom, izpah, zvin, nateg, zastrupitev itn.), poškodovani del telesa (glava, vrat, okončine, prsni koš, trebuh itn.) in zunanji vzrok. Podatek o zunanjem vzroku pove, ali je poškodba nastala namerno ali nenamerno, ter razjasni vzroke in okoliščine nastanka poškodbe. Ločimo nenamerno povzročene poškodbe, npr. v prometnih nezgodah, pri padcih, utopitvah, zadužitvah, izpostavljenosti ognju, toksični snovi itn., namerno povzročene poškodbe, npr. zaradi medosebnega nasilja, samopoškodbe, zakonitega posredovanja, vojne operacije, ter poškodbe, ki so posledica dogodkov nedoločenega namena (MKB 2005) V publikaciji so prikazani podatki zdravstvene statistike o umrljivosti, hospitalizacijah, obravnavah v službah nujne medicinske pomoči in o obravnavah v primarnem zdravstvenem varstvu zaradi poškodb in zastrupitev (S01-T98), po starosti, spolu, zunanjem vzroku in po naravi poškodbe. Podrobneje so analizirani podatki o nenamernih poškodbah zaradi prometnih nezgod (V01-V89) in padcev (W01-W19) ter podatki o nenamernih zastrupitvah (T36-T65, F10-F19) (MKB 2005).

Epidemiološki podatki so prikazani v absolutnih številkah in deležih, s starostno in po spolu specifično stopnjo umrljivosti, hospitalizacij in obravnav v službah nujne medicinske pomoči zaradi poškodb in zastrupitev ter s stopnjo prometnih nezgod zaradi alkohola, vse na 100.000 preb. Podatki o umrljivosti zajemajo obdobje 2005–2010, o hospitalizacijah obdobje 2007–2010, podatki o obravnavah v službah nujne medicinske pomoči pa obdobje 2007–2009. Razlike med posameznimi skupinami prebivalcev so označene kot statistično značilne, če je $p < 0,05$. Za primerjavo med državami in prikaz trendov so izračunane starostno standardizirane stopnje umrljivosti (SDR) in hospitalizacij (SHR) na 100.000 preb., ki so bile standardizirane na evropsko populacijo z metodo direktne standardizacije. Trendi standardiziranih stopenj umrljivosti in hospitalizacij so prikazani za obdobje 1985–2009 oziroma 1997–2010. Trend je označen kot statistično značilen, če je $R^2 \geq 0,50$.

Vir podatkov o umrlih je »Baza podatkov o umrlih« (aIVZ 1985–2010), podatki o bolnišničnih obravnavah pa izhajajo iz »Podatkovne zbirke o bolnišničnih obravnavah zaradi poškodb in zastrupitev« (bIVZ 1988–2010), podatki o obravnavah v službah nujne medicinske pomoči na sekundarni ravni in v primarnem zdravstvenem varstvu pa iz »Zunajbolnišnične statistike –

specialistično ambulantna dejavnost in primarno zdravstveno varstvo» (IVZ 2007–2009), vse Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije. Vir podatkov o stalnih prebivalcih Slovenije je Centralni register prebivalstva Republike Slovenije (CRP).

Izbrani podatki o starostno standardiziranih stopnjah umrljivosti zaradi poškodb in posameznih zunanjih vzrokov poškodb ter izračuni YLL, YDL in DALYs za Slovenijo so bili pridobljeni iz mednarodnih zbirk podatkov (WHO 2006; WHO 2010; WHO 2012).

7.1 Viri

Holder Y, Peden M, Krug E, Lund J, Gururaj G, Kobusingye O (ured.). Injury Surveillance Guidelines. Geneva: World Health Organization, 2001.

^aInštitut za varovanje zdravja (IVZ). Baza podatkov o umrlih, 1985–2010. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.

^bInštitut za varovanje zdravja (IVZ). Podatkovna zbirka o bolnišničnih obravnavah zaradi poškodb in zastrupitev, 1988–2010. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.

^cInštitut za varovanje zdravja (IVZ). Zunajbolnišnična statistika (ZUBSTAT), 2007–2009. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.

Laflamme L, Svansson L, Schelp L. Safety Promotion Research – A Public Health Approach to Accident and Injury Prevention. Stockholm: Karolinska Institutet, 1999.

Mednarodne klasifikacije bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene (MKB). 10. revizija. 2. izdaja. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 2005.

World Health Organization (WHO). Mortality Database, Tables, 2006. Pridobljeno 16. 3. 2009 s spletne strani: <http://www.who.int/healthinfo/morttables/en/index.html>.

World Health Organization (WHO). Regional Office for Europe. European detailed mortality database. Copenhagen, 2010. Pridobljeno 16. 1. 2010 s spletne strani: <http://data.euro.who.int/hfamdb/>.

World Health Organization (WHO). Regional Office for Europe. Health for All Database (HFA-DB). Mortality based indicators. WHO / Europe, January 2012. Pridobljeno 10. 5. 2012 s spletne strani: <http://data.euro.who.int/hfaddb/>.



8

PRILOGA

Dodatni izsledki analize

8 PRILOGA: Dodatni izsledki analize

Preglednica 8.1. Skupno število umrlih (2006-2010) in stopnja (na 100.000) zaradi poškodb in zastrupitev (S01-T98), po starostnih skupinah in sklopih zunanega vzroka, Slovenija. (Vir: Baza podatkov o umrlih, IVZ)

| SKUPAJ | 0 let | | 1-5 let | | 6-14 let | | 15-19 let | | 20-29 let | | 30-44 let | | 45-64 let | | 65-79 let | | nad 79 let | | Skupaj | |
|--|-----------|--------------|-----------|-------------|-----------|-------------|------------|--------------|------------|--------------|------------|--------------|-------------|--------------|-------------|---------------|-------------|---------------|-------------|--------------|
| | Št. | Stop. | Št. | Stop. | Št. | Stop. | Št. | Stop. | Št. | Stop. | Št. | Stop. | Št. | Stop. | Št. | Stop. | Št. | Stop. | Št. | Stop. |
| Pešec | 0 | 0,00 | 8 | 1,70 | 6 | 0,71 | 9 | 1,60 | 13 | 0,91 | 22 | 0,96 | 72 | 2,57 | 53 | 4,16 | 27 | 7,28 | 210 | 2,07 |
| Kolesar | 1 | 0,97 | 0 | 0,00 | 3 | 0,35 | 2 | 0,36 | 6 | 0,42 | 8 | 0,35 | 35 | 1,25 | 21 | 1,65 | 10 | 2,70 | 85 | 0,84 |
| Motorist | 2 | 1,94 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 19 | 3,38 | 79 | 5,50 | 60 | 2,62 | 48 | 1,71 | 12 | 0,94 | 3 | 0,81 | 221 | 2,18 |
| Oseba v avtomobilu | 3 | 2,91 | 6 | 1,28 | 2 | 0,24 | 58 | 10,32 | 178 | 12,40 | 135 | 5,90 | 91 | 3,24 | 65 | 5,10 | 20 | 5,39 | 555 | 5,46 |
| Druge nezgode med transportom | 4 | 3,88 | 3 | 0,64 | 3 | 0,35 | 2 | 0,36 | 14 | 0,98 | 38 | 1,66 | 54 | 1,92 | 33 | 2,59 | 3 | 0,81 | 150 | 1,48 |
| Padci | 5 | 4,85 | 1 | 0,21 | 2 | 0,24 | 5 | 0,89 | 21 | 1,46 | 70 | 3,06 | 267 | 9,51 | 642 | 50,33 | 1378 | 371,56 | 2386 | 23,49 |
| Izposta. neživim in mehan. silam | 6 | 5,82 | 2 | 0,43 | 3 | 0,35 | 1 | 0,18 | 10 | 0,70 | 26 | 1,14 | 51 | 1,82 | 24 | 1,88 | 3 | 0,81 | 120 | 1,18 |
| Izposta. živim mehan. silam | 7 | 6,79 | 0 | 0,00 | 1 | 0,12 | 0 | 0,00 | 1 | 0,07 | 3 | 0,13 | 1 | 0,04 | 5 | 0,39 | 1 | 0,27 | 12 | 0,12 |
| Naključna utopitev, potopitev | 8 | 7,76 | 2 | 0,43 | 1 | 0,12 | 2 | 0,36 | 9 | 0,63 | 22 | 0,96 | 48 | 1,71 | 24 | 1,88 | 12 | 3,24 | 120 | 1,18 |
| Druga naključna ogrožanja dihanja | 9 | 8,73 | 1 | 0,21 | 3 | 0,35 | 0 | 0,00 | 2 | 0,14 | 12 | 0,52 | 61 | 2,17 | 44 | 3,45 | 40 | 10,79 | 164 | 1,61 |
| Elektrika, sevanje, skrajna temp., tlak v okolju | 10 | 9,70 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 3 | 0,21 | 5 | 0,22 | 10 | 0,36 | 2 | 0,16 | 0 | 0,00 | 20 | 0,20 |
| Dim, ogenj, plamen | 11 | 10,67 | 0 | 0,00 | 1 | 0,12 | 1 | 0,18 | 0 | 0,00 | 4 | 0,17 | 16 | 0,57 | 13 | 1,02 | 13 | 3,51 | 48 | 0,47 |
| Vročina, vroče snovi | 12 | 11,64 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 4 | 0,31 | 3 | 0,81 | 7 | 0,07 |
| Strupene živali, rastline | 13 | 12,62 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 3 | 0,13 | 2 | 0,07 | 3 | 0,24 | 0 | 0,00 | 8 | 0,08 |
| Izpostavljenost naravnim silam | 14 | 13,59 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 1 | 0,18 | 7 | 0,49 | 11 | 0,48 | 43 | 1,53 | 23 | 1,80 | 12 | 3,24 | 97 | 0,95 |
| Naklju. izpost. škod. snovem in zastru. z njimi | 15 | 14,56 | 1 | 0,21 | 1 | 0,12 | 7 | 1,25 | 45 | 3,14 | 70 | 3,06 | 106 | 3,78 | 28 | 2,20 | 6 | 1,62 | 264 | 2,60 |
| Čezmeren napor, potovanje, pomankanje | 16 | 15,53 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 1 | 0,04 | 0 | 0,00 | 1 | 0,27 | 2 | 0,02 |
| Naključna izpost. drugim in neopred. dejavnikom | 17 | 16,50 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 1 | 0,07 | 1 | 0,04 | 2 | 0,07 | 1 | 0,08 | 3 | 0,81 | 8 | 0,08 |
| Namerno samopoškodovanje | 18 | 17,47 | 0 | 0,00 | 2 | 0,24 | 46 | 8,18 | 193 | 13,45 | 412 | 18,00 | 847 | 30,18 | 432 | 33,87 | 144 | 38,83 | 2076 | 20,44 |
| Napad | 19 | 18,44 | 2 | 0,43 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 12 | 0,84 | 17 | 0,74 | 24 | 0,86 | 10 | 0,78 | 5 | 1,35 | 70 | 0,69 |
| Dogodek nedoločene namena | 20 | 19,41 | 0 | 0,00 | 2 | 0,24 | 2 | 0,36 | 35 | 2,44 | 56 | 2,45 | 73 | 2,60 | 54 | 4,23 | 17 | 4,58 | 240 | 2,36 |
| Zapleti med zdravniško in kirurško oskrbo | 21 | 20,38 | 0 | 0,00 | 1 | 0,12 | 0 | 0,00 | 1 | 0,07 | 8 | 0,35 | 45 | 1,60 | 130 | 10,19 | 71 | 19,14 | 256 | 2,52 |
| Kasne posl. zun. vzrokov | 22 | 21,35 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 2 | 0,14 | 3 | 0,13 | 23 | 0,82 | 27 | 2,12 | 26 | 7,01 | 81 | 0,80 |
| Dodatni dejavniki, uvrščeni drugje | 23 | 22,32 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 1 | 0,04 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 1 | 0,01 |
| Skupaj | 24 | 23,29 | 26 | 5,54 | 31 | 3,66 | 155 | 27,57 | 632 | 44,03 | 986 | 43,07 | 1921 | 68,45 | 1650 | 129,35 | 1798 | 484,81 | 7201 | 70,88 |

Preglednica 8.2. Skupno število umrlih moških (2006–2010) in stopnja (na 100.000) zaradi poškodb in zastrupitev (S01–T98), po starostnih skupinah in sklopih zunanega vzroka, Slovenija. (Vir: Baza podatkov o umrlih, IVZ)

| MOŠKI | 0 let | | 1–5 let | | 6–14 let | | 15–19 let | | 20–29 let | | 30–44 let | | 45–64 let | | 65–79 let | | nad 79 let | | Skupaj | |
|--|----------|----------|-----------|-------------|-----------|-------------|------------|--------------|------------|--------------|------------|--------------|-------------|---------------|-------------|---------------|------------|---------------|-------------|---------------|
| | Št. | Stop. | Št. | Stop. | Št. | Stop. | Št. | Stop. | Št. | Stop. | Št. | Stop. | Št. | Stop. | Št. | Stop. | Št. | Stop. | Št. | Stop. |
| Pešec | 0 | 0 | 5 | 2,07 | 2 | 0,46 | 7 | 2,42 | 9 | 1,20 | 17 | 1,43 | 56 | 3,94 | 33 | 6,09 | 11 | 10,96 | 140 | 13,94 |
| Kolesar | 0 | 0 | 0 | 0,00 | 2 | 0,46 | 2 | 0,69 | 6 | 0,80 | 7 | 0,59 | 30 | 2,11 | 11 | 2,03 | 9 | 8,96 | 67 | 6,67 |
| Motorist | 0 | 0 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 18 | 6,21 | 76 | 10,10 | 57 | 4,81 | 46 | 3,24 | 11 | 2,03 | 3 | 2,99 | 211 | 21,02 |
| Oseba v avtomobilu | 0 | 0 | 3 | 1,24 | 1 | 0,23 | 44 | 15,19 | 150 | 19,94 | 116 | 9,79 | 70 | 4,93 | 42 | 7,76 | 12 | 11,95 | 438 | 43,63 |
| Druge nezgode med transportom | 0 | 0 | 3 | 1,24 | 2 | 0,46 | 1 | 0,35 | 12 | 1,59 | 38 | 3,21 | 49 | 3,45 | 28 | 5,17 | 2 | 1,99 | 135 | 13,45 |
| Padci | 0 | 0 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 4 | 1,38 | 17 | 2,26 | 64 | 5,40 | 225 | 15,84 | 381 | 70,35 | 415 | 413,33 | 1106 | 110,16 |
| Izposta. neživim in mehan. silam | 0 | 0 | 1 | 0,41 | 2 | 0,46 | 1 | 0,35 | 10 | 1,33 | 25 | 2,11 | 47 | 3,31 | 23 | 4,25 | 2 | 1,99 | 111 | 11,06 |
| Izposta. živim mehan. silam | 0 | 0 | 0 | 0,00 | 1 | 0,23 | 0 | 0,00 | 1 | 0,13 | 2 | 0,17 | 1 | 0,07 | 4 | 0,74 | 1 | 1,00 | 10 | 1,00 |
| Naključna utopitev, potopitev | 0 | 0 | 2 | 0,83 | 1 | 0,23 | 1 | 0,35 | 7 | 0,93 | 17 | 1,43 | 43 | 3,03 | 15 | 2,77 | 5 | 4,98 | 91 | 9,06 |
| Druga naključna ogrožanja dihanja | 0 | 0 | 0 | 0,00 | 2 | 0,46 | 0 | 0,00 | 2 | 0,27 | 10 | 0,84 | 48 | 3,38 | 27 | 4,99 | 13 | 12,95 | 102 | 10,16 |
| Elektrika, sevanje, skrajna temp., tlak v okolju | 0 | 0 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 3 | 0,40 | 5 | 0,42 | 10 | 0,70 | 1 | 0,18 | 0 | 0,00 | 19 | 1,89 |
| Dim, ogenj, plamen | 0 | 0 | 0 | 0,00 | 1 | 0,23 | 1 | 0,35 | 0 | 0,00 | 3 | 0,25 | 16 | 1,13 | 10 | 1,85 | 4 | 3,98 | 35 | 3,49 |
| Vročina, vroče snovi | 0 | 0 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 2 | 0,37 | 3 | 2,99 | 5 | 0,50 |
| Strupene živali, rastline | 0 | 0 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 3 | 0,25 | 2 | 0,14 | 3 | 0,55 | 0 | 0,00 | 8 | 0,80 |
| Izpostavljenost naravnim silam | 0 | 0 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 1 | 0,35 | 6 | 0,80 | 10 | 0,84 | 37 | 2,60 | 16 | 2,95 | 4 | 3,98 | 74 | 7,37 |
| Naklju. izpost. škod. snovem in zastru. z njimi | 0 | 0 | 0 | 0,00 | 1 | 0,23 | 4 | 1,38 | 38 | 5,05 | 58 | 4,89 | 87 | 6,13 | 18 | 3,32 | 2 | 1,99 | 208 | 20,72 |
| Čezmeren napor, potovanje, pomankanje | 0 | 0 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 1 | 0,07 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 1 | 0,10 |
| Naključna izpost. drugim in neopred. dejavnikom | 0 | 0 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 1 | 0,13 | 1 | 0,08 | 2 | 0,14 | 0 | 0,00 | 1 | 1,00 | 5 | 0,50 |
| Namerno samopoškodovanje | 0 | 0 | 0 | 0,00 | 2 | 0,46 | 34 | 11,74 | 169 | 22,46 | 352 | 29,70 | 660 | 46,47 | 317 | 58,53 | 98 | 97,61 | 1632 | 162,56 |
| Napad | 0 | 0 | 1 | 0,41 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 11 | 1,46 | 7 | 0,59 | 13 | 0,92 | 6 | 1,11 | 2 | 1,99 | 40 | 3,98 |
| Dogodek nedoločenega namena | 0 | 0 | 0 | 0,00 | 2 | 0,46 | 1 | 0,35 | 31 | 4,12 | 44 | 3,71 | 59 | 4,15 | 28 | 5,17 | 9 | 8,96 | 174 | 17,33 |
| Zapletji med zdravniško in kirurško oskrbo | 0 | 0 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 6 | 0,51 | 36 | 2,53 | 63 | 11,63 | 21 | 20,92 | 126 | 12,55 |
| Kasne posl. zun. vzrokov | 0 | 0 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 1 | 0,13 | 3 | 0,25 | 21 | 1,48 | 18 | 3,32 | 5 | 4,98 | 48 | 4,78 |
| Dodatni dejavniki, uvrščeni drugje | 0 | 0 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 1 | 0,07 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 1 | 0,10 |
| Skupaj | 0 | 0 | 15 | 6,22 | 19 | 4,36 | 119 | 41,08 | 550 | 73,10 | 845 | 71,29 | 1560 | 109,83 | 1057 | 195,18 | 622 | 619,50 | 4787 | 476,82 |

Preglednica 8.3. Skupno število umrlih žensk (2006–2010) in stopnja (na 100.000) zaradi poškodb in zastrupitev (S01–T98), po starostnih skupinah in sklopih zunanega vzroka, Slovenija. (Vir: Baza podatkov o umrlih, IVZ)

| ŽENSKÉ | 0 let | | 1–5 let | | 6–14 let | | 15–19 let | | 20–29 let | | 30–44 let | | 45–64 let | | 65–79 let | | nad 79 let | | Skupaj | |
|--|-----------|--------------|-----------|--------------|-----------|-------------|-----------|--------------|-----------|--------------|------------|--------------|------------|--------------|------------|--------------|-------------|---------------|-------------|--------------|
| | Št. | Stop. | Št. | Stop. | Št. | Stop. | Št. | Stop. | Št. | Stop. | Št. | Stop. | Št. | Stop. | Št. | Stop. | Št. | Stop. | Št. | Stop. |
| Pešec | 0 | 0,00 | 3 | 5,99 | 4 | 0,97 | 2 | 0,73 | 4 | 0,59 | 5 | 0,45 | 16 | 1,15 | 20 | 2,72 | 16 | 5,92 | 70 | 1,36 |
| Kolesar | 1 | 2,00 | 0 | 0,00 | 1 | 0,24 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 1 | 0,09 | 5 | 0,36 | 10 | 1,36 | 1 | 0,37 | 18 | 0,35 |
| Motorist | 2 | 3,99 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 1 | 0,37 | 3 | 0,44 | 3 | 0,27 | 2 | 0,14 | 1 | 0,14 | 0 | 0,00 | 10 | 0,19 |
| Oseba v avtomobilu | 3 | 5,99 | 3 | 5,99 | 1 | 0,24 | 14 | 5,14 | 28 | 4,10 | 19 | 1,72 | 21 | 1,52 | 23 | 3,13 | 8 | 2,96 | 117 | 2,28 |
| Druge nezgode med transportom | 4 | 7,98 | 0 | 0,00 | 1 | 0,24 | 1 | 0,37 | 2 | 0,29 | 0 | 0,00 | 5 | 0,36 | 5 | 0,68 | 1 | 0,37 | 15 | 0,29 |
| Padci | 5 | 9,98 | 1 | 2,00 | 2 | 0,49 | 1 | 0,37 | 4 | 0,59 | 6 | 0,54 | 42 | 3,03 | 261 | 35,56 | 963 | 356,06 | 1280 | 24,91 |
| Izposta. neživim in mehan. silam | 6 | 11,97 | 1 | 2,00 | 1 | 0,24 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 1 | 0,09 | 4 | 0,29 | 1 | 0,14 | 1 | 0,37 | 9 | 0,18 |
| Izposta. živim mehan. silam | 7 | 13,97 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 1 | 0,09 | 0 | 0,00 | 1 | 0,14 | 0 | 0,00 | 2 | 0,04 |
| Naključna utopitev, potopitev | 8 | 15,96 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 1 | 0,37 | 2 | 0,29 | 5 | 0,45 | 5 | 0,36 | 9 | 1,23 | 7 | 2,59 | 29 | 0,56 |
| Druga naključna ogrožanja dihanja | 9 | 17,96 | 1 | 2,00 | 1 | 0,24 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 2 | 0,18 | 13 | 0,94 | 17 | 2,32 | 27 | 9,98 | 62 | 1,21 |
| Elektrika, sevanje, skrajna temp., tlak v okolju | 10 | 19,95 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 1 | 0,14 | 0 | 0,00 | 1 | 0,02 |
| Dim, ogenj, plamen | 11 | 21,95 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 1 | 0,09 | 0 | 0,00 | 3 | 0,41 | 9 | 3,33 | 13 | 0,25 |
| Vročina, vroče snovi | 12 | 23,95 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 2 | 0,27 | 0 | 0,00 | 2 | 0,04 |
| Strupene živali, rastline | 13 | 25,94 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |
| Izpostavljenost naravnim silam | 14 | 27,94 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 1 | 0,15 | 1 | 0,09 | 6 | 0,43 | 7 | 0,95 | 8 | 2,96 | 23 | 0,45 |
| Naklju. izpost. škod. snovem in zastru. z njimi | 15 | 29,93 | 1 | 2,00 | 0 | 0,00 | 3 | 1,10 | 7 | 1,03 | 12 | 1,09 | 19 | 1,37 | 10 | 1,36 | 4 | 1,48 | 56 | 1,09 |
| Čezmeren napor, potovanje, pomankanje | 16 | 31,93 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 1 | 0,37 | 1 | 0,02 |
| Naključna izpost. drugim in neopred. dejavnikom | 17 | 33,92 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 1 | 0,14 | 2 | 0,74 | 3 | 0,06 |
| Namerno samopoškodovanje | 18 | 35,92 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 12 | 4,40 | 24 | 3,51 | 60 | 5,44 | 187 | 13,49 | 115 | 15,67 | 46 | 17,01 | 444 | 8,64 |
| Napad | 19 | 37,91 | 1 | 2,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 1 | 0,15 | 10 | 0,91 | 11 | 0,79 | 4 | 0,54 | 3 | 1,11 | 30 | 0,58 |
| Dogodek nedoločenega namena | 20 | 39,91 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 1 | 0,37 | 4 | 0,59 | 12 | 1,09 | 14 | 1,01 | 26 | 3,54 | 8 | 2,96 | 66 | 1,28 |
| Zapleti med zdravniško in kirurško oskrbo | 21 | 41,91 | 0 | 0,00 | 1 | 0,24 | 0 | 0,00 | 1 | 0,15 | 2 | 0,18 | 9 | 0,65 | 67 | 9,13 | 50 | 18,49 | 130 | 2,53 |
| Kasne posl. zun. vzrokov | 22 | 43,90 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 1 | 0,15 | 0 | 0,00 | 2 | 0,14 | 9 | 1,23 | 21 | 7,76 | 33 | 0,64 |
| Dodatni dejavniki, uvrščeni drugje | 23 | 45,90 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |
| Skupaj | 24 | 47,89 | 11 | 21,95 | 12 | 2,92 | 36 | 13,21 | 82 | 12,01 | 141 | 12,77 | 361 | 26,04 | 593 | 80,79 | 1176 | 434,81 | 2414 | 46,97 |

Preglednica 8.4. Skupno število umrlih (2006–2010) in stopnja (na 100.000) zaradi nenamernih poškodb in zastrupitev (S01–T98, V01–X59), po starostnih skupinah in sklopih narave poškodbe, Slovenija. (Vir: Baza podatkov o umrlih, IVZ)

| SKUPAJ | 0 let | | 1–5 let | | 6–14 let | | 15–19 let | | 20–29 let | | 30–44 let | | 45–64 let | | 65–79 let | | nad 79 let | | Skupaj | |
|---|----------|-------------|-----------|-------------|-----------|-------------|------------|--------------|------------|--------------|------------|--------------|------------|--------------|------------|--------------|-------------|---------------|-------------|--------------|
| | Št. | Stop. | Št. | Stop. | Št. | Stop. | Št. | Stop. | Št. | Stop. | Št. | Stop. | Št. | Stop. | Št. | Stop. | Št. | Stop. | Št. | Stop. |
| Poškodbe glave | 0 | 0,00 | 8 | 1,70 | 4 | 0,47 | 29 | 5,16 | 73 | 5,09 | 92 | 4,02 | 223 | 7,95 | 264 | 20,70 | 207 | 55,82 | 900 | 8,86 |
| Poškodbe vratu | 0 | 0,00 | 2 | 0,43 | 1 | 0,12 | 4 | 0,71 | 12 | 0,84 | 17 | 0,74 | 27 | 0,96 | 33 | 2,59 | 27 | 7,28 | 123 | 1,21 |
| Poškodbe prsnega koša | 1 | 0,97 | 0 | 0,00 | 2 | 0,24 | 6 | 1,07 | 34 | 2,37 | 36 | 1,57 | 51 | 1,82 | 63 | 4,94 | 57 | 15,37 | 250 | 2,46 |
| Poškodbe trebuha, spodnjega dela hrbta, ledvene hrbtenice | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 1 | 0,12 | 1 | 0,18 | 3 | 0,21 | 7 | 0,31 | 9 | 0,32 | 23 | 1,80 | 45 | 12,13 | 89 | 0,88 |
| Poškodbe rame in nadlakti | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 1 | 0,04 | 1 | 0,04 | 14 | 1,10 | 31 | 8,36 | 47 | 0,46 |
| Poškodbe komolca in podlakti | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 1 | 0,04 | 2 | 0,16 | 6 | 1,62 | 9 | 0,09 |
| Poškodbe zapestja in roke | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 1 | 0,07 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 1 | 0,08 | 1 | 0,27 | 3 | 0,03 |
| Poškodbe kolka in stegna | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 20 | 0,71 | 250 | 19,60 | 956 | 257,78 | 1226 | 12,07 |
| Poškodbe kolena in goleni | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 2 | 0,09 | 4 | 0,14 | 11 | 0,86 | 20 | 5,39 | 37 | 0,36 |
| Poškodbe skočnega sklepa in stopala | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 1 | 0,08 | 2 | 0,54 | 3 | 0,03 |
| Poškodbe, ki zajemajo več telesnih področij (regij) | 0 | 0,00 | 9 | 1,92 | 12 | 1,42 | 54 | 9,60 | 183 | 12,75 | 197 | 8,61 | 254 | 9,05 | 167 | 13,09 | 86 | 23,19 | 962 | 9,47 |
| Poškodbe na neopredeljenem delu trupa, uda ali teles. | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 5 | 0,39 | 4 | 1,08 | 9 | 0,09 |
| Učinki tujka, ki je vstopil skozi naravno telesno odprtino | 0 | 0,00 | 1 | 0,21 | 1 | 0,12 | 0 | 0,00 | 2 | 0,14 | 10 | 0,44 | 56 | 2,00 | 41 | 3,21 | 37 | 9,98 | 148 | 1,46 |
| Opekline in korozije (kemične opekline) | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 3 | 0,53 | 1 | 0,07 | 4 | 0,17 | 12 | 0,43 | 14 | 1,10 | 12 | 3,24 | 46 | 0,45 |
| Ozeblina | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 1 | 0,27 | 1 | 0,01 |
| Zastrupitev z drogami, zdravili in z biološkimi snovmi | 0 | 0,00 | 1 | 0,21 | 0 | 0,00 | 5 | 0,89 | 41 | 2,86 | 47 | 2,05 | 37 | 1,32 | 2 | 0,16 | 1 | 0,27 | 134 | 1,32 |
| Toksični učinki snovi predvsem nemedicinskega izvora | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 2 | 0,24 | 2 | 0,36 | 9 | 0,63 | 32 | 1,40 | 110 | 3,92 | 44 | 3,45 | 9 | 2,43 | 208 | 2,05 |
| Drugi in neopredeljeni učinki zunanjih vzrokov | 0 | 0,00 | 3 | 0,64 | 3 | 0,35 | 3 | 0,53 | 30 | 2,09 | 45 | 1,97 | 97 | 3,46 | 59 | 4,63 | 29 | 7,82 | 269 | 2,65 |
| Določeni zgodnji zapleti poškodbe | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 3 | 0,11 | 2 | 0,16 | 1 | 0,27 | 6 | 0,06 |
| Kasne posledice po poškodbah, zastrupitvah in druge posledice | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 3 | 0,11 | 1 | 0,08 | 3 | 0,81 | 7 | 0,07 |
| Skupaj | 1 | 0,97 | 24 | 5,11 | 26 | 3,07 | 107 | 19,03 | 389 | 27,10 | 490 | 21,41 | 908 | 32,35 | 997 | 78,16 | 1535 | 413,90 | 4477 | 44,07 |

Preglednica 8.5. Skupno število umrlih moških (2006–2010) in stopnja (na 100.000) zaradi nenamernih poškodb in zastrupitev (S01–T98, V01–X59), po starostnih skupinah in sklopih narave poškodbe, Slovenija. (Vir: Baza podatkov o umrlih, IVZ)

| MOŠKI | 0 let | | 1–5 let | | 6–14 let | | 15–19 let | | 20–29 let | | 30–44 let | | 45–64 let | | 65–79 let | | nad 79 let | | Skupaj | |
|---|----------|-------------|-----------|-------------|-----------|-------------|-----------|--------------|------------|--------------|------------|--------------|------------|--------------|------------|---------------|------------|---------------|-------------|--------------|
| | Št. | Stop. | Št. | Stop. | Št. | Stop. | Št. | Stop. | Št. | Stop. | Št. | Stop. | Št. | Stop. | Št. | Stop. | Št. | Stop. | Št. | Stop. |
| Poškodbe glave | 0 | 0,00 | 6 | 2,49 | 2 | 0,46 | 21 | 7,25 | 66 | 8,77 | 84 | 7,09 | 189 | 13,31 | 195 | 36,01 | 96 | 95,61 | 659 | 13,13 |
| Poškodbe vratu | 0 | 0,00 | 1 | 0,41 | 1 | 0,23 | 3 | 1,04 | 9 | 1,20 | 16 | 1,35 | 23 | 1,62 | 23 | 4,25 | 14 | 13,94 | 90 | 1,79 |
| Poškodbe prsnega koša | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 1 | 0,23 | 6 | 2,07 | 30 | 3,99 | 34 | 2,87 | 46 | 3,24 | 45 | 8,31 | 30 | 29,88 | 192 | 3,82 |
| Poškodbe trebuha, spodnjega dela hrbta, ledvene hrbtenice | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 1 | 0,35 | 3 | 0,40 | 5 | 0,42 | 7 | 0,49 | 18 | 3,32 | 12 | 11,95 | 46 | 0,92 |
| Poškodbe rame in nadlakti | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 1 | 0,08 | 0 | 0,00 | 8 | 1,48 | 7 | 6,97 | 16 | 0,32 |
| Poškodbe komolca in podlakti | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 1 | 0,07 | 0 | 0,00 | 2 | 1,99 | 3 | 0,06 |
| Poškodbe zapestja in roke | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 1 | 0,13 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 1 | 0,18 | 1 | 1,00 | 3 | 0,06 |
| Poškodbe kolka in stegna | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 15 | 1,06 | 105 | 19,39 | 252 | 250,99 | 372 | 7,41 |
| Poškodbe kolena in goleni | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 1 | 0,08 | 3 | 0,21 | 6 | 1,11 | 5 | 4,98 | 15 | 0,30 |
| Poškodbe skočnega sklepa in stopala | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 1 | 0,18 | 1 | 1,00 | 2 | 0,04 |
| Poškodbe, ki zajemajo več telesnih področij (regij) | 0 | 0,00 | 5 | 2,07 | 6 | 1,38 | 44 | 15,19 | 157 | 20,87 | 176 | 14,85 | 214 | 15,07 | 107 | 19,76 | 29 | 28,88 | 738 | 14,70 |
| Poškodbe na neopredeljenem delu trupa, uda ali teles. | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 5 | 0,92 | 2 | 1,99 | 7 | 0,14 |
| Učinki tujka, ki je vstopil skozi naravno telesno odprtino | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 2 | 0,27 | 8 | 0,67 | 43 | 3,03 | 25 | 4,62 | 12 | 11,95 | 90 | 1,79 |
| Opekline in korozije (kemične opekline) | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 3 | 1,04 | 1 | 0,13 | 4 | 0,34 | 12 | 0,84 | 10 | 1,85 | 5 | 4,98 | 35 | 0,70 |
| Ozeblina | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 1 | 1,00 | 1 | 0,02 |
| Zastrupitev z drogami, zdravili in z biološkimi snovmi | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 3 | 1,04 | 35 | 4,65 | 38 | 3,21 | 28 | 1,97 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 104 | 2,07 |
| Toksični učinki snovi predvsem nemedicinskega izvora | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 2 | 0,46 | 1 | 0,35 | 8 | 1,06 | 27 | 2,28 | 97 | 6,83 | 35 | 6,46 | 4 | 3,98 | 174 | 3,47 |
| Drugi in neopredeljeni učinki zunanjih vzrokov | 0 | 0,00 | 2 | 0,83 | 3 | 0,69 | 2 | 0,69 | 26 | 3,46 | 39 | 3,29 | 87 | 6,13 | 38 | 7,02 | 11 | 10,96 | 208 | 4,14 |
| Določeni zgodnji zapleti poškodbe | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 2 | 0,14 | 2 | 0,37 | 1 | 1,00 | 5 | 0,10 |
| Kasne posledice po poškodbah, zastrupitvah in druge posledice | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 3 | 0,21 | 1 | 0,18 | 2 | 1,99 | 6 | 0,12 |
| Skupaj | 0 | 0,00 | 14 | 5,81 | 15 | 3,44 | 84 | 29,00 | 338 | 44,92 | 433 | 36,53 | 770 | 54,21 | 625 | 115,41 | 487 | 485,05 | 2766 | 55,10 |

Preglednica 8.6. Skupno število umrlih žensk (2006–2010) in stopnja (na 100.000) zaradi nenamernih poškodb in zastrupitev (S01–T98, V01–X59), po starostnih skupinah in sklopih narave poškodbe, Slovenija. (Vir: Baza podatkov o umrlih, IVZ)

| ŽENSKE | 0 let | | 1–5 let | | 6–14 let | | 15–19 let | | 20–29 let | | 30–44 let | | 45–64 let | | 65–79 let | | nad 79 let | | Skupaj | |
|---|----------|-------------|-----------|-------------|-----------|-------------|-----------|-------------|-----------|-------------|-----------|-------------|------------|-------------|------------|--------------|-------------|---------------|-------------|--------------|
| | Št. | Stop. | Št. | Stop. | Št. | Stop. | Št. | Stop. | Št. | Stop. | Št. | Stop. | Št. | Stop. | Št. | Stop. | Št. | Stop. | Št. | Stop. |
| Poškodbe glave | 0 | 0,00 | 2 | 0,87 | 2 | 0,49 | 8 | 2,94 | 7 | 1,03 | 8 | 0,72 | 34 | 2,45 | 69 | 9,40 | 111 | 41,04 | 241 | 4,69 |
| Poškodbe vratu | 0 | 0,00 | 1 | 0,44 | 0 | 0,00 | 1 | 0,37 | 3 | 0,44 | 1 | 0,09 | 4 | 0,29 | 10 | 1,36 | 13 | 4,81 | 33 | 0,64 |
| Poškodbe prsnega koša | 1 | 2,00 | 0 | 0,00 | 1 | 0,24 | 0 | 0,00 | 4 | 0,59 | 2 | 0,18 | 5 | 0,36 | 18 | 2,45 | 27 | 9,98 | 58 | 1,13 |
| Poškodbe trebuha, spodnjega dela hrbta, ledvene hrbtenice | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 1 | 0,24 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 2 | 0,18 | 2 | 0,14 | 5 | 0,68 | 33 | 12,20 | 43 | 0,84 |
| Poškodbe rame in nadlakti | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 1 | 0,07 | 6 | 0,82 | 24 | 8,87 | 31 | 0,60 |
| Poškodbe komolca in podlakti | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 2 | 0,27 | 4 | 1,48 | 6 | 0,12 |
| Poškodbe zapestja in roke | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |
| Poškodbe kolka in stegna | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 5 | 0,36 | 145 | 19,75 | 704 | 260,29 | 854 | 16,62 |
| Poškodbe kolena in goleni | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 1 | 0,09 | 1 | 0,07 | 5 | 0,68 | 15 | 5,55 | 22 | 0,43 |
| Poškodbe skočnega sklepa in stopala | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 1 | 0,37 | 1 | 0,02 |
| Poškodbe, ki zajemajo več telesnih področij (regij) | 0 | 0,00 | 4 | 1,75 | 6 | 1,46 | 10 | 3,67 | 26 | 3,81 | 21 | 1,90 | 40 | 2,89 | 60 | 8,17 | 57 | 21,07 | 224 | 4,36 |
| Poškodbe na neopredeljenem delu trupa, uda ali teles. | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 2 | 0,74 | 2 | 0,04 |
| Učinki tujka, ki je vstopil skozi naravno telesno odprtino | 0 | 0,00 | 1 | 0,44 | 1 | 0,24 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 2 | 0,18 | 13 | 0,94 | 16 | 2,18 | 25 | 9,24 | 58 | 1,13 |
| Opekline in korozije (kemične opekline) | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 4 | 0,54 | 7 | 2,59 | 11 | 0,21 |
| Ozeblina | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |
| Zastrupitev z drogami, zdravili in z biološkimi snovmi | 0 | 0,00 | 1 | 0,44 | 0 | 0,00 | 2 | 0,73 | 6 | 0,88 | 9 | 0,82 | 9 | 0,65 | 2 | 0,27 | 1 | 0,37 | 30 | 0,58 |
| Toksični učinki snovi predvsem nemedicinskega izvora | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 1 | 0,37 | 1 | 0,15 | 5 | 0,45 | 13 | 0,94 | 9 | 1,23 | 5 | 1,85 | 34 | 0,66 |
| Drugi in neopredeljeni učinki zunanjih vzrokov | 0 | 0,00 | 1 | 0,44 | 0 | 0,00 | 1 | 0,37 | 4 | 0,59 | 6 | 0,54 | 10 | 0,72 | 21 | 2,86 | 18 | 6,66 | 61 | 1,19 |
| Določeni zgodnji zapleti poškodbe | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 1 | 0,07 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 1 | 0,02 |
| Kasne posledice po poškodbah, zastrupitvah in druge posledice | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 1 | 0,37 | 1 | 0,02 |
| Skupaj | 1 | 2,00 | 10 | 4,37 | 11 | 2,68 | 23 | 8,44 | 51 | 7,47 | 57 | 5,16 | 138 | 9,96 | 372 | 50,68 | 1048 | 387,48 | 1711 | 33,29 |

Preglednica 8.7. Skupno število umrlih (2006–2010) v vseh starostih in standardizirana stopnja (na 100.000) zaradi nenamernih poškodb in zastrupitev (S01–T98, V01–X59), po statističnih regijah in sklopih zunanega vzroka, Slovenija. (Vir: Baza podatkov o umrlih, IVZ)

| VSE STAROSTI | Pomurska | | Podravska | | Koroška | | Savinjska | | Zasavska | | Spodnjeposavska | | Jugovzhodna Slovenija | | Osrednje slovenska | | Gorenjska | | Notranjsko-Kraška | | Goriška | | Obalno-Kraška | | Slovenija | |
|--|------------|--------------|------------|--------------|------------|--------------|------------|--------------|-----------|--------------|-----------------|--------------|-----------------------|--------------|--------------------|--------------|------------|--------------|-------------------|--------------|------------|--------------|---------------|--------------|-------------|--------------|
| | Št. | SDR | Št. | SDR | Št. | SDR | Št. | SDR | Št. | SDR | Št. | SDR | Št. | SDR | Št. | SDR | Št. | SDR | Št. | SDR | Št. | SDR | Št. | SDR | Št. | SDR |
| Pešec | 17 | 2,45 | 36 | 1,85 | 6 | 1,30 | 26 | 1,81 | 4 | 1,73 | 12 | 3,07 | 17 | 2,13 | 41 | 1,39 | 28 | 2,33 | 9 | 3,51 | 8 | 1,24 | 6 | 0,93 | 210 | 1,81 |
| Kolesar | 6 | 0,73 | 7 | 0,73 | 1 | 0,24 | 10 | 0,64 | 0 | | 2 | 0,49 | 9 | 1,16 | 33 | 1,10 | 11 | 0,98 | 2 | 0,75 | 4 | 0,61 | 0 | | 85 | 0,71 |
| Motorist | 20 | 3,44 | 32 | 3,44 | 6 | 1,39 | 42 | 3,05 | 5 | 2,15 | 8 | 2,23 | 15 | 2,07 | 41 | 1,49 | 23 | 2,13 | 7 | 2,64 | 4 | 0,69 | 18 | 3,38 | 221 | 2,08 |
| Oseba v avtomobilu | 47 | 7,50 | 104 | 7,50 | 25 | 6,73 | 61 | 4,42 | 17 | 7,45 | 18 | 4,53 | 44 | 5,86 | 105 | 3,79 | 64 | 6,02 | 13 | 5,34 | 36 | 5,71 | 21 | 3,88 | 555 | 5,22 |
| Druge prometne nezgode | 7 | 1,00 | 20 | 1,00 | 8 | 2,15 | 24 | 1,63 | 5 | 2,03 | 15 | 4,05 | 17 | 2,39 | 25 | 0,89 | 11 | 0,91 | 3 | 0,98 | 5 | 0,84 | 10 | 1,58 | 150 | 1,33 |
| Padci | 150 | 15,74 | 447 | 15,74 | 83 | 17,17 | 301 | 17,78 | 49 | 13,75 | 76 | 14,51 | 150 | 15,33 | 561 | 14,78 | 195 | 13,65 | 96 | 22,40 | 174 | 17,09 | 104 | 12,56 | 2386 | 16,08 |
| Izposta. neživim in mehan. silam | 8 | 1,03 | 18 | 1,03 | 4 | 1,24 | 21 | 1,42 | 3 | 1,15 | 5 | 1,27 | 10 | 1,39 | 20 | 0,71 | 12 | 1,07 | 3 | 0,94 | 11 | 1,68 | 5 | 0,97 | 120 | 1,07 |
| Izposta. živim mehan. silam | 1 | 0,11 | 0 | 0,11 | 0 | | 1 | 0,11 | 0 | | 2 | 0,40 | 2 | 0,26 | 5 | 0,15 | 1 | 0,08 | 0 | | 0 | | 0 | | 12 | 0,10 |
| Naključna utopitev, potopitev | 7 | 1,06 | 22 | 1,06 | 5 | 1,21 | 22 | 1,45 | 3 | 1,05 | 4 | 1,08 | 4 | 0,51 | 17 | 0,55 | 13 | 1,15 | 3 | 0,72 | 10 | 1,61 | 10 | 1,34 | 120 | 1,02 |
| Druga naključna ogrožanja dihanja | 10 | 1,30 | 22 | 1,30 | 4 | 0,80 | 26 | 1,58 | 3 | 0,90 | 4 | 0,97 | 12 | 1,48 | 38 | 1,18 | 25 | 2,12 | 6 | 1,49 | 9 | 1,10 | 5 | 0,83 | 164 | 1,30 |
| Elektrika, sevanje, skrajna temp., tlak v okolju | 1 | 0,19 | 3 | 0,19 | 0 | | 2 | 0,14 | 0 | | 1 | 0,26 | 3 | 0,37 | 5 | 0,18 | 3 | 0,29 | 0 | | 1 | 0,09 | 1 | 0,18 | 20 | 0,18 |
| Dim, ogenj, plamen | 8 | 0,89 | 7 | 0,89 | 2 | 0,28 | 8 | 0,53 | 1 | 0,35 | 1 | 0,27 | 1 | 0,13 | 7 | 0,22 | 7 | 0,53 | 0 | | 4 | 0,53 | 2 | 0,44 | 48 | 0,37 |
| Vročina, vroče snovi | 1 | 0,09 | 0 | 0,09 | 0 | | 0 | | 0 | | 1 | 0,12 | 0 | | 2 | 0,06 | 1 | 0,07 | 1 | 0,21 | 1 | 0,09 | 0 | | 7 | 0,05 |
| Strupene živali, rastline | 0 | | 2 | | 0 | | 1 | 0,07 | 0 | | 0 | | 1 | 0,10 | 2 | 0,07 | 2 | 0,18 | 0 | | 0 | | 0 | | 8 | 0,07 |
| Izpostavljenost naravnim silam | 7 | 0,85 | 14 | 0,85 | 3 | 0,71 | 18 | 1,23 | 2 | 0,74 | 4 | 0,94 | 11 | 1,24 | 11 | 0,36 | 15 | 1,28 | 4 | 1,32 | 2 | 0,27 | 6 | 0,82 | 97 | 0,79 |
| Naklju. izpost. skod. snovem in zastru. z njimi | 18 | 2,76 | 27 | 2,76 | 7 | 1,76 | 27 | 1,84 | 7 | 3,13 | 5 | 1,38 | 18 | 2,31 | 76 | 2,71 | 35 | 3,11 | 10 | 3,30 | 16 | 2,54 | 18 | 3,19 | 264 | 2,38 |
| Čezmeren napor, potovanje, pomankanje | 1 | 0,14 | 0 | 0,14 | 0 | | 1 | 0,07 | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 2 | 0,02 |
| Naključna izpost. drugim in neopred. dejavnikom | 0 | | 0 | | 0 | | 1 | 0,07 | 0 | | 1 | 0,30 | 2 | 0,24 | 0 | | 2 | 0,19 | 0 | | 1 | 0,09 | 1 | 0,07 | 8 | 0,06 |
| Skupaj | 309 | 39,29 | 761 | 39,29 | 154 | 34,98 | 592 | 37,84 | 99 | 34,44 | 159 | 35,86 | 316 | 36,98 | 989 | 29,65 | 448 | 36,09 | 157 | 43,60 | 286 | 34,18 | 207 | 30,17 | 4477 | 34,62 |

Preglednica 8.8. Skupno število umrlih (2006-2010) v starosti 0-64 let in standardizirana stopnja (na 100.000) zaradi nenamernih poškodb in zastrupitev (S01-T98, V01-X59) po statističnih regijah in sklopih zunanjega vzroka, Slovenija. (Vir: Baza podatkov o umrlih, IVZ)

| 0-64 LET | Pomurska | | Podravska | | Koroška | | Savinjska | | Zasavska | | Spodnjeposavska | | Jugovzhodna Slovenija | | Osrednje slovenska | | Gorenjska | | Notranjsko-Kraška | | Goriška | | Obalno-Kraška | | Slovenija | |
|--|------------|--------------|------------|--------------|-----------|--------------|------------|--------------|-----------|--------------|-----------------|--------------|-----------------------|--------------|--------------------|--------------|------------|--------------|-------------------|--------------|------------|--------------|---------------|--------------|-------------|--------------|
| | Št. | SDR | Št. | SDR | Št. | SDR | Št. | SDR | Št. | SDR | Št. | SDR | Št. | SDR | Št. | SDR | Št. | SDR | Št. | SDR | Št. | SDR | Št. | SDR | Št. | SDR |
| Pešec | 11 | 2,06 | 23 | 1,53 | 3 | 0,81 | 18 | 1,54 | 4 | 1,94 | 7 | 2,57 | 11 | 1,83 | 25 | 1,13 | 15 | 1,73 | 6 | 3,07 | 3 | 0,64 | 4 | 0,71 | 130 | 1,47 |
| Kolesar | 2 | 0,31 | 4 | 0,31 | 1 | 0,27 | 4 | 0,34 | 0 | | 1 | 0,27 | 7 | 1,09 | 21 | 0,88 | 8 | 0,89 | 2 | 0,85 | 4 | 0,68 | 0 | | 54 | 0,57 |
| Motorist | 20 | 3,87 | 28 | 1,87 | 5 | 1,40 | 38 | 3,18 | 5 | 2,42 | 8 | 2,51 | 15 | 2,33 | 39 | 1,62 | 20 | 2,15 | 7 | 2,97 | 4 | 0,78 | 17 | 3,66 | 206 | 2,23 |
| Oseba v avtomobilu | 42 | 7,78 | 92 | 6,57 | 23 | 7,17 | 51 | 4,36 | 17 | 8,37 | 12 | 3,96 | 40 | 6,19 | 83 | 3,56 | 51 | 5,85 | 12 | 5,64 | 28 | 5,51 | 19 | 4,08 | 470 | 5,24 |
| Druge prometne nezgode | 5 | 0,84 | 13 | 0,84 | 6 | 1,98 | 18 | 1,46 | 5 | 2,28 | 15 | 4,55 | 13 | 2,17 | 18 | 0,79 | 7 | 0,72 | 1 | 0,45 | 3 | 0,77 | 10 | 1,77 | 114 | 1,22 |
| Padci | 24 | 3,89 | 73 | 4,69 | 13 | 3,63 | 57 | 4,53 | 7 | 3,05 | 13 | 3,79 | 20 | 3,16 | 69 | 2,83 | 35 | 3,71 | 12 | 4,71 | 28 | 4,85 | 15 | 2,88 | 366 | 3,76 |
| Izposta. neživim in mehan. silam | 4 | 0,68 | 14 | 0,87 | 4 | 1,39 | 18 | 1,43 | 3 | 1,29 | 3 | 0,93 | 8 | 1,31 | 14 | 0,59 | 10 | 1,06 | 2 | 0,75 | 8 | 1,49 | 5 | 1,09 | 93 | 0,99 |
| Izposta. živim mehan. silam | 0 | | 0 | | 0 | | 1 | 0,12 | 0 | | 0 | | 2 | 0,29 | 3 | 0,12 | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 6 | 0,07 |
| Naključna utopitev, potopitev | 5 | 0,90 | 13 | 0,91 | 5 | 1,36 | 17 | 1,33 | 2 | 0,92 | 4 | 1,21 | 2 | 0,40 | 11 | 0,46 | 10 | 1,05 | 1 | 0,40 | 9 | 1,70 | 5 | 0,84 | 84 | 0,88 |
| Druga naključna ogrožanja dihanja | 8 | 1,31 | 12 | 0,80 | 2 | 0,55 | 12 | 0,93 | 2 | 0,83 | 2 | 0,59 | 7 | 1,16 | 16 | 0,66 | 12 | 1,34 | 2 | 0,76 | 3 | 0,51 | 2 | 0,55 | 80 | 0,85 |
| Elektrika, sevanje, skrajna temp., tlak v okolju | 1 | 0,21 | 3 | 0,20 | 0 | | 2 | 0,16 | 0 | | 1 | 0,30 | 2 | 0,30 | 5 | 0,21 | 3 | 0,32 | 0 | | 0 | | 1 | 0,20 | 18 | 0,19 |
| Dim, ogenj, plamen | 2 | 0,35 | 3 | 0,18 | 0 | | 5 | 0,45 | 0 | | 1 | 0,30 | 0 | | 4 | 0,15 | 3 | 0,31 | 0 | | 2 | 0,35 | 2 | 0,50 | 22 | 0,23 |
| Vročina, vroče snovi | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | |
| Strupene živali, rastline | 0 | | 2 | 0,12 | 0 | | 1 | 0,08 | 0 | | 0 | | 0 | | 1 | 0,04 | 1 | 0,11 | 0 | | 0 | | 0 | | 5 | 0,05 |
| Izpostavljenost naravnim silam | 3 | 0,51 | 10 | 0,64 | 1 | 0,27 | 13 | 1,02 | 2 | 0,83 | 3 | 0,84 | 7 | 1,05 | 7 | 0,28 | 10 | 1,07 | 3 | 1,22 | 0 | | 3 | 0,56 | 62 | 0,63 |
| Naklju. izpost. skod. snovem in zastru. z njimi | 15 | 2,65 | 24 | 1,57 | 7 | 1,98 | 22 | 1,77 | 7 | 3,52 | 5 | 1,55 | 16 | 2,42 | 67 | 2,75 | 28 | 2,95 | 7 | 2,97 | 16 | 2,86 | 16 | 3,27 | 230 | 2,41 |
| Čezmeren napor, potovanje, pomankanje | 1 | 0,16 | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 1 | 0,01 |
| Naključna izpost. drugim in neopred. dejavnikom | 0 | | 0 | | 0 | | 1 | 0,08 | 0 | | 1 | 0,34 | 0 | | 0 | | 2 | 0,21 | 0 | | 0 | | 0 | | 4 | 0,04 |
| Skupaj | 143 | 25,51 | 314 | 21,10 | 70 | 20,81 | 278 | 22,79 | 54 | 25,45 | 76 | 23,72 | 150 | 23,71 | 383 | 16,06 | 215 | 23,47 | 55 | 23,79 | 108 | 20,14 | 99 | 20,11 | 1945 | 20,82 |

Preglednica 8.9. Skupno število umrlih (2006–2010) v starosti nad 64 let in standardizirana stopnja (na 100.000) zaradi nenamernih poškodb in zastrupitev (S01–T98, V01–X59), po statističnih regijah in sklopih zunanjega vzroka, Slovenija. (Vir: Baza podatkov o umrlih, IVZ)

| NAD 64 LET | Pomurska | | Podravska | | Koroška | | Savinjska | | Zasavska | | Spodnjeposavska | | Jugovzhodna Slovenija | | Osrednje slovenska | | Gorenjska | | Notranjsko-Kraška | | Goriška | | Obalno-Kraška | | Slovenija | |
|--|------------|---------------|------------|---------------|-----------|---------------|------------|---------------|-----------|---------------|-----------------|---------------|-----------------------|---------------|--------------------|---------------|------------|---------------|-------------------|---------------|------------|---------------|---------------|---------------|-------------|---------------|
| | Št. | SDR | Št. | SDR | Št. | SDR | Št. | SDR | Št. | SDR | Št. | SDR | Št. | SDR | Št. | SDR | Št. | SDR | Št. | SDR | Št. | SDR | Št. | SDR | Št. | SDR |
| Pešec | 6 | 5,62 | 13 | 4,42 | 3 | 5,28 | 8 | 4,04 | 0 | | 5 | 7,12 | 6 | 4,53 | 16 | 3,54 | 13 | 7,23 | 3 | 7,03 | 5 | 6,08 | 2 | 2,70 | 80 | 4,58 |
| Kolesar | 4 | 4,10 | 3 | 0,96 | 0 | | 6 | 3,07 | 0 | | 1 | 2,23 | 2 | 1,72 | 12 | 2,85 | 3 | 1,78 | 0 | | 0 | | 0 | | 31 | 1,83 |
| Motorist | 0 | | 4 | 1,39 | 1 | 1,29 | 4 | 1,97 | 0 | | 0 | | 0 | | 2 | 0,46 | 3 | 2,03 | 0 | | 0 | | 1 | 1,11 | 15 | 0,89 |
| Oseba v avtomobilu | 5 | 5,29 | 12 | 4,28 | 2 | 3,12 | 10 | 4,88 | 0 | | 6 | 9,13 | 4 | 3,18 | 22 | 5,67 | 13 | 7,40 | 1 | 2,89 | 8 | 7,37 | 2 | 2,25 | 85 | 5,05 |
| Druge prometne nezgode | 2 | 2,35 | 7 | 2,60 | 2 | 3,53 | 6 | 3,01 | 0 | | 0 | | 4 | 4,16 | 7 | 1,78 | 4 | 2,41 | 2 | 5,34 | 2 | 1,34 | 0 | | 36 | 2,25 |
| Padci | 126 | 111,62 | 374 | 134,03 | 70 | 126,71 | 244 | 125,00 | 42 | 100,37 | 63 | 101,25 | 130 | 113,76 | 492 | 111,51 | 160 | 94,06 | 84 | 165,53 | 146 | 116,15 | 89 | 90,89 | 2020 | 115,76 |
| Izposta. neživim in mehan. silam | 4 | 3,85 | 4 | 1,57 | 0 | | 3 | 1,36 | 0 | | 2 | 3,99 | 2 | 2,08 | 6 | 1,71 | 2 | 1,15 | 1 | 2,45 | 3 | 3,22 | 0 | | 27 | 1,73 |
| Izposta. živim mehan. silam | 1 | 1,00 | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 2 | 3,62 | 0 | | 2 | 0,42 | 1 | 0,74 | 0 | | 0 | | 0 | | 6 | 0,37 |
| Naključna utopitev, potopitev | 2 | 2,35 | 9 | 3,40 | 0 | | 5 | 2,47 | 1 | 2,11 | 0 | | 2 | 1,35 | 6 | 1,29 | 3 | 1,91 | 2 | 3,29 | 1 | 0,84 | 5 | 5,37 | 36 | 2,09 |
| Druga naključna ogrožanja dihanja | 2 | 1,18 | 10 | 3,76 | 2 | 2,79 | 14 | 6,78 | 1 | 1,52 | 2 | 3,99 | 5 | 4,05 | 22 | 5,34 | 13 | 8,47 | 4 | 7,36 | 6 | 5,87 | 3 | 3,13 | 84 | 5,00 |
| Elektrika, sevanje, skrajna temp., tlak v okolju | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 1 | 0,91 | 0 | | 0 | | 0 | | 1 | 0,79 | 0 | | 2 | 0,11 |
| Dim, ogenj, plamen | 6 | 5,28 | 4 | 1,32 | 2 | 2,57 | 3 | 1,11 | 1 | 3,20 | 0 | | 1 | 1,17 | 3 | 0,80 | 4 | 2,32 | 0 | | 2 | 2,05 | 0 | | 26 | 1,47 |
| Vročina, vroče snovi | 1 | 0,84 | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 1 | 1,05 | 0 | | 2 | 0,56 | 1 | 0,66 | 1 | 1,90 | 1 | 0,84 | 0 | | 7 | 0,41 |
| Strupene živali, rastline | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 1 | 0,91 | 1 | 0,30 | 1 | 0,74 | 0 | | 0 | | 0 | | 3 | 0,21 |
| Izpostavljenost naravnim silam | 4 | 3,65 | 4 | 1,39 | 2 | 4,31 | 5 | 2,90 | 0 | | 1 | 1,76 | 4 | 2,82 | 4 | 1,02 | 5 | 2,91 | 1 | 2,13 | 2 | 2,43 | 3 | 2,92 | 35 | 2,11 |
| Naklju. izpost. škod. snovem in zastru. z njimi | 3 | 3,66 | 3 | 1,07 | 0 | | 5 | 2,48 | 0 | | 0 | | 2 | 1,47 | 9 | 2,38 | 7 | 4,40 | 3 | 5,97 | 0 | | 2 | 2,51 | 34 | 2,13 |
| Čezmeren napor, potovanje, pomankanje | 0 | | 0 | | 0 | | 1 | 0,60 | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 1 | 0,07 |
| Naključna izpost. drugim in neopred. dejavnikom | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 2 | 2,21 | 0 | | 0 | | 0 | | 1 | 0,79 | 1 | 0,67 | 4 | 0,22 |
| Skupaj | 166 | 150,80 | 447 | 160,18 | 84 | 149,60 | 314 | 159,66 | 45 | 107,19 | 83 | 134,15 | 166 | 144,33 | 606 | 139,62 | 233 | 138,20 | 102 | 203,87 | 178 | 147,77 | 108 | 111,55 | 2532 | 146,28 |

Preglednica 8.10. Povprečno letno število hospitalizacij (2008-2010) in stopnja (na 100.000) zaradi poškodb in zastrupitev (S01–T98), po starostnih skupinah in sklopih zunanega vzroka, Slovenija. (Vir: Podatkovna zbirka o bolnišničnih obravnavah zaradi poškodb in zastrupitev, IVZ)

| SKUPAJ | 0 let | | 1–5 let | | 6–14 let | | 15–19 let | | 20–29 let | | 30–44 let | | 45–64 let | | 65–79 let | | nad 79 let | | Skupaj | |
|---|------------|---------------|-------------|----------------|-------------|----------------|-------------|----------------|-------------|----------------|-------------|----------------|-------------|----------------|-------------|----------------|-------------|----------------|--------------|----------------|
| | Št. | Stop. | Št. | Stop. | Št. | Stop. | Št. | Stop. | Št. | Stop. | Št. | Stop. | Št. | Stop. | Št. | Stop. | Št. | Stop. | Št. | Stop. |
| Pešec, poškodovan v transportni nezgodi | 1 | 4,80 | 15 | 15,76 | 40 | 23,46 | 39 | 34,49 | 65 | 22,50 | 80 | 17,44 | 136 | 24,31 | 88 | 34,35 | 35 | 46,76 | 498 | 24,49 |
| Kolesar, poškodovan v transportni nezgodi | 0 | 1,60 | 31 | 33,68 | 163 | 96,20 | 101 | 90,08 | 193 | 66,69 | 243 | 52,91 | 331 | 58,96 | 128 | 49,97 | 21 | 27,88 | 1210 | 59,50 |
| Motorist, poškodovan v transportni nezgodi | 0 | 0,00 | 0 | 0,36 | 33 | 19,52 | 132 | 117,73 | 225 | 77,88 | 204 | 44,41 | 128 | 22,83 | 27 | 10,41 | 5 | 6,74 | 754 | 37,06 |
| Oseba v trokolesnem motornem vozilu, poškodovana | 0 | 0,00 | 0 | 0,36 | 2 | 0,99 | 3 | 2,38 | 3 | 1,04 | 4 | 0,94 | 5 | 0,83 | 1 | 0,39 | 0 | 0,00 | 18 | 0,87 |
| Oseba v avtomobilu, poškodovana | 3 | 14,40 | 22 | 23,29 | 40 | 23,85 | 205 | 183,13 | 634 | 219,45 | 467 | 101,82 | 453 | 80,84 | 134 | 52,18 | 24 | 32,37 | 1982 | 97,47 |
| Druge nezgode med transportom | 0 | 0,00 | 1 | 0,72 | 9 | 5,52 | 9 | 8,32 | 43 | 14,77 | 63 | 13,81 | 78 | 13,85 | 24 | 9,37 | 7 | 9,89 | 234 | 11,52 |
| Padci | 99 | 475,31 | 547 | 587,90 | 940 | 556,13 | 591 | 527,38 | 1335 | 462,10 | 2331 | 508,31 | 4451 | 793,76 | 3817 | 1490,20 | 2808 | 3787,84 | 16921 | 832,01 |
| Izpostavljenost neživim mehničnim silam | 6 | 27,21 | 104 | 111,78 | 200 | 118,28 | 159 | 141,81 | 410 | 142,03 | 649 | 141,58 | 795 | 141,71 | 251 | 97,85 | 53 | 71,94 | 2627 | 129,17 |
| Izpostavljenost živim mehničnim silam | 3 | 14,40 | 38 | 40,84 | 92 | 54,41 | 115 | 102,56 | 223 | 77,19 | 216 | 47,17 | 253 | 45,17 | 107 | 41,90 | 31 | 42,27 | 1079 | 53,07 |
| Naključna utopitev in potopitev | 0 | 0,00 | 5 | 5,02 | 1 | 0,79 | 1 | 0,59 | 0 | 0,00 | 2 | 0,36 | 3 | 0,48 | 4 | 1,56 | 0 | 0,00 | 15 | 0,74 |
| Druga naključna ogrožanja dihanja | 4 | 17,60 | 9 | 10,03 | 3 | 1,58 | 1 | 1,19 | 2 | 0,69 | 3 | 0,58 | 6 | 1,01 | 4 | 1,56 | 3 | 3,60 | 34 | 1,67 |
| Izpostavljenost elekt. toku, sevanju, skrajni temperaturi | 1 | 3,20 | 3 | 2,87 | 3 | 1,77 | 2 | 1,49 | 7 | 2,31 | 7 | 1,53 | 7 | 1,19 | 2 | 0,65 | 1 | 0,90 | 31 | 1,51 |
| Izpostavljenost dimu, ognju in plamenom | 0 | 1,60 | 2 | 2,15 | 5 | 3,15 | 4 | 3,86 | 10 | 3,58 | 15 | 3,34 | 25 | 4,52 | 9 | 3,38 | 4 | 5,85 | 76 | 3,74 |
| Stik z vročino in vročimi snovmi | 10 | 49,61 | 43 | 46,57 | 11 | 6,31 | 7 | 5,95 | 23 | 8,08 | 35 | 7,70 | 53 | 9,45 | 30 | 11,58 | 8 | 10,79 | 220 | 10,83 |
| Stik s strupenimi živalmi in rastlinami | 1 | 6,40 | 14 | 14,69 | 32 | 18,93 | 10 | 9,22 | 12 | 4,27 | 24 | 5,23 | 36 | 6,36 | 13 | 5,07 | 2 | 2,25 | 144 | 7,08 |
| Izpostavljenost naravnim silam | 0 | 0,00 | 0 | 0,36 | 0 | 0,20 | 2 | 1,49 | 3 | 1,15 | 5 | 1,02 | 5 | 0,95 | 3 | 1,04 | 2 | 2,25 | 20 | 0,98 |
| Naključna izpostavljenost škodljivim snovem in zastrupitev | 6 | 27,21 | 58 | 61,98 | 30 | 17,74 | 33 | 29,43 | 47 | 16,27 | 58 | 12,57 | 84 | 14,98 | 35 | 13,53 | 14 | 18,44 | 363 | 17,87 |
| Čezmerni napor, potovanje, pomanjkanje | 0 | 1,60 | 1 | 1,43 | 10 | 5,91 | 16 | 14,57 | 37 | 12,81 | 60 | 13,08 | 85 | 15,16 | 40 | 15,75 | 17 | 22,93 | 267 | 13,15 |
| Naključna izpostavljenost drugim in neopredeljenim dejavnikom | 4 | 20,80 | 15 | 15,76 | 18 | 10,65 | 12 | 10,70 | 20 | 6,92 | 39 | 8,50 | 99 | 17,59 | 113 | 44,24 | 31 | 41,82 | 351 | 17,26 |
| Namerna samopoškodba | 0 | 1,60 | 1 | 1,43 | 15 | 9,07 | 47 | 41,92 | 99 | 34,27 | 113 | 24,57 | 141 | 25,20 | 42 | 16,53 | 12 | 16,64 | 472 | 23,19 |
| Napad | 0 | 1,60 | 1 | 1,07 | 14 | 8,08 | 55 | 48,75 | 156 | 54,00 | 106 | 23,18 | 80 | 14,33 | 16 | 6,12 | 6 | 7,64 | 434 | 21,32 |
| Dogodek nedoločene namena | 25 | 120,03 | 103 | 111,06 | 152 | 90,09 | 164 | 145,97 | 360 | 124,49 | 472 | 102,98 | 721 | 128,63 | 451 | 175,93 | 178 | 239,66 | 2626 | 129,12 |
| Zakonito posredovanje in vojne operacije | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,30 | 1 | 0,23 | 0 | 0,00 | 0 | 0,06 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 1 | 0,07 |
| Zapleti med zdravniško in kirurško oskrbo | 2 | 8,00 | 8 | 8,96 | 4 | 2,37 | 8 | 7,13 | 12 | 4,15 | 24 | 5,16 | 46 | 8,20 | 46 | 18,09 | 20 | 27,43 | 170 | 8,38 |
| Kasne posledice zunanjih vzrokov obolevnosti in umrljivosti | 0 | 0,00 | 0 | 0,36 | 1 | 0,59 | 6 | 5,05 | 39 | 13,50 | 70 | 15,33 | 100 | 17,89 | 32 | 12,36 | 5 | 6,30 | 253 | 12,44 |
| Dodatni dejavniki, povezani z obolevnostjo in umrljivostjo | 0 | 0,00 | 1 | 0,72 | 4 | 2,17 | 8 | 7,43 | 1 | 0,46 | 1 | 0,22 | 1 | 0,24 | 0 | 0,13 | 0 | 0,45 | 17 | 0,84 |
| Skupaj | 166 | 796,99 | 1023 | 1099,13 | 1822 | 1077,76 | 1730 | 1542,91 | 3960 | 1370,83 | 5292 | 1153,76 | 8123 | 1448,50 | 5416 | 2114,15 | 3286 | 4432,63 | 30818 | 1515,34 |

Preglednica 8.11. Povprečno letno število hospitalizacij moških (2008–2010) in stopnja (na 100.000) zaradi poškodb in zastrupitev (S01–T98), po starostnih skupinah in sklopih zunanega vzroka, Slovenija. (Vir: Podatkovna zbirka o bolnišničnih obravnava zaradi poškodb in zastrupitev, IVZ)

| MOŠKI | 0 let | | 1–5 let | | 6–14 let | | 15–19 let | | 20–29 let | | 30–44 let | | 45–64 let | | 65–79 let | | nad 79 let | | Skupaj | |
|---|-----------|---------------|------------|----------------|-------------|----------------|-------------|----------------|-------------|----------------|-------------|----------------|-------------|----------------|-------------|----------------|------------|----------------|--------------|----------------|
| | Št. | Stop. | Št. | Stop. | Št. | Stop. | Št. | Stop. | Št. | Stop. | Št. | Stop. | Št. | Stop. | Št. | Stop. | Št. | Stop. | Št. | Stop. |
| Pešec, poškodovan v transportni nezgodi | 0 | 3,12 | 8 | 16,76 | 22 | 25,65 | 19 | 32,24 | 39 | 25,86 | 53 | 22,13 | 77 | 27,22 | 35 | 32,16 | 12 | 60,06 | 266 | 26,40 |
| Kolesar, poškodovan v transportni nezgodi | 0 | 3,12 | 18 | 38,40 | 122 | 140,50 | 77 | 132,43 | 150 | 98,63 | 185 | 77,60 | 223 | 78,37 | 72 | 66,16 | 13 | 66,74 | 860 | 85,49 |
| Motorist, poškodovan v transportni nezgodi | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 28 | 31,78 | 118 | 203,25 | 210 | 138,08 | 187 | 78,44 | 115 | 40,47 | 24 | 22,36 | 5 | 25,03 | 686 | 68,20 |
| Oseba v trokolesnem motornem vozilu, poškodovana | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,38 | 1 | 1,73 | 1 | 0,88 | 2 | 0,84 | 2 | 0,70 | 0 | 0,31 | 0 | 0,00 | 7 | 0,70 |
| Oseba v avtomobilu, poškodovana | 1 | 12,47 | 11 | 23,74 | 24 | 27,18 | 134 | 232,04 | 410 | 269,80 | 303 | 127,19 | 268 | 94,21 | 75 | 68,92 | 13 | 63,40 | 1239 | 123,11 |
| Druge nezgode med transportom | 0 | 0,00 | 0 | 0,70 | 4 | 4,59 | 5 | 9,21 | 31 | 20,16 | 51 | 21,43 | 63 | 22,17 | 19 | 17,46 | 3 | 16,68 | 177 | 17,55 |
| Padci | 54 | 501,96 | 300 | 629,06 | 611 | 701,73 | 410 | 707,64 | 1052 | 691,93 | 1742 | 731,89 | 2721 | 957,77 | 1454 | 1336,04 | 549 | 2747,84 | 8893 | 883,65 |
| Izpostavljenost neživim mehničnim silam | 4 | 34,30 | 66 | 138,24 | 148 | 169,59 | 133 | 230,32 | 365 | 239,78 | 561 | 235,89 | 666 | 234,28 | 183 | 168,15 | 21 | 105,11 | 2146 | 213,27 |
| Izpostavljenost živim mehničnim silam | 1 | 12,47 | 24 | 49,57 | 61 | 69,68 | 93 | 160,07 | 193 | 126,90 | 178 | 74,94 | 182 | 64,05 | 58 | 52,99 | 9 | 43,38 | 798 | 79,29 |
| Naključna utopitev in potopitev | 0 | 0,00 | 2 | 4,19 | 1 | 1,53 | 1 | 1,15 | 0 | 0,00 | 1 | 0,56 | 2 | 0,59 | 2 | 2,14 | 0 | 0,00 | 9 | 0,93 |
| Druga naključna ogrožanja dihanja | 2 | 18,71 | 5 | 10,47 | 2 | 2,30 | 1 | 1,15 | 1 | 0,88 | 3 | 1,12 | 3 | 0,94 | 3 | 2,76 | 1 | 5,01 | 20 | 2,02 |
| Izpostavljenost elekt. toku, sevanju, skrajni temperaturi | 1 | 6,24 | 2 | 4,19 | 2 | 2,68 | 2 | 2,88 | 5 | 3,51 | 6 | 2,66 | 5 | 1,64 | 0 | 0,31 | 0 | 0,00 | 23 | 2,32 |
| Izpostavljenost dimu, ognju in plamenom | 0 | 3,12 | 1 | 2,09 | 4 | 4,98 | 4 | 6,91 | 9 | 5,70 | 14 | 5,74 | 18 | 6,45 | 6 | 5,21 | 2 | 8,34 | 58 | 5,73 |
| Stik z vročino in vročimi snovmi | 7 | 68,59 | 26 | 53,76 | 8 | 8,81 | 5 | 8,64 | 19 | 12,27 | 23 | 9,81 | 30 | 10,44 | 15 | 13,48 | 2 | 8,34 | 134 | 13,28 |
| Stik s strupenimi živalmi in rastlinami | 0 | 3,12 | 9 | 18,85 | 19 | 21,44 | 6 | 10,94 | 6 | 3,95 | 17 | 7,14 | 23 | 8,21 | 8 | 7,35 | 1 | 3,34 | 89 | 8,88 |
| Izpostavljenost naravnim silam | 0 | 0,00 | 0 | 0,70 | 0 | 0,38 | 2 | 2,88 | 2 | 1,53 | 4 | 1,68 | 5 | 1,76 | 2 | 2,14 | 0 | 1,67 | 16 | 1,62 |
| Naključna izpostavljenost škodljivim snovem in zastrupitev | 4 | 40,53 | 36 | 75,40 | 18 | 21,06 | 15 | 25,91 | 28 | 18,19 | 39 | 16,25 | 48 | 17,01 | 18 | 16,23 | 3 | 15,02 | 209 | 20,77 |
| Čezmerni napor, potovanje, pomanjkanje | 0 | 0,00 | 1 | 1,40 | 5 | 6,13 | 12 | 20,15 | 28 | 18,19 | 45 | 18,91 | 59 | 20,65 | 17 | 15,93 | 2 | 10,01 | 168 | 16,73 |
| Naključna izpostavljenost drugim in neopredeljenim dejavnikom | 2 | 15,59 | 9 | 18,15 | 8 | 8,81 | 6 | 10,36 | 15 | 9,64 | 22 | 9,39 | 61 | 21,59 | 52 | 48,09 | 8 | 41,71 | 183 | 18,18 |
| Namerna samopoškodba | 0 | 0,00 | 1 | 1,40 | 5 | 5,36 | 19 | 32,24 | 53 | 34,63 | 58 | 24,23 | 57 | 19,94 | 19 | 17,76 | 6 | 30,03 | 216 | 21,50 |
| Napad | 0 | 0,00 | 0 | 0,70 | 11 | 13,02 | 48 | 82,34 | 142 | 93,15 | 92 | 38,52 | 59 | 20,88 | 10 | 9,50 | 2 | 10,01 | 364 | 36,20 |
| Dogodek nedoločenega namena | 14 | 134,06 | 68 | 142,43 | 96 | 109,87 | 114 | 196,34 | 276 | 181,26 | 351 | 147,36 | 464 | 163,19 | 212 | 194,80 | 53 | 265,27 | 1647 | 163,62 |
| Zakonito posredovanje in vojne operacije | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,58 | 0 | 0,22 | 0 | 0,00 | 0 | 0,12 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 1 | 0,10 |
| Zapleti med zdravniško in kirurško oskrbo | 1 | 12,47 | 3 | 6,98 | 2 | 2,68 | 4 | 6,91 | 7 | 4,38 | 12 | 5,18 | 22 | 7,63 | 25 | 22,97 | 8 | 41,71 | 85 | 8,45 |
| Kasne posledice zunanjih vzrokov obolevnosti in umrljivosti | 0 | 0,00 | 0 | 0,70 | 1 | 0,77 | 4 | 6,33 | 28 | 18,41 | 46 | 19,19 | 53 | 18,54 | 12 | 11,33 | 1 | 6,67 | 145 | 14,37 |
| Dodatni dejavniki, povezani z obolevnostjo in umrljivostjo | 0 | 0,00 | 0 | 0,70 | 1 | 1,53 | 5 | 9,21 | 1 | 0,66 | 1 | 0,28 | 1 | 0,47 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 10 | 0,99 |
| Skupaj | 93 | 869,86 | 591 | 1238,58 | 1204 | 1382,41 | 1235 | 2133,87 | 3070 | 2018,58 | 3994 | 1678,38 | 5226 | 1839,29 | 2323 | 2134,54 | 714 | 3575,36 | 18451 | 1833,35 |

Preglednica 8.12. Povprečno letno število hospitalizacij žensk (2008–2010) in stopnja (na 100.000) zaradi poškodb in zastrupitev (S01–T98), po starostnih skupinah in sklopih zunanega vzroka, Slovenija. (Vir: Podatkovna zbirka o bolnišničnih obravnavah zaradi poškodb in zastrupitev, IVZ)

| ŽENSKE | 0 let | | 1–5 let | | 6–14 let | | 15–19 let | | 20–29 let | | 30–44 let | | 45–64 let | | 65–79 let | | nad 79 let | | Skupaj | |
|---|-----------|---------------|------------|---------------|------------|---------------|------------|---------------|------------|---------------|-------------|---------------|-------------|----------------|-------------|----------------|-------------|----------------|--------------|----------------|
| | Št. | Stop. | Št. | Stop. | Št. | Stop. | Št. | Stop. | Št. | Stop. | Št. | Stop. | Št. | Stop. | Št. | Stop. | Št. | Stop. | Št. | Stop. |
| Pešec, poškodovan v transportni nezgodi | 1 | 6,58 | 7 | 14,72 | 17 | 21,13 | 20 | 36,88 | 26 | 18,76 | 27 | 12,39 | 59 | 21,33 | 53 | 35,97 | 23 | 41,86 | 232 | 22,62 |
| Kolesar, poškodovan v transportni nezgodi | 0 | 0,00 | 13 | 28,70 | 40 | 49,18 | 24 | 44,87 | 43 | 31,19 | 58 | 26,28 | 108 | 39,04 | 56 | 38,01 | 7 | 13,54 | 350 | 34,04 |
| Motorist, poškodovan v transportni nezgodi | 0 | 0,00 | 0 | 0,74 | 5 | 6,50 | 14 | 26,43 | 15 | 10,96 | 17 | 7,70 | 13 | 4,70 | 2 | 1,58 | 0 | 0,00 | 67 | 6,55 |
| Oseba v trokolesnem motornem vozilu, poškodovana | 0 | 0,00 | 0 | 0,74 | 1 | 1,63 | 2 | 3,07 | 2 | 1,22 | 2 | 1,06 | 3 | 0,96 | 1 | 0,45 | 0 | 0,00 | 11 | 1,04 |
| Oseba v avtomobilu, poškodovana | 2 | 16,44 | 10 | 22,81 | 17 | 20,32 | 71 | 130,91 | 224 | 163,48 | 164 | 74,47 | 186 | 67,11 | 59 | 39,82 | 11 | 20,93 | 743 | 72,36 |
| Druge nezgode med transportom | 0 | 0,00 | 0 | 0,74 | 5 | 6,50 | 4 | 7,38 | 12 | 8,77 | 12 | 5,59 | 15 | 5,30 | 5 | 3,39 | 4 | 7,39 | 58 | 5,61 |
| Padci | 45 | 447,21 | 247 | 544,52 | 329 | 401,55 | 182 | 334,97 | 283 | 206,61 | 590 | 267,20 | 1730 | 625,32 | 2363 | 1604,07 | 2259 | 4171,54 | 8028 | 781,42 |
| Izpostavljenost neživim mehaničnim silam | 2 | 19,73 | 38 | 83,89 | 52 | 63,81 | 26 | 47,33 | 46 | 33,38 | 88 | 39,88 | 129 | 46,63 | 68 | 45,93 | 32 | 59,71 | 481 | 46,79 |
| Izpostavljenost živim mehaničnim silam | 2 | 16,44 | 14 | 31,64 | 31 | 38,20 | 22 | 41,18 | 30 | 21,93 | 38 | 17,22 | 71 | 25,78 | 50 | 33,71 | 23 | 41,86 | 281 | 27,39 |
| Naključna utopitev in potopitev | 0 | 0,00 | 3 | 5,89 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,15 | 1 | 0,36 | 2 | 1,13 | 0 | 0,00 | 6 | 0,55 |
| Druga naključna ogrožanja dihanja | 2 | 16,44 | 4 | 9,57 | 1 | 0,81 | 1 | 1,23 | 1 | 0,49 | 0 | 0,00 | 3 | 1,08 | 1 | 0,68 | 2 | 3,08 | 14 | 1,33 |
| Izpostavljenost elekt. toku, sevanju, skrajni temperaturi | 0 | 0,00 | 1 | 1,47 | 1 | 0,81 | 0 | 0,00 | 1 | 0,97 | 1 | 0,30 | 2 | 0,72 | 1 | 0,90 | 1 | 1,23 | 7 | 0,71 |
| Izpostavljenost dimu, ognju in plamenom | 0 | 0,00 | 1 | 2,21 | 1 | 1,22 | 0 | 0,61 | 2 | 1,22 | 2 | 0,76 | 7 | 2,53 | 3 | 2,04 | 3 | 4,92 | 18 | 1,78 |
| Stik z vročino in vročimi snovmi | 3 | 29,59 | 18 | 39,00 | 3 | 3,66 | 2 | 3,07 | 5 | 3,41 | 12 | 5,44 | 23 | 8,43 | 15 | 10,18 | 6 | 11,70 | 87 | 8,44 |
| Stik s strupenimi živalmi in rastlinami | 1 | 9,86 | 5 | 10,30 | 13 | 16,26 | 4 | 7,38 | 6 | 4,63 | 7 | 3,17 | 12 | 4,46 | 5 | 3,39 | 1 | 1,85 | 55 | 5,32 |
| Izpostavljenost naravnim silam | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 1 | 0,73 | 1 | 0,30 | 0 | 0,12 | 0 | 0,23 | 1 | 2,46 | 4 | 0,36 |
| Naključna izpostavljenost škodljivim snovem in zastrupitev | 1 | 13,15 | 22 | 47,83 | 12 | 14,22 | 18 | 33,19 | 19 | 14,13 | 19 | 8,61 | 36 | 12,89 | 17 | 11,54 | 11 | 19,70 | 154 | 15,02 |
| Čezmerni napor, potovanje, pomanjkanje | 0 | 3,29 | 1 | 1,47 | 5 | 5,69 | 5 | 8,60 | 9 | 6,82 | 15 | 6,80 | 26 | 9,52 | 23 | 15,61 | 15 | 27,70 | 99 | 9,64 |
| Naključna izpostavljenost drugim in neopredeljenim dejavnikom | 3 | 26,31 | 6 | 13,25 | 10 | 12,60 | 6 | 11,06 | 5 | 3,90 | 17 | 7,55 | 37 | 13,49 | 61 | 41,40 | 23 | 41,86 | 168 | 16,35 |
| Namerna samopoškodba | 0 | 3,29 | 1 | 1,47 | 11 | 13,01 | 28 | 52,24 | 46 | 33,87 | 55 | 24,92 | 85 | 30,60 | 23 | 15,61 | 6 | 11,70 | 255 | 24,85 |
| Napad | 0 | 3,29 | 1 | 1,47 | 2 | 2,84 | 7 | 12,91 | 14 | 10,48 | 15 | 6,65 | 21 | 7,59 | 5 | 3,62 | 4 | 6,77 | 69 | 6,75 |
| Dogodek nedoločene namena | 11 | 105,23 | 35 | 78,00 | 57 | 69,09 | 50 | 92,19 | 84 | 61,40 | 122 | 55,13 | 258 | 93,14 | 239 | 161,99 | 125 | 230,21 | 979 | 95,33 |
| Zakonito posredovanje in vojne operacije | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,24 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,03 |
| Zapleti med zdravniško in kirurško oskrbo | 0 | 3,29 | 5 | 11,04 | 2 | 2,03 | 4 | 7,38 | 5 | 3,90 | 11 | 5,14 | 24 | 8,80 | 21 | 14,48 | 12 | 22,16 | 85 | 8,31 |
| Kasne posledice zunanjih vzrokov obolenosti in umrljivosti | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,41 | 2 | 3,69 | 11 | 8,04 | 25 | 11,18 | 48 | 17,23 | 19 | 13,12 | 3 | 6,16 | 108 | 10,55 |
| Dodatni dejavniki, povezani z obolenostjo in umrljivostjo | 0 | 0,00 | 0 | 0,74 | 2 | 2,84 | 3 | 5,53 | 0 | 0,24 | 0 | 0,15 | 0 | 0,00 | 0 | 0,23 | 0 | 0,62 | 7 | 0,68 |
| Skupaj | 73 | 720,13 | 431 | 952,17 | 619 | 754,33 | 495 | 912,10 | 890 | 650,76 | 1298 | 588,03 | 2897 | 1047,15 | 3093 | 2099,10 | 2572 | 4748,92 | 12367 | 1203,81 |

Preglednica 8.13. Povprečno letno število hospitalizacij (2007–2009) in stopnja (na 100.000) zaradi nenamernih poškodb in zastrupitev (S01–T98, V01–X59) po starostnih skupinah in sklopih narave poškodbe, Slovenija. (Vir: Podatkovna zbirka o bolnišničnih obravnavah zaradi poškodb in zastrupitev, IVZ)

| SKUPAJ | 0 let | | 1–5 let | | 6–14 let | | 15–19 let | | 20–29 let | | 30–44 let | | 45–64 let | | 65–79 let | | nad 79 let | | Skupaj | |
|---|------------|---------------|------------|---------------|-------------|---------------|-------------|----------------|-------------|----------------|-------------|---------------|-------------|----------------|-------------|----------------|-------------|----------------|--------------|----------------|
| | Št. | Stop. | Št. | Stop. | Št. | Stop. | Št. | Stop. | Št. | Stop. | Št. | Stop. | Št. | Stop. | Št. | Stop. | Št. | Stop. | Št. | Stop. |
| Poškodbe glave | 99 | 473,71 | 501 | 538,46 | 600 | 354,65 | 462 | 412,04 | 924 | 319,72 | 947 | 206,55 | 1430 | 255,00 | 931 | 363,44 | 506 | 682,57 | 6399 | 314,66 |
| Poškodbe vratu | 1 | 3,20 | 4 | 4,30 | 26 | 15,57 | 56 | 49,65 | 166 | 57,46 | 158 | 34,45 | 165 | 29,36 | 59 | 22,90 | 29 | 39,12 | 663 | 32,60 |
| Poškodbe prsnega koša | 2 | 8,00 | 9 | 9,67 | 29 | 16,95 | 51 | 45,19 | 143 | 49,38 | 243 | 52,91 | 560 | 99,86 | 427 | 166,56 | 230 | 310,26 | 1692 | 83,20 |
| Poškodbe trebuha, spodnjega dela hrbta, ledvene hrbtenice | 2 | 8,00 | 26 | 27,59 | 103 | 61,11 | 90 | 79,97 | 217 | 75,23 | 269 | 58,72 | 477 | 85,12 | 452 | 176,32 | 334 | 451,00 | 1970 | 96,88 |
| Poškodbe rame in nadlakti | 0 | 1,60 | 55 | 59,47 | 124 | 73,14 | 102 | 91,27 | 230 | 79,73 | 312 | 68,03 | 746 | 133,09 | 419 | 163,44 | 166 | 223,48 | 2155 | 105,95 |
| Poškodbe komolca in podlakti | 0 | 1,60 | 52 | 56,25 | 310 | 183,34 | 80 | 71,65 | 159 | 54,92 | 265 | 57,78 | 528 | 94,09 | 386 | 150,56 | 124 | 166,82 | 1904 | 93,61 |
| Poškodbe zapestja in roke | 0 | 0,00 | 32 | 34,75 | 64 | 37,85 | 115 | 102,27 | 312 | 108,11 | 403 | 87,94 | 433 | 77,27 | 128 | 49,97 | 16 | 22,03 | 1504 | 73,97 |
| Poškodbe kolka in stegna | 6 | 28,81 | 29 | 30,81 | 55 | 32,53 | 49 | 43,40 | 103 | 35,54 | 149 | 32,56 | 464 | 82,68 | 1097 | 428,37 | 1415 | 1909,21 | 3367 | 165,54 |
| Poškodbe kolena in goleni | 0 | 0,00 | 16 | 16,84 | 172 | 101,53 | 309 | 275,29 | 748 | 258,91 | 1325 | 288,89 | 1570 | 280,02 | 587 | 229,15 | 141 | 190,65 | 4868 | 239,35 |
| Poškodbe skočnega sklepa in stopala | 0 | 0,00 | 12 | 12,54 | 27 | 15,77 | 35 | 31,51 | 105 | 36,23 | 174 | 38,01 | 233 | 41,55 | 53 | 20,69 | 8 | 10,79 | 647 | 31,80 |
| Poškodbe, ki zajemajo več telesnih področij (regij) | 0 | 1,60 | 1 | 1,07 | 3 | 1,97 | 8 | 6,84 | 26 | 9,12 | 17 | 3,63 | 22 | 3,92 | 11 | 4,29 | 7 | 9,44 | 95 | 4,69 |
| Poškodbe na neopredeljenem delu trupa, uda ali telesnega | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 1 | 0,59 | 1 | 1,19 | 1 | 0,46 | 3 | 0,58 | 2 | 0,30 | 2 | 0,91 | 0 | 0,45 | 11 | 0,52 |
| Učinki tujka, ki je vstopil skozi naravno telesno odprtino | 7 | 33,61 | 30 | 31,88 | 14 | 8,08 | 5 | 4,46 | 8 | 2,77 | 17 | 3,63 | 24 | 4,28 | 18 | 6,90 | 8 | 11,24 | 130 | 6,39 |
| Opekline in korozije (kemične opekline) | 11 | 52,81 | 49 | 52,66 | 19 | 11,43 | 15 | 13,68 | 43 | 14,77 | 72 | 15,77 | 100 | 17,77 | 46 | 18,09 | 14 | 19,33 | 370 | 18,19 |
| Ozeblina | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,30 | 1 | 0,35 | 2 | 0,36 | 3 | 0,48 | 1 | 0,39 | 1 | 1,35 | 8 | 0,38 |
| Zastrupitev z drogami, zdravili in z biološkimi snovmi | 2 | 8,00 | 24 | 25,79 | 7 | 4,34 | 13 | 11,30 | 17 | 6,00 | 18 | 3,92 | 25 | 4,52 | 15 | 5,99 | 12 | 15,74 | 133 | 6,56 |
| Toksični učinki snovi predvsem nemedicinskega izvora | 4 | 20,80 | 35 | 37,98 | 33 | 19,32 | 23 | 20,51 | 30 | 10,50 | 39 | 8,43 | 58 | 10,34 | 21 | 8,33 | 4 | 5,40 | 248 | 12,18 |
| Drugi in neopredeljeni učinki zunanjih vzrokov | 5 | 22,41 | 24 | 26,15 | 37 | 21,88 | 20 | 18,13 | 28 | 9,58 | 44 | 9,59 | 82 | 14,56 | 33 | 13,01 | 8 | 11,24 | 281 | 13,83 |
| Določeni zgodnji zapleti poškodbe | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 1 | 1,19 | 2 | 0,69 | 3 | 0,73 | 5 | 0,95 | 7 | 2,86 | 2 | 3,15 | 22 | 1,07 |
| Zapleti kirurške in medicinske oskrbe, ki niso uvrščeni drug | 0 | 1,60 | 9 | 9,31 | 9 | 5,13 | 6 | 5,05 | 14 | 4,85 | 27 | 5,89 | 78 | 13,91 | 121 | 47,37 | 34 | 45,41 | 297 | 14,62 |
| Kasne posledice po poškodbah, zastrupitvah in druge posledice | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,20 | 2 | 1,49 | 16 | 5,42 | 18 | 3,92 | 27 | 4,87 | 14 | 5,47 | 4 | 5,85 | 81 | 4,00 |
| Skupaj | 139 | 665,76 | 908 | 975,53 | 1632 | 965,39 | 1442 | 1286,35 | 3293 | 1139,72 | 4505 | 982,31 | 7032 | 1253,95 | 4829 | 1885,00 | 3065 | 4134,52 | 26845 | 1319,98 |

Preglednica 8.14. Povprečno letno število hospitalizacij moških (2007–2009) in stopnja (na 100.000) zaradi nenamernih poškodb in zastrupitev (S01–T98, V01–X59), po starostnih skupinah in sklopih narave poškodbe, Slovenija. (Vir: Podatkovna zbirka o bolnišničnih obravnavah zaradi poškodb in zastrupitev, IVZ)

| MOŠKI | 0 let | | 1–5 let | | 6–14 let | | 15–19 let | | 20–29 let | | 30–44 let | | 45–64 let | | 65–79 let | | nad 79 let | | Skupaj | |
|---|-----------|---------------|------------|----------------|-------------|----------------|-------------|---------------|-------------|---------------|-------------|---------------|-------------|----------------|-------------|----------------|------------|---------------|--------------|---------------|
| | Št. | Stop. | Št. | Stop. | Št. | Stop. | Št. | Stop. | Št. | Stop. | Št. | Stop. | Št. | Stop. | Št. | Stop. | Št. | Stop. | Št. | Stop. |
| Poškodbe glave | 53 | 495,73 | 271 | 568,32 | 401 | 460,55 | 320 | 552,8 | 699 | 459,6 | 726 | 304,9 | 1056 | 371,54 | 552 | 507,52 | 167 | 834,2 | 4245 | 421,8 |
| Poškodbe vratu | 0 | 3,12 | 2 | 4,19 | 13 | 15,31 | 32 | 55,9 | 92 | 60,3 | 92 | 38,7 | 108 | 38,13 | 39 | 35,53 | 10 | 51,7 | 389 | 38,7 |
| Poškodbe prsnega koša | 1 | 6,24 | 6 | 13,27 | 20 | 22,59 | 34 | 59,3 | 108 | 70,8 | 194 | 81,5 | 403 | 141,72 | 237 | 217,77 | 64 | 320,3 | 1066 | 106,0 |
| Poškodbe trebuha, spodnjega dela hrbta, ledvene hrbtenice | 1 | 9,35 | 17 | 34,91 | 67 | 76,95 | 59 | 102,5 | 160 | 105,2 | 207 | 87,1 | 309 | 108,87 | 174 | 159,88 | 58 | 292,0 | 1053 | 104,6 |
| Poškodbe rame in nadlakti | 0 | 3,12 | 28 | 58,65 | 75 | 86,14 | 84 | 144,5 | 198 | 130,0 | 260 | 109,4 | 496 | 174,45 | 147 | 135,38 | 21 | 106,8 | 1309 | 130,1 |
| Poškodbe komolca in podlakti | 0 | 0,00 | 31 | 64,23 | 221 | 254,20 | 64 | 111,1 | 124 | 81,8 | 194 | 81,7 | 237 | 83,29 | 83 | 76,57 | 14 | 68,4 | 969 | 96,3 |
| Poškodbe zapestja in roke | 0 | 0,00 | 22 | 45,38 | 44 | 50,53 | 98 | 169,9 | 270 | 177,7 | 345 | 145,0 | 328 | 115,44 | 85 | 78,10 | 6 | 28,4 | 1198 | 119,0 |
| Poškodbe kolka in stegna | 4 | 34,30 | 20 | 41,89 | 39 | 45,17 | 41 | 71,4 | 83 | 54,6 | 125 | 52,4 | 305 | 107,46 | 352 | 323,14 | 252 | 1263,0 | 1221 | 121,4 |
| Poškodbe kolena in goleni | 0 | 0,00 | 10 | 21,64 | 113 | 130,16 | 223 | 385,2 | 607 | 399,1 | 966 | 405,8 | 868 | 305,49 | 196 | 180,41 | 24 | 120,1 | 3008 | 298,9 |
| Poškodbe skočnega sklepa in stopala | 0 | 0,00 | 6 | 13,27 | 19 | 21,44 | 27 | 46,1 | 88 | 58,1 | 145 | 61,1 | 185 | 65,11 | 31 | 28,49 | 3 | 16,7 | 505 | 50,1 |
| Poškodbe, ki zajemajo več telesnih področij (regij) | 0 | 0,00 | 1 | 1,40 | 3 | 3,06 | 6 | 10,4 | 20 | 13,2 | 12 | 5,2 | 15 | 5,16 | 7 | 6,13 | 2 | 8,3 | 65 | 6,4 |
| Poškodbe na neopredeljenem delu trupa, uda ali telesnega | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 1 | 0,77 | 1 | 2,3 | 1 | 0,9 | 2 | 0,7 | 1 | 0,47 | 2 | 1,53 | 0 | 0,0 | 8 | 0,8 |
| Učinki tujka, ki je vstopil skozi naravno telesno odprtino | 4 | 34,30 | 16 | 32,81 | 8 | 9,57 | 4 | 6,3 | 7 | 4,6 | 13 | 5,5 | 19 | 6,69 | 13 | 11,95 | 3 | 15,0 | 86 | 8,6 |
| Opekline in korozije (kemične opekline) | 8 | 74,83 | 30 | 63,53 | 15 | 17,61 | 13 | 23,0 | 36 | 23,7 | 56 | 23,7 | 68 | 24,05 | 25 | 22,67 | 4 | 20,0 | 256 | 25,5 |
| Ozeblina | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,6 | 1 | 0,7 | 2 | 0,7 | 3 | 0,94 | 1 | 0,92 | 0 | 1,7 | 7 | 0,7 |
| Zastrupitev z drogami, zdravili in z biološkimi snovmi | 1 | 12,47 | 16 | 33,51 | 3 | 3,06 | 4 | 6,9 | 9 | 5,9 | 11 | 4,8 | 12 | 4,11 | 8 | 7,04 | 2 | 11,7 | 66 | 6,6 |
| Toksični učinki snovi predvsem nemedicinskega izvora | 3 | 24,94 | 23 | 48,17 | 18 | 20,67 | 13 | 23,0 | 17 | 11,2 | 26 | 10,8 | 36 | 12,79 | 12 | 11,33 | 1 | 6,7 | 150 | 14,9 |
| Drugi in neopredeljeni učinki zunanjih vzrokov | 2 | 21,82 | 14 | 28,63 | 23 | 26,80 | 11 | 19,6 | 18 | 11,6 | 29 | 12,0 | 50 | 17,71 | 17 | 15,62 | 2 | 8,3 | 166 | 16,5 |
| Določeni zgodnji zapleti poškodbe | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 1 | 1,7 | 1 | 0,7 | 2 | 1,0 | 4 | 1,53 | 5 | 4,29 | 1 | 5,0 | 14 | 1,4 |
| Zapleti kirurške in medicinske oskrbe, ki niso uvrščeni drug | 0 | 3,12 | 6 | 11,87 | 4 | 4,21 | 3 | 5,2 | 12 | 7,9 | 16 | 6,7 | 51 | 17,95 | 54 | 49,31 | 8 | 40,0 | 153 | 15,2 |
| Kasne posledice po poškodbah, zastrupitvah in drugih posledic | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,38 | 1 | 2,3 | 13 | 8,5 | 12 | 5,0 | 16 | 5,63 | 5 | 4,59 | 1 | 3,3 | 48 | 4,8 |
| Skupaj | 77 | 723,33 | 518 | 1085,67 | 1088 | 1249,18 | 1042 | 1799,9 | 2564 | 1685,9 | 3435 | 1443,6 | 4570 | 1608,53 | 2044 | 1878,18 | 644 | 3221,7 | 15983 | 1588,1 |

Preglednica 8.15. Povprečno letno število hospitalizacij žensk (2007–2009) in stopnja (na 100.000) zaradi nenamernih poškodb in zastrupitev (S01–T98, V01–X59), po starostnih skupinah in sklopih narave poškodbe, Slovenija. (Vir: Podatkovna zbirka o bolnišničnih obravnavah zaradi poškodb in zastrupitev, IVZ)

| ŽENSKE | 0 let | | 1–5 let | | 6–14 let | | 15–19 let | | 20–29 let | | 30–44 let | | 45–64 let | | 65–79 let | | nad 79 let | | Skupaj | |
|---|-----------|---------------|------------|---------------|------------|---------------|------------|---------------|------------|---------------|-------------|---------------|-------------|---------------|-------------|----------------|-------------|----------------|--------------|----------------|
| | Št. | Stop. | Št. | Stop. | Št. | Stop. | Št. | Stop. | Št. | Stop. | Št. | Stop. | Št. | Stop. | Št. | Stop. | Št. | Stop. | Št. | Stop. |
| Poškodbe glave | 46 | 450,49 | 230 | 506,99 | 199 | 242,23 | 142 | 261,83 | 225 | 164,21 | 222 | 100,45 | 374 | 135,31 | 379 | 257,01 | 339 | 626,62 | 2155 | 209,74 |
| Poškodbe vratu | 0 | 3,29 | 2 | 4,42 | 13 | 15,85 | 23 | 43,02 | 74 | 54,33 | 66 | 29,91 | 56 | 20,36 | 20 | 13,57 | 19 | 34,47 | 274 | 26,67 |
| Poškodbe prsnega koša | 1 | 9,86 | 3 | 5,89 | 9 | 10,97 | 16 | 30,12 | 35 | 25,58 | 49 | 22,05 | 157 | 56,87 | 190 | 128,73 | 166 | 306,54 | 626 | 60,90 |
| Poškodbe trebuha, spodnjega dela hrbta, ledvene hrbtenice | 1 | 6,58 | 9 | 19,87 | 36 | 44,30 | 30 | 55,93 | 57 | 41,91 | 62 | 28,09 | 168 | 60,73 | 278 | 188,46 | 276 | 509,67 | 917 | 89,29 |
| Poškodbe rame in nadlakti | 0 | 0,00 | 27 | 60,34 | 49 | 59,34 | 19 | 34,42 | 33 | 23,88 | 52 | 23,41 | 251 | 90,61 | 271 | 184,16 | 144 | 266,53 | 845 | 82,29 |
| Poškodbe komolca in podlakti | 0 | 3,29 | 22 | 47,83 | 89 | 108,11 | 16 | 29,50 | 34 | 25,09 | 71 | 32,02 | 291 | 105,18 | 302 | 205,20 | 110 | 203,13 | 935 | 91,01 |
| Poškodbe zapestja in roke | 0 | 0,00 | 11 | 23,55 | 20 | 24,39 | 16 | 30,12 | 42 | 30,70 | 58 | 26,43 | 105 | 38,07 | 43 | 29,19 | 11 | 19,70 | 306 | 29,82 |
| Poškodbe kolka in stegna | 2 | 23,02 | 9 | 19,13 | 16 | 19,10 | 7 | 13,52 | 20 | 14,37 | 25 | 11,18 | 158 | 57,23 | 746 | 506,11 | 1163 | 2147,63 | 2145 | 208,83 |
| Poškodbe kolena in goleni | 0 | 0,00 | 5 | 11,77 | 58 | 71,12 | 86 | 157,96 | 141 | 103,06 | 359 | 162,83 | 702 | 253,86 | 391 | 265,16 | 117 | 216,67 | 1860 | 181,05 |
| Poškodbe skočnega sklepa in stopala | 0 | 0,00 | 5 | 11,77 | 8 | 9,75 | 9 | 15,98 | 16 | 11,94 | 29 | 13,14 | 48 | 17,35 | 22 | 14,93 | 5 | 8,62 | 142 | 13,82 |
| Poškodbe, ki zajemajo več telesnih področij (regij) | 0 | 3,29 | 0 | 0,74 | 1 | 0,81 | 2 | 3,07 | 6 | 4,63 | 4 | 1,96 | 7 | 2,65 | 4 | 2,94 | 5 | 9,85 | 31 | 2,99 |
| Poškodbe na neopredeljenem delu trupa, uda ali telesnega | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,41 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 1 | 0,45 | 0 | 0,12 | 1 | 0,45 | 0 | 0,62 | 3 | 0,26 |
| Učinki tujka, ki je vstopil skozi naravno telesno odprtino | 3 | 32,88 | 14 | 30,91 | 5 | 6,50 | 1 | 2,46 | 1 | 0,73 | 4 | 1,66 | 5 | 1,81 | 5 | 3,17 | 5 | 9,85 | 44 | 4,25 |
| Opekline in korozije (kemične opekline) | 3 | 29,59 | 19 | 41,21 | 4 | 4,88 | 2 | 3,69 | 7 | 4,87 | 16 | 7,25 | 31 | 11,33 | 22 | 14,71 | 10 | 19,08 | 114 | 11,06 |
| Ozeblina | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 1 | 1,23 | 1 | 0,06 |
| Zastrupitev z drogami, zdravili in z biološkimi snovmi | 0 | 3,29 | 8 | 17,66 | 5 | 5,69 | 9 | 15,98 | 8 | 6,09 | 7 | 3,02 | 14 | 4,94 | 8 | 5,20 | 9 | 17,24 | 67 | 6,55 |
| Toksični učinki snovi predvsem nemedicinskega izvora | 2 | 16,44 | 12 | 27,23 | 15 | 17,88 | 10 | 17,82 | 13 | 9,75 | 13 | 5,89 | 22 | 7,83 | 9 | 6,11 | 3 | 4,92 | 98 | 9,54 |
| Drugi in neopredeljeni učinki zunanjih vzrokov | 2 | 23,02 | 11 | 23,55 | 14 | 16,66 | 9 | 16,59 | 10 | 7,31 | 15 | 6,95 | 31 | 11,33 | 16 | 11,09 | 7 | 12,31 | 115 | 11,23 |
| Določeni zgodnji zapleti poškodbe | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,61 | 1 | 0,73 | 1 | 0,45 | 1 | 0,36 | 3 | 1,81 | 1 | 2,46 | 7 | 0,71 |
| Zapleti kirurške in medicinske oskrbe, ki niso uvrščeni drug | 0 | 0,00 | 3 | 6,62 | 5 | 6,10 | 3 | 4,92 | 2 | 1,46 | 11 | 4,98 | 27 | 9,76 | 68 | 45,93 | 26 | 47,40 | 144 | 14,02 |
| Kasne posledice po poškodbah, zastrupitvah in drugih posledic | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,61 | 3 | 1,95 | 6 | 2,72 | 11 | 4,10 | 9 | 6,11 | 4 | 6,77 | 33 | 3,21 |
| Skupaj | 61 | 605,04 | 389 | 859,46 | 545 | 664,10 | 400 | 738,16 | 729 | 532,60 | 1070 | 484,86 | 2462 | 889,79 | 2785 | 1890,05 | 2421 | 4471,31 | 10862 | 1057,31 |

Preglednica 8.16. Povprečno letno število hospitalizacij (2007–2009) v vseh starostih in standardizirana stopnja (na 100.000) zaradi nenamernih poškodb in zastrupitev (S01–T98, V01–X59), po statističnih regijah in sklopih zunanega vzroka, Slovenija. (Vir: Podatkovna zbirka o bolnišničnih obravnavah zaradi poškodb in zastrupitev, IVZ)

| VSE STAROSTI | Pomurska | | Podravska | | Koroška | | Savinjska | | Zasavska | | Spodnjeposavska | | Jugovzhodna Slovenija | | Osrednje-slovenska | | Gorenjska | | Notranjsko-Kraška | | Goriška | | Obalno-Kraška | | Slovenija | |
|--|------------|----------------|-------------|----------------|------------|----------------|-------------|----------------|------------|----------------|-----------------|----------------|-----------------------|----------------|--------------------|---------------|-------------|----------------|-------------------|---------------|-------------|----------------|---------------|----------------|--------------|----------------|
| | Št. | SDR | Št. | SDR | Št. | SDR | Št. | SDR | Št. | SDR | Št. | SDR | Št. | SDR | Št. | SDR | Št. | SDR | Št. | SDR | Št. | SDR | Št. | SDR | Št. | SDR |
| Pešec | 17 | 23,21 | 38 | 18,59 | 9 | 17,69 | 35 | 22,09 | 10 | 39,71 | 8 | 17,62 | 17 | 20,01 | 96 | 28,63 | 30 | 23,97 | 7 | 22,64 | 15 | 20,25 | 14 | 19,86 | 295 | 23,07 |
| Kolesar | 41 | 58,19 | 121 | 64,55 | 23 | 57,00 | 70 | 43,17 | 9 | 37,30 | 12 | 32,43 | 44 | 56,77 | 196 | 63,69 | 89 | 75,85 | 14 | 50,08 | 51 | 78,34 | 35 | 56,03 | 706 | 59,76 |
| Motorist | 23 | 32,81 | 50 | 27,39 | 19 | 42,63 | 80 | 51,43 | 11 | 43,82 | 16 | 39,91 | 41 | 47,70 | 94 | 31,17 | 40 | 33,45 | 13 | 41,92 | 25 | 38,38 | 24 | 40,54 | 434 | 36,76 |
| Oseba v v trokolesnem motornem vozilu, poškodovana | 0 | 0,52 | 6 | 3,71 | 0 | 1,04 | 0 | 0,29 | 0 | 0,70 | 0 | | 0 | 0,49 | 1 | 0,28 | 1 | 0,46 | 0 | | 0 | 0,45 | 0 | | 10 | 0,87 |
| Oseba v avtomobilu | 71 | 97,68 | 184 | 95,08 | 46 | 103,71 | 157 | 99,59 | 32 | 119,29 | 31 | 75,00 | 112 | 128,27 | 279 | 87,15 | 102 | 82,99 | 24 | 78,08 | 61 | 86,10 | 45 | 71,28 | 1144 | 92,71 |
| Druge prometne nezgode | 8 | 10,24 | 6 | 2,80 | 5 | 10,61 | 39 | 23,32 | 2 | 6,66 | 3 | 6,89 | 13 | 14,41 | 28 | 8,31 | 13 | 9,93 | 2 | 5,81 | 10 | 13,56 | 2 | 2,51 | 130 | 9,96 |
| Padci | 621 | 755,17 | 1691 | 765,04 | 382 | 767,52 | 1332 | 802,86 | 267 | 807,86 | 375 | 775,39 | 713 | 748,46 | 2077 | 572,28 | 960 | 690,10 | 224 | 593,86 | 714 | 851,04 | 648 | 894,94 | 10005 | 719,70 |
| Izposta. neživim in mehan. silam | 116 | 166,21 | 312 | 157,32 | 79 | 178,30 | 304 | 197,18 | 32 | 118,30 | 57 | 132,08 | 144 | 166,44 | 171 | 56,72 | 101 | 83,82 | 28 | 83,69 | 123 | 175,79 | 75 | 114,89 | 1543 | 126,48 |
| Izposta. živim mehan. silam | 28 | 40,12 | 123 | 64,55 | 26 | 61,82 | 75 | 50,52 | 6 | 25,05 | 11 | 28,32 | 58 | 67,02 | 178 | 57,65 | 48 | 40,32 | 16 | 50,54 | 35 | 49,47 | 33 | 54,97 | 637 | 53,26 |
| Naključna utopitev, potopitev | 1 | 1,69 | 1 | 0,84 | 0 | | 1 | 1,09 | 0 | 1,19 | 0 | 1,11 | 0 | 0,21 | 2 | 0,67 | 0 | 0,11 | 0 | | 0 | 0,44 | 1 | 0,73 | 7 | 0,70 |
| Druge naključna ogrožanja dihanja | 7 | 10,68 | 3 | 2,16 | 0 | 0,87 | 2 | 1,26 | 0 | 2,68 | 0 | 1,58 | 2 | 2,08 | 3 | 1,13 | 1 | 1,55 | 0 | 0,35 | 1 | 1,23 | 1 | 1,50 | 20 | 2,00 |
| Elektrika, sevanje, skrajna temp., tlak v okolju | 0 | 0,60 | 3 | 1,77 | 2 | 4,37 | 5 | 3,17 | 0 | 1,33 | 0 | 1,16 | 2 | 2,50 | 2 | 0,65 | 1 | 1,04 | 0 | | 1 | 2,25 | 1 | 0,79 | 18 | 1,58 |
| Dim, ogenj, plamen | 4 | 4,80 | 9 | 4,18 | 4 | 7,33 | 12 | 7,67 | 1 | 3,02 | 2 | 3,83 | 4 | 4,84 | 3 | 0,80 | 2 | 2,10 | 0 | | 3 | 4,93 | 1 | 1,78 | 45 | 3,54 |
| Vročina, vroče snovi | 11 | 17,02 | 22 | 12,66 | 6 | 15,70 | 50 | 36,17 | 3 | 9,82 | 5 | 12,77 | 11 | 13,54 | 6 | 2,02 | 5 | 4,13 | 1 | 4,30 | 7 | 9,82 | 4 | 8,30 | 131 | 11,76 |
| Strupene živali, rastline | 8 | 11,23 | 2 | 1,33 | 8 | 22,27 | 24 | 17,10 | 4 | 13,25 | 3 | 8,21 | 5 | 6,54 | 6 | 1,95 | 10 | 9,83 | 1 | 3,58 | 9 | 14,43 | 6 | 11,83 | 85 | 7,94 |
| Izpostavljenost naravnim silam | 1 | 0,58 | 2 | 1,09 | 1 | 2,06 | 1 | 0,39 | 0 | 1,22 | 0 | 0,43 | 1 | 0,59 | 2 | 0,62 | 1 | 0,61 | 0 | | 1 | 0,85 | 1 | 1,02 | 10 | 0,74 |
| Naklju. izpost. škod. snovem in zastru. z njimi | 19 | 30,62 | 19 | 10,81 | 8 | 19,02 | 43 | 29,65 | 6 | 21,01 | 5 | 12,83 | 12 | 15,59 | 62 | 21,78 | 22 | 19,55 | 6 | 22,59 | 11 | 15,39 | 4 | 6,94 | 216 | 19,40 |
| Čezmeren napor, potovanje, pomankanje | 1 | 1,14 | 2 | 0,74 | 14 | 27,47 | 30 | 17,60 | 2 | 6,30 | 4 | 8,21 | 12 | 12,84 | 48 | 13,83 | 32 | 24,43 | 2 | 4,40 | 13 | 15,56 | 2 | 3,24 | 159 | 11,93 |
| Naključna izpost. drugim in neopred. dejavnikom | 13 | 15,39 | 149 | 67,58 | 11 | 21,98 | 20 | 11,43 | 2 | 7,87 | 1 | 2,84 | 2 | 3,16 | 3 | 0,85 | 5 | 5,01 | 0 | | 3 | 4,39 | 1 | 0,97 | 210 | 15,40 |
| Skupaj | 989 | 1277,90 | 2742 | 1302,22 | 643 | 1361,41 | 2280 | 1415,96 | 388 | 1266,38 | 534 | 1160,63 | 1193 | 1311,47 | 3254 | 950,16 | 1463 | 1109,24 | 338 | 961,84 | 1082 | 1382,66 | 897 | 1292,12 | 15805 | 1197,54 |

Preglednica 8.17. Povprečno letno število hospitalizacij (2007–2009) v starosti 0–64 let in standardizirana stopnja (na 100.000) zaradi nenamernih poškodb in zastrupitev (S01–T98, V01–X59), po statističnih regijah in sklopih zunanje vzroka, Slovenija. (Vir: Podatkovna zbirka o bolnišničnih obravnavah zaradi poškodb in zastrupitev, IVZ)

| 0–64 LET | Pomurska | | Podravska | | Koroška | | Savinjska | | Zasavska | | Spodnjeposavska | | Jugovzhodna Slovenija | | Osrednje-slovenska | | Gorenjska | | Notranjsko-Kraška | | Goriška | | Obalno-Kraška | | Slovenija | |
|--|------------|----------------|-------------|----------------|------------|----------------|-------------|----------------|------------|----------------|-----------------|----------------|-----------------------|----------------|--------------------|---------------|-------------|---------------|-------------------|---------------|------------|----------------|---------------|----------------|--------------|----------------|
| | Št. | SDR | Št. | SDR | Št. | SDR | Št. | SDR | Št. | SDR | Št. | SDR | Št. | SDR | Št. | SDR | Št. | SDR | Št. | SDR | Št. | SDR | Št. | SDR | Št. | SDR |
| Pešec | 13 | 21,66 | 28 | 17,28 | 6 | 15,18 | 28 | 21,88 | 9 | 42,46 | 6 | 16,95 | 13 | 18,44 | 70 | 26,46 | 23 | 22,39 | 6 | 21,97 | 11 | 19,52 | 9 | 17,21 | 222 | 21,67 |
| Kolesar | 34 | 57,65 | 106 | 66,64 | 22 | 62,14 | 60 | 43,39 | 9 | 41,29 | 11 | 34,31 | 40 | 60,51 | 164 | 63,54 | 79 | 79,04 | 14 | 55,27 | 44 | 81,42 | 34 | 61,28 | 618 | 61,58 |
| Motorist | 22 | 36,03 | 48 | 29,88 | 18 | 46,20 | 76 | 56,12 | 11 | 49,24 | 16 | 44,63 | 39 | 52,22 | 89 | 33,80 | 38 | 36,23 | 12 | 45,12 | 24 | 41,39 | 23 | 44,17 | 416 | 40,07 |
| Oseba v v trokolesnem motornem vozilu, poškodovana | 0 | 0,58 | 6 | 4,09 | 0 | 1,17 | 0 | 0,32 | 0 | 0,79 | 0 | | 0 | 0,55 | 1 | 0,31 | 1 | 0,51 | 0 | | 0 | 0,30 | 0 | | 10 | 0,95 |
| Oseba v avtomobilu | 65 | 104,07 | 166 | 99,96 | 43 | 111,46 | 147 | 107,11 | 31 | 130,29 | 29 | 80,87 | 106 | 137,82 | 255 | 92,12 | 92 | 86,92 | 23 | 83,53 | 54 | 89,78 | 42 | 75,67 | 1052 | 98,44 |
| Druge prometne nezgode | 7 | 10,86 | 5 | 2,95 | 4 | 10,73 | 35 | 24,31 | 2 | 6,85 | 2 | 4,88 | 11 | 14,57 | 22 | 7,95 | 11 | 10,21 | 1 | 5,15 | 9 | 13,80 | 2 | 2,64 | 111 | 10,05 |
| Padci | 410 | 650,71 | 1087 | 645,92 | 233 | 606,27 | 872 | 677,02 | 149 | 632,67 | 231 | 638,89 | 436 | 592,50 | 1142 | 429,90 | 566 | 544,87 | 123 | 455,22 | 408 | 691,26 | 402 | 754,62 | 6060 | 581,78 |
| Izposta. neživim in mehan. silam | 107 | 178,40 | 272 | 161,23 | 70 | 184,58 | 273 | 204,97 | 27 | 118,76 | 51 | 136,76 | 129 | 172,27 | 151 | 58,63 | 87 | 85,72 | 24 | 85,25 | 110 | 184,51 | 61 | 112,89 | 1362 | 130,69 |
| Izposta. živim mehan. silam | 25 | 42,18 | 108 | 67,00 | 23 | 62,87 | 69 | 53,85 | 6 | 26,42 | 10 | 28,75 | 52 | 69,20 | 148 | 57,64 | 40 | 40,38 | 13 | 49,30 | 31 | 51,53 | 31 | 59,60 | 554 | 54,77 |
| Naključna utopitev, potopitev | 1 | 1,90 | 1 | 0,95 | 0 | | 1 | 1,12 | 0 | 1,33 | 0 | 0,78 | 0 | 0,24 | 1 | 0,66 | 0 | | 0 | | 0 | 0,29 | 0 | 0,59 | 6 | 0,69 |
| Druga naključna ogrožanja dihanja | 5 | 9,72 | 2 | 2,27 | 0 | 0,98 | 1 | 1,19 | 0 | 3,01 | 0 | 1,78 | 1 | 2,22 | 3 | 1,27 | 1 | 1,58 | 0 | | 1 | 1,38 | 1 | 1,50 | 16 | 2,01 |
| Elektrika, sevanje, skrajna temp., tlak v okolju | 0 | 0,67 | 3 | 1,85 | 2 | 3,78 | 4 | 3,36 | 0 | 1,50 | 0 | 1,31 | 2 | 2,81 | 2 | 0,73 | 1 | 1,17 | 0 | | 1 | 2,52 | 1 | 0,89 | 17 | 1,69 |
| Dim, ogenj, plamen | 3 | 5,10 | 7 | 4,00 | 3 | 7,86 | 10 | 7,45 | 1 | 3,09 | 1 | 3,22 | 4 | 5,01 | 2 | 0,81 | 2 | 1,95 | 0 | | 3 | 5,12 | 1 | 2,00 | 37 | 3,52 |
| Vročina, vroče snovi | 9 | 16,39 | 18 | 12,48 | 6 | 16,56 | 43 | 37,38 | 2 | 10,40 | 4 | 12,74 | 9 | 13,07 | 5 | 1,89 | 3 | 3,92 | 1 | 4,44 | 5 | 9,69 | 3 | 8,35 | 108 | 11,79 |
| Strupene živali, rastline | 6 | 11,26 | 2 | 1,49 | 8 | 24,77 | 21 | 18,10 | 3 | 13,95 | 3 | 8,40 | 4 | 6,86 | 5 | 1,88 | 9 | 10,66 | 1 | 4,03 | 8 | 15,02 | 5 | 12,54 | 77 | 8,39 |
| Izpostavljenost naravnim silam | 0 | 0,29 | 2 | 1,09 | 1 | 1,90 | 0 | 0,32 | 0 | 1,37 | 0 | | 0 | 0,47 | 2 | 0,70 | 1 | 0,53 | 0 | | 0 | 0,58 | 1 | 1,15 | 8 | 0,69 |
| Naklju. izpost. škod. snovem in zastru. z njimi | 17 | 32,74 | 16 | 11,12 | 7 | 19,65 | 39 | 31,35 | 5 | 21,82 | 4 | 13,38 | 11 | 16,53 | 52 | 22,21 | 18 | 19,22 | 6 | 24,72 | 9 | 15,67 | 4 | 7,38 | 187 | 20,10 |
| Čezmeren napor, potovanje, pomankanje | 1 | 1,29 | 1 | 0,63 | 11 | 25,49 | 27 | 18,37 | 2 | 7,08 | 3 | 8,20 | 9 | 12,06 | 35 | 12,64 | 23 | 22,08 | 1 | 3,75 | 10 | 15,22 | 2 | 2,92 | 125 | 11,35 |
| Naključna izpost. drugim in neopred. dejavnikom | 6 | 10,06 | 86 | 52,80 | 5 | 15,29 | 12 | 8,94 | 2 | 7,62 | 1 | 2,14 | 2 | 3,40 | 2 | 0,82 | 4 | 5,37 | 0 | | 2 | 4,19 | 0 | 0,29 | 124 | 12,05 |
| Skupaj | 731 | 1191,56 | 1963 | 1183,63 | 463 | 1216,90 | 1723 | 1316,54 | 260 | 1119,93 | 372 | 1037,98 | 869 | 1180,74 | 2153 | 813,98 | 1000 | 972,74 | 224 | 837,74 | 731 | 1243,19 | 620 | 1165,70 | 11107 | 1072,25 |

Preglednica 8.18. Povprečno letno število hospitalizacij (2007–2009) v starosti nad 64 let in standardizirana stopnja (na 100.000) zaradi nenamernih poškodb in zastrupitev (S01–T98, V01–X59), po statističnih regijah in sklopih zunanje vzroka, Slovenija. (Vir: Podatkovna zbirka o bolnišničnih obravnavah zaradi poškodb in zastrupitev, IVZ)

| NAD 64 LET | Pomurska | | Podravska | | Koroška | | Savinjska | | Zasavska | | Spodnjeposavska | | Jugovzhodna Slovenija | | Osrednje-slovenska | | Gorenjska | | Notranjsko-Kraška | | Goriška | | Obalno-Kraška | | Slovenija | |
|--|------------|----------------|------------|----------------|------------|----------------|------------|----------------|------------|----------------|-----------------|----------------|-----------------------|----------------|--------------------|----------------|------------|----------------|-------------------|----------------|------------|----------------|---------------|----------------|-------------|----------------|
| | Št. | SDR | Št. | SDR | Št. | SDR | Št. | SDR | Št. | SDR | Št. | SDR | Št. | SDR | Št. | SDR | Št. | SDR | Št. | SDR | Št. | SDR | Št. | SDR | Št. | SDR |
| Pešec | 4 | 35,81 | 10 | 29,20 | 3 | 37,99 | 6 | 23,78 | 1 | 17,42 | 2 | 23,08 | 4 | 32,73 | 25 | 46,17 | 8 | 36,76 | 2 | 28,07 | 4 | 26,17 | 5 | 41,34 | 74 | 34,39 |
| Kolesar | 7 | 62,56 | 15 | 47,68 | 1 | 15,42 | 10 | 41,40 | 0 | 4,99 | 1 | 17,21 | 3 | 26,52 | 31 | 64,86 | 10 | 50,05 | 0 | 8,03 | 6 | 53,42 | 2 | 13,51 | 88 | 45,05 |
| Motorist | 1 | 6,75 | 2 | 7,26 | 1 | 13,75 | 3 | 13,51 | 0 | | 0 | 1,72 | 1 | 11,08 | 4 | 9,85 | 2 | 10,97 | 1 | 16,07 | 2 | 14,01 | 1 | 11,12 | 19 | 9,97 |
| Oseba v v trokolesnem motornem vozilu, poškodovana | 0 | | 0 | 0,65 | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | 1,67 | 0 | | 0 | | 0 | 0,21 |
| Oseba v avtomobilu | 6 | 45,98 | 18 | 55,61 | 3 | 40,97 | 10 | 38,75 | 1 | 30,31 | 2 | 27,53 | 6 | 51,01 | 24 | 46,88 | 10 | 51,19 | 2 | 34,03 | 7 | 56,32 | 4 | 35,78 | 92 | 46,33 |
| Druge prometne nezgode | 1 | 5,27 | 1 | 1,62 | 1 | 9,67 | 4 | 15,30 | 0 | 5,12 | 1 | 23,20 | 2 | 13,16 | 6 | 11,24 | 1 | 7,67 | 1 | 11,17 | 2 | 11,61 | 0 | 1,48 | 19 | 9,29 |
| Padci | 212 | 1600,35 | 604 | 1728,86 | 149 | 2072,23 | 460 | 1821,08 | 118 | 2225,28 | 143 | 1879,78 | 278 | 2010,32 | 935 | 1724,22 | 394 | 1865,21 | 101 | 1715,59 | 305 | 2143,80 | 246 | 2030,22 | 3945 | 1835,62 |
| Izposta. neživim in mehan. silam | 8 | 67,59 | 40 | 125,75 | 9 | 127,47 | 32 | 134,13 | 5 | 114,57 | 6 | 94,21 | 15 | 119,33 | 20 | 41,25 | 14 | 68,50 | 4 | 71,07 | 13 | 105,26 | 14 | 131,01 | 181 | 92,39 |
| Izposta. živim mehan. silam | 3 | 23,41 | 15 | 44,79 | 4 | 53,34 | 6 | 23,59 | 1 | 14,01 | 2 | 24,87 | 7 | 49,45 | 30 | 57,78 | 8 | 39,78 | 3 | 60,61 | 4 | 32,74 | 2 | 17,47 | 83 | 41,09 |
| Naključna utopitev, potopitev | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | 0,86 | 0 | | 0 | 3,75 | 0 | | 0 | 0,76 | 0 | 1,04 | 0 | | 0 | 1,67 | 0 | 1,83 | 1 | 0,74 |
| Druga naključna ogrožanja dihanja | 2 | 18,43 | 0 | 1,30 | 0 | | 0 | 1,83 | 0 | | 0 | | 0 | 0,97 | 0 | | 0 | 1,23 | 0 | 3,14 | 0 | | 0 | 1,48 | 4 | 1,90 |
| Elektrika, sevanje, skrajna temp., tlak v okolju | 0 | | 0 | 1,05 | 1 | 9,16 | 0 | 1,62 | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 1 | 0,67 |
| Dim, ogenj, plamen | 0 | 2,38 | 2 | 5,69 | 0 | 3,05 | 2 | 9,46 | 0 | 2,46 | 1 | 8,75 | 0 | 3,52 | 0 | 0,68 | 1 | 3,30 | 0 | | 0 | 3,39 | 0 | | 8 | 3,69 |
| Vročina, vroče snovi | 3 | 22,08 | 5 | 14,14 | 1 | 8,77 | 6 | 26,33 | 0 | 5,12 | 1 | 12,98 | 2 | 17,31 | 2 | 3,09 | 1 | 5,84 | 0 | 3,14 | 1 | 10,93 | 1 | 7,85 | 23 | 11,54 |
| Strupene živali, rastline | 1 | 10,97 | 0 | | 0 | 2,04 | 2 | 8,97 | 0 | 7,58 | 0 | 6,73 | 0 | 3,98 | 1 | 2,45 | 1 | 3,12 | 0 | | 1 | 9,64 | 1 | 6,10 | 8 | 4,32 |
| Izpostavljenost naravnim silam | 0 | 2,90 | 0 | 1,10 | 0 | 3,31 | 0 | 0,92 | 0 | | 0 | 3,95 | 0 | 1,53 | 0 | | 0 | 1,23 | 0 | | 0 | 3,01 | 0 | | 2 | 1,15 |
| Naklju. izpost. škod. snovem in zastru. z njimi | 2 | 13,42 | 3 | 8,24 | 1 | 13,90 | 4 | 15,92 | 1 | 14,48 | 1 | 8,44 | 1 | 7,95 | 10 | 18,22 | 4 | 22,21 | 0 | 5,38 | 2 | 13,15 | 0 | 3,40 | 29 | 13,69 |
| Čezmeren napor, potovanje, pomankanje | 0 | | 1 | 1,58 | 3 | 43,55 | 3 | 11,35 | 0 | | 1 | 8,23 | 3 | 19,12 | 12 | 23,40 | 9 | 43,42 | 1 | 9,62 | 2 | 18,31 | 1 | 5,89 | 34 | 16,61 |
| Naključna izpost. drugim in neopred. dejavnikom | 7 | 58,54 | 63 | 187,17 | 5 | 76,05 | 8 | 31,55 | 0 | 9,97 | 1 | 8,50 | 0 | 1,20 | 1 | 1,14 | 0 | 2,08 | 0 | | 1 | 5,99 | 1 | 6,45 | 87 | 42,56 |
| Skupaj | 258 | 1976,43 | 779 | 2261,69 | 181 | 2530,66 | 558 | 2220,36 | 129 | 2451,29 | 162 | 2152,93 | 324 | 2369,16 | 1101 | 2051,98 | 463 | 2213,60 | 114 | 1965,92 | 351 | 2511,08 | 278 | 2314,95 | 4697 | 2211,21 |

Preglednica 8.19. Povprečno letno število obravnav v službah nujne medicinske pomoči (2008–2009) in stopnja (na 100.000) zaradi poškodb in zastrupitev (S01–T98), po starostnih skupinah in sklopih zunanega vzroka, Slovenija. (Vir: Zunajbolnišnična statistika – specialistično ambulantna dejavnost, IVZ)

| SKUPAJ | 0 let | | 1–5 let | | 6–14 let | | 15–19 let | | 20–29 let | | 30–39 let | | 40–49 let | | 50–59 let | | 60–64 let | | nad 64 let | | Skupaj | |
|---|-------------|----------------|--------------|-----------------|--------------|-----------------|--------------|-----------------|--------------|-----------------|--------------|-----------------|--------------|-----------------|--------------|-----------------|--------------|-----------------|--------------|-----------------|---------------|-----------------|
| | Št. | Stop. | Št. | Stop. | Št. | Stop. | Št. | Stop. | Št. | Stop. | Št. | Stop. | Št. | Stop. | Št. | Stop. | Št. | Stop. | Št. | Stop. | Št. | Stop. |
| Pešec, poškodovan v transportni nezgodi | 3 | 13,99 | 78 | 82,62 | 97 | 57,72 | 273 | 248,78 | 544 | 188,54 | 320 | 142,95 | 447 | 142,95 | 445 | 146,85 | 151 | 142,86 | 742 | 222,38 | 3183 | 155,96 |
| Kolesar, poškodovan v transportni nezgodi | 6 | 27,98 | 419 | 443,80 | 933 | 555,18 | 1336 | 1217,47 | 2253 | 780,86 | 1946 | 695,87 | 2176 | 695,87 | 1972 | 650,76 | 619 | 585,65 | 1204 | 360,85 | 14071 | 689,46 |
| Motorist, poškodovan v transportni nezgodi | 0 | 0,00 | 11 | 11,65 | 21 | 12,50 | 1065 | 970,52 | 1705 | 590,93 | 1175 | 330,03 | 1032 | 330,03 | 534 | 176,22 | 81 | 76,64 | 155 | 46,45 | 5945 | 291,30 |
| Oseba v trokolesnem motornem vozilu, poškodovana v transportni nezgodi | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 1 | 0,60 | 2 | 1,82 | 7 | 2,43 | 15 | 1,92 | 6 | 1,92 | 2 | 0,66 | 0 | 0,00 | 2 | 0,60 | 36 | 1,76 |
| Oseba v avtomobilu, poškodovana v transportni nezgodi | 61 | 284,45 | 296 | 313,52 | 373 | 221,95 | 3094 | 2819,51 | 12427 | 4307,04 | 6659 | 1531,49 | 4789 | 1531,49 | 3464 | 1143,13 | 645 | 610,25 | 1240 | 371,64 | 33309 | 1632,10 |
| Druge nezgode med transportom | 0 | 0,00 | 9 | 9,53 | 33 | 19,64 | 109 | 99,33 | 0 | 88,03 | 0 | 72,91 | 228 | 72,91 | 245 | 80,85 | 0 | 42,58 | 0 | 67,43 | 0 | 71,05 |
| Padci | 1027 | 4789,00 | 9954 | 10543,26 | 11713 | 6969,78 | 11409 | 10396,82 | 22864 | 7924,37 | 21065 | 7779,91 | 24328 | 7779,91 | 27391 | 9039,08 | 10124 | 9578,55 | 48182 | 14440,43 | 197828 | 9693,33 |
| Izpostavljenost neživim mehaničnim silam | 113 | 526,93 | 3360 | 3558,91 | 4529 | 2694,97 | 6542 | 5961,61 | 15234 | 5279,91 | 13215 | 4129,48 | 12913 | 4129,48 | 9895 | 3265,37 | 2696 | 2550,75 | 5175 | 1550,98 | 80107 | 3925,15 |
| Izpostavljenost živim mehaničnim silam | 59 | 275,12 | 1460 | 1546,43 | 2185 | 1300,18 | 3907 | 3560,38 | 7590 | 2630,60 | 5585 | 1634,14 | 5110 | 1634,14 | 3959 | 1306,48 | 1146 | 1084,26 | 2551 | 764,55 | 37086 | 1817,17 |
| Naključna utopitev in potopitev | 0 | 0,00 | 1 | 1,06 | 0 | 0,00 | 1 | 0,91 | 2 | 0,69 | 1 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 6 | 0,29 |
| Druga naključna ogrožanja dihanja | 2 | 9,33 | 4 | 4,24 | 2 | 1,19 | 0 | 0,00 | 1 | 0,35 | 3 | 0,96 | 3 | 0,96 | 3 | 0,99 | 1 | 0,95 | 4 | 1,20 | 22 | 1,08 |
| Izpostavljenost električnemu toku, sevanju in skrajni temperaturi in tlaku v okolju | 0 | 0,00 | 4 | 4,24 | 2 | 1,19 | 4 | 3,65 | 17 | 5,89 | 24 | 6,08 | 19 | 6,08 | 14 | 4,62 | 5 | 4,73 | 12 | 3,60 | 102 | 5,00 |
| Izpostavljenost dimu, ognju in plamenom | 1 | 4,66 | 10 | 10,59 | 8 | 4,76 | 16 | 14,58 | 42 | 14,56 | 27 | 15,35 | 48 | 15,35 | 34 | 11,22 | 8 | 7,57 | 32 | 9,59 | 232 | 11,37 |
| Stik z vročino in vročimi snovmi | 41 | 191,19 | 273 | 289,16 | 84 | 49,98 | 76 | 69,26 | 255 | 88,38 | 243 | 74,51 | 233 | 74,51 | 194 | 64,02 | 48 | 45,41 | 149 | 44,66 | 1603 | 78,55 |
| Stik s strupenimi živalmi in rastlinami | 5 | 23,32 | 24 | 25,42 | 20 | 11,90 | 16 | 14,58 | 38 | 13,17 | 36 | 10,87 | 34 | 10,87 | 43 | 14,19 | 14 | 13,25 | 24 | 7,19 | 268 | 13,13 |
| Izpostavljenost naravnim silam | 0 | 0,00 | 2 | 2,12 | 3 | 1,79 | 2 | 1,82 | 10 | 3,47 | 6 | 3,20 | 10 | 3,20 | 14 | 4,62 | 2 | 1,89 | 15 | 4,50 | 65 | 3,18 |
| Naključna izpostavljenost škodljivim snovem in zastrupitev z njimi | 1 | 4,66 | 20 | 21,18 | 9 | 5,36 | 11 | 10,02 | 39 | 13,52 | 37 | 13,75 | 43 | 13,75 | 46 | 15,18 | 11 | 10,41 | 31 | 9,29 | 247 | 12,10 |
| Čezmerni napor, potovanje, pomanjkanje | 13 | 60,62 | 428 | 453,34 | 420 | 249,92 | 1178 | 1073,49 | 2708 | 938,56 | 2383 | 692,35 | 2165 | 692,35 | 1874 | 618,42 | 523 | 494,82 | 1199 | 359,35 | 13784 | 675,40 |
| Naključna izpostavljenost drugim in neopredeljenim dejavnikom | 0 | 0,00 | 12 | 12,71 | 4 | 2,38 | 13 | 11,85 | 55 | 19,06 | 31 | 14,71 | 46 | 14,71 | 42 | 13,86 | 15 | 14,19 | 75 | 22,48 | 298 | 14,60 |
| Namerna samopoškodba | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 64 | 58,32 | 188 | 65,16 | 129 | 43,49 | 136 | 43,49 | 105 | 34,65 | 34 | 32,17 | 92 | 27,57 | 766 | 37,53 |
| Napad | 1 | 4,66 | 20 | 21,18 | 73 | 43,44 | 809 | 737,23 | 2064 | 715,36 | 1068 | 265,11 | 829 | 265,11 | 634 | 209,22 | 161 | 152,33 | 291 | 87,21 | 6142 | 300,95 |
| Dogodek nedoločene namena | 56 | 261,13 | 551 | 583,62 | 683 | 406,42 | 1049 | 955,93 | 2635 | 913,26 | 2382 | 878,47 | 2747 | 878,47 | 3050 | 1006,51 | 1018 | 963,15 | 4226 | 1266,56 | 18996 | 930,78 |
| Zakonito posredovanje in vojne operacije | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 2 | 1,82 | 1 | 0,35 | 2 | 0,32 | 1 | 0,32 | 1 | 0,33 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 7 | 0,34 |
| Zapleti med zdravniško in kirurško oskrbo | 3 | 13,99 | 13 | 13,77 | 5 | 2,98 | 12 | 10,94 | 25 | 8,66 | 13 | 3,84 | 12 | 3,84 | 15 | 4,95 | 4 | 3,78 | 13 | 3,90 | 110 | 5,39 |
| Kasne posledice zunanjih vzrokov obolenosti in umrljivosti | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 1 | 0,91 | 3 | 1,04 | 2 | 2,24 | 7 | 2,24 | 6 | 1,98 | 4 | 3,78 | 11 | 3,30 | 34 | 1,67 |
| Dodatni dejavniki, povezani z vzroki obolenosti in umrljivosti, uvrščeni drugje | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 1 | 0,60 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 1 | 0,05 |
| Skupaj | 1392 | 6491,02 | 16949 | 17952,36 | 21199 | 12614,40 | 30991 | 28241,54 | 70961 | 24594,19 | 56623 | 18343,92 | 57362 | 18343,92 | 53982 | 17814,17 | 17355 | 16419,97 | 65650 | 19675,69 | 415698 | 20368,70 |

Preglednica 8.20. Povprečno letno število obravnav moških v službah nujne medicinske pomoči (2008–2009) in stopnja (na 100.000) zaradi poškodb in zastrupitev (S01–T98), po starostnih skupinah in sklopih zunanega vzroka, Slovenija. (Vir: Zunajbolnišnična statistika – specialistično ambulantna dejavnost, IVZ)

| MOŠKI | 0 let | | 1–5 let | | 6–14 let | | 15–19 let | | 20–29 let | | 30–39 let | | 40–49 let | | 50–59 let | | 60–64 let | | nad 64 let | | Skupaj | |
|---|------------|----------------|-------------|-----------------|--------------|-----------------|--------------|-----------------|--------------|-----------------|--------------|-----------------|--------------|-----------------|--------------|-----------------|-------------|-----------------|--------------|-----------------|---------------|-----------------|
| | Št. | Stop. | Št. | Stop. | Št. | Stop. | Št. | Stop. | Št. | Stop. | Št. | Stop. | Št. | Stop. | Št. | Stop. | Št. | Stop. | Št. | Stop. | Št. | Stop. |
| Pešec, poškodovan v transportni nezgodi | 0 | 0,00 | 51 | 105,40 | 60 | 69,30 | 108 | 190,56 | 313 | 205,10 | 184 | 151,01 | 242 | 151,01 | 210 | 135,54 | 47 | 91,23 | 281 | 215,17 | 1527 | 150,89 |
| Kolesar, poškodovan v transportni nezgodi | 3 | 27,23 | 272 | 562,13 | 577 | 666,44 | 1046 | 1845,59 | 1572 | 1030,07 | 1422 | 839,31 | 1345 | 839,31 | 1182 | 762,90 | 355 | 689,08 | 583 | 446,42 | 9322 | 921,13 |
| Motorist, poškodovan v transportni nezgodi | 0 | 0,00 | 8 | 16,53 | 17 | 19,64 | 916 | 1616,22 | 1558 | 1020,90 | 1097 | 569,11 | 912 | 569,11 | 489 | 315,61 | 72 | 139,76 | 137 | 104,90 | 5347 | 528,35 |
| Oseba v trokolesnem motornem vozilu, poškodovana v transportni nezgodi | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 1 | 1,76 | 5 | 3,28 | 11 | 3,12 | 5 | 3,12 | 1 | 0,65 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 24 | 2,37 |
| Oseba v avtomobilu, poškodovana v transportni nezgodi | 33 | 299,58 | 153 | 316,20 | 187 | 215,99 | 1855 | 3273,02 | 7594 | 4976,07 | 3977 | 1566,30 | 2510 | 1566,30 | 1847 | 1192,11 | 352 | 683,26 | 641 | 490,83 | 19261 | 1903,22 |
| Druge nezgode med transportom | 0 | 0,00 | 6 | 12,40 | 14 | 16,17 | 47 | 82,93 | 0 | 106,15 | 0 | 112,95 | 181 | 112,95 | 166 | 107,14 | 0 | 69,88 | 0 | 71,21 | 0 | 89,62 |
| Padci | 547 | 4965,73 | 5695 | 11769,69 | 6491 | 7497,16 | 7533 | 13291,46 | 15905 | 10421,96 | 13973 | 9067,71 | 14531 | 9067,71 | 13585 | 8768,14 | 4182 | 8117,55 | 13774 | 10547,11 | 102099 | 10088,61 |
| Izpostavljenost neživim mehaničnim silam | 71 | 644,55 | 2094 | 4327,61 | 2897 | 3346,06 | 4693 | 8280,47 | 11640 | 7627,26 | 9976 | 5743,53 | 9204 | 5743,53 | 6940 | 4479,27 | 1842 | 3575,45 | 3133 | 2399,02 | 56551 | 5587,92 |
| Izpostavljenost živim mehaničnim silam | 27 | 245,11 | 813 | 1680,20 | 1294 | 1494,58 | 2843 | 5016,28 | 5817 | 3811,66 | 4096 | 2092,98 | 3354 | 2092,98 | 2394 | 1545,15 | 611 | 1185,99 | 1060 | 811,67 | 24641 | 2434,83 |
| Naključna utopitev in potopitev | 0 | 0,00 | 1 | 2,07 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 2 | 1,31 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 4 | 0,40 |
| Druge naključne ogrožanja dihanja | 1 | 9,08 | 4 | 8,27 | 2 | 2,31 | 0 | 0,00 | 1 | 0,66 | 1 | 1,25 | 2 | 1,25 | 3 | 1,94 | 0 | 0,00 | 3 | 2,30 | 16 | 1,58 |
| Izpostavljenost električnemu toku, sevanju in skrajni temperaturi in tlaku v okolju | 0 | 0,00 | 2 | 4,13 | 2 | 2,31 | 3 | 5,29 | 14 | 9,17 | 17 | 8,11 | 13 | 8,11 | 11 | 7,10 | 2 | 3,88 | 4 | 3,06 | 68 | 6,72 |
| Izpostavljenost dimu, ognju in plamenom | 1 | 9,08 | 7 | 14,47 | 7 | 8,09 | 13 | 22,94 | 34 | 22,28 | 22 | 26,83 | 43 | 26,83 | 26 | 16,78 | 4 | 7,76 | 16 | 12,25 | 178 | 17,59 |
| Stik z vročino in vročimi snovmi | 23 | 208,80 | 162 | 334,80 | 50 | 57,75 | 36 | 63,52 | 151 | 98,94 | 133 | 78,63 | 126 | 78,63 | 78 | 50,34 | 27 | 52,41 | 55 | 42,11 | 847 | 83,69 |
| Stik s strupenimi živalmi in rastlinami | 4 | 36,31 | 10 | 20,67 | 11 | 12,71 | 6 | 10,59 | 24 | 15,73 | 23 | 14,35 | 23 | 14,35 | 24 | 15,49 | 10 | 19,41 | 14 | 10,72 | 153 | 15,12 |
| Izpostavljenost naravnim silam | 0 | 0,00 | 2 | 4,13 | 2 | 2,31 | 0 | 0,00 | 9 | 5,90 | 5 | 4,37 | 7 | 4,37 | 10 | 6,45 | 2 | 3,88 | 11 | 8,42 | 48 | 4,74 |
| Naključna izpostavljenost škodljivim snovem in zastrupitev z njimi | 1 | 9,08 | 12 | 24,80 | 6 | 6,93 | 4 | 7,06 | 21 | 13,76 | 19 | 13,73 | 22 | 13,73 | 22 | 14,20 | 9 | 17,47 | 10 | 7,66 | 123 | 12,15 |
| Čezmerni napor, potovanje, pomanjkanje | 3 | 27,23 | 190 | 392,67 | 215 | 248,33 | 736 | 1298,62 | 1865 | 1222,07 | 1707 | 878,63 | 1408 | 878,63 | 1080 | 697,06 | 277 | 537,68 | 464 | 355,30 | 8434 | 833,38 |
| Naključna izpostavljenost drugim in neopredeljenim dejavnikom | 0 | 0,00 | 6 | 12,40 | 2 | 2,31 | 6 | 10,59 | 47 | 30,80 | 24 | 18,72 | 30 | 18,72 | 23 | 14,84 | 6 | 11,65 | 25 | 19,14 | 172 | 17,00 |
| Namerna samopoškodba | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 15 | 26,47 | 112 | 73,39 | 84 | 49,30 | 79 | 49,30 | 63 | 40,66 | 16 | 31,06 | 48 | 36,75 | 422 | 41,70 |
| Napad | 0 | 0,00 | 11 | 22,73 | 57 | 65,84 | 646 | 1139,82 | 1688 | 1106,08 | 829 | 350,70 | 562 | 350,70 | 408 | 263,33 | 93 | 180,52 | 121 | 92,65 | 4559 | 450,48 |
| Dogodek nedoločene namena | 32 | 290,50 | 298 | 615,87 | 338 | 390,39 | 663 | 1169,82 | 1954 | 1280,38 | 1587 | 1118,25 | 1792 | 1118,25 | 1735 | 1119,82 | 535 | 1038,47 | 1471 | 1126,38 | 10832 | 1070,33 |
| Zakonito posredovanje in vojne operacije | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 1 | 1,76 | 1 | 0,66 | 2 | 0,62 | 1 | 0,62 | 1 | 0,65 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 6 | 0,59 |
| Zapleti med zdravniško in kirurško oskrbo | 2 | 18,16 | 10 | 20,67 | 3 | 3,47 | 4 | 7,06 | 8 | 5,24 | 6 | 1,87 | 3 | 1,87 | 6 | 3,87 | 3 | 5,82 | 7 | 5,36 | 49 | 4,84 |
| Kasne posledice zunanjih vzrokov obolevnosti in umrljivosti | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 1 | 1,76 | 2 | 1,31 | 1 | 1,87 | 3 | 1,87 | 5 | 3,23 | 1 | 1,94 | 5 | 3,83 | 18 | 1,78 |
| Dodatni dejavniki, povezani z vzroki obolevnosti in umrljivosti, uvrščeni drugje | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 1 | 1,16 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 1 | 0,10 |
| Skupaj | 748 | 6790,43 | 9807 | 20267,84 | 12233 | 14129,21 | 21176 | 37363,59 | 50499 | 33090,12 | 39379 | 22713,26 | 36398 | 22713,26 | 30309 | 19562,27 | 8482 | 16464,15 | 21956 | 16812,28 | 245609 | 24269,14 |

Preglednica 8.21. Povprečno letno število obravnav žensk v službah nujne medicinske pomoči (2008–2009) in stopnja (na 100.000) zaradi poškodb in zastrupitev (S01–T98), po starostnih skupinah in sklopih zunanega vzroka, Slovenija. (Vir: Zunajbolnišnična statistika – specialistično ambulantna dejavnost, IVZ)

| ŽENSKÉ | 0 let | | 1–5 let | | 6–14 let | | 15–19 let | | 20–29 let | | 30–39 let | | 40–49 let | | 50–59 let | | 60–64 let | | nad 64 let | | Skupaj | |
|---|------------|----------------|-------------|-----------------|-------------|-----------------|-------------|-----------------|--------------|-----------------|--------------|-----------------|--------------|-----------------|--------------|-----------------|-------------|-----------------|--------------|-----------------|---------------|-----------------|
| | Št. | Stop. | Št. | Stop. | Št. | Stop. | Št. | Stop. | Št. | Stop. | Št. | Stop. | Št. | Stop. | Št. | Stop. | Št. | Stop. | Št. | Stop. | Št. | Stop. |
| Pešec, poškodovan v transportni nezgodi | 3 | 28,76 | 27 | 58,67 | 37 | 45,41 | 165 | 310,97 | 231 | 169,96 | 136 | 134,47 | 205 | 134,47 | 235 | 158,68 | 104 | 191,97 | 461 | 227,02 | 1656 | 160,96 |
| Kolesar, poškodovan v transportni nezgodi | 3 | 28,76 | 147 | 319,40 | 356 | 436,95 | 290 | 546,55 | 681 | 501,04 | 524 | 545,09 | 831 | 545,09 | 790 | 533,45 | 264 | 487,30 | 621 | 305,81 | 4749 | 461,59 |
| Motorist, poškodovan v transportni nezgodi | 0 | 0,00 | 3 | 6,52 | 4 | 4,91 | 149 | 280,81 | 147 | 108,15 | 78 | 78,71 | 120 | 78,71 | 45 | 30,39 | 9 | 16,61 | 18 | 8,86 | 598 | 58,12 |
| Oseba v trokolesnem motornem vozilu, poškodovana v transportni nezgodi | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 1 | 1,23 | 1 | 1,88 | 2 | 1,47 | 4 | 0,66 | 1 | 0,66 | 1 | 0,68 | 0 | 0,00 | 2 | 0,98 | 12 | 1,17 |
| Oseba v avtomobilu, poškodovana v transportni nezgodi | 28 | 268,47 | 143 | 310,71 | 186 | 228,29 | 1239 | 2335,09 | 4833 | 3555,85 | 2682 | 1494,89 | 2279 | 1494,89 | 1617 | 1091,89 | 293 | 540,82 | 599 | 294,98 | 14048 | 1365,41 |
| Druge nezgode med transportom | 0 | 0,00 | 3 | 6,52 | 19 | 23,32 | 62 | 116,85 | 92 | 67,69 | 73 | 30,83 | 47 | 30,83 | 79 | 53,35 | 9 | 16,61 | 132 | 65,00 | 543 | 52,78 |
| Padci | 480 | 4602,33 | 4259 | 9253,87 | 5222 | 6409,37 | 3876 | 7304,94 | 6959 | 5120,04 | 7092 | 6426,24 | 9797 | 6426,24 | 13806 | 9322,55 | 5942 | 10967,86 | 34408 | 16944,29 | 95729 | 9304,51 |
| Izpostavljenost neživim mehaničnim silam | 42 | 402,70 | 1266 | 2750,74 | 1632 | 2003,08 | 1849 | 3484,73 | 3594 | 2644,26 | 3239 | 2432,88 | 3709 | 2432,88 | 2955 | 1995,37 | 854 | 1576,33 | 2042 | 1005,59 | 23556 | 2289,56 |
| Izpostavljenost živim mehaničnim silam | 32 | 306,82 | 647 | 1405,79 | 891 | 1093,59 | 1064 | 2005,28 | 1773 | 1304,47 | 1489 | 1151,83 | 1756 | 1151,83 | 1565 | 1056,77 | 535 | 987,51 | 1491 | 734,25 | 12445 | 1209,61 |
| Naključna utopitev in potopitev | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 1 | 1,88 | 0 | 0,00 | 1 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 2 | 0,19 |
| Druge naključne ogrožanja dihanja | 1 | 9,59 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 2 | 0,66 | 1 | 0,66 | 0 | 0,00 | 1 | 1,85 | 1 | 0,49 | 6 | 0,58 |
| Izpostavljenost električnemu toku, sevanju in skrajni temperaturi in tlaku v okolju | 0 | 0,00 | 2 | 4,35 | 0 | 0,00 | 1 | 1,88 | 3 | 2,21 | 7 | 3,94 | 6 | 3,94 | 3 | 2,03 | 3 | 5,54 | 8 | 3,94 | 34 | 3,30 |
| Izpostavljenost dimu, ognju in plamenom | 0 | 0,00 | 3 | 6,52 | 1 | 1,23 | 3 | 5,65 | 8 | 5,89 | 5 | 3,28 | 5 | 3,28 | 8 | 5,40 | 4 | 7,38 | 16 | 7,88 | 54 | 5,25 |
| Stik z vročino in vročimi snovmi | 18 | 172,59 | 111 | 241,18 | 34 | 41,73 | 40 | 75,39 | 104 | 76,52 | 110 | 70,19 | 107 | 70,19 | 116 | 78,33 | 21 | 38,76 | 94 | 46,29 | 756 | 73,48 |
| Stik s strupenimi živalmi in rastlinami | 1 | 9,59 | 14 | 30,42 | 9 | 11,05 | 10 | 18,85 | 14 | 10,30 | 13 | 7,22 | 11 | 7,22 | 19 | 12,83 | 4 | 7,38 | 10 | 4,92 | 115 | 11,18 |
| Izpostavljenost naravnim silam | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 1 | 1,23 | 2 | 3,77 | 1 | 0,74 | 1 | 1,97 | 3 | 1,97 | 4 | 2,70 | 0 | 0,00 | 4 | 1,97 | 17 | 1,65 |
| Naključna izpostavljenost škodljivim snovem in zastrupitev z njimi | 0 | 0,00 | 8 | 17,38 | 3 | 3,68 | 7 | 13,19 | 18 | 13,24 | 18 | 13,77 | 21 | 13,77 | 24 | 16,21 | 2 | 3,69 | 21 | 10,34 | 124 | 12,05 |
| Čezmerni napor, potovanje, pomanjkanje | 10 | 95,88 | 238 | 517,12 | 205 | 251,61 | 442 | 833,02 | 843 | 620,23 | 676 | 496,55 | 757 | 496,55 | 794 | 536,15 | 246 | 454,07 | 735 | 361,95 | 5350 | 520,00 |
| Naključna izpostavljenost drugim in neopredeljenim dejavnikom | 0 | 0,00 | 6 | 13,04 | 2 | 2,45 | 7 | 13,19 | 8 | 5,89 | 7 | 10,50 | 16 | 10,50 | 19 | 12,83 | 9 | 16,61 | 50 | 24,62 | 126 | 12,25 |
| Namerna samopoškodba | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 49 | 92,35 | 76 | 55,92 | 45 | 37,39 | 57 | 37,39 | 42 | 28,36 | 18 | 33,22 | 44 | 21,67 | 344 | 33,44 |
| Napad | 1 | 9,59 | 9 | 19,56 | 16 | 19,64 | 163 | 307,20 | 376 | 276,64 | 239 | 175,14 | 267 | 175,14 | 226 | 152,61 | 68 | 125,52 | 170 | 83,72 | 1583 | 153,86 |
| Dogodek nedoločene namena | 24 | 230,12 | 253 | 549,71 | 345 | 423,45 | 386 | 727,48 | 681 | 501,04 | 795 | 626,42 | 955 | 626,42 | 1315 | 887,96 | 483 | 891,53 | 2755 | 1356,71 | 8164 | 793,51 |
| Zakonito posredovanje in vojne operacije | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 1 | 1,88 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 1 | 0,10 |
| Zapleti med zdravniško in kirurško oskrbo | 1 | 9,59 | 3 | 6,52 | 2 | 2,45 | 8 | 15,08 | 17 | 12,51 | 7 | 5,90 | 9 | 5,90 | 9 | 6,08 | 1 | 1,85 | 6 | 2,95 | 61 | 5,93 |
| Kasne posledice zunanjih vzrokov obolevnosti in umrljivosti | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 1 | 0,74 | 1 | 2,62 | 4 | 2,62 | 1 | 0,68 | 3 | 5,54 | 6 | 2,95 | 16 | 1,56 |
| Dodatni dejavniki, povezani z vzroki obolevnosti in umrljivosti, uvrščeni drugje | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |
| Skupaj | 644 | 6174,79 | 7142 | 15517,99 | 8966 | 11004,67 | 9815 | 18497,93 | 20462 | 15054,78 | 17244 | 13751,12 | 20964 | 13751,12 | 23673 | 15985,28 | 8873 | 16377,95 | 43694 | 21517,20 | 170089 | 16532,03 |

Preglednica 8.22. Povprečno letno število obravnav v službah nujne medicinske pomoči (2008–2009) in stopnja (na 100.000) zaradi nenamernih poškodb in zastrupitev (S01–T98, V01–X59), po starostnih skupinah in sklopih narave poškodbe, Slovenija. (Vir: Zunajbolnišnična statistika – specialistično ambulantna dejavnost, IVZ)

| SKUPAJ | 0 let | | 1–5 let | | 6–14 let | | 15–19 let | | 20–29 let | | 30–39 let | | 40–49 let | | 50–59 let | | 60–64 let | | nad 64 let | | Skupaj | |
|--|-------------|----------------|--------------|-----------------|--------------|-----------------|--------------|-----------------|--------------|-----------------|--------------|-----------------|--------------|-----------------|--------------|-----------------|--------------|-----------------|--------------|-----------------|---------------|-----------------|
| | Št. | Stop. | Št. | Stop. | Št. | Stop. | Št. | Stop. | Št. | Št. | Št. | Stop. | Št. | Stop. | Št. | Stop. | Št. | Stop. | Št. | Stop. | Št. | Stop. |
| Poškodbe glave | 951 | 4434,60 | 6706 | 7102,99 | 4217 | 2509,31 | 3108 | 2832,26 | 7410 | 2568,21 | 4817 | 1586,59 | 4594 | 1469,13 | 4480 | 1478,41 | 1422 | 1345,39 | 8193 | 2455,49 | 45898 | 2248,95 |
| Poškodbe vratu | 5 | 23,32 | 117 | 123,93 | 489 | 290,98 | 1991 | 1814,36 | 7119 | 2467,36 | 3962 | 1304,97 | 2910 | 930,60 | 2007 | 662,31 | 356 | 336,82 | 822 | 246,36 | 19778 | 969,10 |
| Poškodbe prsnega koša | 9 | 41,97 | 84 | 88,97 | 423 | 251,70 | 598 | 544,95 | 2229 | 772,54 | 2340 | 770,73 | 2760 | 882,63 | 3199 | 1055,68 | 1085 | 1026,54 | 4377 | 1311,81 | 17104 | 838,08 |
| Poškodbe trebuha, spodnjega dela hrbta, ledvene hrbtenice | 16 | 74,61 | 190 | 201,25 | 765 | 455,21 | 656 | 597,80 | 2025 | 701,84 | 1547 | 509,54 | 1800 | 575,63 | 1738 | 573,54 | 583 | 551,59 | 3347 | 1003,12 | 12667 | 620,67 |
| Poškodbe rame in nadlakti | 23 | 107,25 | 901 | 954,34 | 1673 | 995,51 | 1541 | 1404,29 | 3732 | 1293,46 | 3017 | 993,72 | 3969 | 1269,26 | 4399 | 1451,68 | 1774 | 1678,42 | 6874 | 2060,18 | 27903 | 1367,21 |
| Poškodbe komolca in podlakti | 49 | 228,49 | 2554 | 2705,19 | 7572 | 4505,69 | 1937 | 1765,15 | 3058 | 1059,86 | 2939 | 968,03 | 3628 | 1160,21 | 4853 | 1601,50 | 1986 | 1879,00 | 8315 | 2492,05 | 36891 | 1807,61 |
| Poškodbe zapestja in roke | 37 | 172,53 | 1903 | 2015,65 | 11232 | 6683,57 | 6328 | 5766,59 | 13476 | 4670,61 | 11016 | 3628,37 | 10464 | 3346,31 | 8660 | 2857,82 | 2518 | 2382,34 | 5594 | 1676,55 | 71228 | 3490,09 |
| Poškodbe kolka in stegna | 18 | 83,94 | 193 | 204,43 | 564 | 335,61 | 464 | 422,83 | 1136 | 393,72 | 1048 | 345,18 | 1354 | 433,00 | 1619 | 534,27 | 639 | 604,57 | 8496 | 2546,30 | 15531 | 761,00 |
| Poškodbe kolena in goleni | 20 | 93,26 | 817 | 865,37 | 4362 | 2595,59 | 4418 | 4026,04 | 9282 | 3217,02 | 8947 | 2946,90 | 9651 | 3086,32 | 8540 | 2818,22 | 2728 | 2581,02 | 7322 | 2194,45 | 56087 | 2748,19 |
| Poškodbe skočnega sklepa in stopala | 15 | 69,95 | 1402 | 1485,00 | 8152 | 4850,82 | 6028 | 5493,21 | 11636 | 4032,89 | 9022 | 2971,60 | 7983 | 2552,90 | 6304 | 2080,33 | 1669 | 1579,08 | 3188 | 955,46 | 55399 | 2714,48 |
| Poškodbe, ki zajemajo več telesnih področij (regij) | 7 | 32,64 | 45 | 47,66 | 85 | 50,58 | 142 | 129,40 | 345 | 119,57 | 212 | 69,83 | 148 | 47,33 | 136 | 44,88 | 42 | 39,74 | 165 | 49,45 | 1327 | 65,02 |
| Poškodbe na neopredeljenem delu trupa, uda ali telesnega | 134 | 624,85 | 1110 | 1175,71 | 3162 | 1881,54 | 1707 | 1555,56 | 4206 | 1457,75 | 3792 | 1248,98 | 3982 | 1273,41 | 3869 | 1276,78 | 1220 | 1154,27 | 3969 | 1189,53 | 27151 | 1330,37 |
| Učinki tujka, ki je vstopil skozi naravno telesno odprtino | 9 | 41,97 | 52 | 55,08 | 28 | 16,66 | 12 | 10,94 | 7 | 2,43 | 10 | 3,29 | 14 | 4,48 | 8 | 2,64 | 4 | 3,78 | 13 | 3,90 | 157 | 7,69 |
| Opekline in korozije (kemične opekline) | 34 | 158,55 | 237 | 251,03 | 102 | 60,69 | 83 | 75,64 | 263 | 91,15 | 234 | 77,07 | 237 | 75,79 | 199 | 65,67 | 53 | 50,14 | 168 | 50,35 | 1610 | 78,89 |
| Ozeblina | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 1 | 0,91 | 4 | 1,39 | 8 | 2,63 | 4 | 1,28 | 2 | 0,66 | 0 | 0,00 | 7 | 2,10 | 26 | 1,27 |
| Zastrupitev z drogami, zdravili in z biološkimi snovmi | 0 | 0,00 | 3 | 3,18 | 1 | 0,60 | 2 | 1,82 | 14 | 4,85 | 15 | 4,94 | 15 | 4,80 | 11 | 3,63 | 1 | 0,95 | 13 | 3,90 | 75 | 3,67 |
| Toksični učinki snovi predvsem nemedicinskega izvora | 3 | 13,99 | 42 | 44,49 | 27 | 16,07 | 20 | 18,23 | 54 | 18,72 | 41 | 13,50 | 52 | 16,63 | 56 | 18,48 | 22 | 20,81 | 30 | 8,99 | 347 | 17,00 |
| Drugi in neopredeljeni učinki zunanjih vzrokov | 1 | 4,66 | 6 | 6,36 | 9 | 5,36 | 6 | 5,47 | 30 | 10,40 | 35 | 11,53 | 27 | 8,63 | 48 | 15,84 | 14 | 13,25 | 36 | 10,79 | 212 | 10,39 |
| Določeni zgodnji zapleti poškodbe | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 3 | 2,73 | 1 | 0,35 | 2 | 0,66 | 1 | 0,32 | 0 | 0,00 | 3 | 2,84 | 3 | 0,90 | 13 | 0,64 |
| Zapleti kirurške in medicinske oskrbe, ki niso uvrščeni drugam | 1 | 4,66 | 3 | 3,18 | 1 | 0,60 | 1 | 0,91 | 6 | 2,08 | 5 | 1,65 | 6 | 1,92 | 13 | 4,29 | 7 | 6,62 | 58 | 17,38 | 101 | 4,95 |
| Kasne posledice po poškodbah, zastrupitvah in drugih posledic | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 3 | 1,79 | 8 | 7,29 | 12 | 4,16 | 18 | 5,93 | 31 | 9,91 | 30 | 9,90 | 8 | 7,57 | 27 | 8,09 | 137 | 6,71 |
| Skupaj | 1332 | 6211,24 | 16365 | 17333,79 | 42867 | 25507,87 | 29054 | 26476,39 | 66045 | 22890,37 | 53027 | 17465,64 | 53630 | 17150,46 | 50171 | 16556,53 | 16134 | 15264,75 | 61017 | 18287,15 | 389642 | 19091,98 |

Preglednica 8.23. Povprečno letno število obravnav moških v službah nujne medicinske pomoči (2008–2009) in stopnja (na 100.000) zaradi nenamernih poškodb in zastrupitev (S01–T98, V01–X59), po starostnih skupinah in sklopih narave poškodbe, Slovenija. (Vir: Zunajbolnišnična statistika – specialistično ambulantna dejavnost, IVZ)

| MOŠKI | 0 let | | 1–5 let | | 6–14 let | | 15–19 let | | 20–29 let | | 30–39 let | | 40–49 let | | 50–59 let | | 60–64 let | | nad 64 let | | Skupaj | |
|--|------------|----------------|-------------|-----------------|--------------|-----------------|--------------|-----------------|--------------|-----------------|--------------|-----------------|--------------|-----------------|--------------|-----------------|-------------|-----------------|--------------|-----------------|---------------|-----------------|
| | Št. | Stop. | Št. | Stop. | Št. | Stop. | Št. | Stop. | Št. | Stop. | Št. | Stop. | Št. | Stop. | Št. | Stop. | Št. | Stop. | Št. | Stop. | Št. | Stop. |
| Poškodbe glave | 497 | 4511,82 | 4115 | 8504,35 | 2783 | 3214,39 | 2093 | 3692,95 | 5331 | 3493,21 | 3453 | 2165,50 | 3027 | 1888,92 | 2910 | 1878,19 | 885 | 1717,85 | 3399 | 2602,70 | 28493 | 2815,45 |
| Poškodbe vratu | 2 | 18,16 | 66 | 136,40 | 266 | 307,23 | 1146 | 2022,04 | 4004 | 2623,67 | 2113 | 1325,14 | 1386 | 864,90 | 1004 | 648,01 | 195 | 378,51 | 459 | 351,47 | 10641 | 1051,46 |
| Poškodbe prsnega koša | 6 | 54,47 | 47 | 97,13 | 268 | 309,54 | 394 | 695,19 | 1634 | 1070,70 | 1867 | 1170,86 | 2067 | 1289,86 | 2122 | 1369,60 | 661 | 1283,05 | 1883 | 1441,86 | 10949 | 1081,89 |
| Poškodbe trebuha, spodnjega dela hrbta, ledvene hrbtenice | 9 | 81,70 | 108 | 223,20 | 429 | 495,50 | 398 | 702,24 | 1262 | 826,94 | 1033 | 647,83 | 1069 | 667,08 | 998 | 644,14 | 292 | 566,79 | 982 | 751,94 | 6580 | 650,18 |
| Poškodbe rame in nadlakti | 13 | 118,02 | 462 | 954,80 | 1078 | 1245,10 | 1250 | 2205,54 | 2996 | 1963,17 | 2306 | 1446,18 | 2618 | 1633,70 | 2653 | 1712,32 | 801 | 1554,80 | 2195 | 1680,77 | 16372 | 1617,75 |
| Poškodbe komolca in podlakti | 22 | 199,72 | 1278 | 2641,21 | 4648 | 5368,48 | 1379 | 2433,15 | 2097 | 1374,09 | 1938 | 1215,39 | 2194 | 1369,11 | 1923 | 1241,16 | 552 | 1071,47 | 1438 | 1101,11 | 17469 | 1726,15 |
| Poškodbe zapestja in roke | 21 | 190,64 | 1118 | 2310,54 | 6552 | 7567,61 | 4462 | 7872,89 | 10151 | 6651,57 | 8112 | 5087,33 | 6965 | 4346,33 | 5378 | 3471,11 | 1505 | 2921,31 | 2775 | 2124,89 | 47039 | 4648,02 |
| Poškodbe kolka in stegna | 12 | 108,94 | 128 | 264,53 | 403 | 465,47 | 358 | 631,67 | 863 | 565,49 | 821 | 514,88 | 957 | 597,19 | 927 | 598,31 | 329 | 638,61 | 2159 | 1653,20 | 6957 | 687,44 |
| Poškodbe kolena in goleni | 15 | 136,17 | 487 | 1006,47 | 2683 | 3098,89 | 2997 | 5288,00 | 6800 | 4455,79 | 6349 | 3981,69 | 6194 | 3865,21 | 4657 | 3005,76 | 1172 | 2274,93 | 2314 | 1771,89 | 33668 | 3326,81 |
| Poškodbe skočnega sklepa in stopala | 9 | 81,70 | 810 | 1674,00 | 4683 | 5408,90 | 4025 | 7101,83 | 8053 | 5276,83 | 5766 | 3616,07 | 4611 | 2877,38 | 3092 | 1995,66 | 688 | 1335,46 | 1059 | 810,90 | 32796 | 3240,64 |
| Poškodbe, ki zajemajo več telesnih področij (regij) | 3 | 27,23 | 24 | 49,60 | 55 | 63,53 | 94 | 165,86 | 241 | 157,92 | 139 | 87,17 | 95 | 59,28 | 67 | 43,24 | 18 | 34,94 | 59 | 45,18 | 795 | 78,56 |
| Poškodbe na neopredeljenem delu trupa, uda ali telesnega | 73 | 662,70 | 646 | 1335,07 | 1934 | 2233,79 | 1178 | 2078,50 | 3059 | 2004,45 | 2743 | 1720,23 | 2541 | 1585,65 | 2166 | 1398,00 | 667 | 1294,69 | 1437 | 1100,35 | 16444 | 1624,87 |
| Učinki tujka, ki je vstopil skozi naravno telesno odprtino | 7 | 63,55 | 31 | 64,07 | 15 | 17,33 | 8 | 14,12 | 5 | 3,28 | 9 | 5,64 | 9 | 5,62 | 6 | 3,87 | 3 | 5,82 | 10 | 7,66 | 103 | 10,18 |
| Opekline in korozije (kemične opekline) | 21 | 190,64 | 137 | 283,13 | 67 | 77,39 | 46 | 81,16 | 169 | 110,74 | 138 | 86,54 | 144 | 89,86 | 101 | 65,19 | 31 | 60,17 | 64 | 49,01 | 918 | 90,71 |
| Ozeblina | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 1 | 1,76 | 3 | 1,97 | 8 | 5,02 | 3 | 1,87 | 2 | 1,29 | 0 | 0,00 | 5 | 3,83 | 22 | 2,17 |
| Zastrupitev z drogami, zdravili in z biološkimi snovmi | 0 | 0,00 | 1 | 2,07 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 9 | 5,90 | 6 | 3,76 | 8 | 4,99 | 4 | 2,58 | 0 | 0,00 | 4 | 3,06 | 32 | 3,16 |
| Toksični učinki snovi predvsem nemedicinskega izvora | 3 | 27,23 | 25 | 51,67 | 13 | 15,02 | 7 | 12,35 | 28 | 18,35 | 24 | 15,05 | 28 | 17,47 | 33 | 21,30 | 17 | 33,00 | 15 | 11,49 | 193 | 19,07 |
| Drugi in neopredeljeni učinki zunanjih vzrokov | 0 | 0,00 | 3 | 6,20 | 3 | 3,47 | 3 | 5,29 | 19 | 12,45 | 26 | 16,31 | 23 | 14,35 | 30 | 19,36 | 9 | 17,47 | 19 | 14,55 | 135 | 13,34 |
| Določeni zgodnji zapleti poškodbe | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 1 | 1,76 | 0 | 0,00 | 2 | 1,25 | 1 | 0,62 | 0 | 0,00 | 2 | 3,88 | 2 | 1,53 | 8 | 0,79 |
| Zapleti kirurške in medicinske oskrbe, ki niso uvrščeni drugam | 1 | 9,08 | 2 | 4,13 | 1 | 1,16 | 0 | 0,00 | 2 | 1,31 | 3 | 1,88 | 3 | 1,87 | 3 | 1,94 | 4 | 7,76 | 18 | 13,78 | 37 | 3,66 |
| Kasne posledice po poškodbah, zastrupitvah in drugih posledic | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 2 | 2,31 | 6 | 10,59 | 8 | 5,24 | 14 | 8,78 | 15 | 9,36 | 15 | 9,68 | 3 | 5,82 | 8 | 6,13 | 71 | 7,02 |
| Skupaj | 714 | 6481,78 | 9488 | 19608,57 | 25883 | 29895,07 | 19846 | 35016,89 | 46734 | 30623,06 | 36870 | 23122,51 | 33958 | 21190,64 | 28091 | 18130,71 | 7834 | 15206,34 | 20304 | 15547,30 | 229722 | 22699,31 |

Preglednica 8.24. Povprečno letno število obravnav žensk v službah nujne medicinske pomoči (2008–2009) in stopnja (na 100.000) zaradi nenamernih poškodb in zastrupitev (S01–T98, V01–X59), po starostnih skupinah in sklopih narave poškodbe, Slovenija. (Vir: Zunajbolnišnična statistika – specialistično ambulantna dejavnost, IVZ)

| ŽENSKÉ | 0 let | | 1–5 let | | 6–14 let | | 15–19 let | | 20–29 let | | 30–39 let | | 40–49 let | | 50–59 let | | 60–64 let | | nad 64 let | | Skupaj | |
|--|------------|----------------|-------------|-----------------|--------------|-----------------|-------------|-----------------|--------------|-----------------|--------------|-----------------|--------------|-----------------|--------------|-----------------|-------------|-----------------|--------------|-----------------|---------------|-----------------|
| | Št. | Stop. | Št. | Stop. | Št. | Stop. | Št. | Stop. | Št. | Stop. | Št. | Stop. | Št. | Stop. | Št. | Stop. | Št. | Stop. | Št. | Stop. | Št. | Stop. |
| Poškodbe glave | 454 | 4353,04 | 2591 | 5629,67 | 1434 | 1760,06 | 1015 | 1912,93 | 2079 | 1529,61 | 1364 | 946,22 | 1567 | 1027,86 | 1570 | 1060,15 | 537 | 991,20 | 4794 | 2360,81 | 17405 | 1691,70 |
| Poškodbe vratu | 3 | 28,76 | 51 | 110,81 | 223 | 273,71 | 845 | 1592,54 | 3115 | 2291,84 | 1849 | 1282,67 | 1524 | 999,65 | 1003 | 677,28 | 161 | 297,18 | 363 | 178,76 | 9137 | 888,08 |
| Poškodbe prsnega koša | 3 | 28,76 | 37 | 80,39 | 155 | 190,24 | 204 | 384,47 | 595 | 437,77 | 473 | 328,12 | 693 | 454,57 | 1077 | 727,25 | 424 | 782,63 | 2494 | 1228,18 | 6155 | 598,24 |
| Poškodbe trebuha, spodnjega dela hrbta, ledvene hrbtenice | 7 | 67,12 | 82 | 178,17 | 336 | 412,40 | 258 | 486,24 | 763 | 561,37 | 514 | 356,57 | 731 | 479,49 | 740 | 499,69 | 291 | 537,13 | 2365 | 1164,65 | 6087 | 591,63 |
| Poškodbe rame in nadlakti | 10 | 95,88 | 439 | 953,85 | 595 | 730,29 | 291 | 548,44 | 736 | 541,51 | 711 | 493,23 | 1351 | 886,17 | 1746 | 1178,99 | 973 | 1795,98 | 4679 | 2304,18 | 11531 | 1120,77 |
| Poškodbe komolca in podlakti | 27 | 258,88 | 1276 | 2772,47 | 2924 | 3588,85 | 558 | 1051,64 | 961 | 707,05 | 1001 | 694,40 | 1434 | 940,62 | 2930 | 1978,49 | 1434 | 2646,90 | 6877 | 3386,59 | 19422 | 1887,75 |
| Poškodbe zapestja in roke | 16 | 153,41 | 785 | 1705,63 | 4680 | 5744,13 | 1866 | 3516,77 | 3325 | 2446,35 | 2904 | 2014,53 | 3499 | 2295,13 | 3282 | 2216,18 | 1013 | 1869,81 | 2819 | 1388,22 | 24189 | 2351,08 |
| Poškodbe kolka in stegna | 6 | 57,53 | 65 | 141,23 | 161 | 197,61 | 106 | 199,77 | 273 | 200,86 | 227 | 157,47 | 397 | 260,41 | 692 | 467,28 | 310 | 572,20 | 6337 | 3120,67 | 8574 | 833,36 |
| Poškodbe kolena in goleni | 5 | 47,94 | 330 | 717,02 | 1679 | 2060,77 | 1421 | 2678,10 | 2482 | 1826,11 | 2598 | 1802,26 | 3457 | 2267,58 | 3883 | 2622,01 | 1556 | 2872,09 | 5008 | 2466,20 | 22419 | 2179,05 |
| Poškodbe skočnega sklepa in stopala | 6 | 57,53 | 592 | 1286,29 | 3469 | 4257,77 | 2003 | 3774,97 | 3583 | 2636,17 | 3256 | 2258,72 | 3372 | 2211,83 | 3212 | 2168,91 | 981 | 1810,75 | 2129 | 1048,43 | 22603 | 2196,93 |
| Poškodbe, ki zajemajo več telesnih področij (regij) | 4 | 38,35 | 21 | 45,63 | 30 | 36,82 | 48 | 90,46 | 104 | 76,52 | 73 | 50,64 | 53 | 34,76 | 69 | 46,59 | 24 | 44,30 | 106 | 52,20 | 532 | 51,71 |
| Poškodbe na neopredeljenem delu trupa, uda ali telesnega | 61 | 584,88 | 464 | 1008,17 | 1228 | 1507,22 | 529 | 996,98 | 1147 | 843,90 | 1049 | 727,70 | 1441 | 945,21 | 1703 | 1149,96 | 553 | 1020,74 | 2532 | 1246,89 | 10707 | 1040,68 |
| Učinki tujka, ki je vstopil skozi naravno telesno odprtino | 2 | 19,18 | 21 | 45,63 | 13 | 15,96 | 4 | 7,54 | 2 | 1,47 | 1 | 0,69 | 5 | 3,28 | 2 | 1,35 | 1 | 1,85 | 3 | 1,48 | 54 | 5,25 |
| Opekline in korozije (kemične opekline) | 13 | 124,65 | 100 | 217,28 | 35 | 42,96 | 37 | 69,73 | 94 | 69,16 | 96 | 66,60 | 93 | 61,00 | 98 | 66,17 | 22 | 40,61 | 104 | 51,22 | 692 | 67,26 |
| Ozeblina | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 1 | 0,74 | 0 | 0,00 | 1 | 0,66 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 2 | 0,98 | 4 | 0,39 |
| Zastrupitev z drogami, zdravili in z biološkimi snovmi | 0 | 0,00 | 2 | 4,35 | 1 | 1,23 | 2 | 3,77 | 5 | 3,68 | 9 | 6,24 | 7 | 4,59 | 7 | 4,73 | 1 | 1,85 | 9 | 4,43 | 43 | 4,18 |
| Toksični učinki snovi predvsem nemedicinskega izvora | 0 | 0,00 | 17 | 36,94 | 14 | 17,18 | 13 | 24,50 | 26 | 19,13 | 17 | 11,79 | 24 | 15,74 | 23 | 15,53 | 5 | 9,23 | 15 | 7,39 | 154 | 14,97 |
| Drugi in neopredeljeni učinki zunanjih vzrokov | 1 | 9,59 | 3 | 6,52 | 6 | 7,36 | 3 | 5,65 | 11 | 8,09 | 9 | 6,24 | 4 | 2,62 | 18 | 12,15 | 5 | 9,23 | 17 | 8,37 | 77 | 7,48 |
| Določeni zgodnji zapleti poškodbe | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 2 | 3,77 | 1 | 0,74 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 1 | 1,85 | 1 | 0,49 | 5 | 0,49 |
| Zapleti kirurške in medicinske oskrbe, ki niso uvrščeni drugam | 0 | 0,00 | 1 | 2,17 | 0 | 0,00 | 1 | 1,88 | 4 | 2,94 | 2 | 1,39 | 3 | 1,97 | 10 | 6,75 | 3 | 5,54 | 40 | 19,70 | 64 | 6,22 |
| Kasne posledice po poškodbah, zastrupitvah in drugih posledic | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 1 | 1,23 | 2 | 3,77 | 4 | 2,94 | 4 | 2,77 | 16 | 10,50 | 15 | 10,13 | 5 | 9,23 | 19 | 9,36 | 66 | 6,41 |
| Skupaj | 618 | 5925,50 | 6877 | 14942,20 | 16984 | 20845,79 | 9208 | 17353,94 | 19311 | 14207,94 | 16157 | 11208,27 | 19672 | 12903,65 | 22080 | 14909,60 | 8300 | 15320,30 | 40713 | 20049,20 | 159920 | 15543,64 |

STVARNO KAZALO

akcijski načrt

oblikovanje 3, 9, 34, 53, 58, 78, 80

Češka 13

Madžarska 14

Avstrija 15

Finska 16

alkohol

akcijski načrt 34

dostopnost 78

mladi 29, 34, 70

moški / ženske 30, 70, 77

oglaševanje 35, 78

prometne nezgode 29

psihoaktivna zdravila 70, 72

socialno ekonomski položaj 70

ukrepi 34, 77

vožnja pod vplivom 28

zastrupitve 69

zdravljenje odvisnosti 35

Avstrija 10, 15

Belgija 10

bivalno okolje

spremembe 3, 44, 46, 52, 54, 56, 57, 59

varnost 3, 45, 47, 52, 54, 80, 83

bolezni srca in žilja 20, 22

breme

bolezni 20, 21

ekonomsko 2, 8, 20

kazalniki 4, 7

poškodb 2, 20, 27, 44

socialno 2

zastrupitev 68, 76

bruto domači proizvod

izguba 2

Ciper 10

center za zastrupitve 68, 73, 80

čelada, varnostna 33, 49, 56

Češka 10, 13

DALYs, glej izgubljena leta življenja v zdravju

Danska 10

dejavniki tveganja 23, 27, 30, 45, 46, 50, 52, 68,

73

deklaracija, Parmaska 58, 80

deskanje na snegu

padci 49

podatki 49, 56

poškodbe 49

detektor za CO 82

disability adjusted life years, glej zdrava leta življenja

droge 71, 78

akcijski načrt 78

dostopnost 78

marihuana 71

mladi 71, 79

moški / ženske 71

ukrepi 78

zastrupitve 71

zdravljenje odvisnosti 79

duševno zdravje

krepitev 77

otroci in mladi 77

odrasli 77

Estonija 8, 10

Evropska baza podatkov o poškodbah 48, 56, 57, 82

Evropska unija 4, 7, 12, 21

Evropska komisija 4, 9

Evropsko združenje za varnost otrok 4

Evropski statistični urad 29

Finska 11, 16

gobe

zastrupitve 73

ukrepi 81

Grčija 11

hitrost

neustrezna 28

prevelika 28

hlapila 71

hospitalizacija, glej obravnava v bolnišnici

igrala

padci 52

podlaga 52

poškodbe 52

varnost 59

igrišče, glej igrala

incidenca 3, 44, 46, 52

interdisciplinaren

pristop 3, 10, 16, 33, 53

inšpektorat

tržni 57, 59, 81

zdravstveni 59, 81

inštitut

za sodno medicino 80
za varovanje zdravja 37, 58, 81

invalidnost 2, 20, 44, 48, 68

Irska 11

Italija 11

izgubljena leta življenja v zdravju

poškodbe 7, 20
vzroki 22, 29, 44, 48, 68

izgubljena potencialna leta življenja 8, 22

izobraževanje

promet 27, 34, 35, 36
padci 44, 54, 57, 58
zastrupitve 77, 78, 79, 80

izposoja

otroški avtomobilski sedeži 32, 37

jahač, glej otroški avtomobilski sedež

Javna agencija za varnost v prometu 36

kolesar

starejši 33

Latvija 8, 11

Litva 8, 11

Madžarska 11, 14

Malta 11

marihuana

uporaba 71
zastrupitve 71
zdravljenje odvisnosti 79

medsektorski

sodelovanje 3, 9, 10, 16, 33, 53, 58, 77, 79, 83

mladi

alkohol 29, 30, 34, 70, 77
droge 71, 79
marihuana 71
padci 48
povzročitelj prometne nezgode 30
prometne nezgode 28, 34
psihoaktivna zdravila 72, 79
šport in rekreacija 48, 55
telesna dejavnost 55
tvegano vedenje 30, 36

mladostniki, glej mladi

moblnost

starejši 37, 46

motorist 28

povzročitelj nezgode 30
umrljivost 30

namerna poškodba, glej poškodba

neenakosti

socialno ekonomske 7, 23, 29, 32, 47, 49, 52,
v zdravju 7, 53
zmanjševanje 3, 7, 37, 53, 55, 58, 77, 81

Nemčija 11

nenamerna poškodba, glej poškodba

nevladne organizacije 34, 54, 57, 79

nevropsihiatrična stanja 22

nezgoda

padec 20, 44
prometna 20, 27
zastrupitev 68

Nizozemska 8, 11, 20, 22, 28, 31, 69

novotvorbe 20, 22

nujna stanja

priporočila za vrtce 59

obravnav

v bolnišnici 7, 21, 27, 29, 44, 46, 48, 50, 69,
70, 73, 75
v službi nujne medicinske pomoči 7, 21, 44,
50, 56, 68, 71, 82

ogljikov monoksid

detektor 82
moški / ženske 76
otroci 73
zastrupitve 75, 82

oseba v avtomobilu

potnik 28
voznik 28, 30

osteoporoza 32, 45, 47, 55

otroci

gobe 73
igrala 52
ogljikov monoksid 73
padci 50
pešec 31
potnik v avtomobilu 32
prometne nezgode 31, 36
psihoaktivna zdravila 73
strupene rastline 73
strupene snovi 73
zastrupitve 72, 79

otroški avtomobilski sedež

cena 32
dostopnost 36
izposoja 32, 37
pripetost 32
socialno ekonomski položaj 32

padci

deskanje na snegu 49
doma 45, 51
igrala 52
izguba zdravih let življenja 20, 22, 44, 48
mladi 48
moški / ženske 45, 48, 51
obolevnost 48, 50
osteoporoza 45, 47
otroci 50
prehranjevalne navade 47
proizvodi 51
rekreacija, šport 48

- smučanje 49
- socialno ekonomski položaj 49
- starejši 45
- trendi 45
- ukrepi 52
- umrljivost 44, 48
- Parmska deklaracija** 58, 80
- pešec**
 - otroci 31
 - starejši 33
- piramida poškodb** 21
- podatki**
 - evropska baza poškodb 48, 56, 57
 - metodologija 33, 91
 - vir 91
- podlaga pod igrali** 52
- politika**
 - nacionalna 9, 10, 12, 33, 36, 52, 76
- Poljska** 11
- položaj**
 - socialno ekonomski 2, 20, 23, 29, 32, 47, 49, 52, 53, 70, 73
- Portugalska** 11
- poškodba**
 - definicija 91
 - incidenca 3, 44, 46, 52
 - namerna 2, 91
 - nenamerna 2, 91
 - piramida poškodb 21
 - smrtna 2, 8
 - vrste 2, 91
 - zunanj vzrok 2, 91
- potencialna leta življenja** 22
- potrošniki**
 - varnost 57
- povzročitelj prometne nezgode**
 - mladi 30
 - moški / ženske 29
 - motorist 30
 - pod vplivom alkohola 28
 - starejši 32
- požarna varnost** 82
- preventivni zdravstveni pregledi**
 - otroci 37, 58, 81
- pričakovano trajanje življenja** 8, 21
- pristop**
 - v javnem zdravju 3
- produktivnost**
 - izguba 2
- program**
 - evalvacija 3, 20, 35, 77
 - izposoje otroških avtomobilskih sedežev 37
 - odpravljanje plavalne nepismenosti 55
 - preventivni 3, 27
 - rehabilitacijski 35
 - svetovanje staršem 36, 37, 58, 80
 - telesna dejavnost 52
 - zdravljenje odvisnosti 35
- proizvodi**
 - padci 51
 - podatki 57
 - poškodbe 50, 51
 - RAPEX 57, 59, 81
 - standardi 57, 82
 - ukrepi 57
 - varnost 44, 57, 81, 83
 - zastrupitve 73, 81
- prometna pravila**
 - neupoštevanje 28
- prometne nezgode**
 - alkohol 29, 34
 - izguba zdravih let življenja 20, 22, 29
 - mladi 28, 29
 - moški / ženske 29
 - obolevnost 28
 - otroci 31
 - poškodbe 27
 - povzročitelj 28, 29, 30, 32
 - socialno ekonomski položaj 29
 - starejši 28, 32, 37
 - trendi 27
 - ukrepi 33
 - umrljivost 27
- RAPEX** 57, 59, 81
- regija**
 - evropska 2, 8, 9, 12
- rehabilitacija**
 - dostopnost 3, 47, 55
 - priporočila 55
 - programi 35
- Register zastrupitev** 73
- rekreacija**
 - mladi 48
 - padci 48
 - poškodbe 48
 - socialno ekonomski položaj 49, 55
 - ukrepi 55
 - varnost 55, 55
- resolucija**
 - o globalnem izboljšanju cestne varnost 9
 - o nacionalnem programu prehranske politike 54
 - o prehrani in prehranski oskrbi 54
 - o preprečevanju nasilja 9
 - o preprečevanju poškodb v evropski regiji 9
 - o programu na področju drog 79
 - o programu za kemijsko varnost 80
 - o varnosti cestnega prometa 9, 33
- Romunija** 11
- samopoškodbe** 22
- sektor**
 - gospodarstvo 10
 - infrastruktura in prostor 10, 54, 59

- medsektorsko sodelovanje 3, 9, 10, 16, 33, 53, 58, 77, 80, 83
- promet 10
- socialno varstvo 53
- šolstvo in šport 10
- zdravstvo 3, 9, 10, 27, 54, 59, 82
- Slovaška** 11
- Slovenija** 3, 11
- smučanje**
 - padci 49
 - podatki 49, 56
 - poškodbe 49
- strupene rastline**
 - zastrupitve 73
- strupene snovi**
 - zastrupitve 73
 - shranjevanje 81
- socialno ekonomski položaj**
 - alkohol 70
 - dohodek 2, 24, 32, 47, 49, 52
 - izobrazba 2, 23, 29, 47, 49, 53, 70, 73
 - območje bivanja 23, 29, 47, 52
 - otroški varnostni sedež 32, 36
 - padci 47
 - položaj v družbi 2
 - prehranjevalne navade 47
 - prometne nezgode 29
 - rehabilitacija 47
 - šport in rekreacija 49
 - zastrupitve 70, 73
 - življenjski slog 53
- Sovjetska zveza** 8
- starejši**
 - javni prevoz 37
 - kolesar 33
 - mobilnost 37, 46
 - ogljikov monoksid 75
 - osteoporoza 45
 - padci 45
 - pešec 33
 - povzročitelj prometne nezgode 32
 - prometne nezgode 28, 32, 37
 - ščitniki za kolke 47, 53
 - telesna dejavnost 47, 52, 53
 - varnostni pas 33
 - voznik 33
 - vozniška zmožnost 38
 - zastrupitve 73, 75
 - zdravila 73
- standardi**
 - avtomobilska oprema 33
 - bivalno okolje 3, 83
 - gradnja objektov 54
 - proizvodi 57, 83
 - športnega treninga 56
 - tehnični in varnostni 3, 83
 - usposabljanja trenerjev 56
 - varnost proizvodov 59, 83
 - varnosti igral 57
- Svet Evrope** 9
- Svetovna zdravstvena organizacija** 4, 9, 54, 57, 79
- ščitniki za kolke** 47, 53
- šola**
 - avtošola 34
 - za starše 37
- Španija** 12
- šport**
 - mladi 48
 - padci 48
 - poškodbe 48
 - promocija varnosti 55
 - socialno ekonomski položaj 49, 55
 - športna vzgoja 55
 - ukrepi 55
 - varnost 55, 55
- Švedska** 12
- telesna dejavnost**
 - mladi 55
 - otroci 31
 - starejši 47, 52, 53
 - socialno ekonomski položaj 47
- trend**
 - alkohol 30, 70
 - droge 71
 - padci 44
 - prehranske navade 47
 - prometne nezgode 27, 28, 30, 31
 - psihoaktivna zdravila 74
 - uporaba varnostnega pasu 28
 - zastrupitve 69, 70, 71, 74, 75
 - zlom kolka 46
- Tržni inšpektorat** 57, 59, 81
- tvegano vedenje**
 - mladi 30, 36
- ukrepi**
 - alkohol 34, 77
 - bivalno okolje 3, 4, 44, 45, 46, 47, 52, 54, 56, 57, 59, 80, 83
 - droge 78
 - nujna stanja 59
 - padci 52
 - proizvodi 44, 57, 59, 80, 83
 - promet 33
 - spremljanje podatkov 56
 - šport in rekreacija 55
 - telesna dejavnost 53
 - zastrupitve 76
 - zdravo prehranjevanje 54
- umrljivost**
 - motoristi 30
 - prezgodnja 20, 21, 22, 27, 28, 29, 69
 - specifična 31, 91

standardizirana 20, 22, 28, 45, 69, 75, 91
 padci 44
 promet 27
 vzrok2, 8, 27, 44, 68
 zastrupitve 68

Urad za kemikalije 81

varnost
 bivalnega okolja 3, 10, 45, 47, 52, 54, 83
 embalaža za zdravila in kemikalije 80
 igrala 59
 kemijska 80
 otrok in mladostnikov 36, 57, 58, 80
 potrošnikov 57, 81
 požarna 10, 82
 pri športu in rekreaciji 55
 proizvodi 10, 44, 59, 81, 83
 prometna 10, 38
 promocija 10, 12, 27, 35, 55, 56, 58
 starejših 54

varnostna kultura 3, 7, 32, 33
varnostna oprema 32, 54, 56, 58, 68, 80
varnostni pas
 moški / ženske 29
 socialno ekonomski položaj 29
 starejši 33
 uporaba 28

varnostno področje
 padci 3, 12, 44
 požari 3, 12
 prometne nezgode 3
 športne poškodbe 57
 utopitve 3, 12
 zadužitve 3
 zastrupitve 3, 12, 68

Velika Britanija 12

voznik
 mladi 30
 starejši 33

vzrok smrti 7, 20, 27, 33, 68, 91

zakon
 o splošni varnosti proizvodov 59
 o varnosti na smučiščih 56
 o varstvu pred požari 82
 o voznikih 34, 38

zakonodaja 3, 10, 35, 57, 59, 78, 81, 83

zastrupitve
 alkohol 69, 70, 77
 droge 69, 71, 79
 gobe 73, 81
 incidenca 76
 izguba zdravih let življenja 22, 68
 marihuana 71
 mladi 70
 moški / ženske 68, 70, 73, 76
 obolevnost 69, 71, 73, 75
 odrasli 73

ogljikov monoksid 69, 75, 82
 otroci 72, 79
 proizvodi 73, 81, 83
 psihoaktivna zdravila 72, 79
 Register zastrupitev 73
 socialno ekonomski položaj 70, 73
 starejši 73, 75
 strupene rastline 73
 trendi 69, 70, 71, 74, 75
 ukrepi 76
 umrljivost 69, 75
 zdravila 69, 72, 73, 74

Zdravstveni inšpektorat 59, 81

zdravila
 mladi 72
 odrasli 73
 psihoaktivna zdravila 52, 69, 72, 74, 79
 starejši 74
 zastrupitve 72, 73, 74

Združene države Amerike 75, 83

zlom
 goleni in gležnja 52
 igrala 52
 kolka 46, 55
 lobanjskih kosti 52
 obraznih kosti 52
 otroci 52
 padci 45, 52
 podlakti 45, 52
 rame in nadlakti 46, 52
 starejši 45

zmanjšana zmožnost 2, 20, 21, 22, 44, 48, 68
Zveza potrošnikov Slovenije 57

YLD, glej izgubljena leta življenja v zdravju
YLL, glej izgubljena leta življenja v zdravju
YPLL, glej izgubljena potencialna leta življenja

Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije
Dostopno na spletni strani: www.ivz.si

