

Εθνικό Σχέδιο Δράσης
για τα Ατυχήματα
2008 - 2012

δυνα

Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία

**Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τα Ατυχήματα
2008 - 2012**



Αθήνα 2008

Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης

Γραφείο Γενικού Γραμματέα Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης

Μονάδα Στρατηγικής και Πολιτικών Υγείας

Συντονιστής Μονάδας: Αλέξης Ζορμπάς

Συντονίστρια Εθνικού Σχεδίου Δράσης

για τη Δημόσια Υγεία - Επιμέλεια: Έφη Σίμου

Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία

Επιστημονική - Γνωμοδοτική Επιτροπή

Πρόεδρος	Γιάννης Κυριόπουλος , Καθηγητής Οικονομικών της Υγείας, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας
Μέλη	Γιάννης Αλαμάνος , Αναπληρωτής Καθηγητής Υγιεινής και Επιδημιολογίας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Πατρών, Εργαστήριο Υγιεινής Γιώργος Αρσένης , Επίκουρος Καθηγητής Μικροβιολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών Νικόλαος Βακάλης , Κοσμήτωρ Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας, Καθηγητής Τομέα Παρασιτολογίας, Εντομολογίας και Τροπικών Νόσων Αλκιβιάδης Βατόπουλος , Καθηγητής Μικροβιολογίας, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας Γιάννης Δημολιάτης , Επίκουρος Καθηγητής Υγιεινής και Επιδημιολογίας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Εργαστήριο Υγιεινής Ιωάννης Ιωαννίδης , Καθηγητής Υγιεινής, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Ιωαννίνων Τζένη Κουρέα - Κρεμαστινού , Καθηγήτρια Δημόσιας Υγείας, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας Θεόδωρος Κωνσταντινίδης , Επίκουρος Καθηγητής Υγιεινής και Επιδημιολογίας, Ιατρική Σχολή, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης Χρήστος Λιονής , Αναπληρωτής Καθηγητής Κοινωνικής και Οικογενειακής Ιατρικής, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Κρήτης Νίκος Μανιαδάκης , Επίκουρος Καθηγητής Διοίκησης Υπηρεσιών Υγείας, Πανεπιστήμιο Πειραιά Παναγιώτης Μπεχράκης , Αναπληρωτής Καθηγητής Φυσιολογίας Αναπνοής Πανεπιστημίου Αθηνών Κωνσταντίνος Μπουραντάς , Καθηγητής Αιματολογίας Πανεπιστημίου Ιωαννίνων Ελπίδα Πάβη , Διευθύντρια Σπουδών, Τομέας Οικονομικών της Υγείας, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας Θεόδωρος Παπαδημητρίου , Γενικός Διευθυντής Κέντρου Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων Αναστασία Ρουμελιώτου , Καθηγήτρια Επιδημιολογίας και Βιοστατιστικής, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας Γιάννης Τούντας , Αναπληρωτής Καθηγητής Κοινωνικής Ιατρικής, Εργαστήριο Υγιεινής και Επιδημιολογίας, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Αθηνών Χρήστος Χατζηχριστοδούλου , Επίκουρος Καθηγητής Υγιεινής και Επιδημιολογίας, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

Ευχαριστίες

Το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης αναγνωρίζει και ευχαριστεί τους επιστήμονες, και εκπροσώπους της Κοινωνίας των Πολιτών, οι οποίοι με ενδιαφέρον και υπευθυνότητα κατέθεσαν τις επιστημονικές τους απόψεις και εμπλούτισαν το σχεδιασμό και το περιεχόμενο του παρόντος σχεδίου, με κείμενα, δεδομένα, συστάσεις, διορθώσεις και προτάσεις.

Συγκεκριμένα, ευχαριστούμε για τις στοχευμένες εισηγήσεις τους, οι οποίες υιοθετήθηκαν στην πλειοψηφία τους στις δράσεις του παρόντος Σχεδίου Δράσης, τα μέλη της επιτροπής Οδικής Ασφάλειας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (ΥΠ ΥΔΙδ/4765/23.3.2005) κ.κ. **Ι. Στ. Παπαδόπουλο**, Ορθοπαιδικό, Αναπληρωτή Καθηγητή Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, Πρόεδρο της Επιτροπής, **Α. Βλάχο**, Αντιπύραρχο στο Πυροσβεστικό Σώμα, **Π. Καλούδη**, Αρχίατρο-Φυσιάτρο, **Π. Καρύδη**, Καθηγητή Αντσειαμικής Τεχνολογίας Εθνικού Μετσόβιου Πολυτεχνείου, **Δ. Κεντέρη**, Γενικό Ιατρό-Διευθυντή Κέντρου Υγείας Σαλαμίνας, **Χ. Λιάπη**, Επίκουρη Καθηγήτρια Φαρμακολογίας, Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, **Α. Μαγγίνα**, Διευθύντρια Μ.Ε.Θ., Γενικού Νοσοκομείου Ν. Ιωνίας «Αγ. Όλγα», **Γ. Πανταζόπουλο**, Αστυνόμο-Διευθυντή Τροχαίας Καισαριανής, **Σπ. Παπανικολάου**, Επιμελητή Β' Γιατρό Ε.Κ.Α.Β., **Γ. Παπαχαλαλάμπους**, Αναπληρωτή Διευθυντή Αγγειοχειρουργικής Γενικού Νοσοκομείου Κ.Α.Τ.

Ευχαριστούμε επίσης τους κ.κ. **Ε. Πετρίδου**, Καθηγήτρια Προληπτικής Ιατρικής και Επιδημιολογίας, Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, **Α. Τερζίδη**, Παιδίατρο, Επιστημονικό Συνεργάτη Εργαστηρίου Υγιεινής και Επιδημιολογίας, Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, **Γ. Λαβράνο**, Ιατρό, Επιστημονικό Συνεργάτη Εργαστηρίου Υγιεινής και Επιδημιολογίας, Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, **Α. Σταμπούλη**, Επιστημονικό Συνεργάτη Εργαστηρίου Υγιεινής και Επιδημιολογίας, Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, **Β. Θεοδώρου**, Επίκουρο Καθηγητή Ορθοπαιδικής, Πρόεδρο Ε.Υ.Θ.Υ.Τ.Α.

Επίσης, ευχαριστούμε τους Οικονομολόγους της Υγείας κ.κ. **Α. Μαστρογιαννάκη** και **Μ. Κακούρο**, καθώς και την κα **Δ. Βλαντώνη**, Κοινωνική Ψυχολόγο, για την ουσιαστική τους συμβολή στην εκπόνηση της οικονομοτεχνικής μελέτης.

Περιεχόμενα

Πρόλογος Υπουργού Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης

σελ. 10

Εισαγωγικό Σημείωμα

σελ. 12

Κεφάλαιο 1ο: Ανάλυση της Υφιστάμενης Κατάστασης

- σελ. 14 1. Εννοιολογικές Προσεγγίσεις
- σελ. 16 2. Κατηγορίες και Είδη Ατυχημάτων, Ταξινόμηση
- σελ. 21 3. Επιδημιολογικές Τάσεις
- σελ. 33 4. Συστάσεις και Στρατηγική της Ευρωπαϊκής Ένωσης για την Πρόληψη των Ατυχημάτων
- σελ. 34 5. Υφιστάμενες Δομές και Υπηρεσίες που λειτουργούν στην Ελλάδα
- σελ. 35 6. Το Νομικό Πλαίσιο στην Ελλάδα
- σελ. 36 7. Οικονομικές Προεκτάσεις - Το κόστος των Ατυχημάτων
- σελ. 38 8. SWOT Ανάλυση

Κεφάλαιο 2ο: Στρατηγικός Σχεδιασμός

- σελ. 40 1. Όραμα
- σελ. 40 2. Αποστολή
- σελ. 40 3. Στόχοι και Προτεραιότητες
- σελ. 41 4. Αρχές του Εθνικού Σχεδίου Δράσης
- σελ. 42 5. Αναμενόμενα Αποτελέσματα από την Εφαρμογή του Εθνικού Σχεδίου Δράσης
- σελ. 44 6. Άξονες και Δράσεις του Εθνικού Σχεδίου Δράσης

Κεφάλαιο 3ο: Άξονες και Δράσεις του Εθνικού Σχεδίου Δράσης

- σελ. 46 1ος Άξονας: Συστηματική Καταγραφή και Έγκαιρη Επαγρύπνηση - Έρευνα
- σελ. 49 2ος Άξονας: Πρόληψη, Μέτρα, Παρεμβάσεις
- σελ. 57 3ος Άξονας: Διαχείριση Τραυματία
- σελ. 60 4ος Άξονας: Εκπαίδευση
- σελ. 64 5ος Άξονας: Συντονισμός - Διατομεακή Συνεργασία

Κεφάλαιο 4ο: Διαδικασία Υλοποίησης - Χρηματοδότηση

- σελ. 66 1. Διαδικασία Υλοποίησης
- σελ. 68 2. Κοστολόγηση - Χρηματοδότηση

Βιβλιογραφία

σελ. 70

Πρόλογος

Υπουργού Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης

Για τις ευρωπαϊκές κοινωνίες του 21ου αιώνα, είναι κεκτημένο ο στρατηγικός σχεδιασμός της πολιτικής να προηγείται των θεσμικών και νομοθετικών παρεμβάσεων. Με την πρακτική αυτή, τα σύγχρονα ευρωπαϊκά κράτη εξασφαλίζουν την ενσωμάτωση των θέσεων της Κοινωνίας των Πολιτών στην επίσημη πολιτική, κατοχυρώνουν τη διασύνδεση ανθρώπινων και οικονομικών πόρων για την υλοποίηση προγραμματικών στόχων, διασφαλίζουν τη γρήγορη εφαρμογή της νομοθεσίας και εγγυώνται τη δημιουργία απλών και διάφανων διαδικασιών.

Το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία 2008 - 2012 είναι η πρώτη προσπάθεια που γίνεται στη χώρα μας για να αποκτήσουμε στοχευμένη και στρατηγικά σχεδιασμένη πολιτική για τη Δημόσια Υγεία.

Αποτελεί μια από τις βασικές προγραμματικές μας δεσμεύσεις και αναπτύσσει εξειδικευμένες και κοστολογημένες δράσεις, για όλους τους κρίσιμους παράγοντες κινδύνου για τη Δημόσια Υγεία.

Με το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία βάζουμε τέρμα στην αποσπασματική και άναρχη ανάπτυξη των υπηρεσιών της Δημόσιας Υγείας και ανοίγουμε ένα νέο κεφάλαιο στην εξέλιξη του ελληνικού κοινωνικού κράτους.

Αποκτούμε αξιόπιστα ερευνητικά και επιδημιολογικά στοιχεία για τη Δημόσια Υγεία στον τόπο μας, γεγονός που μας επιτρέπει να προχωρήσουμε στη σχεδιασμένη ανάπτυξη των υπηρεσιών του Εθνικού Συστήματος Υγείας.

Τοποθετούμε την πρόληψη στο επίκεντρο της λειτουργίας του κοινωνικού μας κράτους, αναδεικνύοντας τον καθοριστικό ρόλο που έχει η υπεύθυνη και συνεχής ενημέρωση των πολιτών για ζητήματα υγείας.

Θεμελιώνουμε ρεαλιστικούς ποιοτικούς και ποσοτικούς στόχους, με συγκεκριμένα χρονοδιαγράμματα υλοποίησης, εξασφαλίζοντας με αυτό τον τρόπο τη συνέχεια στην υλοποίηση της εθνικής πολιτικής για τη Δημόσια Υγεία.

Δημιουργούμε νέες δομές και υπηρεσίες, καλύπτοντας χρόνια ελλείμματα στη δομή του δημοσίου συστήματος υγείας και κατοχυρώνοντας βασικά ανθρώπινα και κοινωνικά δικαιώματα.

Εξασφαλίζουμε την εξοικονόμηση πόρων στην υλοποίηση της πολιτικής μας, αίροντας την πρακτική του δημιουργικού αυτοσχεδιασμού, πετυχαίνοντας την οριζόντια συνεργασία μεταξύ των υπεύθυνων φορέων του κράτους και κερδίζοντας πολύτιμους οικονομικούς πόρους από εξειδικευμένα προγράμματα της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Καθιστούμε την επιστημονική κοινότητα και τον εθελοντικό τομέα πολύτιμους συνεργάτες στην χάραξη και στην υλοποίηση της πολιτικής για τη Δημόσια Υγεία, ενώ εξασφαλίζουμε τις συνθήκες που επιτρέπουν την οργανωμένη αξιοποίηση της εταιρικής κοινωνικής ευθύνης.

Σε μία εποχή που σηματοδοτείται από ριζικές αλλαγές στον τρόπο ζωής και από νέες προκλήσεις για τη Δημόσια Υγεία, το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία διαμορφώνει τις αναγκαίες προγραμματικές και χρηματοδοτικές προϋποθέσεις για να αποκτήσει η χώρα μας ένα ισχυρό δίκτυο υγειονομικής προστασίας και ασφάλειας.

Για να αποκτήσει η Ελλάδα ανθρωποκεντρική και σύγχρονη πολιτική για τη Δημόσια Υγεία.

Δημήτρης Λ. Αβραμόπουλος



Εισαγωγικό Σημείωμα

Τα ατυχήματα αποτελούν την κύρια αιτία θανάτου σε παιδιά και νέους και την τρίτη αιτία σε όλες τις ηλικίες μετά τα καρδιαγγειακά και τα κακοήγη νοσήματα. Στην Ευρωπαϊκή Ένωση (Ε.Ε.), 200.000 άνθρωποι πεθαίνουν κάθε χρόνο, και περίπου 100 παιδιά έως 14 ετών κάθε εβδομάδα, εξαιτίας των ατυχημάτων.

Παρ' όλο που τα ατυχήματα διαφέρουν από τις ασθένειες, η πρόληψή τους είναι εφικτή σε μεγάλο βαθμό, και χώρες που έχουν εφαρμόσει ανάλογα σχέδια δράσης σε εθνικό επίπεδο έχουν καταγράψει σημαντική μείωση των θανάτων και των τραυματισμών. Τα ατυχήματα μπορούν να προληφθούν με αλλαγές στο εξωτερικό περιβάλλον, καθώς και στα προϊόντα που χρησιμοποιούμε.

Στρατηγικές πρόληψης σε ευρωπαϊκές χώρες έχουν επιφέρει σημαντική μείωση των θανάτων που οφείλονται σε τροχαία ατυχήματα. Για παράδειγμα, στη Γαλλία, κατά τα έτη 2002-2004, βελτιώσεις στην οδική ασφάλεια οδήγησαν σε μείωση κατά 34% των θανάτων από τροχαία. Επίσης, στη Σουηδία παρατηρήθηκε 50% μείωση των θανάτων σε παιδιά κάθε χρόνο.

Με το παρόν Εθνικό Σχέδιο στοχεύουμε στην ουσιαστική μείωση της νοσηρότητας και της θνησιμότητας από ακούσιες κακώσεις, και στη βελτίωση της προνοσοκομειακής και νοσοκομειακής περίθαλψης, θέτοντας ρεαλιστικούς στόχους και αξιοποιώντας τις καλές πρακτικές άλλων χωρών. Ενδεικτικά αναφέρουμε, προκειμένου να τονίσουμε την αποτελεσματικότητα των απλών μέτρων πρόληψης, ότι θα είχαμε 500 θανάτους λιγότερους το χρόνο από τροχαία, αν γινόταν εκτεταμένη χρήση κράνους ή ζώνης ασφαλείας.

Η υλοποίηση του Εθνικού Σχεδίου Δράσης με ορίζοντα το 2012, μπορεί να οδηγήσει σε μείωση κατά 20% των θανάτων από ατυχήματα. Συγκεκριμένα, το παρόν Σχέδιο Δράσης στοχεύει:

- Στην προώθηση προγραμμάτων ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης του γενικού πληθυσμού και ειδικών ομάδων.
- Στην ανάπτυξη εθνικού μητρώου τραύματος με σκοπό τον καλύτερο προσδιορισμό του μεγέθους του προβλήματος και των αιτιών του.
- Στην ενίσχυση των υποδομών για πρωτογενή πρόληψη.

- Στην ενίσχυση δράσεων για τη δικτύωση όλων των εμπλεκόμενων φορέων και τη συμμετοχή όλων των κοινωνικών ομάδων.
- Στην ανάπτυξη της έρευνας και της εκπαίδευσης για να ξεπεραστούν οι δυσκολίες στη γνώση.

Το Σχέδιο Δράσης για τα Ατυχήματα εντάσσεται στο Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία, το οποίο περιλαμβάνει τα ακόλουθα 15 Σχέδια Δράσης: Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τον Καρκίνο, Εθνικό Σχέδιο Δράσης για το HIV/ AIDS, Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Αναπαραγωγική και Σεξουαλική Υγεία, Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τα Ναρκωτικά, Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Διατροφή και τις Διατροφικές Διαταραχές, Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τον Περιορισμό των Βλαπτικών Συνεπειών του Αλκοόλ στην Υγεία, Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Κατάθλιψη, Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τα Καρδιαγγειακά Νοσήματα, Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Αντιμετώπιση των Περιβαλλοντικών Κινδύνων που Απειλούν την Υγεία, Εθνικό Σχέδιο Δράσης για το Κάπνισμα, Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Στοματική Υγεία, Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τα Μεταδοτικά Νοσήματα, Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Ταξιδιωτική Υγεία, Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τις Σπάνιες Παθήσεις, Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Αντιμετώπιση της Μικροβιακής Αντοχής στα Αντιβιοτικά και των Λοιμώξεων σε χώρους Παροχής Υγείας.

Το σύνολο των προτεινόμενων δράσεων του συνολικού Σχεδίου Δράσης για τη Δημόσια Υγεία προϋπολογίζεται σε συνάρτηση με όλες τις δράσεις των επιμέρους σχεδίων που αφορούν στην προάσπιση και προαγωγή της Δημόσιας Υγείας στη χώρα μας, με στόχο την άρση των αλληλοεπικαλύψεων και τη δημιουργία ενός οριζόντιου και ολιστικού προϋπολογισμού για τη Δημόσια Υγεία. Συνοπτικός προϋπολογισμός δράσεων του παρόντος Σχεδίου Δράσης συμπεριλαμβάνεται στο κεφάλαιο 4 του παρόντος. Ο αναλυτικός προϋπολογισμός των δράσεων δημοσιοποιείται σε ξεχωριστό τεύχος, το οποίο αποτελεί την οικονομοτεχνική μελέτη του συνολικού Σχεδίου Δράσης για τη Δημόσια Υγεία και το οποίο περιγράφει αναλυτικά το κόστος των δράσεων και την πηγή χρηματοδότησής τους.

Αλέξης Ζορμπάς
Συντονιστής Μονάδας Στρατηγικής και Πολιτικών Υγείας

Ανάλυση της Υφιστάμενης Κατάστασης



I. Εννοιολογικές Προσεγγίσεις

Ο όρος «κάκωση» περιγράφει τις σωματικές βλάβες, οι οποίες προκύπτουν από οξεία έκθεση σε ενεργειακούς παράγοντες. Αντιπροσωπεύει μία ενότητα με ιδιαίτερα χαρακτηριστικά και αντιμετώπιση, η οποία χαρακτηρίζεται ταυτοχρόνως από την ίδια την αιτιολογία της και την παθολογία που προκαλείται.

Παρ' όλο που οι ακούσιες κακώσεις περιγράφονται πολλές φορές ως μία «μη κλασική νόσος», δεν υπάρχει ένας συγκεκριμένος επιστημονικός διαχωρισμός μεταξύ νοσήματος και ακούσιες κακώσεις. Τα δύο σημαντικότερα στοιχεία που πρέπει να συμπεριλαμβάνονται στον ορισμό της ακούσιες κακώσεις είναι η αιτία και η έκβαση. Μία σωματική βλάβη από μόνη της δεν προϋποθέτει την ύπαρξη ενός μηχανικού τραύματος (π.χ., οι ιστικές βλάβες που προκαλούνται στην περίπτωση της σήψης), ενώ υπάρχουν ενεργειακές συγκρούσεις οι οποίες μπορεί να μην προκαλέσουν ορατές σωματικές κακώσεις (π.χ., τα θύματα ενός τροχαίου συμβάντος μπορεί να μην παρουσιάσουν καμία παθολογική βλάβη).

Ο Haddon (1963 & 1970) έχει ορίσει τη σωματική κάκωση λαμβάνοντας υπόψη τη «μεταφορά της ενέργειας»: διάφορα γεγονότα που έχουν ως κοινό στοιχείο την οξεία έκθεση του ανθρώπινου οργανισμού σε ενεργειακούς παράγοντες (μηχανικούς, θερμικούς, χημικούς ή ηλεκτρικούς) ή σε ακτινοβολία, σε ποσότητα και χρονικό διάστημα που ξεπερνούν τη φυσική σωματική αντοχή, και έχουν ως αποτέλεσμα την πρόκληση τραυμάτων.

Ενώ ο ορισμός του Haddon θεωρείται ο πλήρης μέχρι τώρα από τους περισσότερους εμπειρογνώμονες στον τομέα της έρευνας των ακούσιων κακώσεων και συμπεριλαμβάνει και την αιτία και την έκβαση του συμβάντος, υπάρχουν ακόμα κάποιοι σημαντικοί προβληματισμοί που υπογραμμίζουν την ανάγκη αναθεώρησής του. Πιο συγκεκριμένα, είναι γεγονός ότι υπάρχουν ακούσιες κακώσεις οι οποίες δεν προκαλούν ιστικές βλάβες στην «κλασική» τους μορφή. Για παράδειγμα, η κατάποση ενός κέρματος, παρ' όλο που θεωρείται ακούσια κάκωση, τις περισσότερες φορές δεν προκαλεί καμία σωματική βλάβη και το κέρμα αφαιρείται χωρίς ιδιαίτερα προβλήματα υγείας.

Επιπλέον, η ψυχολογική διάσταση του τραύματος (μετατραυματικές διαταραχές, όπως για παράδειγμα η κατάθλιψη μετά από κάποιο τραυματικό γεγονός), κατά τον Haddon δε συμπεριλαμβάνεται στον ορισμό των σωματικών κακώσεων. Σε ορισμένες άλλες περιπτώσεις, η κάκωση δεν είναι η έκβαση της μεταφοράς ενέργειας, αλλά της αιφνίδιας έλλειψης των ενεργειακών στοιχείων και αποθεμάτων για τη λειτουργία του οργανισμού, όπως το οξυγόνο και η θερμότητα (π.χ. σε καταστάσεις πνιγμών ή κρουπαγιμάτων). Αυτοί οι παράγοντες συμπεριλήφθηκαν αργότερα στον αρχικό ορισμό του Haddon, εν τούτοις παραμένει μία σημαντική αδυναμία που αφορά στην κάκωση, η οποία σχετίζεται με την έλλειψη των ενεργειακών παραγόντων, εφόσον ο ίδιος ο θάνατος, ανεξαρτήτως αιτιολογίας, ορίζεται ουσιαστικά ως η απουσία της ενέργειας. Ένας άλλος σύγχρονος προβληματισμός σχετικά με τον όρο «ατύχημα» αφορά στην ίδια την ετυμολογία της συγκεκριμένης λέξης και στην καταλληλότητα χρήσης αυτής στην περιγραφή του τραυματικού γεγονότος.

Πιο συγκεκριμένα, αυτός ο όρος εννοιολογικά υπερτονίζει το ρόλο της τύχης στην αιτιολογία του τραύματος, ενώ σε κάποιο βαθμό συμπεριλαμβάνεται και η ανικανότητα πρόβλεψης και αποφυγής του «μοιραίου συμβάντος». Το ατύχημα όμως μπορεί να προληφθεί και κατά συνέπεια μπορεί να αποφευχθεί με την εφαρμογή των κατάλληλων μέτρων πρόληψης και γι' αυτό το λόγο, τα τελευταία χρόνια, έχει επικρατήσει σε πολλές χώρες η χρήση άλλων λέξεων και δόθηκαν οδηγίες για την αντικατάσταση του όρου «ατύχημα». Ωστόσο, στη διεθνή βιβλιογραφία υπάρχει ακόμα διχογνωμία σχετικά με το ποιος είναι ο καταλληλότερος όρος που περιγράφει ορθά τις ακούσιες ή εκούσιες σωματικές βλάβες. Λαμβάνοντας υπόψη τη σημασία της διερεύνησης των αιτιολογικών παραγόντων και την αναγκαιότητα ανάληψης προληπτικών πρωτοβουλιών, κατά την τελευταία εικοσαετία, δόθηκαν συγκεκριμένες συστάσεις κυρίως στις Ηνωμένες Πολιτείες, από τους εμπειρογνώμονες στον τομέα της έρευνας και πρόληψης των ατυχημάτων και τους φορείς στον τομέα της Δημόσιας Υγείας (American Academy of Pediatrics 1991; Davis 2001) να προτιμάται ο όρος «σωματική βλάβη» (lesion) ή «τραύμα» (trauma) ή «κάκωση» (injury). Από την άλλη πλευρά, ο όρος «ατύχημα», που είναι ο συνηθέστερος στη σχετική ελληνική βιβλιογραφία, αναφέρεται στο συμβάν που οδηγεί στη σωματική βλάβη και, κατά συνέπεια, οι δύο όροι έχουν διακριτό εννοιολογικό περιεχόμενο με περιορισμένη επικάλυψη.

Όσον αφορά στον ορισμό των κακώσεων από την «πρακτική» του πλευρά (λειτουργικός ορισμός), οι σωματικές βλάβες καταγράφονται σε παγκόσμιο επίπεδο με βάση την κωδικοποίηση της Διεθνούς Ταξινόμησης των Νοσημάτων (International Classification of Diseases, ICD), η οποία αναπτύχθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.) και αναθεωρείται τακτικά. Η τρέχουσα αναθεωρημένη έκδοση της ταξινόμησης είναι η 10η (ICD-10). Η συγκεκριμένη κωδικοποίηση διαχωρίζει τις κακώσεις σύμφωνα με δύο συστήματα ταξινόμησης, το N (nature of injury), που περιγράφει το είδος της βλάβης, και το E (external cause of injury), που αναφέρεται στις συνθήκες πρόκλησης του ατυχήματος και έχει ιδιαίτερη σημασία για το σχεδιασμό στρατηγικών πρόληψης.

Θεωρούνται ακούσιες κακώσεις και καταγράφονται αντίστοιχα όλες οι ενότητες που αναφέρονται στο κεφάλαιο «Κάκωση και Δηλητηρίαση» της ταξινόμησης N, ενώ η εξωτερική αιτία του συμβάντος καταγράφεται με βάση τους κώδικες E, ώστε να διευκολύνεται η διερεύνηση της αιτιολογίας των ατυχημάτων. Υπάρχουν και πιο αναλυτικά ταξινομικά σχήματα (NOMESCO, EHLASS, ICECI), τα οποία θα αναφερθούν παρακάτω, αλλά η χρήση τους είναι ακόμα περιορισμένη. Όπως και στην περίπτωση του θεωρητικού ορισμού, υπάρχουν αρκετές ελλείψεις και αδυναμίες που αφορούν στη χρήση του πρακτικού οδηγού για την κωδικοποίηση των ατυχημάτων.

Συμπερασματικά, κρίνεται αναγκαία η αναθεώρηση τόσο του θεωρητικού, όσο και του πρακτικού ορισμού του ατυχήματος, ώστε να δοθεί η δυνατότητα μιας αντικειμενικής και πλήρους καταγραφής των ατυχημάτων, που να επιτρέπει την ορθή σύγκριση των στοιχείων σε εθνικό και διεθνές επίπεδο, την ανάπτυξη και εφαρμογή των δεικτών επίπτωσης και βαρύτητας των ατυχημάτων, καθώς και τον καθορισμό των προτεραιοτήτων στον τομέα της πρόληψής τους.

2. Κατηγορίες και Είδη Ατυχημάτων, Ταξινόμηση

Τα ατυχήματα διακρίνονται «παραδοσιακά», από τους εμπειρογνώμονες στον τομέα της έρευνας και πρόληψης των ατυχημάτων, με βάση την «πρόθεση» (intention) που οδηγεί σε τραυματισμό σε: ακούσια και εκούσια ατυχήματα, που είναι το αποτέλεσμα αυτοπρόκλητης ή ετεροπρόκλητης βίας, συμπεριλαμβανόμενων και ιδιαίτερων περιπτώσεων, όπως η βία μεταξύ ερωτικών συντρόφων και η παιδική κακοποίηση. Υπάρχουν ακόμη και κάποιες κατηγορίες ατυχημάτων που αναφέρονται στις βλάβες που προκαλούνται κατά τη διάρκεια νόμιμων επιχειρήσεων ή σε τραύματα των οποίων η αιτιολογία δεν μπορεί να τεκμηριωθεί.

Σε πρακτικό επίπεδο, τα ατυχήματα ομαδοποιούνται σε τρεις κύριες κατηγορίες και συγκεκριμένα: τροχαία ατυχήματα, ατυχήματα οικιακού περιβάλλοντος και ελεύθερου χρόνου (πτώσεις, εγκαύματα, δηλητηριάσεις, πνιγμοί και πνιγμονές και κακώσεις σε αθλοπαιδιές) και επαγγελματικά ατυχήματα. Στην τελευταία κατηγορία ανήκουν κατεξοχήν αυτά που συμβαίνουν στο χώρο εργασίας του ατόμου, καθώς και κατά τη μετάβαση ή αποχώρηση από αυτόν, αλλά και κάθε άλλο συμβάν που σχετίζεται κατά άμεσο ή έμμεσο τρόπο με την επαγγελματική δραστηριότητα και κατάρτιση του ατόμου. Είναι σημαντικό να επισημανθεί ότι, αν και τα τροχαία έχουν τη μεγαλύτερη προβολή σε επικοινωνιακό επίπεδο, επειδή συνδέονται και με μεγαλύτερη θνητότητα, η πλειοψηφία των ατυχημάτων αφορά στο οικιακό και σχολικό περιβάλλον (Trichopoulos 2000; Holder 2001; Petridou 2005). Ανάλογα με τον αιτιολογικό μηχανισμό, τα θανατηφόρα ατυχήματα ταξινομούνται με βάση την εξωτερική τους αιτία, στις ακόλουθες κατηγορίες:

1. Τροχαία και συμβάντα σε άλλα μέσα μεταφοράς,
2. Πτώσεις,
3. Δηλητηριάσεις,
4. Εγκαύματα.

5. Πνιγμοί-Πνιγμονές,
6. Κακώσεις από μηχανήματα και αιχμηρά αντικείμενα.
7. Κακώσεις από όπλα.
8. Δηλητηριάσεις από φάρμακα.
9. Εργατικά ατυχήματα.

2.1 Παράγοντες κινδύνου για την πρόκληση ατυχημάτων

Υπάρχουν σημαντικές διακυμάνσεις όσον αφορά στη θνησιμότητα, στη θνητότητα και στη νοσηρότητα των ατυχημάτων ως αποτέλεσμα της επίδρασης του συνδυασμού των διάφορων παραγόντων στην επίπτωσή τους, ενώ υπολογίστηκε ότι το ένα τρίτο των ατυχημάτων μπορούν να προληφθούν με τα υπάρχοντα μέτρα πρόληψης (Dessypris 2002; Chang 2004). Το πιο δύσκολο έργο φαίνεται να είναι η υιοθέτηση αυτών των μέτρων και η καταπολέμηση της ριψοκίνδυνης συμπεριφοράς.

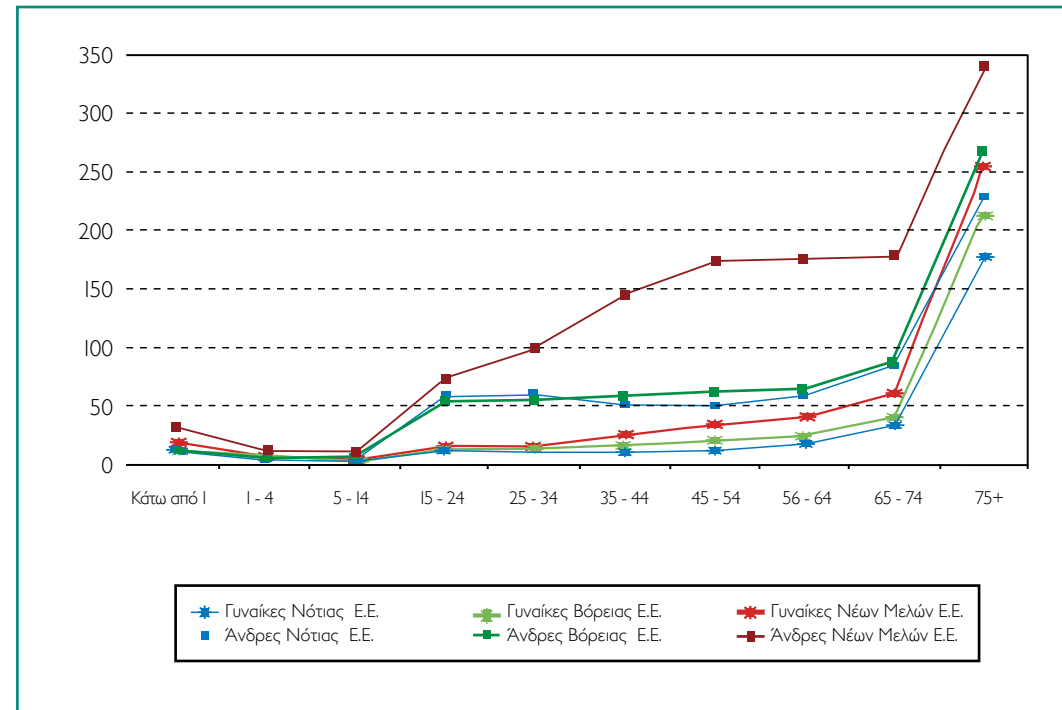
Παράγοντες που συσχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο κακώσεων μελετήθηκαν εντατικά κατά τη διάρκεια της τελευταίας δεκαετίας, με τις περισσότερες έρευνες να προέρχονται από τις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής, το Ηνωμένο Βασίλειο, τον Καναδά και την Αυστραλία. Ενώ κάποιοι από αυτούς τους παράγοντες αναφέρονται σε συγκεκριμένα ατομικά χαρακτηριστικά (π.χ. φύλο, ηλικία), κάποιοι άλλοι επηρεάζονται από το περιβάλλον και τη συμπεριφορά και συνεπώς προσεγγίζονται με μέτρα που επιδιώκουν τον αποκλεισμό ή/και την αλλαγή αυτών των επικίνδυνων συνθηκών.

2.2 Ατομικά χαρακτηριστικά ως παράγοντες κινδύνου για την πρόκληση ατυχημάτων

Μεγαλύτερη επίπτωση τόσο των θανατηφόρων, όσο και των μη θανατηφόρων ατυχημάτων σημειώνεται σε άρρενες, ενώ παρατηρούνται διακυμάνσεις της συχνότητας σε σχέση με την ηλικία και τον τύπο της κάκωσης. Αυτό το γεγονός αποδίδεται κυρίως στη δράση της τεστοστερόνης που «ευνοεί» την ανάπτυξη κάποιων χαρακτηριστικών που σχετίζονται με τη ριψοκίνδυνη συμπεριφορά (π.χ., επιθετικότητα, αίσθημα του αήττητου), καθώς και στους γενετικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες. Αξιοσημείωτο είναι ότι το 50 έως 70% των εγκλημάτων στις Η.Π.Α. αποδίδονται σε ένα ποσοστό 5% του ανδρικού πληθυσμού (Abbott 1995; Dearwater 1998).

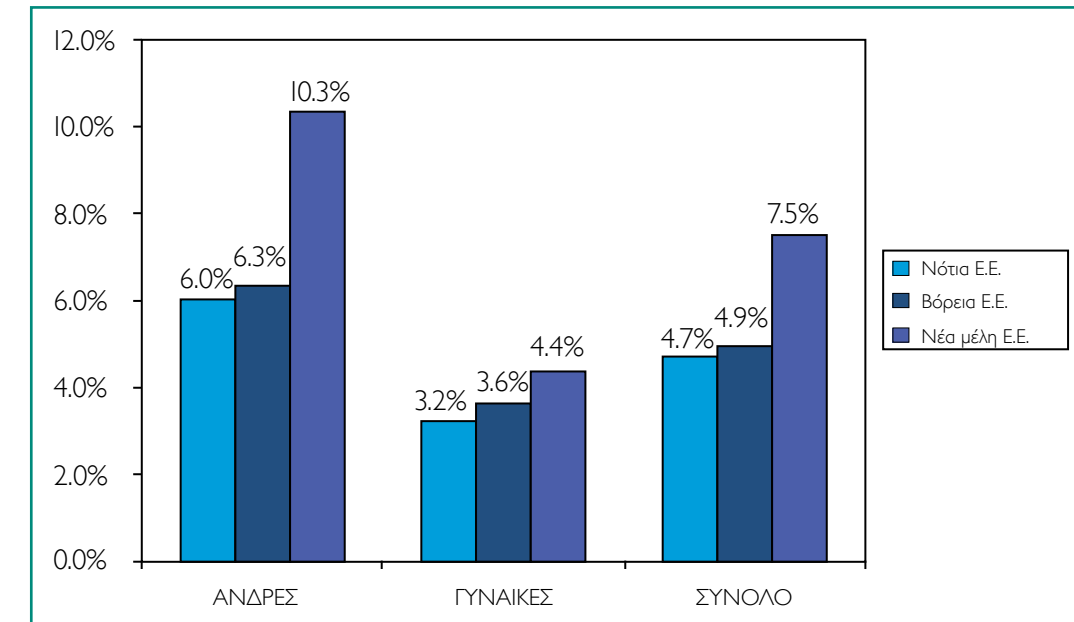
Οι δείκτες θνησιμότητας από ατυχήματα στις διάφορες χώρες της Ε.Ε. κυμαίνονται στα επίπεδα των 6 θανάτων ανά 100.000 άτομα ηλικίας 1 έως 15 ετών, με μικρή υπεροχή των αγοριών. Επισημαίνεται ότι λόγω της πρόσφατης διεύρυνσης της Ε.Ε. με την προσθήκη της Βουλγαρίας και της Ρουμανίας, δε διατίθενται ακόμη συγκριτικά στατιστικά στοιχεία για τις χώρες αυτές. Εξάλλου, για την υπόλοιπη Ε.Ε. από την εφηβεία και μετά, σημειώνεται σταθερή αύξηση αυτών των δεικτών, με τους άνδρες να παρουσιάζουν δύο με τρεις φορές μεγαλύτερο κίνδυνο σε σύγκριση με τις γυναίκες, ανάλογα με την ηλικιακή ομάδα που μελετάται και την περιοχή.

Γράφημα 1: Δείκτες θνησιμότητας ατυχημάτων στην Ε.Ε. ανά περιοχή, ηλικία & φύλο (Π.Ο.Υ. 2005).

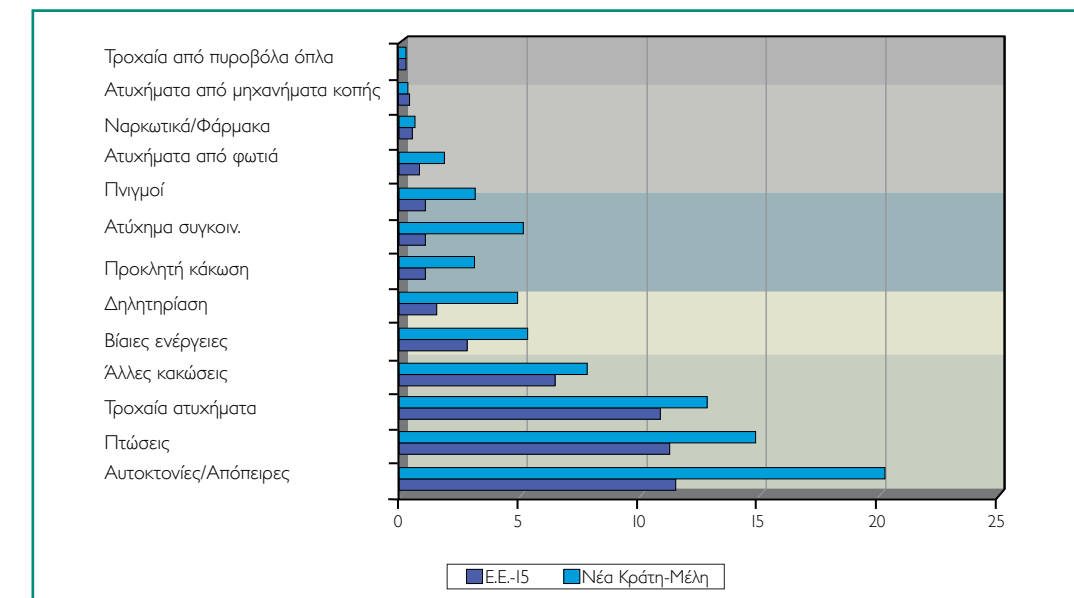


Ωστόσο, οι κάτοικοι των χωρών που εντάχθηκαν στην Ε.Ε. το 2004, άνδρες και γυναίκες, παρουσιάζουν μεγαλύτερο κίνδυνο σε σύγκριση με αυτούς της Ε.Ε. των 15, ως αποτέλεσμα της επίδρασης και άλλων παραγόντων (π.χ. του χαμηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου) στην επίπτωση των ατυχημάτων, ενώ η διαφοροποίηση του κινδύνου ανάλογα με το φύλο διατηρείται.

Γράφημα 2: Πιθανότητα θανάτου σε ατύχημα στην Ε.Ε. (Π.Ο.Υ. 2005).



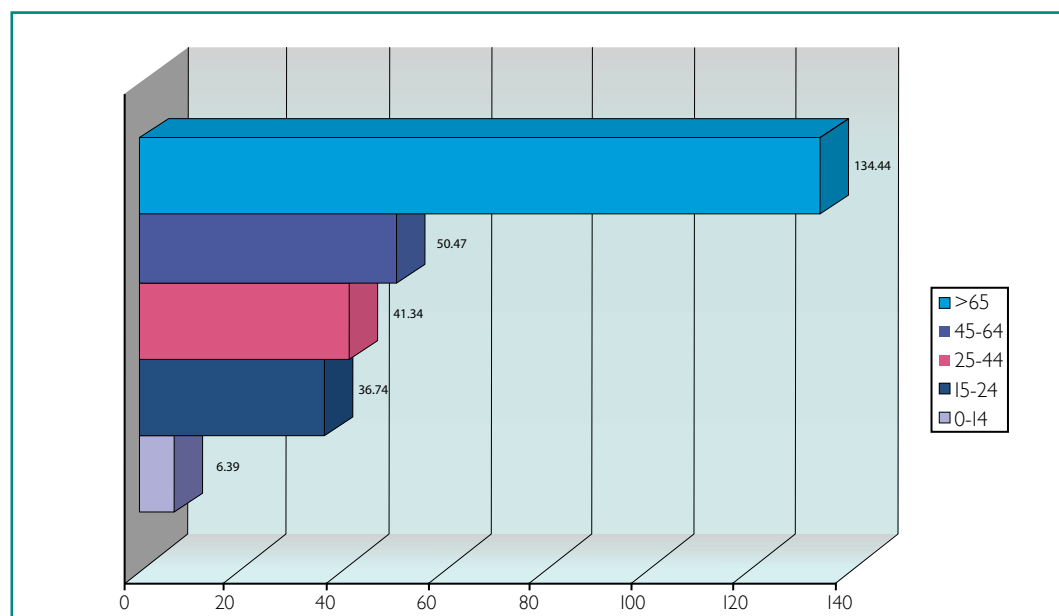
Γράφημα 3: Θνησιμότητα ατυχημάτων στην Ε.Ε. των 15 και στα 10 μέλη της διεύρυνσης ανά αιτία (Π.Ο.Υ. 2005).



Όπως αναφέρθηκε προηγουμένως, η επίπτωση των ατυχημάτων αυξάνεται δραματικά με την αύξηση της ηλικίας. Η εφηβεία αποτελεί ένα κομβικό σημείο, όπου και αρχίζει αυτή η αύξηση. Οι ηλικιωμένοι, έχοντας πλέον και άλλα επιβαρυντικά παθολογικά χαρακτηριστικά, όπως π.χ. η οστεοπόρωση και άλλους περιορισμούς που προδιαθέτουν σε ατύχημα, αποτελούν την πιο ευπαθή ομάδα πληθυσμού.

Ενδεικτικά, για τα παιδιά ηλικίας έως 15 ετών στην Ε.Ε. των 25, σημειώνονται 6 θάνατοι ανά 100.000 άτομα, ενώ για τους εφήβους και τους νεαρούς ενήλικες 15 - 24 ετών η θνησιμότητα εξαπλαισιάζεται. Σημειώνεται εν συνεχεία μικρή αύξηση στους ενήλικες 25 - 44 ετών (περίπου 42 θάνατοι ανά 100.000 άτομα) και 45 - 64 ετών (50 θάνατοι ανά 100.000 άτομα), ενώ για τους ηλικιωμένους ο δείκτης θνησιμότητας ξεπερνάει τους 130 θανάτους ανά 100.000.

Γράφημα 4: Θνησιμότητα ατυχημάτων στην Ε.Ε. των 25 (ανά 100.000 κατοίκους), κατά ηλικιακή ομάδα.



Ωστόσο, ο κίνδυνος και η βαρύτητα των ατυχημάτων έχει πολυπαραγοντική αιτιολογία. Στους ενήλικες, για παράδειγμα, ο κίνδυνος είναι το αποτέλεσμα μίας σειράς παραγόντων, όπως: το είδος της επαγγελματικής απασχόλησης, το άμεσο περιβάλλον και η ατομική επιρρέπεια και αντοχή.

2.3 Εξωτερικό περιβάλλον και συμπεριφορές ως παράγοντες κινδύνου για την πρόκληση ατυχημάτων

Αναφορικά με τους κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες, διάφορες μελέτες έχουν δείξει ότι αυτοί επηρεάζουν τον κίνδυνο για ατυχήματα και συνεπώς την επίπτωσή τους. Σύμφωνα με στοιχεία του Π.Ο.Υ. (WHO 1996; WHO 1998), η θνησιμότητα που παρατηρείται στις χώρες χαμηλού ή μέσου εισοδήματος είναι υψηλότερη σε σχέση με τις χώρες υψηλού εισοδήματος. Ενδεικτικά, ο δείκτης θνησιμότητας τροχαίων στις χώρες υψηλού εισοδήματος είναι 16,1 ανά 100.000 άτομα, ενώ στις χαμηλού και μέσου εισοδήματος χώρες αυτός ανέρχεται σε 25,3 ανά 100.000 άτομα.

Η οικονομική ανέχεια μπορεί να επηρεάσει τον κίνδυνο πρόκλησης ατυχήματος ποικιλοτρόπως: έτσι, π.χ. τα φτωχά παιδιά είναι πιθανότερο να ζουν σε περιοχές μεγάλης κυκλοφορίας τροχοφόρων, σε σπίτια που προβάλλουν απευθείας σε οδούς, χωρίς να έχουν ασφαλείς χώρους για να αξιοποιήσουν τον ελεύθερό τους χρόνο, με αποτέλεσμα να είναι αυξημένος ο κίνδυνος εμπλοκής τους σε τροχαίο. Επιπλέον, λόγω των περιορισμένων δυνατοτήτων παροχής υγειονομικής περίθαλψης, οι συνέπειες ενός τροχαίου, για παράδειγμα, είναι πιο βαριές σε άτομα χαμηλού εισοδήματος.

Ωστόσο, η οικονομική ανέχεια παίρνει ποικίλες μορφές στις διάφορες κοινωνίες. Οι άνθρωποι που ζουν στις υποανάπτυκτες περιοχές έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να εμπλέκονται σε ατυχήματα διαμέσου ενός συνδυασμού παραγόντων που είτε επηρεάζουν την ανθρώπινη συμπεριφορά, είτε αυξάνουν τη συχνότητα και ποσότητα έκθεσης σε διάφορους περιβαλλοντικούς παράγοντες κινδύνου. Οι κυριότεροι παράγοντες κινδύνου είναι:

- Οικογενειακοί (π.χ. χαμηλό εισόδημα, χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης, μικρή ηλικία της μητέρας, πολύτεκνη οικογένεια, κ.λπ.).
- Περιβαλλοντικοί (π.χ. δυσμενείς συνθήκες διαβίωσης: πολύτεκνες οικογένειες που διαβιούν σε περιορισμένης χωρητικότητας σπίτια, τα οποία συχνά παρουσιάζουν ελλείψεις στην τήρηση των κανόνων ασφαλείας κατά τη δόμησή τους, άμεση πρόσβαση των σπιτιών σε πολυσύχναστους δρόμους πυκνής κυκλοφορίας, ακατάλληλη φροντίδα/επίβλεψη των παιδιών, αυξημένη ποσότητα έκθεσης στους παράγοντες κινδύνου, περιορισμένη υγειονομική περίθαλψη).
- Μειονοτικές ομάδες πληθυσμού έχουν μεγαλύτερους δείκτες θνησιμότητας και ακούσιες κάκωσης λόγω των αυξημένων επιπέδων ανέχειας και χαμηλού επιπέδου μόρφωσης, πλημμελούς απασχόλησης και εισοδήματος.

3. Επιδημιολογικές Τάσεις

3.1 Σύγχρονες επιδημιολογικές τάσεις σε διεθνές επίπεδο

Ανάμεσα στις εφτά περιοχές του κόσμου, όπως ορίζονται από τον Π.Ο.Υ., η ευρωπαϊκή περιοχή κατέχει την τρίτη χειρότερη θέση όσον αφορά στους θανάτους που σχετίζονται με ακούσιες κακώσεις, μετά την περιοχή της Αφρικής και την περιοχή της Νότιας Ασίας.

Ετησίως χάνονται πάνω από 790.000 ζωές από ακούσιες κακώσεις στην Ευρώπη (Petridou 2005; Roberts 2005), αριθμός που αντιπροσωπεύει το 15% όλων των θανάτων από τραυματισμό παγκοσμίως. Ο δείκτης θνησιμότητας είναι περίπου 90 θάνατοι ανά 100.000 κατοίκους, ενώ στις Η.Π.Α. ο αντίστοιχος αριθμός είναι μόλις 53 ανά 100.000. Οι μη θανατηφόρες κακώσεις ευθύνονται επίσης για ένα μεγάλο πρόβλημα Δημόσιας Υγείας: πιο συγκεκριμένα, εκτιμάται ότι πάνω από 15 εκ. τραυματισμοί στην Ευρώπη χρειάζονται ιατρική περίθαλψη στο νοσοκομείο, ενώ χάνονται περίπου 6 εκ. έτη ζωής λόγω μετατραυματικής αναπηρίας. Εν τούτοις, τα ατυχήματα που λαμβάνουν χώρα στην Ε.Ε. αντιπροσωπεύουν μόλις το 30% του συνόλου των θανατηφόρων τραυματισμών της Ευρώπης και ο προτυπωμένος δείκτης θνησιμότητας (standardised mortality rate) από ατύχημα σε αυτή την περιοχή είναι περίπου το 1/2 του αντίστοιχου αριθμού σε παγκόσμιο επίπεδο.

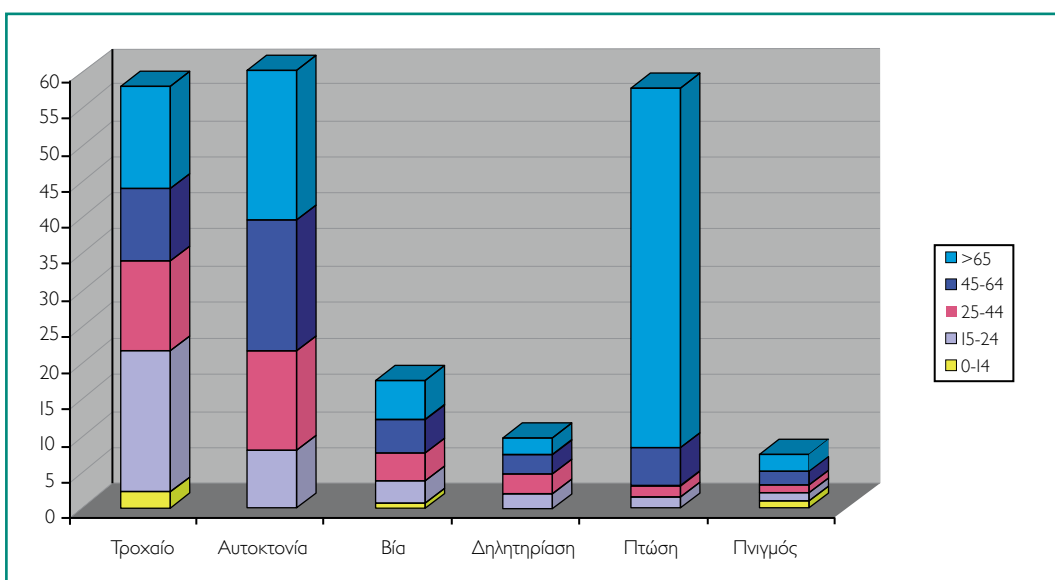
Παρότι η Ε.Ε. περιγράφεται ως μία από τις πιο ασφαλείς περιοχές του κόσμου, υπάρχει ακόμα σημαντικό περιθώριο για βελτίωση όσον αφορά στα ατυχήματα. Χαρακτηριστικό είναι ότι πριν από το Μάιο του 2004, όταν η Ε.Ε. αποτελούταν από δεκαπέντε κράτη-μέλη, ο προτυπωμένος δείκτης θνησιμότητας από σωματικές κακώσεις ήταν περίπου 39 θάνατοι ανά 100.000 άτομα, ενώ μετά την ένταξη των δέκα νέων χωρών, ο δείκτης θνησιμότητας ανέβηκε σημαντικά, ανερχόμενος για το σύνολο των 25 (Ε.Ε.-25) στους 45 θανάτους ανά 100.000 άτομα. Σε απόλυτους αριθμούς, καταγράφονται ετησίως περίπου 235.000 θάνατοι από ατύχημα στην Ε.Ε.-25 και 4.000.000 χαμένα έτη ζωής λόγω τραύματος. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι τα ατυχήματα αντιπροσωπεύουν τη δεύτερη αιτία χαμένων ετών ζωής και στην Ε.Ε.-15, παρότι περιλαμβάνει αποκλειστικά χώρες που θεωρούνται πιο ασφαλείς, ενώ η συμμετοχή τους στην απώλεια προσδόκιμου επιβίωσης παραμένει εξίσου σημαντική και όταν συμπεριλαμβάνονται τα καινούργια κράτη-μέλη (Ε.Ε.-25).

Ανάμεσα στα δύο κύρια είδη των κακώσεων (ακούσιες/εκούσιες), οι ακούσιες αποτελούν την τέταρτη αιτία θανάτου στις χώρες της Ε.Ε.-15, ενώ στα νέα κράτη-μέλη αυτά κατέχουν την τρίτη θέση.

Οι αυτοπρόκλητοι τραυματισμοί βρίσκονται επίσης στην κατάταξη των δέκα πιο σημαντικών αιτιών θνησιμότητας στην Ε.Ε.-25. Επιπλέον, περίπου 6,7 εκ. άτομα χρειάζονται να νοσηλευθούν ετησίως λόγω τραύματος (δείκτης νοσηλείας 1.500 ανά 100.000 άτομα).

Όσον αφορά στην ηλικιακή ομάδα, οι σωματικές κακώσεις αποτελούν την κύρια αιτία θανάτου σε παιδιά, εφήβους και νέους ηλικίας 1 έως 25 χρονών. Εντούτοις, το 40% των θυμάτων είναι άτομα ηλικίας 65 και άνω, παρόλο που ο πληθυσμός της τρίτης ηλικίας αντιπροσωπεύει μόλις το 16% του συνολικού πληθυσμού. Ενώ τα τροχαία αφορούν κυρίως στους νέους και στους ενήλικες, οι πτώσεις αναφέρονται στην πλειοψηφία τους σε ηλικιωμένους και το 40% των θανάτων από τραύμα στην τρίτη ηλικία οφείλονται σε αυτές. Οι κύριες αιτίες θανάτου από ατυχήματα σε παιδιά είναι τα τροχαία και ο πνιγμός. Σε εφήβους, νέους και ενήλικες, τα τροχαία και οι αυτοκτονίες αφαιρούν τις περισσότερες ζωές.

Γράφημα 5: Θνησιμότητα κακώσεων (ανά 100.000 άτομα) κατά είδος κάκωσης και ηλικία στην Ευρώπη των 25 (Π.Ο.Υ. 2005).



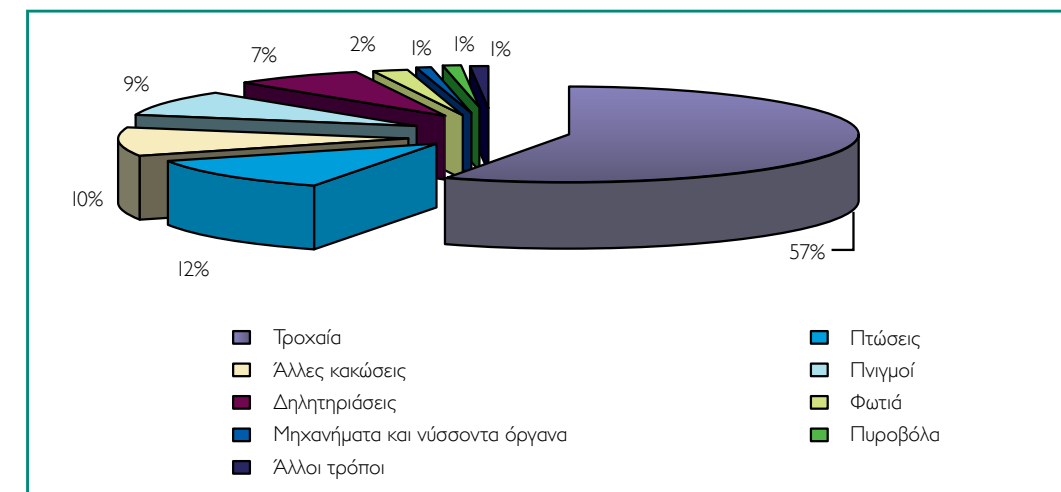
3.2 Σύγχρονες επιδημιολογικές τάσεις σε εθνικό επίπεδο

Στην Ελλάδα χάνονται ετησίως περίπου 4.500 ζωές λόγω των κακώσεων στην πλειοψηφία τους από ακούσιες κακώσεις (~4.000), ενώ οι θανατηφόρες εκούσιες βλάβες, αυτοπρόκλητες ή ετεροπρόκλητες αποτελούν το 10%. Η πρώτη αιτία χαμένων ετών αναμενόμενης ζωής σε Έλληνες είναι τα τροχαία, ενώ στις Ελληνίδες αυτά κατέχουν τη δεύτερη θέση μετά τα κακοήθη νεοπλασμάτα. Αυξημένος κίνδυνος θανατηφόρου ακούσιας κάκωσης παρατηρείται σε άτομα ηλικίας 65 και άνω, όπου ο δείκτης θνησιμότητας φθάνει στους 106 θανάτους ανά 100.000 άτομα, στην ενήλικη ζωή (60 ανά 100.000 άτομα) και στους νέους (74 ανά 100.000 άτομα). Οι άντρες διατρέχουν 3,5 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο για θανατηφόρο κάκωση σε σύγκριση με τις γυναίκες.

Ανάμεσα στις διάφορες ακούσιες κακώσεις, οι κακώσεις από τροχαία κατέχουν την πρώτη θέση (60%), ενώ οι πτώσεις και οι πνιγμοί βρίσκονται στη δεύτερη και στην τρίτη θέση. Ο κίνδυνος διαφοροποιείται ανάλογα με την ηλικία: σε παιδιά, εφήβους και νέους 1 έως 24 ετών, τα τροχαία αποτελούν την κύρια αιτία θανάτου από κάκωση, ενώ στην τρίτη ηλικία οι πτώσεις ευθύνονται για τους περισσότερους θανάτους από ακούσιες κακώσεις.

Αξιοσημείωτα, παρατηρείται μία πτωτική τάση κάποιων ειδών κακώσεων τα τελευταία χρόνια σε παιδιά και νέους, και συγκεκριμένα των κακώσεων από τροχαία, των πνιγμών και της βίας, ενώ οι θάνατοι από δηλητηριάσεις αυξήθηκαν.

Γράφημα 6: Θνησιμότητα κακώσεων (ανά 100.000 άτομα) κατά είδος στην Ελλάδα (Π.Ο.Υ. 2005).

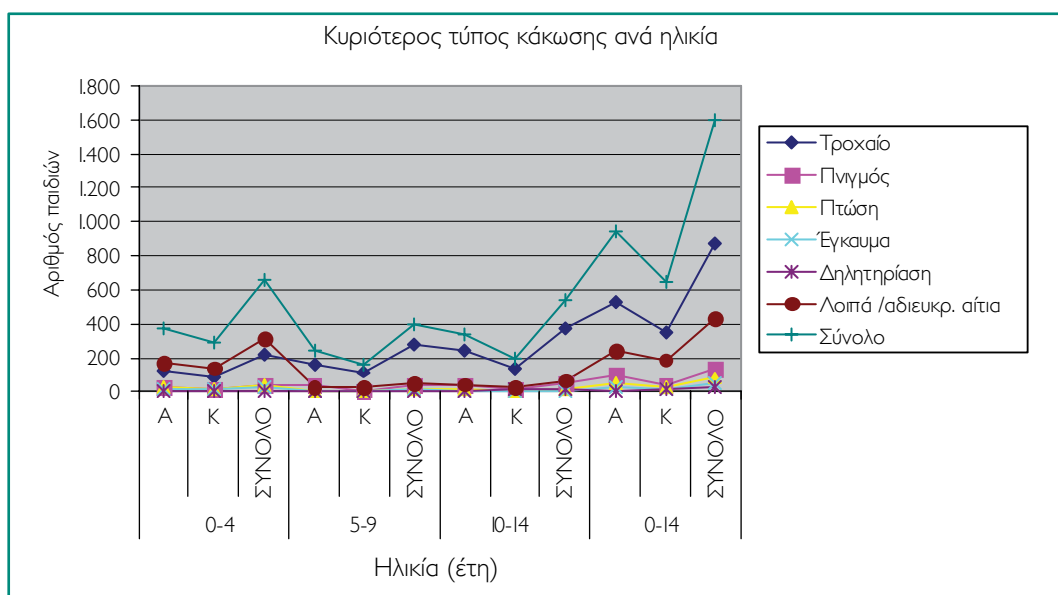


3.3 Δεδομένα από ειδικές κατηγορίες ατυχημάτων στην Ελλάδα

3.3.1 Παιδικά Ατυχήματα στην Ελλάδα κατά ηλικία και φύλο (στοιχεία Π.Ο.Υ. ανάλυση Κέντρου Έρευνας και Πρόληψης Ατυχημάτων, Ιατρική Σχολή - Ε.Κ.Π.Α.)

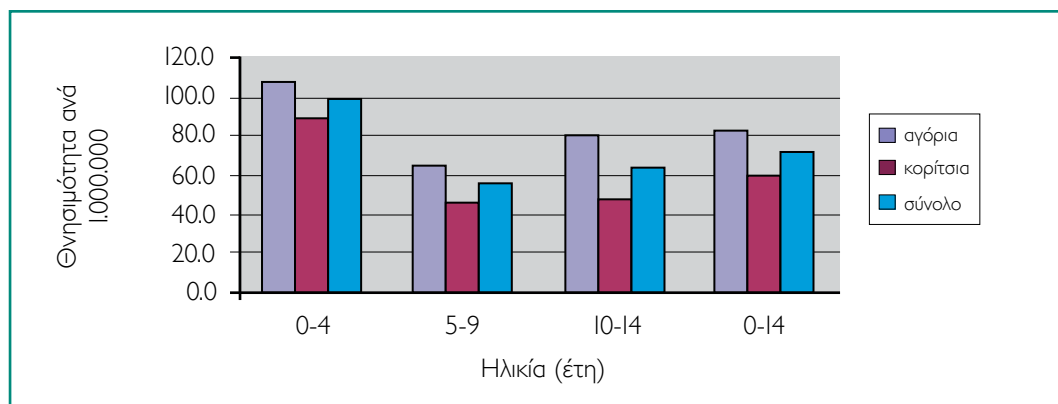
Τα δεδομένα δείχνουν ότι κατά την τελευταία διαθέσιμη περίοδο (1992-2004) παρατηρήθηκαν στην Ελλάδα 1.593 ακούσιοι θάνατοι παιδιών ηλικίας 0-14, εκ των οποίων οι 874 οφείλονται σε τροχαία, οι 135 σε πνιγμούς, οι 82 σε πτώσεις, οι 47 σε εγκαύματα, οι 23 σε δηλητηριάσεις. Για τους υπόλοιπους 432 θανάτους από ατύχημα οι αιτίες ήταν αδιευκρίνιστες. Η κατανομή των προαναφερόμενων θανάτων ανά είδος ατυχήματος, ηλικιακή ομάδα και φύλο παρουσιάζεται στο παρακάτω διάγραμμα.

Γράφημα 7: Τύποι ατυχημάτων στην παιδική ηλικία.



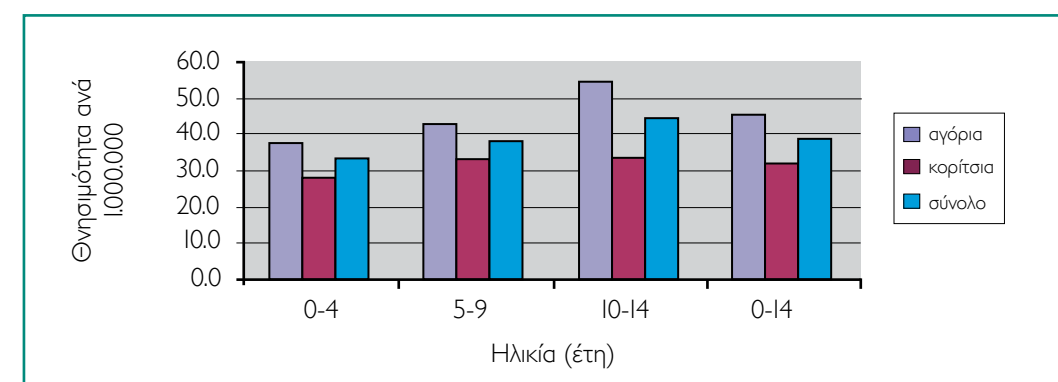
Από τους 123 θανάτους παιδιών που σημειώνονται ετησίως στη χώρα μας κατά μέσο όρο, η μεγαλύτερη αναλογία για όλα σχεδόν τα είδη ατυχημάτων και όλες τις ηλικιακές ομάδες αφορά αγόρια (60%). Η ειδική ανά ηλικιακή ομάδα και φύλο θνησιμότητα στην περίοδο που εξετάζεται απεικονίζεται στο διάγραμμα 8. Οι υψηλότεροι δείκτες θνησιμότητας εντοπίζονται στις ηλικίες 0-4, ενώ οι χαμηλότεροι στις ηλικίες 5-9.

Γράφημα 8: Θνησιμότητα παιδικών ατυχημάτων ανά 1.000.000 άτομα.



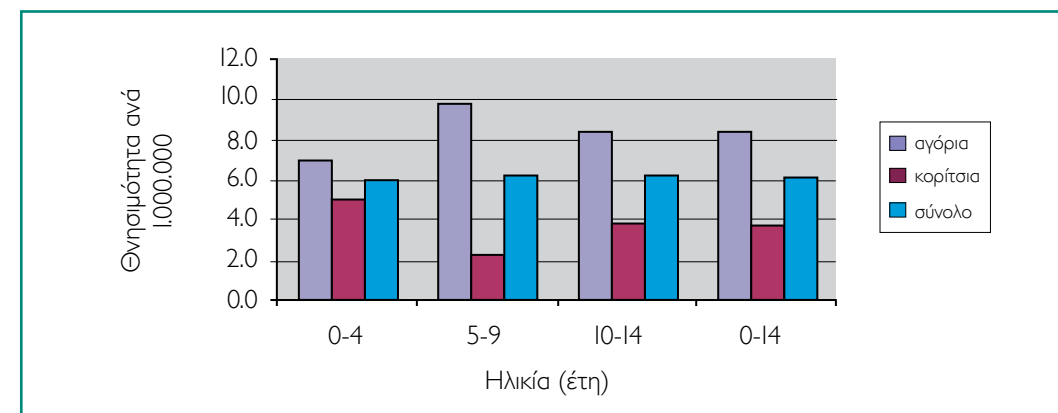
Πρώτη αιτία θανατηφόρων ατυχημάτων στα παιδιά (0-14 ετών) είναι τα τροχαία, που ευθύνονται για το 55% του συνολικού αριθμού θανάτων από γνωστές αιτίες κακώσεων στην ηλικία αυτή. Στην Ελλάδα (1992 - 2004) παρατηρούνται ετησίως, κατά μέσο όρο 67 θάνατοι από τροχαία, στις ηλικίες 0-14 ετών. Από το σύνολο των θανάτων, το 52% αντιστοιχεί σε επιβαίνοντες, το 37% σε πεζούς και το 11% σε οδηγούς. Η θνησιμότητα (1992 - 2004) ανά ηλικιακή ομάδα και φύλο απεικονίζεται στο διάγραμμα 9. Και στις τρεις ηλικιακές κατηγορίες (0-4, 5-9 και 10-14 έτη) τα αγόρια εμφανίζουν συστηματικά υψηλότερους δείκτες θνησιμότητας. Οι υψηλότεροι δείκτες θνησιμότητας εντοπίζονται στις ηλικίες 10-14, ενώ οι χαμηλότεροι στις ηλικίες 0-4. Αξιοσημείωτη είναι η αύξηση της θνησιμότητας στα αγόρια κατά την ηλικία των 10-14 ετών.

Γράφημα 9: Θνησιμότητα ατυχημάτων από τροχαία ανά 1.000.000 άτομα.



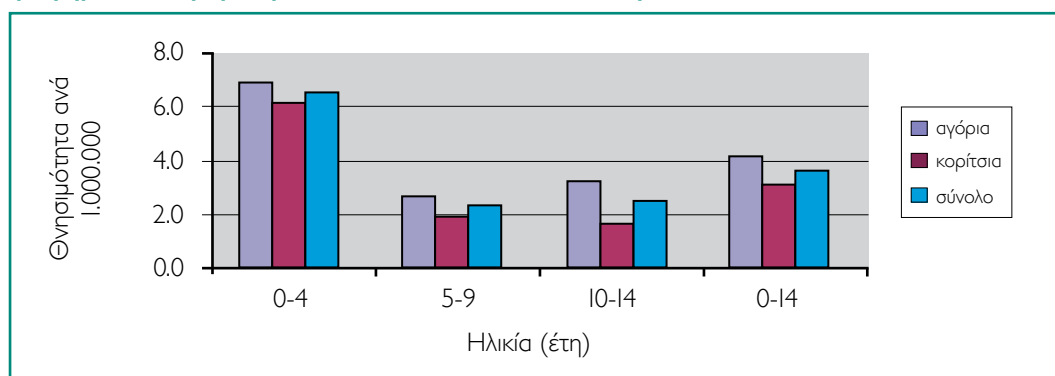
Οι πνιγμοί αποτελούν τη δεύτερη σημαντικότερη από τις γνωστές αιτίες θανάτου από ατυχήματα στα ελληνόπουλα ηλικίας 0-14 ετών. Στην Ελλάδα (1992 - 2004) παρατηρούνται ετησίως, κατά μέσο όρο, 10 θάνατοι από πνιγμούς στις ηλικίες 0-14 ετών. Η θνησιμότητα (1992 - 2004) ανά ηλικιακή ομάδα και φύλο απεικονίζεται στο παρακάτω διάγραμμα. Και στις τρεις ηλικιακές κατηγορίες (0-4, 5-9 και 10-14 έτη) τα αγόρια εμφανίζουν συστηματικά υψηλότερους δείκτες θνησιμότητας. Οι υψηλότεροι δείκτες θνησιμότητας για τα αγόρια εντοπίζονται στις ηλικίες 5-9, ενώ οι χαμηλότεροι στις ηλικίες 0-4, ενώ το αντίστροφο ισχύει για τα κορίτσια τα οποία έχουν υψηλότερη θνησιμότητα από πνιγμό στις ηλικίες 0-4 και χαμηλότερη στις ηλικίες 5-9.

Γράφημα 10: Θνησιμότητα πνιγμών ανά 1.000.000 άτομα.



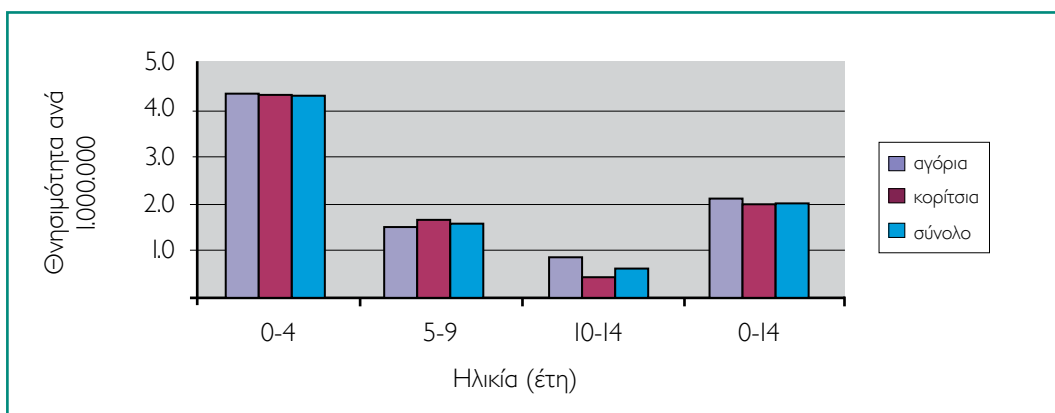
Οι θάνατοι από πτώσεις αποτελούν την τρίτη αιτία θανάτου στα ελληνόπουλα ηλικίας 0-14 ετών. Στην Ελλάδα (1992 - 2004) παρατηρούνται ετησίως κατά μέσο όρο 6 θάνατοι από πνιγμούς στις ηλικίες 0-14 ετών. Η θνησιμότητα (1992 - 2004) ανά ηλικιακή ομάδα και φύλο απεικονίζεται στο διάγραμμα 11. Και στις τρεις ηλικιακές κατηγορίες (0-4, 5-9 και 10-14 έτη) τα αγόρια εμφανίζουν συστηματικά υψηλότερους δείκτες θνησιμότητας. Οι υψηλότεροι δείκτες θνησιμότητας και για τα δύο φύλα εντοπίζονται στις ηλικίες 0-4, ενώ οι χαμηλότεροι στις ηλικίες 5-9 για τα αγόρια και 10-14 για τα κορίτσια.

Γράφημα II: Θνησιμότητα πτώσεων ανά 1.000.000 άτομα.



Τέταρτη αιτία θανάτου από ατυχήματα στα παιδιά γνωστής αιτιολογίας στη χώρα μας, είναι τα εγκαύματα. Στην Ελλάδα (1992 - 2004) παρατηρούνται ετησίως κατά μέσο όρο 4 θάνατοι από εγκαύματα στις ηλικίες 0-14 ετών. Η θνησιμότητα (1992 - 2004) ανά ηλικιακή ομάδα και φύλο απεικονίζεται στο παρακάτω διάγραμμα. Και στις τρεις ηλικιακές κατηγορίες (0-4, 5-9 και 10-14 έτη) αγόρια και κορίτσια εμφανίζουν σχεδόν ίδιους δείκτες θνησιμότητας. Οι υψηλότεροι δείκτες θνησιμότητας και για τα δύο φύλα εντοπίζονται στις ηλικίες 0-4, ενώ οι χαμηλότεροι στις ηλικίες 10-14.

Γράφημα I2: Θνησιμότητα εγκαυμάτων ανά 1.000.000 άτομα.



Εκτός από την άνοδο του βιοτικού επιπέδου, η λειτουργία των κέντρων δηλητηριάσεων και άλλες προληπτικές φύσης ενέργειες συνέβαλαν ουσιαστικά στη μείωση των θανάτων από δηλητηριάσεις, που αποτελούν την πέμπτη και λιγότερο συχνή αιτία θανάτου σε παιδιά στη χώρα μας. Στην Ελλάδα (1992 - 2004) παρατηρείται ετησίως κατά μέσο όρο 1 θάνατος από δηλητηριάσεις στις ηλικίες 0-14 ετών.

3.3.2 Εργατικά Ατυχήματα στην Ελλάδα

Ορίζουμε ως εργατικό ατύχημα το ατύχημα εκείνο που οφείλεται σε εξωτερική αιτία συσχετιζόμενη με την εργασία, άρα αποτέλεσμα ενός τραυματικού γεγονότος κατά τη διάρκεια επαγγελματικού καθήκοντος. Σε παγκόσμιο επίπεδο, σύμφωνα με τις πιο πρόσφατες εκτιμήσεις του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας στο πλαίσιο του προγράμματος «Συγκριτική Ανάλυση Κινδύνων» (Comparative Risk Assessment Project) κάθε χρόνο χάνουν τη ζωή τους 312.000 εργαζόμενοι σε εργατικά ατυχήματα, ενώ 10,5 εκατομμύρια DALY's και 3,5 έτη υγιούς ζωής χάνονται για κάθε 1.000 εργαζόμενους,

λόγω επαγγελματικών κινδύνων στον οικονομικά ενεργό πληθυσμό (Concha-Barrientos, et al. 2005). Στην Ε.Ε.-15 το 2001 καταγράφηκαν περίπου 4,7 εκατομμύρια ατυχήματα στην εργασία, με θύματα το 4% των εργαζομένων το οποίο μεταφράζεται σε ένα εργατικό ατύχημα κάθε 5 δευτερόλεπτα και ένα θανατηφόρο επεισόδιο καταγράφεται κάθε δύο ώρες.

Σύμφωνα με στοιχεία της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας, το 2005 ο συνολικός αριθμός εργατικών ατυχημάτων στην Ελλάδα που είχαν ως συνέπεια την απουσία από την εργασία για περισσότερες από τρεις μέρες ήταν 27.585 και ο αριθμός των θανατηφόρων ατυχημάτων 28². Επίσης, για το 2005, το τυποποιημένο ποσοστό επίπτωσης των εργατικών ατυχημάτων στην Ελλάδα ήταν 1.629 ατυχήματα ανά 100.000 εργαζόμενους για την Ε.Ε.-15) ενώ το τυποποιημένο ποσοστό επίπτωσης των θανατηφόρων εργατικών ατυχημάτων στη Ελλάδα ανερχόταν σε 1,6 θανατηφόρα ατυχήματα ανά 100.000 εργαζόμενους (έναντι 2,3 σε επίπεδο Ε.Ε.-15).

Η μεγαλύτερη συχνότητα εργατικών ατυχημάτων παρατηρείται στον τομέα κατασκευών (24,1% του συνόλου) και «Υψηλού κινδύνου» θεωρούνται επίσης οι κλάδοι της Γεωργίας-Κτηνοτροφίας, Ορυχείων-Λατομείων και Μεταποιητικών Βιομηχανιών. Τα θανατηφόρα ατυχήματα εκδηλώνονται κυρίως στον κλάδο των κατασκευών, σε ποσοστό που τα τελευταία χρόνια ξεπερνά το 50% των συνολικών θανάτων. Γεωγραφικά, η μεγαλύτερη συχνότητα ατυχημάτων καταγράφεται στο Βόρειο Αιγαίο και στη Στερεά Ελλάδα, ενώ οι κυριότερες αιτίες θανάτου ή τραυματισμού αποτελούν κυρίως η πτώση από ύψος και στη συνέχεια η επαφή με ρεύμα υψηλής τάσης (Σπιριδάκης, υπό έκδοση).

Σε γενικές γραμμές και σύμφωνα με τα στοιχεία του Ιδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων (Ι.Κ.Α.), από το 1977 μέχρι σήμερα ο αριθμός των εργατικών ατυχημάτων παρουσιάζει σταθερή μείωση. Συγκεκριμένα, ενώ κατά το έτος 1977 συνέβη κάποιο εργατικό ατύχημα σε ποσοστό 3,81% των ασφαλισμένων, το 2001 το ποσοστό αυτό είχε μειωθεί σημαντικά και ήταν της τάξεως του 0,85% (EUROFOUND 2005³). Αξίζει να σημειωθεί ότι τα εργατικά ατυχήματα παρουσίασαν αύξηση κατά την περίοδο 2000 - 2005, το οποίο μπορεί να αποδοθεί εν μέρει στην προσπάθεια ολοκλήρωσης των Ολυμπιακών Έργων, που επέβαλε μία σχετική εντατικοποίηση των εργασιακών ρυθμών.

3.3.2.1 Καταγραφή των εργατικών ατυχημάτων

Στην Ελλάδα, όπως επιβεβαιώνει και ο Εθνικός Εστιακός Πόλος του Ευρωπαϊκού Οργανισμού για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία, τα διαθέσιμα στατιστικά στοιχεία για τα θέματα υγιεινής και ασφάλειας της εργασίας, προέρχονται κατά κύριο λόγο από το Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων (Ι.Κ.Α.) και το Σώμα Επιθεώρησης Εργασίας (Σ.ΕΠ.Ε.) (Ευρωπαϊκός Οργανισμός για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία⁴).

Το Ι.Κ.Α., αποτελώντας τον σημαντικότερο ασφαλιστικό φορέα των μισθωτών εργαζομένων στη χώρα μας, προσφέρει διαχρονική παρακολούθηση των καταγραφόμενων στοιχείων παρέχοντας μία αξιόπιστη εικόνα για την πορεία των εργατικών ατυχημάτων σε σχέση με την εξέλιξη του εργατικού δυναμικού, ενώ το Σ.ΕΠ.Ε. αποτελεί τον επίσημο ελεγκτικό μηχανισμό για την τήρηση της ισχύουσας εργατικής νομοθεσίας, διενεργώντας επιθεωρήσεις στους χώρους εργασίας, υποδεικνύοντας μέτρα και επιβάλλοντας κυρώσεις, αν αυτό κριθεί αναγκαίο.

Κατά το έτος 2001, καταγράφηκαν από το Ι.Κ.Α. 16.483 ακούσιες κακώσεις σε όλη την ελληνική επικράτεια, με βάση τα στοιχεία των κατά τόπους παραρτημάτων του ταμείου. Από την καταγραφή των Δελτίων Εργατικού Ατυχήματος συγκεντρώθηκε τελικά δείγμα 14.389 κακώσεων, εκ των οποίων

¹Disability Adjusted Life Years (DALY): χρόνια ζωής σε συνθήκες αναπηρίας.

²Σε αυτά τα στοιχεία δεν περιλαμβάνονται τα οδικά ατυχήματα καθώς και τα ατυχήματα με θύματα εργαζόμενους που επιβαίνουν σε μέσο μεταφοράς κατά την ώρα της εργασίας τους.

³Βλ. περισσότερα στο: <http://www.eurofound.europa.eu/eiro/2005/11/word/gr051110Inel.doc>.

⁴Βλ. περισσότερα στο: <http://gr.osha.europa.eu/statistics>.

116, θανατηφόρων. Παρά τη σημαντική επίπτωση των ακούσιων κακώσεων όμως, ελπιδοφόρο είναι το γεγονός ότι κατά τη δεκαετία 1992 - 2001 παρατηρήθηκε ετησίως πτώση στον αριθμό των κακώσεων με μέσο ρυθμό μείωσης για τη δεκαετία 4,5%.

Σε επίπεδο γεωγραφικής κατανομής, παρατηρήθηκε σημαντική ανομοιογένεια στη συχνότητα καταγραφής, με τα περισσότερα συμβάντα να έχουν καταγραφεί στις διοικητικές περιφέρειες Αττικής (46,3%) και Κεντρικής Μακεδονίας (18,7%), που άλλωστε συγκεντρώνουν και την πλειοψηφία του πληθυσμού, και του εργατικού δυναμικού αντιστοίχως

Μεγαλύτερο κίνδυνο για ατύχημα στο χώρο εργασίας διατρέχουν οι άνδρες αφού, σύμφωνα με τα στοιχεία του Ι.Κ.Α., το 86,5% των ατυχημάτων συνέβησαν σε άνδρες και μόλις το 13,5% σε γυναίκες. Επίσης, φαίνεται να υπάρχει συσχέτιση με τη μικρή ηλικία/ εμπειρία, αφού οι εργαζόμενοι με ηλικία από 25 έως 34 ετών κατέχουν το 32,3% του συνόλου των ατυχημάτων και, κατ' αναλογία, στις ηλικίες αυτές αντιστοιχεί το 33% περίπου των ατυχημάτων των ανδρών και το 29% περίπου των ατυχημάτων των γυναικών. Κατά μέσο όρο αντιστοιχούν 14 περίπου ατυχήματα ανά 1.000 άνδρες και 4 περίπου ατυχήματα ανά 1.000 γυναίκες, ενώ η μέση συχνότητα, ανεξαρτήτως φύλου, είναι 10 περίπου ανά 1.000 εργαζόμενους. Δεκαπέντε περίπου ατυχήματα συμβαίνουν ανά 1.000 άνδρες ηλικίας 20 έως 29 ετών, 6 περίπου συμβαίνουν ανά 1.000 γυναίκες ηλικίας 50 έως 59 ετών και για το σύνολο των εργαζομένων 11 περίπου ατυχήματα ανά 1.000 εργαζόμενους ηλικίας 50 έως 59 ετών.

Σε σχέση με την εντόπιση των ατυχημάτων, τα περισσότερα εντοπίζονται στα άνω και κάτω άκρα με ποσοστά 48,0% και 32,0%, αντίστοιχα. Ειδικότερα, ως προς το συγκεκριμένο μέλος σώματος, υπερισχύουν οι δάκτυλοι του χεριού με 24,6% και η κνήμη-γόνατο με 10,4%. Από άποψη βαρύτητας, τα είδη τραύματος που κυριαρχούν είναι τα θλαστικά τραύματα και τα κατάγματα, με αντίστοιχα ποσοστά 33,6% και 24,5%.

Ένας σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει τον κίνδυνο πρόκλησης ατυχήματος, αλλά και την πιθανή φύση αυτού, είναι ασφαλώς το αντικείμενο και οι συνθήκες απασχόλησης. Τα περισσότερα ατυχήματα εντοπίζονται στις κατασκευές με ποσοστό 25,6%. Ειδικότερα, ο μεγαλύτερος αριθμός εμφανίζεται στην κατηγορία των Μεταλλωρύχων, Λατόμων και Τεχνιτών ανέγερσης και αποπεράτωσης κτιρίων και άλλων δομικών έργων με ποσοστό 23,2%. Οι κλάδοι Αλιείας, Ορυχείων-Λατομείων, Κατασκευών και Μεταποιητικών Βιομηχανιών έχουν αυξημένες συχνότητες ατυχημάτων με αντίστοιχα 27,19, 18 και 17 συμβάντα ανά 1.000 εργαζόμενους. Το 87,6% των κακώσεων συνέβη σε ασφαλισμένους ελληνικής υπηκοότητας και το 98,1% σε μισθωτούς. Στην κατηγορία των μισθωτών αντιστοιχούν 11 περίπου ατυχήματα ανά 1.000 εργαζόμενους.

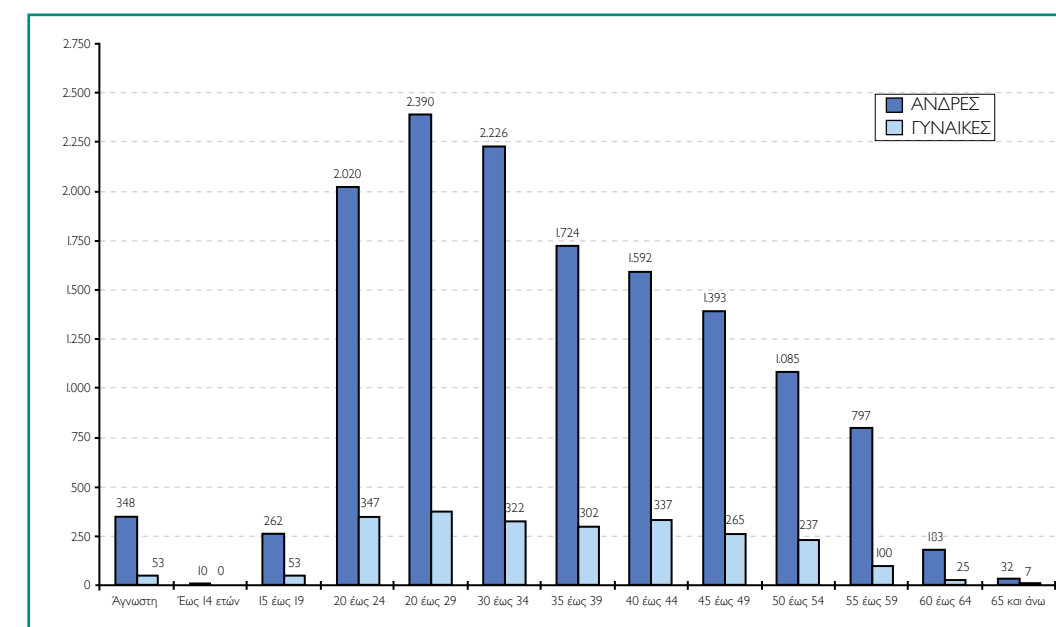
Ενδιαφέρον παρουσιάζει επίσης η διαπίστωση ότι οι κακώσεις εμφανίζουν και ιδιαιτερότητες στην εποχιακή κατανομή, πιθανόν λόγω του ρόλου των καιρικών συνθηκών, αλλά και της περιόδου των χειμερινών και θερινών διακοπών. Οι μήνες με τα περισσότερα ατυχήματα είναι οι: Οκτώβριος, Μάιος και Ιούλιος, με ποσοστά 10,2%, 9,9% και 9,8% αντίστοιχα, ενώ οι λιγότερες εντοπίζονται το Δεκέμβριο με 4,9% και τον Απρίλιο με 6,5%.

Με βάση τον ορισμό των ατυχημάτων κατά την εργασία, συγκαταλέγονται σε αυτή ατυχήματα στο χώρο εργασίας ή στις μετακινήσεις, μεταξύ αυτού και της οικίας των εργαζομένων. Από αυτά συχνότερα είναι τα πρώτα, αφού το 89,2% των ατυχημάτων συνέβησαν στο χώρο της επιχείρησης ή κατά τη διάρκεια της εργασίας, ενώ μόνο το 13,5% ήταν τροχαία, είτε κατά τη διάρκεια της εργασίας είτε κατά τη διαδρομή από ή προς την εργασία.

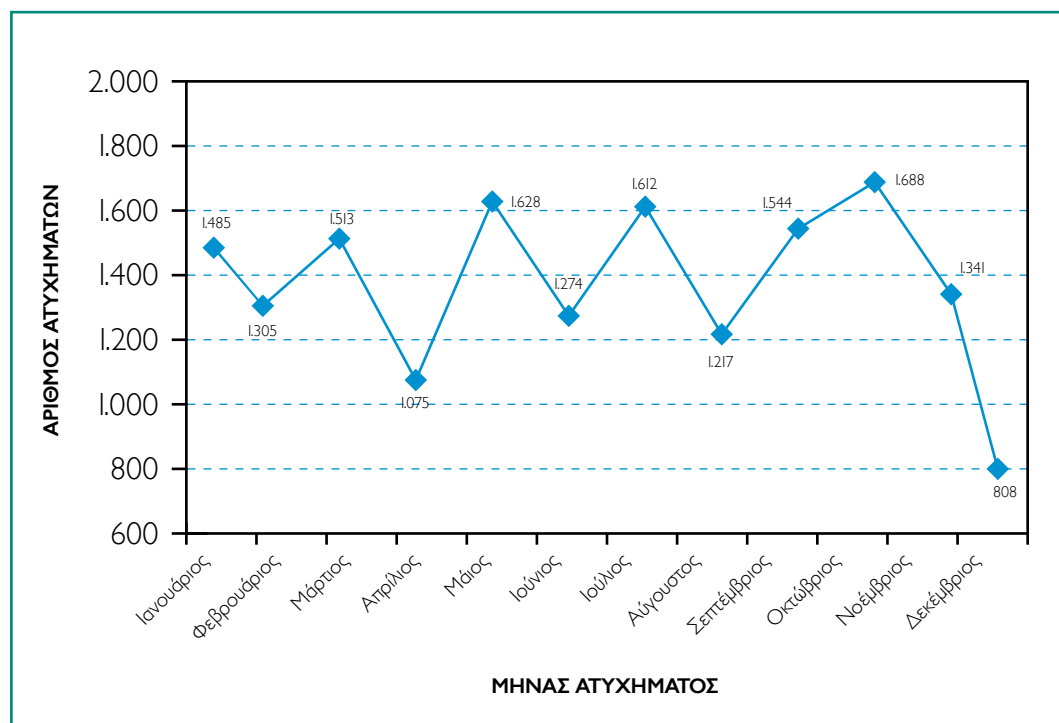
Η αντιμετώπιση των εργατικών ατυχημάτων, είναι στην Ελλάδα, κατεξοχήν έργο των νοσηλευτικών ιδρυμάτων. Ειδικότερα, στο 71,7% του συνόλου των περιπτώσεων, οι πρώτες βοήθειες αμέσως μετά το συμβάν δόθηκαν σε νοσοκομείο, ενώ το 26,4% νοσηλεύτηκε στο νοσοκομείο μετά την παροχή πρώτων βοηθειών. Τα μέσα μεταφοράς που χρησιμοποιήθηκαν συχνότερα για τη μεταφορά του παθόντος σε μονάδα πρώτων βοηθειών ή νοσοκομείο, ήταν κάποιο ιδιωτικό μέσο (π.χ. αυτοκίνητο) ή ασθενοφόρο, με ποσοστά 74,3% και 16,1% αντίστοιχα.

Στους εργαζόμενους με υπηκοότητα χώρας εκτός Ε.Ε. αντιστοιχούν 24 περίπου ατυχήματα ανά 1.000 εργαζόμενους, ακολουθούν οι εργαζόμενοι με υπηκοότητα άλλης χώρας της Ε.Ε. (εκτός Ελλάδας) με 21 περίπου συμβάντα και τέλος στους εργαζόμενους με ελληνική υπηκοότητα αντιστοιχούν 9 περίπου κακώσεις ανά 1.000 εργαζόμενους.

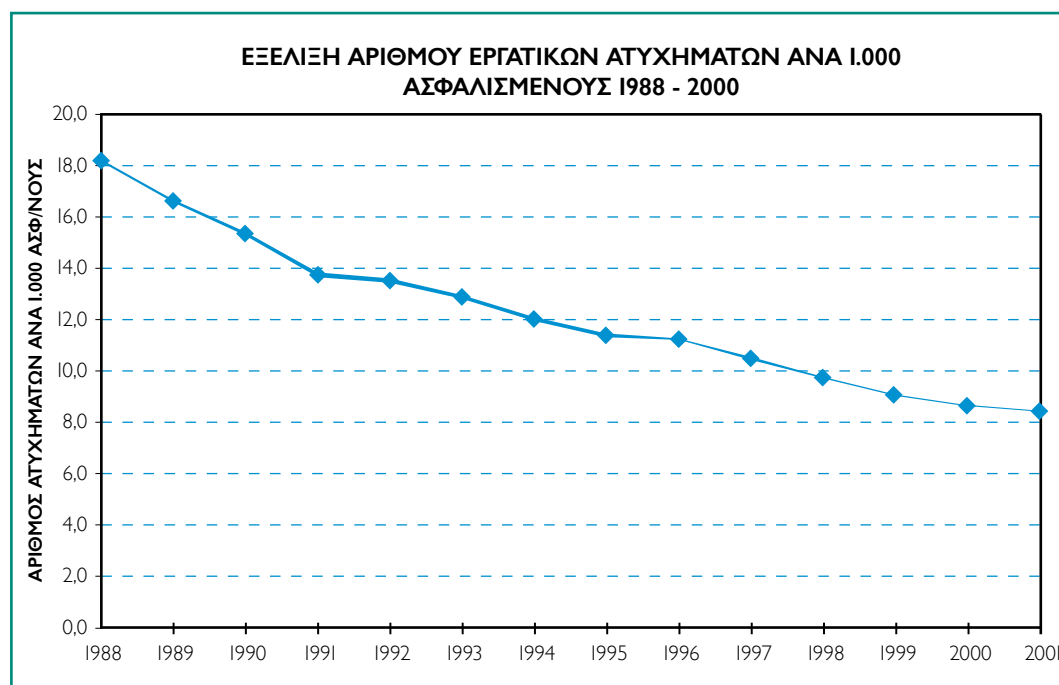
Γράφημα 13: Συχνότητα εργατικών ατυχημάτων ανά ηλικία και φύλο, Ι.Κ.Α. 2001.



Γράφημα 14: Μηνιαία κατανομή εργατικών ατυχημάτων, Ι.Κ.Α. 2001.



Γράφημα 15: Διαχρονική εξέλιξη εργατικών ατυχημάτων, Ι.Κ.Α. 1988 - 2001.



Από τα υπάρχοντα και δημοσιευμένα στοιχεία για τα εργατικά ατυχήματα στη χώρα μας, γίνεται σαφές ότι ο αληθινός αριθμός παραμένει άγνωστος. Οι μεγάλες αποκλίσεις μεταξύ των στοιχείων των διαφορετικών φορέων αναδεικνύουν έναν προφανώς προβληματικό τρόπο καταμέτρησης και καταγραφής. Ως παράδειγμα, για το έτος 2005 στο Δελτίο Εργατικών Ατυχημάτων του Ι.Κ.Α. καταγράφηκαν 13.755 ατυχήματα, ενώ στην Έκθεση Πεπραγμένων του Σώματος Επιθεωρητών Εργασίας (Σ.ΕΠ.Ε.), 6.044. Η χρήση κοινού ορισμού του εργατικού ατυχήματος, καθώς και η συνεργασία των αρμόδιων φορέων είναι αναγκαία, καθώς χωρίς αξιόπιστα στατιστικά στοιχεία το έργο της πρόληψης των ατυχημάτων γίνεται εξαιρετικά δύσκολο.

Είναι επίσης γεγονός ότι πολλά από τα ατυχήματα δεν καταγράφονται καθόλου, ειδικά όταν αφορούν εργάτες, αλλοδαπούς ή Έλληνες, οι οποίοι δεν ασφαρίζονται σε κανένα φορέα. Παράλληλα, καθώς η ανεργία ασκεί πίεση στους εργαζόμενους, προκειμένου να ολοκληρώνονται ταχύτερα τα έργα, πολλές φορές παραβλέπονται τα μέτρα ασφαλείας, γεγονός που οδηγεί στην αύξηση της πιθανότητας ατυχήματος. Άρα, η χωρίς διακρίσεις ασφαλιστική κάλυψη των εργαζομένων στην Ελλάδα και η πρακτική εφαρμογή των προτεινόμενων μέτρων προστασίας τους, είναι επίσης προτεραιότητα.

Τέλος, καθώς ο εργασιακός τομέας συνεχώς μεταβάλλεται με εισαγωγή νέων μορφών εργασίας και συνεπώς νέων κινδύνων, η νομοθεσία οφείλει να προσαρμοστεί σε αυτά τα δεδομένα προκειμένου να θέσει τις βάσεις για τη βελτίωση των συνθηκών εργασίας. Τα εργατικά ατυχήματα, στη συντριπτική τους πλειονότητα μπορούν να προληφθούν και υπάρχει ήδη ένας πλούτος καλών πρακτικών και πολιτικών πρόληψης και σε άλλα ευρωπαϊκά και μη κράτη από τα οποία μπορούμε να διδαχθούμε.

3.3.3 Το μέγεθος του προβλήματος των ατυχημάτων των ατόμων τρίτης ηλικίας

Το Κέντρο Έρευνας και Πρόληψης Ατυχημάτων (Κ.Ε.Π.Α.) του Εργαστηρίου Υγιεινής και Επιδημιολογίας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών, διεξήγαγε στατιστική μελέτη των ατυχημάτων μεταξύ των ατόμων ηλικίας 65+. Η μελέτη αφορά στις πέντε κύριες αιτίες (μηχανισμούς) ατυχημάτων των ηλικιωμένων, οι οποίες είναι οι πτώσεις, τα τροχαία, οι κακώσεις από φωτιά ή επαφή με καυτά αντικείμενα, οι δηλητηριάσεις και οι πνιγμοί. Οι μηχανισμοί αυτοί επιλέχθηκαν βάσει των αποτελεσμάτων σχετικής στατιστικής ανάλυσης των δεδομένων θνησιμότητας των τριών τελευταίων ετών, από κάθε ευρωπαϊκή χώρα (εξαιρουμένων των χωρών με πληθυσμό μικρότερο του ενός εκατομμυρίου), επειδή ακριβώς ευθύνονται για τη συντριπτική πλειοψηφία των θανάτων ηλικιωμένων ατόμων μετά από ατύχημα.

Ο συνολικός αριθμός ατυχημάτων που συνέβησαν στο σπίτι και στον ελεύθερο χρόνο σε άτομα ηλικίας 65+ και που καταγράφηκαν στα εξωτερικά ιατρεία των 3 νοσοκομείων κατά το διάστημα 1996 - 2003, ήταν 37.224. Επίσης, κατά το ίδιο διάστημα για την ίδια ηλικιακή ομάδα καταγράφηκαν 3.357 ατυχήματα από τροχαία.

Τα ατυχήματα που σχετίζονται με τις πτώσεις στο σπίτι και στον ελεύθερο χρόνο είναι οι πιο συχνά εμφανιζόμενες για τα άτομα ηλικίας 65+, αφού κατά την οκταετία 1996 - 2003 καταγράφηκαν 30.694 περιστατικά αντίστοιχων ατυχημάτων, αριθμός ο οποίος αντιστοιχεί στο 75,6% του συνόλου των ατυχημάτων που καταγράφηκαν στο ίδιο διάστημα συμπεριλαμβανομένων και των τροχαίων και στο 82,5% των ατυχημάτων που συνέβησαν στο σπίτι και στον ελεύθερο χρόνο. Το 72% των ατυχημάτων από πτώσεις αφορούν γυναίκες ηλικίας 65+, ενώ το 32% αυτών των ατυχημάτων συνέβησαν σε γυναίκες άνω των 80 ετών.

Οι περισσότερες από τις πτώσεις (70%) συνέβησαν στο ίδιο επίπεδο και οφείλονταν κυρίως σε παραπάτημα (37%) ή ολίσθημα (27%). Οι πτώσεις από ψηλότερο σημείο σε ένα χαμηλότερο ήταν περίπου το 26% επί του συνόλου των πτώσεων και πιο συγκεκριμένα, το 5% και το 4% των ατυχημάτων οφείλονταν σε πτώσεις από κρεβάτι και καρέκλα αντίστοιχα. Οι πτώσεις από σκάλες

ευθύνονταν για το 14% του συνόλου των ατυχημάτων από πτώση, ενώ το 3% των κακώσεων οφείλονταν σε πτώσεις από άλλα σημεία.

Όσον αφορά στην ηλικία, παρατηρήθηκε ότι το ποσοστό των ατόμων που υπέστησαν ατύχημα από πτώσεις που προκλήθηκαν από παραπάτημα ήταν μεγαλύτερο για τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό ατυχημάτων που προκλήθηκαν από ολίσθημα ήταν μεγαλύτερο για τα άτομα μικρότερης ηλικίας. Οι πτώσεις από κρεβάτι ή καρέκλα ήταν πιο συχνές για την ηλικιακή ομάδα 85+ (13% και 6% αντίστοιχα), ενώ το αντίθετο παρατηρήθηκε για τις πτώσεις από σκάλες ή άλλα ψηλά σημεία, οι οποίες ήταν συχνότερες στην ηλικιακή ομάδα των 65-74 ετών. Αυτό πιθανόν οφείλεται στο γεγονός ότι η κινητικότητα του ατόμου περιορίζεται καθώς αυξάνει η ηλικία του.

Το εσωτερικό του σπιτιού είναι ο χώρος όπου συνέβησαν οι περισσότερες καταγεγραμμένες πτώσεις (40%) μεταξύ των ηλικιωμένων. Πιο συγκεκριμένα, στο υπνοδωμάτιο έλαβε χώρα το 12% των εντός σπιτιού πτώσεων (ποσοστό το οποίο αυξήθηκε σε 26% για την ηλικιακή ομάδα 85+), στην κουζίνα το 7% και στο μπάνιο το 5%. Οι κακώσεις από πτώσεις γύρω από το σπίτι αποτέλεσαν το 25% του συνόλου των πτώσεων.

Ένας στους πέντε τραυματισμούς ηλικιωμένων από πτώση συνέβη στο δρόμο, κατά το βάδισμα, ενώ 3% περίπου των περιστατικών έλαβαν χώρα σε οίκους ευγηρίας, 3% σε δημόσιους χώρους και 3% σε αγρούς (αφορούσαν κυρίως άνδρες ηλικίας 65-74). Το ποσοστό των πτώσεων λόγω ολίσθημάτων ήταν υψηλότερο μέσα στο σπίτι και πιο συγκεκριμένα στο μπάνιο (64%), ενώ οι πτώσεις λόγω παραπατήματος συνέβησαν κυρίως στο δρόμο, κατά τη βάδιση, (54%).

Στα μισά περίπου από τα περιστατικά που καταγράφηκαν στα εξωτερικά ιατρεία, οι κακώσεις ήταν κατάγματα (47%) τα οποία ήταν πιο συχνά στις γυναίκες (11.237 περιστατικά) έναντι των ανδρών (3.291 περιστατικά). Όσον αφορά στο μέρος του σώματος, το 39% των καταγμάτων εντοπίστηκαν στα ισχία και στα μηριαία οστά (για την ηλικιακή ομάδα 80+ το ποσοστό αυτό αποτέλεσε το 67% του συνόλου των καταγμάτων). Άλλο ένα 40% των καταγμάτων εντοπίστηκαν στα χέρια (κυρίως στους πήχεις) και αυτό ήταν ακόμη πιο συχνό για την ηλικιακή ομάδα 65-74 ετών).

3.3.4 Τροχαία ατυχήματα

Τα τροχαία ατυχήματα αποτελούν σε όλο τον κόσμο σοβαρότατο πρόβλημα Δημόσιας Υγείας. Στην Ελλάδα, οι θάνατοι από τροχαία ατυχήματα είναι σχεδόν δύο φορές πιο συχνοί απ' ό,τι παγκοσμίως. Παρατηρούνται 2.000 θάνατοι, 4.000 βαριά και 30.000 ελαφρά τραυματισμένοι κατά μέσο όρο το χρόνο. Από τους νεκρούς και τους τραυματίες, το 1/3 είναι παιδιά. Το τραγικό αυτό γεγονός γίνεται ακόμα χειρότερο αν υπολογίσει κανείς ότι, πέρα από τους θανάτους, πολλοί από τους τραυματίες μένουν ανάπηροι, και μάλιστα σε μικρή ηλικία.

Τα τροχαία ατυχήματα καταγράφονται ως πρώτη αιτία θανάτου για τα άτομα ηλικίας έως 40 ετών (ακολουθούν τα καρδιαγγειακά προβλήματα και ο καρκίνος). Το 80% νεκρών και τραυματιών από τα τροχαία ατυχήματα ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα των 16-44 ετών, με ό,τι αυτό συνεπάγεται για τις οικογένειες, τη δημογραφική εξέλιξη της χώρας, την κοινωνική συνοχή και την Εθνική Οικονομία. Το κοινωνικοοικονομικό κόστος των τροχαίων ατυχημάτων, σε ετήσια βάση, υπολογίζεται για την Ελλάδα σε 2.500.000 Ευρώ μόνο για την απώλεια ζωής (νεκροί). Ο αριθμός αυτός είναι πλήρως υποεκτιμημένος διότι δεν περιλαμβάνει το κόστος των τραυματιών και του ανθρωπίνου κεφαλαίου (-απολεσθέν παραγωγικό έργο-πόνο, θλίψη, οδύνη), καθώς και άλλων παραμέτρων.

4. Συστάσεις και Στρατηγική της Ευρωπαϊκής Ένωσης για την Πρόληψη των Ατυχημάτων

Σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Ένωση⁵, τα ατυχήματα αποτελούν μία από τις κύριες αιτίες θανάτου του ευρωπαϊκού πληθυσμού. Ο κίνδυνος θανάτου ή πολύ σοβαρού τραυματισμού είναι ιδιαίτερα υψηλός σε διαφορετικούς τομείς, όπως το οικιακό περιβάλλον, οι δραστηριότητες του ελεύθερου χρόνου και των αθλημάτων, η οδική μετακίνηση, ο εργασιακός χώρος, κ.ά. Επίσης, τα ατυχήματα εκτιμάται ότι αποτελούν μία βασική αιτία πρόκλησης χρόνιων αναπηριών στις νεαρές (αλλά όχι μόνο) ηλικίες.

Δεδομένων όλων των παραπάνω και προκειμένου να επιτευχθεί ένα υψηλό επίπεδο Δημόσιας Υγείας, τα κράτη-μέλη πρέπει να:

- Αναπτύξουν ένα σύστημα επίβλεψης και καταγραφής το οποίο να παρέχει συγκρίσιμα στοιχεία, να παρακολουθεί τους παράγοντες κινδύνου για την πρόκληση κάποιου ατυχήματος και τα αποτελέσματα των μέτρων πρόληψης σε διαχρονική βάση και, τέλος, να αποτιμά τις ανάγκες για εισαγωγή επιπρόσθετων πρωτοβουλιών σε ό,τι αφορά στην ασφάλεια προϊόντων και υπηρεσιών.
- Εφαρμόσουν σε εθνικό επίπεδο σχέδια για την πρόληψη των τραυματισμών με διατομεακή συνεργασία και να αυξήσουν τη χρηματοδότηση για εκστρατείες ενημέρωσης για την προαγωγή της ασφάλειας. Τα σχέδια αυτά πρέπει να εφαρμοστούν σε πρακτικό επίπεδο και να δοθεί ιδιαίτερη έμφαση στα παιδιά, στους ηλικιωμένους, στους οδηγούς και στους πεζούς.
- Να εξασφαλίσουν ότι η πρόληψη των τραυματισμών και η προαγωγή της ασφάλειας θα εισαχθούν με συστηματικό τρόπο στα εκπαιδευτικά σεμινάρια των επαγγελματιών υγείας, έτσι ώστε αυτή η επαγγελματική ομάδα να μπορεί να έχει ένα συμβουλευτικό ρόλο προς τους ασθενείς, τους πελάτες και το κοινό.

⁵Proposal for a COUNCIL RECOMMENDATION on the prevention of injury and the promotion of safety, COMMISSION OF THE EUROPEAN COMMUNITIES, Brussels, 23.06.2006, COM (2006) 329 final, 2006/0106 (CNS).

5. Υφιστάμενες Δομές και Υπηρεσίες που Λειτουργούν στην Ελλάδα

Η πρόληψη και αντιμετώπιση των ατυχημάτων είναι υπόθεση και αρμοδιότητα πολλών φορέων. Για παράδειγμα, με τα εργατικά ατυχήματα ασχολείται το Υπουργείο Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας. Με τα θαλάσσια ατυχήματα, το Υπουργείο Εμπορικής Ναυτιλίας και το Λιμενικό Σώμα. Με τα αεροπορικά ατυχήματα, το Υπουργείο Μεταφορών και Επικοινωνιών και η Υπηρεσία Πολιτικής Προστασίας. Με τα ατυχήματα που προκαλούνται από πυρκαγιές, το Υπουργείο Εσωτερικών Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης. Με την πρόληψη των ατυχημάτων μέσω της εκπαίδευσης και εξέτασης των μελλοντικών οδηγών οχημάτων, ασχολείται το Υπουργείο Μεταφορών και Επικοινωνιών. Το παρόν Σχέδιο Δράσης προτείνει ενέργειες που άπτονται της αρμοδιότητας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, όπως:

- Την ταχεία και ασφαλή μεταφορά του τραυματία.
- Τη θεραπεία και αποκατάσταση.
- Την ενημέρωση του πληθυσμού και των επαγγελματιών υγείας για την πρόληψη των ατυχημάτων.
- Την εξέταση της καταλληλότητας των οδηγών.
- Τα προβλήματα που προκαλούνται από παθήσεις και επηρεάζουν την ικανότητα οδήγησης.

Για τις δράσεις που απαιτούν εμπλοκή και άλλων Υπουργείων προτείνεται η σύσταση συντονιστικού μηχανισμού, ο οποίος θα αναλάβει την καταγραφή των δράσεων και των προτεραιοτήτων, που θα πρέπει να υλοποιηθούν σε συνεργασία με όλους τους εμπλεκόμενους φορείς. Στην Ελλάδα, η πρόληψη των ατυχημάτων δεν πραγματοποιείται οργανωμένα, με αποτέλεσμα η χώρα μας να έχει τη χαμηλότερη αξιολόγηση σε προγράμματα και δράσεις για την πρόληψη των ατυχημάτων στην Ε.Ε. Δεν υπάρχει ένας ενιαίος εθνικός φορέας που να ασχολείται με την πρόληψη και την αντιμετώπιση των τραυματισμών ανάλογα με το πρότυπο του C.D.C., με συνέπεια να μην οργανώνονται αποτελεσματικές παρεμβάσεις. Η ανεπάρκεια της χώρας μας στο να ασκήσει ουσιαστική πρόληψη καταδεικνύεται από το γεγονός ότι είμαστε ψηλά στην κατάταξη της Ε.Ε. όσον αφορά στους θανάτους από ακούσιους τραυματισμούς.

Στη χώρα μας, παρά τη δράση επιμέρους φορέων, δεν υπάρχει ένας ενιαίος φορέας που να συντονίζει τη δράση όλων των φορέων και να οργανώνει μία συστηματική καταγραφή του μεγέθους του προβλήματος, των μηχανισμών που το προκαλούν και των δυνατών αποτελεσματικών παρεμβάσεων.

Ενδεικτικό της έλλειψης συντονισμού στα θέματα πρόληψης ατυχημάτων είναι η ύπαρξη τριών εθνικών επιτροπών για την πρόληψη των τροχαίων. Η αντιμετώπιση και η αποκατάσταση των κακώσεων είναι σε καλύτερο επίπεδο, αλλά και εκεί μία συνολική αντιμετώπιση θα βοηθήσει στη μείωση των θανάτων και στις συνέπειες των τραυματισμών.

Οι φορείς που εμπλέκονται στην καταγραφή των ατυχημάτων είναι οι εξής:

- Κέντρο Έρευνας και Πρόληψης Ατυχημάτων. Το (Κ.Ε.Π.Α.) ιδρύθηκε το 1991 με υπουργική πρωτοβουλία και πρωταρχικό στόχο την έρευνα, πρόληψη και μείωση των ατυχημάτων στη χώρα. Το Κέντρο εδρεύει στο Εργαστήριο Υγιεινής, Επιδημιολογίας και Ιατρικής Στατιστικής της Ιατρικής Σχολής. Χρηματοδοτείται από δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς, καθώς επίσης και από την Ε.Ε. Στα 16 χρόνια λειτουργίας του το Κ.Ε.Π.Α. έχει δημιουργήσει τη μοναδική -σε εθνικό επίπεδο- βάση δεδομένων για τα ατυχήματα, βάσει στατιστικών μελετών, οργανώνει

προγράμματα εθνικής δράσης, ενημερώνει και κινητοποιεί το κοινωνικό σύνολο σε θέματα ασφάλειας και εργάζεται σταθερά στην κατεύθυνση της ανάπτυξης εθνικής και ευρωπαϊκής στρατηγικής για τον έλεγχο των ατυχημάτων.

- Εθνική Στατιστική Υπηρεσία και Υπηρεσίες άλλων εμπλεκόμενων φορέων (Ι.Κ.Α., Τροχαία, κ.λπ.).
- Υπουργεία (Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Δημόσιας Τάξης, Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων) μέσω διάφορων προγραμμάτων τους.

Οι φορείς που ασχολούνται με την αντιμετώπιση και αποκατάσταση των ακούσιων σωματικών κακώσεων είναι οι εξής:

- Εθνικό Κέντρο Αντιμετώπισης Βλάβης.
- Σωστικά Συνεργεία Τροχαίας και Πυροσβεστικής Υπηρεσίας.
- Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών.
- Μονάδες Εντατικής Θεραπείας.
- Κέντρα Αποκατάστασης του Ε.Σ.Υ.

Επίσης, κάποιοι άλλοι σχετικοί φορείς που διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στο χώρο είναι:

- Ινστιτούτο Οδικής Ασφάλειας «Πάνος Μυλωνάς». Το Ινστιτούτο έχει ως άμεσο στόχο την προώθηση δραστηριοτήτων σε θέματα τα οποία προάγουν την οδική ασφάλεια, την κυκλοφοριακή αγωγή, τη μελέτη, έρευνα, ενημέρωση και εκπαίδευση, με απώτερο σκοπό την πρόληψη και μείωση των τροχαίων ατυχημάτων. Κύριοι άξονες δράσης του Ινστιτούτου είναι η εκπαίδευση-ενημέρωση και ευαισθητοποίηση των μαθητών, των οδηγών και γενικότερα όλων των πολιτών της χώρας μας και η αλλαγή νοοτροπίας σε θέματα κυκλοφοριακής αγωγής.
- Η Ε.Υ.Θ.Υ.Τ.Α., ή Εταιρία Υποστήριξης Θυμάτων Τροχαίων Ατυχημάτων, είναι ένας μη-κυβερνητικός οργανισμός, στο χώρο της οδικής ασφάλειας. Είναι ενεργό μέλος της Ευρωπαϊκής Ομοσπονδίας για τα Θύματα των Τροχαίων Ατυχημάτων (Σύμβουλος του Ο.Η.Ε.) και έχει δημιουργήσει ένα δίκτυο στον ελλαδικό χώρο που καλύπτει τις τοπικές ανάγκες με συνεχή δραστηριοποίηση.

6. Το Νομικό Πλαίσιο στην Ελλάδα

Το νομικό πλαίσιο είναι πολύπλοκο και δύσκολο να μελετηθεί, με την έννοια ότι στην ομάδα των ακούσιων κακώσεων εμπλέκονται διαφορετικά προϊόντα και υπηρεσίες.

Έτσι, ενώ για τα τροχαία υπάρχει αναλυτική νομοθεσία, για τις πισίνες ή για το ύψος των μπαλκονιών υπάρχει νομοθετικό κενό ή υπάρχουν μόνο συστάσεις από την Ε.Ε. Αυτό καθιστά την ανάγκη μίας ενιαίας αντιμετώπισης των ακούσιων κακώσεων ακόμη πιο επιβεβλημένη, εννοώντας ότι ο ενιαίος φορέας θα ασκεί και ουσιαστική πίεση για τη δημιουργία νόμων και την εφαρμογή τους.

Σήμερα, για παράδειγμα, ο Ε.Λ.Ο.Τ., υπηρεσία του Υπουργείου Ανάπτυξης, λειτουργεί πολύ οργανωμένα, αλλά οι προειδοποιήσεις του για επικίνδυνα προϊόντα δε φτάνουν με την ίδια ένταση στους καταναλωτές και η απόσυρση των επικίνδυνων προϊόντων δεν είναι πάντα εύκολη και αποτελεσματική, λόγω έλλειψης νομικού πλαισίου.

Η ενιαία και συνολική αντιμετώπιση των ακούσιων κακώσεων θα ενδυναμώσει ουσιαστικά το νομικό πλαίσιο, οδηγώντας στην καλύτερη αντιμετώπιση του μεγάλου αυτού προβλήματος για τη Δημόσια Υγεία, που είναι τα ατυχήματα.

7. Οικονομικές Προεκτάσεις - Το Κόστος των Ατυχημάτων

Οι κοινωνικές συνέπειες που επιφέρουν τα ατυχήματα, με οποιαδήποτε μέθοδο και αν αυτές αποτυπωθούν -αριθμός θανάτων, κόστος θεραπείας και αποκατάστασης, συσχέτιση με τα συνακόλουθα προβλήματα υγείας- παραμένουν ανεπίτρεπτα υψηλές.

Ενδεικτικά, τα τροχαία συνεισφέρουν άμεσα στην «κατανάλωση» του 1-1,5% του Ακαθάριστου Εθνικού Προϊόντος (gross national product-GNP) σε χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος, και του 2% σε αναπτυγμένες χώρες, αντίστοιχα, ενώ το κόστος αυτών των ατυχημάτων όσον αφορά στις οικογένειες των θυμάτων είναι ανυπολόγιστο (EHLASS 2001; Petridou 2003).

Το κόστος των ατυχημάτων -είτε σε προσωπικό (ατομικό) είτε σε πληθυσμιακό (κοινωνικό) επίπεδο- είναι πολλές φορές ανεκτίμητο. Εάν αποκλείσουμε την πιο σοβαρή επίπτωση ενός ατυχήματος, το θάνατο, τα άτομα που υφίστανται ατυχήματα παραμένουν πολλές φορές με σημαντικές αναπηρίες για όλη τη διάρκεια της ζωής τους. Ακόμα και όταν πρόκειται για τις πιο ελαφριές περιπτώσεις, όπου οι βλάβες είναι αναστρέψιμες, το κόστος για τη θεραπεία και την αποκατάσταση είναι πολύ σημαντικό, επειδή στην ιατρική περίθαλψη και τη μετατραυματική υποστήριξη είναι αναγκαία η συμμετοχή πολλών υπηρεσιών, συμπεριλαμβανομένων των υγειονομικών υπηρεσιών και της κοινωνικής πρόνοιας.

Εάν προσπαθούσαμε να αποτυπώσουμε το κόστος των ατυχημάτων στην Ε.Ε., αυτό υπολογίζεται σε δισεκατομμύρια Ευρώ. Για παράδειγμα, έχει υπολογιστεί ότι οι βλάβες που προκαλούνται σε τροχαία επιβαρύνουν τον προϋπολογισμό της Ε.Ε. με περίπου 45 δις Ευρώ, ποσό που αντιστοιχεί περίπου στο μισό του ετήσιου προϋπολογισμού (Roberts 2004; Petridou 2005).

Παραδόξως, η χρηματοδότηση για την πρόληψη των ατυχημάτων είναι πολύ περιορισμένη. Όπως σημειώθηκε στην αναφορά του Π.Ο.Υ., για το έτος του 1996, επενδύθηκε το ποσό του ενός μόνο Δολαρίου για κάθε χρόνο αναπηρίας λόγω ατυχήματος, ενώ η αντίστοιχη χρηματοδότηση για το HIV/AIDS ήταν 26 φορές μεγαλύτερη, παρά την πολύ σπανιότερη εκδήλωση του τελευταίου στο γενικό πληθυσμό.

8. SWOT Ανάλυση

ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ (STRENGTHS)	ΑΔΥΝΑΜΙΕΣ (WEAKNESSES)
<ul style="list-style-type: none"> • Επαρκές νομικό πλαίσιο για επιμέρους είδη ατυχημάτων. • Καταρτισμένο και εξειδικευμένο επιστημονικό προσωπικό. • Ύπαρξη δυναμικής κοινωνίας των πολιτών που διεκδικεί την κατοχύρωση των δικαιωμάτων των πολιτών και των καταναλωτών. • Εμπειρία και αποτελεσματικότητα των υφιστάμενων κέντρων καταγραφής (π.χ. Κέντρο Έρευνας και Πρόληψης Ατυχημάτων Πανεπιστημίου Αθηνών). • Εμπειρία από τη συμμετοχή σε ευρωπαϊκά δίκτυα καταγραφής και ανάπτυξης παρεμβάσεων πρόληψης. • Ύπαρξη στη χώρα μας ισχυρού δικτύου οικογενειακής υποστήριξης. • Ύπαρξη ικανού αριθμού κοινωνικών φορέων - οργανώσεων ευαισθητοποιημένων πολιτών και ενδοδικτύωσή τους. 	<ul style="list-style-type: none"> • Αποσπασματική πολιτική χωρίς στρατηγικό σχεδιασμό και ολιστικές οργανωτικές λύσεις. • Ανεπαρκής συνεργασία μεταξύ των εμπλεκόμενων υπηρεσιών και φορέων για την οδική ασφάλεια. • Περιορισμένη δυνατότητα και αποσπασματικότητα ελέγχων στους χώρους υψηλού κινδύνου για ατυχήματα (εργασιακό και σχολικό περιβάλλον). • Απουσία εξειδικευμένου προσωπικού υποστήριξης των σχετιζόμενων υπηρεσιών. • Έλλειψη αξιολόγησης των υπηρεσιών που προσφέρει ο δημόσιος και ιδιωτικός τομέας. • Ανεπαρκείς δομές για νοσηλεία και φροντίδα στο σπίτι. • Έλλειψη στατιστικών στοιχείων αρχείου για σκοπούς σύγκρισης (αδυναμία αναλυτικής υποχρεωτικής πανελλαδικής καταγραφής όλων των καώσεων με λεπτομέρειες τόπου και τρόπου πρόκλησης). • Απουσία γενικευμένου προγράμματος κυκλοφοριακής αγωγής στην εκπαίδευση.
ΕΥΚΑΙΡΙΕΣ (OPPORTUNITIES)	ΚΙΝΔΥΝΟΙ (THREATS)
<ul style="list-style-type: none"> • Εθνικό Στρατηγικό Πλαίσιο Αναφοράς 2007-2013 (Δ' ΚΠΣ). • Η ανάπτυξη των μέσων επικοινωνίας και διαχείρισης της πληροφορίας ως χρήσιμων εργαλείων για τη στοχευμένη ενημέρωση. • Η διασύνδεση του εθελοντικού τομέα με το υγειονομικό σύστημα για τα ατυχήματα. • Δυνατότητα μεταφοράς γνώσης και εμπειρίας από Ε.Ε. και Π.Ο.Υ. 	<ul style="list-style-type: none"> • Διαρκής αύξηση του στόλου των Ι.Χ. χωρίς ανάλογη δυνατότητα του αστικού οδικού δικτύου. • Αύξηση της κατανάλωσης αλκοόλ. • Γενίκευση χρήσης κινητού τηλεφώνου κατά την οδήγηση. • Αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης. • Εξάντληση πόρων του δημοσίου συστήματος υγείας.



Στρατηγικός Σχεδιασμός



1. Όραμα

Όραμα του Εθνικού Σχεδίου Δράσης είναι η ανάπτυξη ενιαίας εθνικής πολιτικής για τα ατυχήματα στην Ελλάδα. Τελικός στόχος παραμένει η άμεση, ουσιαστική και μετρήσιμη βελτίωση όλων των δεικτών επίπτωσης και θνησιμότητας που προκαλούνται από ατυχήματα στην Ελλάδα σε μακροχρόνια βάση.

2. Αποστολή

Η εφαρμογή πολιτικών πρόληψης των ατυχημάτων σε εθνικό πλαίσιο έχει σκοπό:

- Τη συλλογή έγκυρων και αξιόπιστων επιδημιολογικών δεδομένων.
- Την πρωτογενή, δευτερογενή και τριτογενή πρόληψη.
- Την υλοποίηση συγκεκριμένων δράσεων για τη βελτίωση των επιδημιολογικών δεικτών των ατυχημάτων στην Ελλάδα, αξιοποιώντας την υφιστάμενη εμπειρία από ανάλογες παρεμβάσεις στην Ε.Ε. και τον υπόλοιπο κόσμο.
- Τη βελτίωση της προνοσοκομειακής και νοσοκομειακής περίθαλψης.
- Τη μακροπρόθεσμη ισχύ τους με ένα διακομματικό και διατομεακό, κοινά αποδεκτό, κεντρικό σχεδιασμό υλοποίησης των επιλεγμένων δράσεων και πρωτοβουλιών, το οποίο θα επεκτείνεται σε όλη τη χώρα και θα τροποποιείται δυναμικά σύμφωνα με τα αποτελέσματα της διαρκούς αξιολόγησής του από τους ίδιους τους χρήστες-πολίτες, αλλά και από αντικειμενικούς δείκτες ποιοτικού ελέγχου-αποτελεσματικότητας (πραγματική βελτίωση δεικτών, σχέση κόστους ωφέλειας) με ορίζοντα δεκαετιών.

3. Στόχοι και Προτεραιότητες

- Στόχος 1: Μείωση σε ποσοστό 20% (2008 - 2012) των θανάτων από ατυχήματα με την εφαρμογή προγραμμάτων πρωτογενούς και δευτερογενούς πρόληψης.
- Στόχος 2: Ανάπτυξη προγραμμάτων παρέμβασης που βασίζονται στη σωστή ερμηνεία και χρήση των επιδημιολογικών δεδομένων.

- Στόχος 3: Ανάπτυξη κατάλληλου νομικού πλαισίου προκειμένου να ενδυναμωθεί η νομοθεσία σχετικά με την ασφάλεια των πολιτών, και ιδιαίτερα των νέων.
- Στόχος 4: Συστηματική παρακολούθηση των διαχρονικών τάσεων της κατά αιτίας θνησιμότητας από τα ατυχήματα.
- Στόχος 5: Βελτίωση της ποιότητας υπηρεσιών προνοσοκομειακής και νοσοκομειακής περίθαλψης για τους τραυματίες.
- Στόχος 6: Διασύνδεση όλων των φορέων που ασχολούνται με τα ατυχήματα σε όλα τα επίπεδα (καταγραφή, αντιμετώπιση, ενημέρωση, κ.λπ.) προκειμένου να αναπτυχθεί ενιαία και συντονισμένη δράση.

4. Αρχές του Εθνικού Σχεδίου Δράσης

Το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τα Ατυχήματα διέπεται από τις παρακάτω αρχές:

1. Όλοι οι άνθρωποι έχουν το δικαίωμα σε μία οικογενειακή, κοινωνική και εργασιακή ζωή, η οποία να τους προστατεύει από την έκθεση σε παράγοντες κινδύνου που μπορεί να είναι η αιτία για την πρόκληση ατυχημάτων.
2. Όλα τα παιδιά και οι έφηβοι έχουν το δικαίωμα να μεγαλώνουν σε ένα περιβάλλον προστατευμένο από παράγοντες κινδύνου που μπορεί να προκαλέσουν τον οποιοδήποτε ακούσιο τραυματισμό.
3. Το κράτος έχει την υποχρέωση να εξασφαλίσει τη λήψη αποτελεσματικών νομοθετικών και διοικητικών μέτρων για την προστασία των ανθρώπων από την πρόκληση οποιουδήποτε ακούσιου τραυματισμού, την πρόληψη από αυτούς και τη μείωση του αριθμού τους.

5. Αναμενόμενα Αποτελέσματα από την Εφαρμογή του Εθνικού Σχεδίου Δράσης

Το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τα Ατυχήματα αναμένεται να έχει σημαντικά οφέλη αφενός στη βελτίωση της ποιότητας της σωματικής και ψυχικής υγείας του πληθυσμού και αφετέρου στο άμεσο και έμμεσο κόστος που επιφέρουν τα ατυχήματα.

5.1 Βελτίωση του επιπέδου υγείας των πολιτών και της ποιότητας ζωής που σχετίζεται με την υγεία

Στην Ευρώπη, ετησίως χάνονται πάνω από 790.000 ζωές από ατυχήματα (Petridou 2005; Roberts 2005), αριθμός που αντιπροσωπεύει το 15% όλων των θανάτων από τραυματισμό παγκοσμίως. Ο δείκτης θνησιμότητας είναι περίπου 90 θάνατοι ανά 100.000 κατοίκους. Τα μη θανατηφόρα ατυχήματα ευθύνονται επίσης για ένα μεγάλο πρόβλημα Δημόσιας Υγείας: πιο συγκεκριμένα, εκτιμάται ότι πάνω από 15 εκ. τραυματισμοί στην Ευρώπη χρειάζονται ιατρική περίθαλψη στο νοσοκομείο, ενώ χάνονται περίπου 6 εκ. έτη ζωής λόγω μετατραυματικής αναπηρίας. Σε απόλυτους αριθμούς, καταγράφονται ετησίως περίπου 235.000 θάνατοι από ατύχημα στην Ε.Ε.-25 και 4.000.000 χαμένα έτη ζωής λόγω τραύματος. Κατά μέσο όρο, 6,8 εκατ. εισαγωγές στα νοσοκομεία οφείλονται στους τραυματισμούς, που αντιπροσωπεύουν το 11% του συνόλου των εισαγωγών σε νοσοκομεία στην Ε.Ε.

Ανάμεσα στα δύο κύρια είδη των κακώσεων (ακούσιες/εκούσιες), οι ακούσιες αποτελούν την τέταρτη αιτία θανάτου στις χώρες της Ε.Ε.-15, ενώ στα νέα κράτη-μέλη αυτά κατέχουν την τρίτη θέση. Επιπλέον, περίπου 6,7 εκ. άτομα χρειάζονται να νοσηλευθούν ετησίως λόγω τραύματος (δείκτης νοσηλείας 1.500 ανά 100.000 άτομα).

Στην Ελλάδα χάνονται ετησίως περίπου 4.500 ζωές, λόγω των κακώσεων, στην πλειοψηφία τους ακούσιων. Η πρώτη αιτία χαμένων ετών αναμενόμενης ζωής στους Έλληνες είναι τα τροχαία, ενώ στις Ελληνίδες κατέχουν τη δεύτερη θέση μετά τα κακοήθη νεοπλασμάτα. Αυξημένος κίνδυνος θανατηφόρου ατυχήματος παρατηρείται σε άτομα ηλικίας 65 και άνω, όπου ο δείκτης θνησιμότητας φτάνει στους 106 θανάτους ανά 100.000 άτομα, στην ενήλικη ζωή (60 ανά 100.000 άτομα) και στους νέους (74 ανά 100.000 άτομα). Οι άντρες διατρέχουν 3,5 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο για θανατηφόρο ατύχημα σε σύγκριση με τις γυναίκες. Πολλά από τα άτομα που επιβιώνουν από σοβαρούς τραυματισμούς αντιμετωπίζουν προβλήματα υγείας σε όλη τους τη ζωή. Τα ατυχήματα και οι τραυματισμοί αποτελούν την κύρια αιτία μόνιμων αναπηριών μεταξύ των νέων, οι οποίες, ενώ θα μπορούσαν να έχουν αποφευχθεί, τους στερούν πολλά χρόνια ζωής με καλή υγεία.

5.2 Κόστη που σχετίζονται με τη φροντίδα των σωματικών κακώσεων και την αποθεραπεία τους

Το άμεσο οικονομικό κόστος των ακούσιων σωματικών κακώσεων περιλαμβάνει τις δαπάνες για τη νοσοκομειακή, εξωνοσοκομειακή και φαρμακευτική περίθαλψη των θυμάτων.

Οι άμεσες οικονομικές δαπάνες για τα συστήματα υγείας των κρατών-μελών της Ε.Ε. κινούνται σε υψηλό επίπεδο. Το πρόγραμμα Eurocost δείχνει ότι οι δαπάνες των νοσηλείων σε νοσοκομεία, για όλους τους ασθενείς, από ατύχημα, στην Ε.Ε.-15 είναι συνολικά 10,8 δις Ευρώ. Τα μεγαλύτερα ποσοστά δαπανώνται για παιδιά από 0-4 ετών και άντρες από 18 έως 24 ετών, λόγω των υψηλών ποσοστών ατυχημάτων σε αυτές τις ηλικίες. Στη χώρα μας, σύμφωνα με στοιχεία της Ε.Σ.Υ.Ε., ο αριθμός των εξελθόντων ασθενών το 2007 λόγω ατυχημάτων και δηλητηριάσεων έφτανε τους 160.397.

Έχει επίσης εκτιμηθεί ότι η μέση διάρκεια νοσηλείας στη χώρα μας είναι 6,7 ημέρες, γεγονός που σημαίνει ότι το άμεσο κόστος νοσηλείας εκτιμάται σε 257.918.376 Ευρώ. Στην πραγματικότητα, το ποσό αυτό αναμένεται σημαντικά μεγαλύτερο αφού δεν υπολογίζονται οι μέρες νοσηλείας σε μονάδες εντατικής θεραπείας και μονάδες αυξημένης φροντίδας, το κόστος των απαιτούμενων χειρουργικών επεμβάσεων καθώς και τα κόστη ιδιωτικής νοσοκομειακής περίθαλψης. Συνεπώς, μία ενδεχόμενη μείωση των ατυχημάτων κατά 20% θα μπορούσε να οδηγήσει σε εξοικονόμηση πόρων της τάξης των 50 εκατ. Ευρώ ετησίως για το σύστημα υγείας.

5.3 Περιορισμός του έμμεσου οικονομικού κόστους

Το έμμεσο κόστος των ατυχημάτων περιλαμβάνει τις χαμένες ώρες εργασίας και συνεπώς την απώλεια παραγωγικότητας λόγω της νοσηρότητας και ανικανότητας προς εργασία, το κόστος των κοινωνικών υπηρεσιών και της πρόωρης συνταξιοδότησης, τις διοικητικές δαπάνες και το κοινωνικό κόστος παροχής φροντίδων στους ασθενείς από το συγγενικό τους περιβάλλον.

Στη χώρα μας, το συνολικό ετήσιο κόστος των τροχαίων ατυχημάτων ξεπερνάει τα 3 δις Ευρώ (Χάνδανος 2007). Μόνο στις Η.Π.Α., το κόστος των ατυχημάτων με θύματα μεταξύ 15-20 ετών το 2002, εκτιμήθηκε στα 40,8 δις Δολάρια. Εκτιμάται ότι το συνολικό οικονομικό κόστος όλων των θανάτων και τραυματισμών ισοδυναμεί με το 2-4% του Α.Ε.Π. στις χώρες του Ο.Ο.Σ.Α., λαμβάνοντας υπόψη την απώλεια της ανθρώπινης ζωής και την ικανότητα παραγωγής, το κόστος αποκατάστασης, τον ανθρώπινο πόνο και τις υλικές ζημιές (Χάνδανος 2007). Με βάση τα παραπάνω δεδομένα, το συνολικό άμεσο και έμμεσο οικονομικό κόστος των ατυχημάτων στην Ελλάδα μπορεί να κυμαίνεται μεταξύ 4,45 και 8,92 δις Ευρώ.

Το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τα Ατυχήματα μπορεί να οδηγήσει σε σημαντική μείωση του άμεσου και έμμεσου οικονομικού κόστους, που εκτιμάται περίπου στο 20%, ήτοι μεταξύ 890 και 1.780 εκατ. Ευρώ ετησίως.

Συμπερασματικά, η εφαρμογή του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για τα Ατυχήματα αναμένεται να έχει σημαντικά οφέλη:

- (α) Στη βελτίωση του επιπέδου υγείας και στη δυνατότητα των πολιτών να ζουν μία παραγωγική ζωή.
- (β) Στις άμεσες δαπάνες των υγειονομικών υπηρεσιών, όπου μπορεί με ενδεχόμενη μείωση των ατυχημάτων κατά 20% να επιτύχει μία εξοικονόμηση πόρων της τάξης των 50 εκατ. Ευρώ ετησίως.
- (γ) Στη συνακόλουθη μείωση του έμμεσου οικονομικού κόστους.

6. Άξονες και Δράσεις του Εθνικού Σχεδίου Δράσης

1ος Άξονας: Συστηματική Καταγραφή και Έγκαιρη Επαγρύπνηση - Έρευνα

- Δράση 1: Εθνικό Μητρώο Τραύματος.
- Δράση 2: Δημιουργία Συστήματος Έγκαιρης Προειδοποίησης για την Πρόκληση Ατυχημάτων (early warning system).

2ος Άξονας: Πρόληψη, Μέτρα, Παρεμβάσεις

- Δράση 1: Εθνική Εκστρατεία Ενημέρωσης.
- Δράση 2: Αλκοόλ και Οδήγηση - Φάρμακα και Οδήγηση.
- Δράση 3: Παθήσεις και Οδική Ασφάλεια.
- Δράση 4: Πτώσεις στο Ίδιο Επίπεδο.
- Δράση 5: Προγράμματα Αγωγής Υγείας στην Πρωτοβάθμια και Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση.
- Δράση 6: Αξιολόγηση Υφιστάμενης Νομοθεσίας και Συμπλήρωση Ελλείψεων Νομοθετικού - Θεσμικού Πλαισίου - Εφαρμογή των Νόμων.

3ος Άξονας: Διαχείριση Τραυματία

- Δράση 1: Αντιμετώπιση του Τραυματία στον Τόπο του Ατυχήματος: Μεταφορά - Πρόσβαση - Παραλαβή από το Νοσοκομείο.
- Δράση 2: Πρόληψη Βλαβών Υγείας από Μακροχρόνια Παραμονή σε Νοσοκομείο.

4ος Άξονας: Εκπαίδευση

- Δράση 1: Εκπαίδευση Πληρωμάτων Ε.Κ.Α.Β.
- Δράση 2: Ψυχικές Πρώτες Βοήθειες σε Ατυχήματα.
- Δράση 3: Εκπαίδευση Στελεχών Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης στην Πρόληψη των Ατυχημάτων.
- Δράση 4: Εκπαίδευση Επαγγελματιών Υγείας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

5ος Άξονας: Συντονισμός - Διατομεακή Συνεργασία

- Δράση 1: Συντονισμός Εθνικής Πολιτικής.
- Δράση 2: Διατομεακή Συνεργασία.

Άξονες και Δράσεις του Εθνικού Σχεδίου Δράσης



Ιος Άξονας: Συστηματική Καταγραφή και Έγκαιρη Επαγρύπνηση - Έρευνα

Δράση I: Εθνικό Μητρώο Τραύματος

Περιγραφή

Η σύσταση του Εθνικού Μητρώου Τραύματος, με σκοπό τη συλλογή και καταγραφή και ανάλυση αξιόπιστων στοιχείων για τη συστηματική και συνεχή περιγραφή των ατυχημάτων, αποτελεί πολύ σημαντικό πεδίο για τη χάραξη σωστής στρατηγικής για την πρόληψή τους. Επιπλέον, μέσω του Εθνικού Μητρώου Τραύματος θα πραγματοποιηθεί η αξιοποίηση όλων των πρωτογενών και δευτερογενών πηγών που συλλέγουν στοιχεία για τα ατυχήματα και η διασύνδεσή τους με υπάρχουσες βάσεις δεδομένων και με τη γεωγραφική-πληροφοριακή βάση του Υγειονομικού Χάρτη, ώστε να υπάρξει μία συνολική συγκέντρωση, διασταύρωση και σύγκριση των διαθέσιμων στατιστικών στοιχείων.

Στόχοι

- Η συλλογή στοιχείων που αφορούν στον αριθμό, στις συνέπειες, στα χαρακτηριστικά των ατυχημάτων.
- Η παρακολούθηση της διαχρονικής εξέλιξης όλων των κατηγοριών ατυχημάτων.
- Η διασύνδεση στοιχείων που αφορούν στην κατά αιτία θνησιμότητα και νοσηρότητα από ατυχήματα με κοινωνικο-δημογραφικά και οικονομικά δεδομένα από άλλες πηγές πρωτογενών και δευτερογενών δεδομένων.
- Η χάραξη ορθολογικής εθνικής πολιτικής για την πρόληψη των ατυχημάτων βάσει έγκυρων και αξιόπιστων στατιστικών στοιχείων.

Ενέργειες Υλοποίησης

- Αναδιάρθρωση και επανεργοποίηση του Συστήματος Καταγραφής Εξωτερικών Ιατρείων.
- Επέκταση του συστήματος καταγραφής σε όλα τα νοσοκομεία της χώρας.
- Ρύθμιση θεμάτων προσωπικών δεδομένων.
- Επαφές με αντίστοιχους φορείς που διατηρούν σχετικές βάσεις δεδομένων.
- Ηλεκτρονική διασύνδεση μέσω διαδικτύου.
- Διασύνδεση με την πληροφοριακή βάση του Υγειονομικού Χάρτη.

Φορείς Υλοποίησης

Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων, Νοσοκομεία, Κέντρα Υγείας, μη-κυβερνητικές οργανώσεις που δραστηριοποιούνται σχετικά με τα ατυχήματα, Πανεπιστημιακά Ιδρύματα, Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Ατυχημάτων, Ερευνητικά Κέντρα, Αρχή Προστασίας Δεδομένων, Ε.Σ.Υ.Ε., Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, IARC, WHO, Ευρωπαϊκά δίκτυα όπως EUROCHIP, EUROCARE.

Χρονοδιάγραμμα

2008 - 2009: Αναδιάρθρωση και ενεργοποίηση του Συστήματος Καταγραφής.
2009: Λειτουργία Εθνικού Μητρώου Τραύματος.

Δράση 2: Δημιουργία Συστήματος Έγκαιρης Προειδοποίησης για την Πρόκληση Ατυχημάτων (Early Warning System)

Περιγραφή

Η συστηματική συλλογή και καταγραφή δεδομένων για τα ατυχήματα θα παρέχει στοιχεία για το ποιοι είναι οι παράγοντες κινδύνου για την πρόκλησή τους και επομένως θα γίνει έγκαιρη προειδοποίηση για τους παράγοντες αυτούς. Η δημιουργία, στο πλαίσιο του Εθνικού Μητρώου Τραύματος, ενός συστήματος έγκαιρης προειδοποίησης για την πρόκληση ατυχημάτων μέσω της έγκαιρης ανίχνευσης των παραγόντων κινδύνου (Early Warning System), έχει εξαιρετική σπουδαιότητα διότι η αποφυγή πρόκλησης ενός ακούσιου τραυματισμού έχει πολύ σημαντικότερο μακροπρόθεσμο όφελος (σε οικονομικούς όρους, αλλά και σε επίπεδο κοινωνικής αλληλεγγύης-συνοχής) απ' ό,τι όταν πλέον αυτό (ακούσιος τραυματισμός) έχει ήδη συμβεί.

Στόχοι

- Η έγκαιρη ανίχνευση παραγόντων κινδύνου για την πρόκληση ατυχημάτων με σκοπό την άμεση προειδοποίηση και την απομάκρυνση του παράγοντα κινδύνου.

Ενέργειες Υλοποίησης

- Δημιουργία δικτύου για τη συλλογή δεδομένων που αφορούν στα ατυχήματα.
- Συστηματική συλλογή και καταγραφή δεδομένων για να εντοπιστούν και να απομονωθούν οι αιτιολογικοί παράγοντες κινδύνου (risk factors).
- Δημιουργία συστήματος έγκαιρης ανίχνευσης παραγόντων κινδύνου για την πρόκληση ενός ακούσιου τραυματισμού.
- Δημιουργία συστήματος έγκαιρης προειδοποίησης για την αποφυγή των ατυχημάτων.
- Η ενημέρωση των αρμόδιων φορέων και της κοινής γνώμης, σχετικά με τη συχνή εμφάνιση ενός αιτιολογικού παράγοντα.
- Διασύνδεση με το Εθνικό Μητρώο Τραύματος.

Φορείς Υλοποίησης

Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Πανεπιστημιακά Ιδρύματα, Επιστημονικές Εταιρίες, μη-κυβερνητικές οργανώσεις, Νοσοκομεία, Κέντρα Υγείας.

Χρονοδιάγραμμα

2008 - 2009: Σχεδιασμός συστήματος.
2010: Έναρξη υλοποίησης.

2ος Άξονας: Πρόληψη, Μέτρα, Παρεμβάσεις

Δράση I: Εθνική Εκστρατεία Ενημέρωσης

Περιγραφή

Διοργάνωση και συντονισμός εκστρατειών προβολής και ενημέρωσης, τόσο του γενικού πληθυσμού, όσο και ομάδων ιδιαίτερου ενδιαφέροντος (focus groups) γύρω από επίκαιρα θέματα πρόληψης των ατυχημάτων, σε συνεργασία με φορείς εθελοντισμού και Μ.Μ.Ε. Η ανάπτυξη ευρείας κλίμακας προγραμμάτων ενημέρωσης και πρόληψης, με τη χρήση του διαδικτύου και των νέων τεχνολογιών. Η ύπαρξη συγκεκριμένου προγράμματος πρωτοβουλιών για τη διάχυση της επιστημονικής γνώσης και των επιστημονικά τεκμηριωμένων μεθόδων και πρακτικών για την πρόληψη των ατυχημάτων.

Στόχοι

- Ευαισθητοποίηση και ενεργοποίηση των πολιτών.
- Καταπολέμηση της άγνοιας και της ημι- ή παραπληροφόρησης.
- Διαμόρφωση εκπαιδευμένων ομάδων πρόωθησης-προαγωγής υγείας, σε συνεργασία με καταναλωτικές οργανώσεις.
- Πραγματική μετρήσιμη βελτίωση των δεικτών συχνότητας και βαρύτητας των ατυχημάτων στη χώρα.
- Ενεργοποίηση της κοινωνίας στο σύνολό της, στην προσπάθεια για τη μείωση και την πρόληψη των ατυχημάτων.

Ενέργειες Υλοποίησης

- Ανάπτυξη, σχεδιασμός και διανομή ενημερωτικού υλικού για το κοινό.
- Ανάπτυξη ανανεούμενης ιστοσελίδας γενικής πρόσβασης με διαρκή επέκταση με νέες πληροφορίες για επίκαιρα θέματα πρόληψης ατυχημάτων.
- Παραγωγή μηνυμάτων με διδακτικό-εκπαιδευτικό περιεχόμενο για τα ηλεκτρονικά μέσα ενημέρωσης.
- Διοργάνωση και συμμετοχή σε ημερίδες, συνέδρια και λοιπές εκδηλώσεις για ευαισθητοποίηση του γενικού κοινού, αλλά και των ειδικών.
- Θέσπιση διαγωνισμών επιβράβευσης πρωτοβουλιών, που προάγουν την πρόληψη των ατυχημάτων σε επίπεδο εταιρικής ευθύνης, κινήσεων πολιτών και δράσεων αυτοδιοίκησης.
- Στο Εθνικό Μητρώο Τραύματος ιδρύεται εθνική βάση επιστημονικής τεκμηρίωσης για τα ατυχήματα, ανοικτή και προσπελάσιμη από όλους, μέσω διαδικτύου, η οποία θα περιλαμβάνει:
 - Εθνικά και διεθνή δεδομένα για τα ατυχήματα και τις συνέπειές τους.
 - Πρότυπες μεθόδους και «καλές πρακτικές» πρόληψης των ατυχημάτων.
 - Επιστημονικά άρθρα και ηλεκτρονική βιβλιοθήκη για τα ατυχήματα.
 - Σύνδεση με άλλες εθνικές και διεθνείς βάσεις δεδομένων.
- Υποστηρίζεται ο προσδιορισμός και η ανάπτυξη «καλών πρακτικών» στον τομέα της πρόληψης.
- Αναλαμβάνονται συγκεκριμένες πρωτοβουλίες για τη διάχυση των επιστημονικά τεκμηριωμένων πρακτικών στη δραστηριότητα των φορέων πρόληψης.

Φορείς Υλοποίησης

Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης, Πανεπιστημιακά Ιδρύματα, Επιστημονικές Εταιρίες, Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Α.Ε.Ι./Τ.Ε.Ι.

Χρονοδιάγραμμα

2009: Σχεδιασμός εκστρατείας και μηνυμάτων.

2009 - 2011: Ενέργειες δημοσιότητας.

2009 - 2011: Ανάπτυξη ιστοσελίδας και εθνικής βάσης τεκμηρίωσης.

2012: Αξιολόγηση.

Δράση 2: Αλκοόλ και Οδήγηση - Φάρμακα και Οδήγηση

Περιγραφή

Η κακή και ανεξέλεγκτη χρήση αλκοολούχων ποτών δημιουργεί μεγάλα και σοβαρά προβλήματα με συνέπειες τόσο σε ατομικό, όσο και σε κοινωνικό επίπεδο. Το φαινόμενο είναι παγκόσμιο και δε φαίνεται να μειώνεται. Μεταξύ άλλων, το αλκοόλ αποτελεί έναν από τους βασικότερους παράγοντες δημιουργίας παντός είδους ατυχημάτων, από τα οποία τα περισσότερα είναι τροχαία με σημαντικό αριθμό νεκρών. Σύμφωνα και με πρόσφατες μελέτες, το πρόβλημα εξακολουθεί να είναι ιδιαίτερα σημαντικό στην Ελλάδα. Παράλληλα, τα φάρμακα φαίνεται ότι εμπλέκονται σε ένα σημαντικό βαθμό στα τροχαία ατυχήματα. Η επίδραση των φαρμάκων στην ικανότητα οδήγησης είναι πολλαπλή. Αν και σε μεγάλο αριθμό φαρμάκων, στο φύλλο οδηγιών αναφέρεται υποχρεωτικά η πληροφορία σχετικά με το εάν επηρεάζουν ή όχι την οδήγηση, πολύ σπάνια οι γιατροί, κατά τη συνταγογράφηση επικίνδυνων στην οδήγηση φαρμάκων ενημερώνουν τους ασθενείς για την επίδραση που μπορεί να έχουν αυτά στην ικανότητα οδήγησης.

Στόχοι

- Μείωση των τροχαίων ατυχημάτων που οφείλονται στην αλόγιστη χρήση αλκοόλ.
- Μείωση των τροχαίων ατυχημάτων που οφείλονται στην επίδραση φαρμάκων κατά την οδήγηση.

Ενέργειες Υλοποίησης

- Ένταξη της ενότητας με θέμα «Φάρμακα και Οδήγηση» στο μάθημα φαρμακολογίας των Ιατρικών σχολών.
- Επικοινωνία με συναφείς φορείς.
- Ενημέρωση ιατρών και ιατρικών συλλόγων.
- Ενημέρωση δασκάλων και καθηγητών.
- Σεμινάρια ενημέρωσης σε μπάρμιν σε συνεργασία με τη συνδικαλιστική τους ένωση.
- Παραγωγή έντυπου υλικού.
- Συλλογή και αξιοποίηση στοιχείων, στο πλαίσιο λειτουργίας του Εθνικού Μητρώου Τραύματος, από ιατροδικαστικές υπηρεσίες και εργαστήρια ιατροδικαστικής και τοξικολογίας σχετικά με τα επίπεδα αλκοόλης/φαρμάκων και εμπλοκής σε τροχαία.

Φορείς Υλοποίησης

Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Εθνικό Μητρώο Τραύματος, Ιατρικοί Σύλλογοι, Συνδικαλιστική Ένωση Μπάρμιν, Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων, Ιατροδικαστικές Υπηρεσίες.

Χρονοδιάγραμμα

2009: Παραγωγή έντυπου υλικού.

2009 - 2010: Ενέργειες ενημέρωσης.

2009 - 2012: Συλλογή στοιχείων από Ιατροδικαστικές υπηρεσίες.

Δράση 3: Παθήσεις και Οδική Ασφάλεια

Περιγραφή

Δυστυχώς, δεν υπάρχουν στην Ελλάδα δεδομένα για τα τροχαία ατυχήματα με βασική αιτία συγκεκριμένες παθήσεις. Η κοινή ιατρική λογική, η αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης, του δείκτη γήρανσης και εξάρτησης, αλλά και δεδομένα από άλλες χώρες, οδηγούν αβίαστα στο συμπέρασμα ότι ορισμένες παθήσεις επιδρούν αρνητικά στην ικανότητα οδήγησης. Άλλωστε, και η ελληνική νομοθεσία προβλέπει αρκετά λεπτομερώς το πότε μία πάθηση οδηγεί σε μη έκδοση ή αφαίρεση του διπλώματος ικανότητας οδήγησης.

Στόχοι

- Ενίσχυση της οδικής ασφάλειας μέσω πληροφόρησης ιατρών, πληθυσμού και αρμόδιων επιτροπών για παθήσεις και καταστάσεις υγείας, οι οποίες επηρεάζουν αρνητικά την οδήγηση, καθώς και η εφαρμογή της νομοθεσίας στην Ελλάδα.

Ενέργειες Υλοποίησης

- Άμεση εφαρμογή του άρθρου 13, παρ. 8 του Κ.Ο.Κ. ότι οι αρμόδιοι φορείς μπορούν να κινήσουν τη διαδικασία αφαίρεσης διπλώματος, εάν κρίνουν ότι, για οποιονδήποτε λόγο ο οδηγός είναι ανεπαρκής.
- Δευτεροβάθμιες ιατρικές επιτροπές.
- Χρήση τυποποιημένου εντύπου από τις επιτροπές.
- Αύξηση του αριθμού δευτεροβάθμιων ιατρικών επιτροπών και ενίσχυση της οργάνωσής τους.
- Για ορισμένες παθήσεις, μόνο ο θεράπων ιατρός μπορεί να εγγυηθεί την καταλληλότητα του οδηγού, άρα θα πρέπει να εκδίδει και εκείνος αντίστοιχη γνωμάτευση.
- Μετάφραση ξενόγλωσσων οδηγιών που χρησιμοποιούνται σε αντίστοιχες επιτροπές του εξωτερικού και περιέχουν λεπτομέρειες με σκοπό τον εμπλουτισμό των συμβουλευτικών στοιχείων, που οι δευτεροβάθμιες ιατρικές επιτροπές έχουν στη διάθεσή τους.
- Αυστηρότερη εξέταση οδηγών και από τις πρωτοβάθμιες επιτροπές.
- Κέντρο αξιολόγησης ικανότητας και προετοιμασίας οδήγησης (Κ.Α.Ι.Π.Ο.) ΗΝΙΟΧΟΣ.
 - Γνωστοποίηση της ύπαρξης του συγκεκριμένου κέντρου στους ανάλογους φορείς.
 - Διαδικασίες πιστοποίησης Κέντρου.
- Διασύνδεση υπηρεσιών με σκοπό τη γνωστοποίηση του νοσήματος ή αναπηρίας προς αρμόδιους φορείς τροχαίας.
- Δ.Υ.Π.Ε. - Νοσοκομεία
 - Χορήγηση στους ασθενείς ενημερωτικού φυλλαδίου, σχετικά με την επίδραση των διαφόρων παθήσεων στην ικανότητα οδήγησης μαζί με το εξιτήριο.
 - Κλινική εξέταση μετά από κάθε ατύχημα ή τραυματισμό.
 - Οργάνωση μηχανογραφικού συστήματος επανέλεγχου αδειών οδήγησης ατόμων με ειδικές παθήσεις ή διαταραχές.
- Ενημέρωση ιατρών, ιατρικών συλλόγων, ιατρικών εταιριών, Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης.
- Καθιέρωση οφθαλμολογικού ελέγχου ανά 2ετία μετά τα 40 και ανά έτος μετά τα 60.
- Επικοινωνία με ασφαλιστικές εταιρίες πρόταση για εξασφάλιση υπεύθυνης δήλωσης του οδηγού κατά την ασφάλιση του αυτοκινήτου ότι δεν έχει πάθηση ή αναπηρία που μπορεί να επηρεάσει την οδήγηση.
- Οργάνωση εβδομάδας εθελοντικής οφθαλμολογικής εξέτασης (δωρεάν και ανώνυμης).
- Νομοθετική ρύθμιση για ενεργό συμμετοχή των ιδιωτών, νοσοκομειακών και γιατρών των ταμείων, σε συμβουλευτική ασθενών που έχουν ανάγκη, καθώς και γνωστοποίηση της νέας πάθησης ή επιδείνωσης της πάθησης προς το Υπουργείο Μεταφορών και Επικοινωνιών για την επανεξέταση του ασθενούς από τη δευτεροβάθμια επιτροπή εκτίμησης της ικανότητας οδήγησης.

Φορείς Υλοποίησης

Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Υπουργείο Μεταφορών και Επικοινωνιών, Ταμεία Ασφαλιστικές Εταιρίες, Ιατρικοί Σύλλογοι.

Χρονοδιάγραμμα

2009 - 2010: Νομοθετικές ρυθμίσεις.
2009 - 2010: Διασύνδεση φορέων.

Δράση 4: Πτώσεις στο Ίδιο Επίπεδο

Περιγραφή

Οι πτώσεις στο ίδιο επίπεδο, ιδίως από μωβ τρίτης ηλικίας, αποτελούν ένα διεθνές και σοβαρό πρόβλημα Δημόσιας Υγείας. Για την τρίτη ηλικία, αποτελούν για πολλά κράτη την 3η αιτία εισαγωγής στο νοσοκομείο. Οι πτώσεις στο ίδιο επίπεδο εξαρτώνται από πολλούς παράγοντες, όπως:

- Περιβαλλοντικοί: δρόμοι-πεζοδρόμια-καιρός.
- Ιατρικοί: σωματική κατάσταση-παθήσεις (όραση-νευρολογικές παθήσεις)-λήψη φαρμάκων.

Πολύ περισσότερη σημασία από την αντιμετώπιση των συνεπειών των πτώσεων έχει η πρόληψή τους.

Ενέργειες Υλοποίησης

- Έκδοση ενημερωτικού φυλλαδίου.
- Ενημέρωση Ιατρικών Συλλόγων, οι οποίοι μέσω έντυπου υλικού θα ενημερώσουν τα μέλη τους (ημερίδες) για τη σπουδαιότητα της πρόληψης.
- Τροφοδότηση των Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης με έντυπο υλικό.
- Αποστολή εγκυκλίου με κατάλληλο ενημερωτικό υλικό στις Υγειονομικές Περιφέρειες, στα νοσοκομεία, στα ασφαλιστικά ταμεία, στους ιατρικούς και Φαρμακευτικούς Συλλόγους.

Φορείς Υλοποίησης

Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Υγειονομικές Περιφέρειες, Ασφαλιστικά Ταμεία, Ιατρικοί Σύλλογοι, Φαρμακευτικοί Σύλλογοι, μη-κυβερνητικές οργανώσεις.

Χρονοδιάγραμμα

2009: Έκδοση ενημερωτικού υλικού.

2009: Σχεδιασμός προγράμματος ενημέρωσης.

2009 - 2010: Ενέργειες ενημέρωσης.

Δράση 5: Προγράμματα Αγωγής Υγείας στην Πρωτοβάθμια και Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση

Περιγραφή

Παραγωγή, διάθεση και αξιολόγηση χρήσης εκπαιδευτικού υλικού για όλες τις βαθμίδες της δημόσιας εκπαίδευσης. Έμφαση σε ειδικά προγράμματα για πληθυσμό υψηλής ευαισθησίας ανά τύπο ατυχήματος (π.χ. πτώσεις, για ιδρύματα ηλικιωμένων, δηλητηριάσεις για επαγγελματίες υγείας, τροχαία ατυχήματα για τις σχολές οδήγησης). Η πρόληψη σε ζητήματα Δημόσιας Υγείας καθίσταται άμεση προτεραιότητα στην εκπαίδευση και αποκτά θεμελιώδη σημασία και σε πρακτικό πλέον επίπεδο. Το πρόγραμμα θα υλοποιηθεί μέσω του κεντρικού προγράμματος αγωγής υγείας «Η Ζωή έχει Χρώμα».

Στόχοι

- Κινητοποίηση των νέων πολιτών ήδη από την προσχολική/πρώτη σχολική ηλικία.
- Δια βίου εκπαίδευση/Επανακατάρτιση.
- Εκπαίδευση εκπαιδευτικών και άλλων διαμορφωτών άποψης.
- Αξιοποίηση κινήματος εθελοντισμού και πρωτοβουλιών πολιτών.

Ενέργειες Υλοποίησης

- Ανάπτυξη, σχεδιασμός και διανομή εκπαιδευτικού υλικού.
- Διοργάνωση σεμιναρίων εκπαίδευσης στη χρήση του υλικού.
- Αύξηση των βιωματικών δραστηριοτήτων (π.χ. πάρκα κυκλοφοριακής αγωγής, επισκέψεις σχολείων σε χώρους εργασίας).
- Καθιέρωση υποχρεωτικής ώρας αγωγής υγείας στη δευτεροβάθμια εκπαίδευση-αξιοποίηση για εκπαίδευση σε κυκλοφοριακή αγωγή και παροχή πρώτων βοηθειών.

Φορείς Υλοποίησης

Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων, Νοσοκομεία, Κέντρα Υγείας, Πανεπιστημιακά Ιδρύματα, Ερευνητικά Κέντρα, Ο.Ε.Δ.Β. και λοιποί Εκδοτικοί Οίκοι, Σχολικές Επιτροπές-Οργανισμοί Τοπικής Αυτοδιοίκησης, Ο.Λ.Μ.Ε.-Ε.Λ.Μ.Ε.

Χρονοδιάγραμμα

2009 - 2010: Διαμόρφωση ομάδας ανάπτυξης υλικού και διεξαγωγή διαγωνισμού για την επικοινωνιακή υποστήριξη του εγχειρήματος.

Δράση 6: Αξιολόγηση Υφιστάμενης Νομοθεσίας και Συμπλήρωση Ελλείψεων Νομοθετικού - Θεσμικού Πλαισίου - Εφαρμογή των Νόμων

Περιγραφή

Καταγραφή όλων των υφιστάμενων νομοθετημάτων σχετικά με την πρόληψη των ακούσιων σωματικών κακώσεων. Κατάργηση απηρχαιωμένων διατάξεων, αποσαφήνιση επικαλύψεων και συμπλήρωση με νεότερα δεδομένα. Αξιολόγηση-επιτήρηση εφαρμογής νόμων στην πράξη. Εκσυγχρονισμός του νομοθετικού πλαισίου, καλύτερη και αποτελεσματικότερη εφαρμογή του.

Στόχοι

- Εκσυγχρονισμός της σχετικής νομοθεσίας.
- Ταχύτερη απονομή δικαιοσύνης σε αστικές και ποινικές διεκδικήσεις θυμάτων.
- Βελτίωση του αισθήματος ασφάλειας και εγγύησης των αγαθών των πολιτών.
- Εγγύηση της διαφάνειας και της ισοτιμίας κατά την αναζήτηση ευθυνών.

Ενέργειες Υλοποίησης

- Καταγραφή όλου του υφιστάμενου νομικού πλαισίου σε Ελλάδα και Ε.Ε.
- Σύγκριση με την ανάλογη νομοθεσία άλλων κρατών.
- Έκδοση συμπληρωματικών-διορθωτικών νομοθετημάτων αν και όπου απαιτείται.
- Καθιέρωση τριετούς ανανέωσης του Κ.ΟΚ., με βάση τα εκάστοτε υφιστάμενα δεδομένα.
- Σύνταξη και διανομή οδηγού δικαιωμάτων των πολιτών αναφορικά με τα ατυχήματα, μαζί με απλές συστάσεις για την πρόληψή τους.
- Προτυποποίηση και εντατικοποίηση του συστήματος ελέγχων και καθιέρωση δημόσιας προβολής του καταλόγου των υποτρόπων φορέων, συμπεριλαμβανομένων των διαφημίσεων που ενδεχομένως, ακούσια ή εκούσια, κατευθύνουν σε συμπεριφορά υψηλού κινδύνου για ατυχήματα (π.χ., εταιρίες εμπορίας παιχνιδιών, κατασκευαστικές εταιρίες υδάτινων δεξαμενών αναψυχής, φαρμακευτικές εταιρίες) με άμεση επιβολή των προβλεπόμενων κυρώσεων.

Φορείς Υλοποίησης

Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Υπουργείο Δικαιοσύνης, Μ.Μ.Ε., μη-κυβερνητικές οργανώσεις που δραστηριοποιούνται σχετικά με τα ατυχήματα.

Χρονοδιάγραμμα

2009: Διαμόρφωση νομοθετικής ομάδας.

2009 - 2010: Ολοκλήρωση διαδικασίας αποδελτίωσης-εκσυγχρονισμού νομοθεσίας.

3ος Άξονας: Διαχείριση Τραυματία

Δράση Ι: Αντιμετώπιση του Τραυματία στον Τόπο του Ατυχήματος: Μεταφορά - Πρόσβαση - Παραλαβή από το Νοσοκομείο

Περιγραφή

Η παρούσα δράση αποτελείται από δύο άξονες. Ο πρώτος άξονας αφορά στην ενημέρωση για το συμβάν, άφιξη και αρμοδιότητες του Ε.Κ.Α.Β., της αστυνομίας και της πυροσβεστικής υπηρεσίας στον τόπο του ατυχήματος. Ο δεύτερος άξονας αφορά στην «αλυσίδα μεταφοράς» του τραυματία.

Στόχοι

- Άμεση και σωστή αντιμετώπιση του τραυματία από τον τόπο του ατυχήματος στη νοσηλευτική μονάδα αντιμετώπισης και αποκατάστασης.

Ενέργειες Υλοποίησης

- Ενιαίο αυτοματοποιημένο, γρήγορο και σαφές σύστημα ενημέρωσης των τριών φορέων άμεσης επέμβασης (Ε.Κ.Α.Β. - Αστυνομία - Πυροσβεστική).
- Μελέτη της διαδικασίας επιβεβαίωσης της κλήσης, δεδομένου ότι έχει καταγραφεί ανάλωση των ασθενοφόρων σε μεγάλο αριθμό ατελέσφορων διακομιδών.
- Ανάπτυξη πρωτοκόλλου για ενιαίο και σαφές πρόγραμμα ενεργειών, κατά τα πρώτα λεπτά της άφιξης και για τους τρεις φορείς άμεσης πρόσβασης στον τόπο του ατυχήματος.
- Σύνταξη και διανομή έντυπου υλικού δέκα σημείων σχετικών με:
 - Βασικές αρχές μεταφοράς τραυματία.
 - Φροντίδα και προστασία αυχένα και καταγμάτων.
 - Διάνοιξη αεραγωγού.
 - Αναστολή ενεργού ορατής αιμορραγίας.
 - Ελέγχου αναπνοής.
 - Ελέγχου κυκλοφορίας και επιβεβαίωσης πιθανής ανακοπής.
 - Χορήγησης εμφυσήσεων με μάσκα τσέπης.
 - Εφαρμογής θωρακικών συμπίεσεων.
 - Τοποθέτησης σε θέση ανάνηψης.
 - Προστασίας του θύματος από υποθερμία.
- Αποσυμφόρηση του προγράμματος διακομιδών του Ε.Κ.Α.Β. μέσω ειδικής ρύθμισης διακίνησης χρονίων περιστατικών και εφαρμογή απόφασης σχετικής με την υποχρέωση κάθε νοσοκομείου να διαθέτει δικό του αυτοκίνητο και προσωπικό για τη διαχείριση των μεταφορών των χρονίως πασχόντων ασθενών.
- Σύνταξη και έκδοση έντυπου υλικού για την αστυνομία και την πυροσβεστική με γραπτές οδηγίες, σχετικές με τη διαχείριση μαζικού ατυχήματος.
- Επιτάχυνση του χρόνου άφιξης του Ε.Κ.Α.Β. δεδομένου ότι η πλειοψηφία των τραυματιών τελικά μεταφέρονται με ίδιο μέσο (καθυστερήρηση άφιξης ασθενοφόρου).
- Υπαγωγή του μαθήματος πρώτων βοηθειών στις σχολές αστυνομίας.
- Δημιουργία χώρου υποδοχής και διαλογής περιστατικών σε όλα τα κέντρα νοσηλείας τραυματιών.
- Ενίσχυση των Τμημάτων Επειγόντων Περιστατικών με τον απαραίτητο υλικοτεχνικό εξοπλισμό.
- Εξοπλισμός ασθενοφόρων με αναλώσιμα μεγεθών κατάλληλα για τη μεταφορά παιδιών.
- Εφαρμογή νόμου περί αυτόνομης λειτουργίας Τμημάτων Επειγόντων Περιστατικών.
- Διαμόρφωση χώρου Τ.Ε.Π. με τρόπο που να διευκολύνεται η άμεση πρόσβαση και η ταχεία αποχώρηση των αυτοκινήτων ασθενοφόρων.

Φορείς Υλοποίησης

Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Υγειονομικές Περιφέρειες, Ε.Κ.Α.Β.

Χρονοδιάγραμμα

2009 - 2010: Νομοθετικές ρυθμίσεις, έκδοση εγκυκλίων.

2009 - 2010: Μελέτες.

2009 - 2010: Εξοπλισμός.

Δράση 2: Πρόληψη Βλαβών Υγείας από Μακροχρόνια Παραμονή σε Νοσοκομείο

Περιγραφή

Με βάση στοιχεία από την έκθεση της Επιτροπής Οδικής Ασφάλειας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (2006) το Μάιο του 2003 σε 106 νοσοκομεία της χώρας καταγράφηκαν μόνο 28 Φυσίατροι, επίσης μόνο σε 63 νοσοκομεία υπάρχει χώρος φυσικοθεραπείας και μόνο 3 νοσοκομεία διαθέτουν πισίνες, ενώ 90 δημόσια νοσοκομεία διαθέτουν Φυσικοθεραπευτές. Είναι γεγονός ότι η αποτελεσματική αποκατάσταση και πρόληψη βλαβών από μακροχρόνια παραμονή - ακινησία σε νοσοκομείο δεν είναι εύκολη και υπάρχει επιτακτική ανάγκη παρέμβασης για την αποφυγή βλαβών του μυο-σκελετικού συστήματος, κυρίως σε τραυματίες με μεγάλο χρόνο νοσοκομειακής παραμονής και ακινησίας. Είναι επίσης γεγονός ότι σημαντικό ποσοστό τραυματιών τροχαίων ατυχημάτων, απαιτούν συστηματική αποκατάσταση μετά από παραμονή σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας, ενώ τις περισσότερες φορές οι ασθενείς αυτοί δεν ενημερώνονται για την αναγκαιότητα και τη σπουδαιότητα μεθόδων αποκατάστασης.

Στόχοι

- Πρόληψη των βλαβών που μπορεί να προκληθούν από μακροχρόνια ακινησία.

Ενέργειες Υλοποίησης

- Αποστολή εγκυκλίου προς τις Υγειονομικές Περιφέρειες με την υποχρέωση να ενημερώσουν τα εποπτευόμενα νοσοκομεία, η οποία θα αναφέρει:
 - Άμεση πληροφόρηση Φυσιότρων και Φυσικοθεραπευτών των νοσοκομείων για την είσοδο του ασθενούς με πιθανή μακροχρόνια παραμονή άνω των 15 ημερών σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας ή σε οποιοδήποτε τμήμα εάν συνυπάρχει απόλυτη παραμονή στο κρεβάτι.
 - Εκτίμηση του περιστατικού για το αν απαιτούνται ειδικά μέτρα ή απλές οδηγίες. Οι οδηγίες θα πρέπει να είναι γραπτές στο φύλλο ιστορικού και να αναγνωσθούν προσεκτικά από το νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό.
 - Εάν απαιτείται, ο ασθενής παρακολουθείται κατ' αναγκαία χρονικά διαστήματα, το λιγότερο όμως 1 φορά το δεκαπενθήμερο (ιδανικά 1 φορά την εβδομάδα). Η παρακολούθηση τεκμηριώνεται στο φύλλο ιστορικού.
 - Εκτίμηση της κατάστασης άμεσα προ εξόδου και τεκμηρίωση στο φύλλο ιστορικού.
 - Γραπτές οδηγίες αν απαιτείται περαιτέρω αποκατάσταση και πληροφόρηση του ασθενούς για το πού μπορεί να γίνει αυτή.
- Καταγραφή, στο πλαίσιο λειτουργίας του Εθνικού Μητρώου Τραύματος, σε όλα τα φυσικοθεραπευτικά τμήματα των νοσοκομείων των βλαβών μακροχρόνιας νοσηλείας.
- Σύναψη συμβάσεων νοσοκομείων με ιδιώτες Φυσιάτρους της περιοχής τους.
- Ίδρυση φυσικοθεραπευτικών τμημάτων στα κεντρικά νοσοκομεία που δεν διαθέτουν ήδη
- Ίδρυση θέσεων και προκήρυξη θέσεων φυσιάτρου στα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ.
- Συνεργασία με την Ελληνική Εταιρία Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης και άλλους εμπλεκόμενους φορείς.

Φορείς Υλοποίησης

Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Υγειονομικές Περιφέρειες, Νοσοκομεία.

Χρονοδιάγραμμα

2008 - 2009: Νομοθετικές ρυθμίσεις, έκδοση εγκυκλίων.

2008 - 2010: Ενίσχυση και επέκταση της λειτουργίας των φυσικοθεραπευτικών τμημάτων των νοσοκομείων

4ος Άξονας: Εκπαίδευση

Δράση Ι: Εκπαίδευση Πληρωμάτων Ε.Κ.Α.Β.

Περιγραφή

Η εκπαίδευση όσον αφορά στο χώρο της προνοσοκομειακής, αλλά και νοσοκομειακής επείγουσας ιατρικής, τόσο στον ιατρικό τομέα, όσο και στον παραϊατρικό τομέα, είναι βασική επιδίωξη στη διακομιδή και αντιμετώπιση του τραυματία.

Το Ε.Κ.Α.Β., μέχρι σήμερα, συνεχίζει με κάθε τρόπο την αναβάθμιση και τη συνέχιση των εκπαιδευτικών προγραμμάτων που έχει αναλάβει, τόσο σε επίπεδο ιατρών, όσο και σε επίπεδο διασωστών. Μέχρι σήμερα, οι ιατροί του Ε.Κ.Α.Β. έχουν στην πλειονότητά τους εκπαιδευτεί στην Επείγουσα Προνοσοκομειακή Ιατρική, μέσω ενός εννεάμηνου εκπαιδευτικού προγράμματος που αποτελείται από θεωρητικό μέρος και πρακτικές ασκήσεις. Παράλληλα, η εκπαίδευση στο πρόγραμμα αυτό είναι διαθέσιμη σε όποιον ειδικευμένο γιατρό το επιθυμεί να εκπαιδευτεί πάνω σε αυτό το αντικείμενο. Όσο αφορά στα πληρώματα που στελεκώνουν τα ασθενοφόρα, τα περισσότερα από τα νέα άτομα είναι απόφοιτοι του Ι.Ε.Κ.-Ε.Κ.Α.Β. και γνωρίζουν όλες τις βασικές αρχές αντιμετώπισης του πολυτραυματία στον προνοσοκομειακό χώρο.

Στόχοι

- Η βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών που προσφέρουν τα πληρώματα στον τομέα της προνοσοκομειακής και νοσοκομειακής επείγουσας ιατρικής.
- Η αξιολογημένη και μετρήσιμη βελτίωση των γνώσεων και δεξιοτήτων των επαγγελματιών που ασχολούνται με την προνοσοκομειακή και νοσοκομειακή επείγουσα φροντίδα.

Ενέργειες Υλοποίησης

- Συνέχιση της εκπαίδευσης των ιατρών όλης της χώρας στην επείγουσα προνοσοκομειακή και νοσοκομειακή ιατρική με αντικειμενικό στόχο, όλοι οι ιατροί να είναι εκπαιδευμένοι και ενήμεροι για την αντιμετώπιση του τραύματος προνοσοκομειακά.
- Συνέχιση της εκπαίδευσης των πληρωμάτων του Ε.Κ.Α.Β., αλλά και όλων των ασθενοφόρων στις βασικές αρχές της προνοσοκομειακής ιατρικής.
- Ενιαία εκπαίδευση των πληρωμάτων του Ε.Κ.Α.Β., ώστε να διατηρείται και να επαυξάνεται η ετοιμότητά τους για την αντιμετώπιση αντίστοιχων συμβάντων.
- Σύσταση τμήματος ειδικότητας «πλήρωμα ασθενοφόρου» στο Τ.Ε.Ι., ώστε να χορηγείται η ανάλογη ειδικότητα και να κατοχυρωθεί και το ανάλογο επάγγελμα.
- Θεσμοθέτηση της εξειδίκευσης της επείγουσας ιατρικής.

Φορείς Υλοποίησης

Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας, Ιατρικές Σχολές.

Χρονοδιάγραμμα

2009 - 2010: Νομοθετικές ρυθμίσεις-έκδοση εγκυκλίων.

Δράση 2: Ψυχικές Πρώτες Βοήθειες σε Ατυχήματα

Περιγραφή

Ο τραυματίας υφίσταται φορτίσεις, τις οποίες δεν αντιλαμβάνονται πάντα και πλήρως οι βοηθούντες αυτόν, σε σωματικό, ψυχολογικό, συμπεριφορικό επίπεδο. Οι επιπτώσεις αυτές μπορεί να επηρεάσουν για μεγάλο χρονικό διάστημα την ποιότητα ζωής του. Ίσως στην Ελλάδα η αναγκαιότητα άμεσης ψυχολογικής υποστήριξης να μην έχει γίνει αρκετά αντιληπτή, αφού οι γιατροί και οι νοσηλευτές, όπως επίσης και οι αστυνομικοί, οι οποίοι συνήθως είναι παρόντες την ώρα του ατυχήματος, δεν έχουν εκπαιδευτεί επαρκώς στο θέμα της ψυχολογικής υποστήριξης του τραυματία, κατά τη διάρκεια των βασικών τους σπουδών.

Στόχοι

- Ψυχολογική υποστήριξη τραυματιών και συγγενών τους.

Ενέργειες Υλοποίησης

- Σύνταξη κατάλληλου εγχειριδίου ψυχολογικής υποστήριξης θυμάτων ατυχημάτων και συγγενών τους.
- Ενσωμάτωση αρχών και μεθόδων ψυχολογικής υποστήριξης τραυματία και συγγενών του, στο εκπαιδευτικό πρόγραμμα των πληρωμάτων.
- Ενσωμάτωση αρχών και μεθόδων ψυχολογικής υποστήριξης τραυματία και συγγενών του, στο εκπαιδευτικό πρόγραμμα των αστυνομικών.
- Σε συνεργασία με τα Α.Ε.Ι./ Τ.Ε.Ι. της χώρας, αναπτύσσεται και υλοποιείται εκπαιδευτικό πρόγραμμα επαγγελματιών υγείας στις αρχές και μεθόδους ψυχολογικής υποστήριξης τραυματία και συγγενών του. Το πρόγραμμα έχει εξάμηνη διάρκεια και με το πέρας αυτού χορηγείται πιστοποιητικό παρακολούθησης, το οποίο προσμετρείται στην ιεραρχική εξέλιξη των καταρτιζόμενων.

Φορείς Υλοποίησης

Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Α.Ε.Ι./ Τ.Ε.Ι., Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας, Αστυνομικές Σχολές.

Χρονοδιάγραμμα

2009 - 2010: Διαδικασίες ενσωμάτωσης στα προγράμματα σχολών πληρωμάτων και αστυνομικών.
2009: Παραγωγή εκπαιδευτικού υλικού.
2009: Σχεδιασμός εκπαιδευτικού προγράμματος.
2010: Υλοποίηση πρώτου εκπαιδευτικού προγράμματος.

Δράση 3: Εκπαίδευση Στελεχών Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης στην Πρόληψη των Ατυχημάτων

Περιγραφή

Εκπαίδευση στελεχών της πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης στην πρόληψη των ατυχημάτων.

Στόχοι

- Η βελτίωση της γνωστικής και επιστημονικής υποδομής των δασκάλων και καθηγητών που εμπλέκονται στην υλοποίηση των δράσεων και ενεργειών για την πρόληψη των ατυχημάτων σε παιδιά και νέους.
- Η βελτίωση της ποιότητας των εκπαιδευτικών δραστηριοτήτων αγωγής υγείας.
- Η ουσιαστική και μετρήσιμη αύξηση του αριθμού των εκπαιδευτικών προγραμμάτων και των συμμετεχόντων σε αυτά.
- Η αξιολογημένη και μετρήσιμη βελτίωση της ποιότητας των εκπαιδευτικών προγραμμάτων.
- Η αξιολογημένη και μετρήσιμη βελτίωση των γνώσεων και δεξιοτήτων των εκπαιδευτικών που εργάζονται στον τομέα της αγωγής υγείας.

Ενέργειες Υλοποίησης

- Σχεδιάζεται εκπαιδευτικό πρόγραμμα, προσαρμοσμένο στις ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες του στελεχειακού δυναμικού της εκπαίδευσης που ασχολείται με την αγωγή υγείας.
- Οργανώνονται ετήσια προγράμματα θεωρητικής και πρακτικής εκπαίδευσης σε συγκεκριμένες μεθόδους αγωγής υγείας και πρόληψης των ακούσιων σωματικών κακώσεων για τα στελέχη της εκπαίδευσης.
- Παρέχονται κίνητρα στους εκπαιδευτικούς για επανακατάρτιση στην πρόληψη ακούσιων σωματικών κακώσεων/ αγωγή υγείας (π.χ. επιδοτούμενα σεμινάρια, πιστοποίηση συμβεβλημένων εξωτερικών συνεργατών).

Φορείς Υλοποίησης

Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας Α.Ε.Ι./Τ.Ε.Ι., Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων, Διευθύνσεις Αγωγής Υγείας Υπουργείου Παιδείας.

Χρονοδιάγραμμα

2008: Προετοιμασία εκπαιδευτικού προγράμματος.

2008 - 2009: Υλοποίηση πρώτου εκπαιδευτικού προγράμματος.

Ετησίως: Αξιολόγηση εκπαιδευτικών προγραμμάτων.

Δράση 4: Εκπαίδευση Επαγγελματιών Υγείας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Περιγραφή

Εκπαίδευση επαγγελματιών υγείας που εργάζονται στις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας σε αρχές και μεθόδους πρόληψης των ατυχημάτων.

Στόχοι

- Η βελτίωση της γνωστικής και επιστημονικής υποδομής των επαγγελματιών υγείας στην υλοποίηση των δράσεων και ενεργειών για την πρόληψη των ατυχημάτων.
- Η βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών που προσφέρουν οι επαγγελματίες υγείας στον τομέα της πρόληψης των ατυχημάτων.
- Η ουσιαστική και μετρήσιμη αύξηση του αριθμού των εκπαιδευτικών προγραμμάτων για τους επαγγελματίες υγείας.
- Η αξιολογημένη και μετρήσιμη βελτίωση της ποιότητας των εκπαιδευτικών προγραμμάτων.
- Η αξιολογημένη και μετρήσιμη βελτίωση των γνώσεων και δεξιοτήτων των επαγγελματιών υγείας που ασχολούνται ή πρόκειται να απασχοληθούν με τον τομέα της πρόληψης των ατυχημάτων.

Ενέργειες Υλοποίησης

- Σχεδιάζεται εκπαιδευτικό πρόγραμμα, προσαρμοσμένο στις ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες των επαγγελματιών υγείας που έχουν ή θα αποκτήσουν σχέση με τον τομέα της πρόληψης των ατυχημάτων.
- Οργανώνονται ετήσια προγράμματα θεωρητικής και πρακτικής εκπαίδευσης σε συγκεκριμένες «καλές πρακτικές» πρόληψης των ατυχημάτων.

Φορείς Υλοποίησης

Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Α.Ε.Ι./Τ.Ε.Ι.

Χρονοδιάγραμμα

2009: Προετοιμασία εκπαιδευτικού προγράμματος.

2010: Υλοποίηση πρώτου εκπαιδευτικού προγράμματος.

Ετησίως: Αξιολόγηση εκπαιδευτικών προγραμμάτων.

5ος Άξονας: Συντονισμός - Διατομεακή Συνεργασία

Δράση Ι: Συντονισμός Εθνικής Πολιτικής

Περιγραφή

Προώθηση του συντονισμού των δράσεων για την πρόληψη των ατυχημάτων, σε εθνικό και ευρωπαϊκό επίπεδο.

Στόχοι

- Η διασφάλιση της διατομεακής συνεργασίας η προώθηση της κοινής δράσης, της αλληλοβοήθειας και της συνεργασίας των φορέων.
- Η εξασφάλιση της διεθνούς συνεργασίας, στο πλαίσιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης και των διεθνών οργανισμών.
- Η εξασφάλιση της επικουρικότητας και συμπληρωματικότητας των δράσεων και η μεγιστοποίηση της αποτελεσματικότητάς του, μέσω του συντονισμού σε εθνικό και διεθνές επίπεδο.

Ενέργειες Υλοποίησης

- Προωθείται η οργάνωση συντονιστικού μηχανισμού (Εθνική Επιτροπή Συντονισμού) όλων των δράσεων για την πρόληψη των ατυχημάτων.
- Προωθείται ο συντονισμός κατά τομέα δράσης, με τον ορισμό τομεακών συντονιστών.
- Εξασφαλίζεται η διατήρηση ενός τακτικού εθνικού φόρουμ για τη συνεργασία και το συντονισμό των δράσεων για την πρόληψη των ατυχημάτων.
- Προωθείται ο συντονισμός των δράσεων με την Ευρωπαϊκή Ένωση και τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας.

Φορείς Υλοποίησης

Υπουργεία και υπηρεσίες των Υπουργείων Εσωτερικών Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Οικονομικών, Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων, Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων, Οργανισμοί και Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας.

Χρονοδιάγραμμα

2009: Οργάνωση συντονιστικού μηχανισμού.
2009 - 2012: Ενέργειες προώθησης συντονισμού.

Δράση 2: Διατομεακή Συνεργασία

Περιγραφή

Προώθηση της ευρείας διατομεακής συνεργασίας για την πρόληψη των ατυχημάτων.

Στόχοι

- Η συμμετοχή όλων των συναρμόδιων φορέων και υπηρεσιών στην προσπάθεια για την πρόληψη των ατυχημάτων.
- Η ανάληψη δράσεων σε όλους τους τομείς της πρόληψης.
- Η κινητοποίηση περισσότερων μέσων και πόρων στην προσπάθεια για την πρόληψη των ατυχημάτων.
- Η εξασφάλιση της επικουρικότητας και συμπληρωματικότητας των δράσεων και η μεγιστοποίηση της αποτελεσματικότητάς τους.

Ενέργειες Υλοποίησης

- Αναπτύσσεται συγκεκριμένο πολιτικό πλαίσιο και διαδικασίες για την προώθηση της διατομεακής συνεργασίας.
- Οργανώνεται η συνεχής και συστηματική συνεργασία με το Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων για την προώθηση μέτρων και προγραμμάτων αγωγής υγείας και πρόληψης στα σχολεία.
- Οργανώνεται η συνεργασία, πληροφόρηση και εκπαίδευση των επαγγελματιών με σκοπό την ευαισθητοποίηση σε θέματα πρόληψης.
- Οργανώνεται η συστηματική συνεργασία με όλα τα εμπλεκόμενα υπουργεία.
- Καθορίζονται οι προτεραιότητες και οι στόχοι σε κάθε τομέα δράσης, με βάση τις κοινά αποδεκτές ανάγκες.
- Προγραμματίζονται ενέργειες προώθησης, υποστήριξης και περιοδικής αξιολόγησης της συνεργασίας.

Φορείς Υλοποίησης

Υπουργεία και υπηρεσίες των Υπουργείων Εσωτερικών Δημόσιας Διοίκησης & Αποκέντρωσης, Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Ανάπτυξης, Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων.

Χρονοδιάγραμμα

2009 - 2011: Οργάνωση διατομεακής συνεργασίας.
2009 - 2012: Εφαρμογή μέτρων διατομεακής συνεργασίας.

Διαδικασία Υλοποίησης - Χρηματοδότηση



I. Διαδικασία Υλοποίησης

I.1 Εθνική Επιτροπή Συντονισμού του Εθνικού Σχεδίου Δράσης

Η ιεράρχηση προτεραιοτήτων, ο συντονισμός και η παρακολούθηση του Εθνικού Σχεδίου Δράσης θα ανατεθεί σε μία Εθνική Επιτροπή Συντονισμού, η οποία θα περιλαμβάνει μέλη από όλους τους εμπλεκόμενους στην υλοποίηση του σχεδίου φορείς, κυβερνητικούς και μη. Η θητεία της Επιτροπής Συντονισμού θα είναι όση και η διάρκεια του Σχεδίου Δράσης, χωρίς να υπόκειται σε πολιτικές μεταβολές.

I.2 Εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης

Η Εθνική Συντονιστική Επιτροπή θα συνεργάζεται άμεσα με όλους τους εμπλεκόμενους φορείς και το Εθνικό Συμβούλιο Δημόσιας Υγείας και θα λογοδοτεί στο Γενικό Γραμματέα Δημόσιας Υγείας και στον Υπουργό Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης για την πορεία υλοποίησης του Σχεδίου Δράσης.

I.3 Σύστημα Ελέγχου και Αξιολόγησης

Η υλοποίηση του Σχεδίου Δράσης θα συνοδεύεται από μία διαρκή διαδικασία ελέγχου και αξιολόγησης, με σκοπό τον επαναπροσδιορισμό των στόχων και τον επανασχεδιασμό των δράσεων, για την εξασφάλιση της αποτελεσματικότητας του σχεδίου. Η διαδικασία ελέγχου και αξιολόγησης είναι συνδεδεμένη:

(α) Με τους δείκτες παρακολούθησης του Σχεδίου Δράσης.

(β) Με τη διαρκή διαδικασία δημόσιας λογοδοσίας για την πορεία του Σχεδίου Δράσης και των αποτελεσμάτων του. Για το λόγο αυτό:

- Καθιερώνεται η τακτική δημοσιοποίηση και δημόσια συζήτηση των στόχων, των δράσεων και της ετήσιας έκθεσης προόδου του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για τα Ατυχήματα.
- Προωθείται η δημιουργία ενός κοινωνικού φόρουμ διαλόγου και δημόσιας λογοδοσίας για την πρόληψη των ατυχημάτων, στο οποίο θα μετέχουν όλοι οι δημόσιοι και κοινωνικοί φορείς που δραστηριοποιούνται στον τομέα αυτό.
- Εξασφαλίζεται η παροχή δεδομένων και πληροφοριών για το δημόσιο διάλογο.
- Οργανώνεται ετήσιο πρόγραμμα εθνικών και περιφερειακών εκδηλώσεων δημόσιας διαβούλευσης για την πορεία και τα αποτελέσματα των δράσεων για την πρόληψη των ατυχημάτων.

Η επιτροπή υποχρεούται να υποβάλει ετήσια έκθεση πεπραγμένων και αξιολόγησης πορείας και υλοποίησης δράσεων στην πολιτική ηγεσία του Υπουργείου Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης και να δημοσιοποιεί τα αποτελέσματά της στο διαδίκτυο και στα Μ.Μ.Ε., με στόχο την αποτελεσματικότερη και έγκυρη ενημέρωση του πληθυσμού, αναφορικά με την επίτευξη των στόχων του Εθνικού Σχεδίου Δράσης.

2. Κοστολόγηση - Χρηματοδότηση

Ο συνολικός προϋπολογισμός των δράσεων του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για τα ατυχήματα ανέρχεται σε **21.669.140 Ευρώ**. Ειδικότερα ο προϋπολογισμός κάθε άξονα του σχεδίου δράσης παρουσιάζεται στον Πίνακα 1, ενώ στον Πίνακα 2 παρουσιάζεται η κατανομή του προϋπολογισμού του Εθνικού Σχεδίου Δράσης σε βάθος πενταετίας.

Ο αναγνώστης μπορεί να αναζητήσει αναλυτική οικονομοτεχνική μελέτη, στην οποία παρουσιάζεται η κοστολόγηση ανά δράση και πηγή χρηματοδότησης, στην ιστοσελίδα του Υγειονομικού Χάρτη www.ygeianet.gov.gr.

Πίνακας 1: Συνολικός προϋπολογισμός του Εθνικού Σχεδίου Δράσης ανά άξονα.

A/A	ΑΞΟΝΕΣ	ΤΙΤΛΟΣ ΑΞΟΝΑ	ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΚΟΣΤΟΣ ΣΕ €
1	ΑΞΟΝΑΣ I	Συστηματική Καταγραφή και Έγκαιρη Επαγρύπνηση - Έρευνα	1.415.713
2	ΑΞΟΝΑΣ II	Πρόληψη, Μέτρα, Παρεμβάσεις	3.800.000
3	ΑΞΟΝΑΣ III	Διαχείριση Τραυματία	9.370.000
4	ΑΞΟΝΑΣ IV	Εκπαίδευση	6.890.000
5	ΑΞΟΝΑΣ V	Συντονισμός - Διατομεακή Συνεργασία	193.427
ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ:			21.669.140

Πίνακας 2: Προϋπολογισμός του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για κάθε έτος εφαρμογής.

ΕΤΟΣ	ΠΟΣΟ ΣΕ €
2009	5.610.930
2010	5.387.128
2011	5.392.632
2012	5.278.451
ΣΥΝΟΛΟ	21.669.140

Επίσης, στον Πίνακα 3 παρουσιάζονται οι πηγές χρηματοδότησης των προβλεπόμενων δράσεων του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για τα Ατυχήματα και στον Πίνακα 4 η ετήσια κατανομή του εκτιμώμενου κόστους ανά πηγή χρηματοδότησης.

Πίνακας 3: Πηγές χρηματοδότησης του Εθνικού Σχεδίου Δράσης.

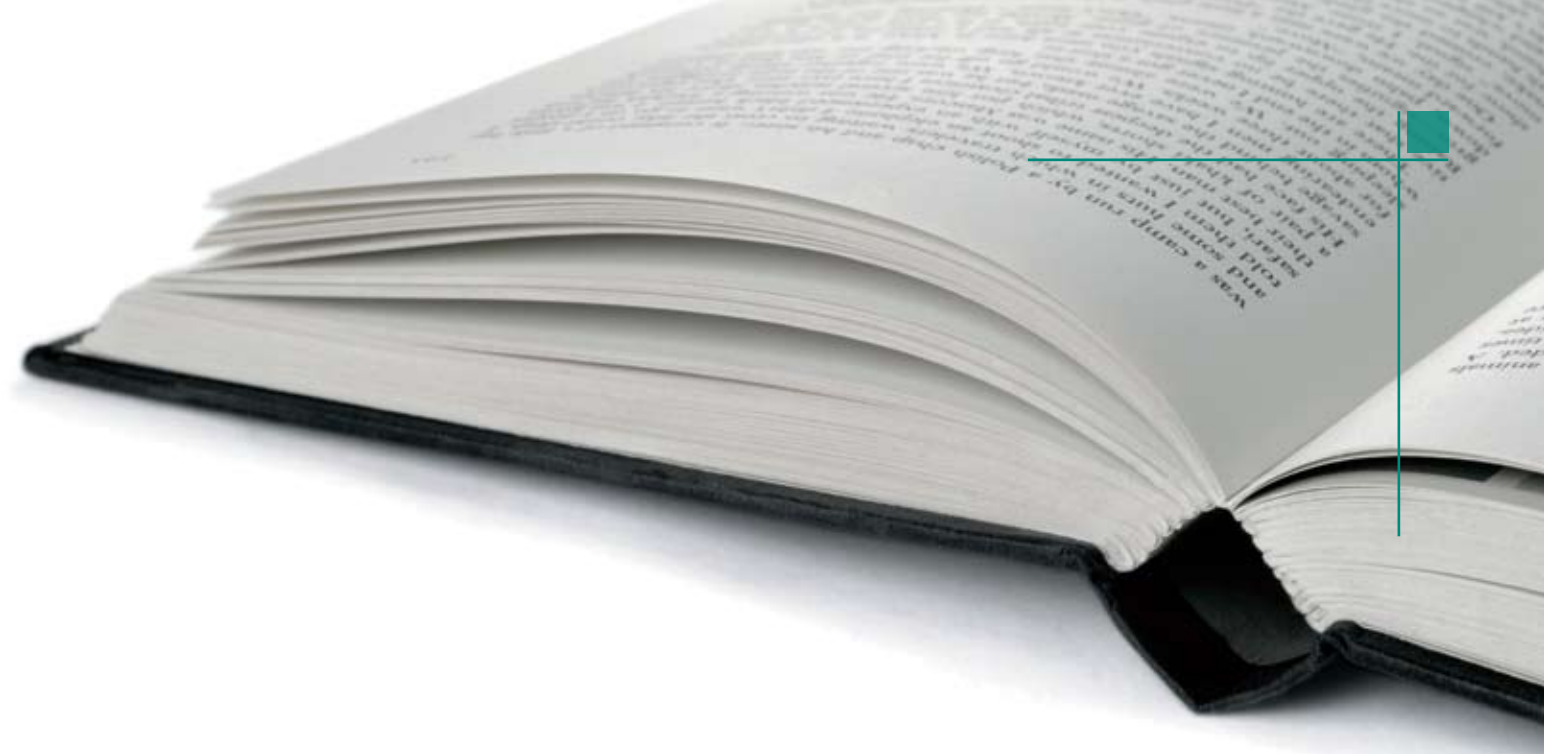
ΑΞΟΝΕΣ	ΠΗΓΕΣ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗΣ	
	ΤΙΜΕΣ ΣΕ €	
	Ε.Σ.Π.Α.	ΚΡΑΤ. ΠΡΟΫΠ/ΣΜΟΣ
I. Συστηματική Καταγραφή και Έγκαιρη Επαγρύπνηση - Έρευνα	99.000	1.316.713
II. Πρόληψη, Μέτρα, Παρεμβάσεις	3.000.000	800.000
III. Διαχείριση Τραυματία	9.370.000	
IV. Εκπαίδευση	6.740.000	150.000
V. Συντονισμός - Διατομεακή Συνεργασία		193.427
ΣΥΝΟΛΟ ΑΝΑ ΠΗΓΗ:	19.209.000	2.460.140
ΠΟΣΟΣΤΟ (%) ΑΝΑ ΠΗΓΗ:	88,65%	11,35%

Πίνακας 4: Ετήσια κατανομή του εκτιμώμενου κόστους σε Ευρώ ανά πηγή χρηματοδότησης.

ΠΗΓΗ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗΣ	2009	2010	2011	2012	ΣΥΝΟΛΟ
Ε.Σ.Π.Α.	4.974.000	4.815.000	4.735.000	4.685.000	19.209.000
ΚΡΑΤ. ΠΡΟΫΠ/ΣΜΟΣ	636.930	572.128	657.632	593.451	2.460.140
ΣΥΝΟΛΟ	5.610.930	5.387.128	5.392.632	5.278.451	21.669.140

Βιβλιογραφία

- Abbott, J., Johnson, R., Koziol-McLain, J. & Lowenstein, S.R. (1995) **Domestic violence against women: Incidence and prevalence in an emergency department population.** JAMA. 273, pp. 1763-1767.
- American Academy of Pediatrics Committee on Injury and Poison Prevention. (1991) **Office based counselling for injury prevention.** Pediatrics; 88, pp. 1112-1118.
- Chang, J.T., Morton, S.C., Rubenstein, L.Z., Mojica, W.A., Maglione, M., Suttorp, M.J., Roth, E.A. & Shekelle, P.G. (2004) **Interventions for the prevention of falls in older adults: Systematic review and meta-analysis of randomised clinical trials.** BMJ. 328, pp. 680-683.
- Concha-Barrientos, M., Nelson, D.I., Fingerhut, M., Driscoll, T. & Leigh, J. (2005) **The Global Burden Due to Occupational Injury.** American Journal of Industrial Medicine 48, pp. 470-481.
- Davis, R.M. & Pless, B. (2001) **BMJ bans “accidents”.** BMJ 322, pp. 1320-1.
- Dearwater, S.R., Coben, J.H., Campbell, J.C., Nah, G., Glass, N., McLoughlin, E. & Bekemeier, B. (1998) **Prevalence of intimate partner abuse in women treated at community hospital emergency departments.** JAMA. 280, pp. 433-438.
- Dessypris, N., Petridou, E., Skalkidis, Y., Moustaki, M., Koutselinis, A. & Trichopoulos, D. (2002) **Countrywide estimation of the burden of injuries in Greece: a limited resources approach.** J Cancer Epidemiol Prev; 7, pp. 123-129.
- EUROFOUND (European Foundation for the Improvement of the Working and Living Conditions) (2005). Available online at: <http://www.eurofound.europa.eu/eiro/2005/11/word/gr0511101nel.doc>.



- EHLASS (European Home and Leisure Accident Surveillance System) (2002). Annual EHLASS Report Greece 2001. Available online at: http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2001/injury/fp_injury_2001_frep_04_en.pdf.
- Haddon, W.Jr. (1963) **A note concerning accident theory and research with special reference to motor vehicle accidents.** Ann NY Acad Sci .107, pp. 635-46.
- Haddon, W.Jr. (1970) **On the escape of tigers: an ecologic note.** Am J Public Health Nations Health; 60, pp. 2229-2234.
- Holder, Y., Peden, M., Krug, E., Lund, J., Gururaj, G. & Koibusingye, O. (2001) **Injury Surveillance Guidelines.** Geneva: World Health Organization.
- Petridou, E. (2003) **From injury research to injury prevention: Facilitating the connection.** Inj Control Saf Promot 10, pp. 121-122.
- Petridou, E., Alexe, D.M., McDaid, D., Segui-Gomez, M., and the Task Force on Burden of Injuries (BOI) of the European Commission Working Party on Accidents and Injuries (WP-AI) (2005) **Burden Of Fatal Injuries In The European Union.** Report, prepared for the European Commission, DG SANCO. Athens, Greece.
- Roberts, I. (2004) **Injury and globalization.** Inj Prev. 10, pp. 65-66.
- Roberts, I. (2005) **Trauma care research and the war on uncertainty.** BMJ. 331, pp. 1094-1096.

- Trichopoulos, D., Kalapothaki, V. & Petridou, E. (2000) **Preventive Medicine and Public Health**. Eds Zita, pp. 176-177.
- WHO (World Health Organization) (1996) **Investing in health research and development. Report of the Ad Hoc Committee on Health Research Relating to Future Intervention Options**. (Internet), Geneva. Available online at: www.who.int/tdr/publications/publications/investing_report.htm.
- (1998) **Safety and safety promotion: conceptual and operational aspects**. Quebec: 1998 pp. 1-20.
- Σπυριδάκης, Μ. (επιμ.) **Χωρικοί Μετασχηματισμοί και Κοινωνική Έρευνα**. Εκδόσεις Νήσος (υπό έκδοση).
- Χάνδανος, Γ. (2007) **Ομιλία με θέμα «Οδική Ασφάλεια στην Ελλάδα-Τάσεις και Προοπτικές»**. 1η Παγκόσμια Εβδομάδα Οδικής Ασφάλειας, 24 Απριλίου 2007.





ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
&
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ

Αθήνα 2008

www.ygeianet.gov.gr