**Analýza stavu úrazovosti a bezpečnosti detí a mládeže v Slovenskej republike**

Tento materiál, vypracovaný v rámci rezortu zdravotníctva poskytuje pohľad na bezpečnosť detí a mladistvých v Slovenskej republike získaný na základe porovnania profilov 31 krajín v európskom regióne, vrátane členských krajín Európskej únie (EÚ). Profily jednotlivých krajín boli vypracované podľa jednotnej metodiky hodnotenia (viď. prílohu 1) vybraných socioekonomických determinantov a ukazovateľov výskytu úrazov detskej populácie vo veku 0-19 rokov v rámci medzinárodného projektu „Tools to Address Childhood Trauma, Injury and Children Safety“ - Nástroje pre riešenie problematiky úrazov detí a bezpečnosti detí (ďalej TACTICS). Pri vypracovaní profilu Slovenskej republiky sa vychádzalo z existujúcich oficiálnych materiálov zaoberajúcich sa bezpečnosťou detí a mladistvých vrátane zákonov, stratégií, programov a projektov zameraných priamo alebo i nepriamo na ochranu a bezpečnosť detí. Údaje použité v predkladanej analýze stavu úrazovosti detí a mladistvých v SR pochádzajú z dostupných databáz Svetovej zdravotníckej organizácie (SZO), zo  zdrojov jednotlivých rezortov - ministerstva zdravotníctva, Národného centra pre zdravotníckych informácií (NCZI), ministerstva vnútra, Policajného zboru SR, ministerstva práce sociálnych vecí a rodiny, ministerstva školstva, vedy, výskumu a športu a z prieskumu výskytu úrazovosti u detí vo veku 3 – 14 rokov, ktorý realizoval Úrad verejného zdravotníctva SR (ÚVZ SR).

Zámerom tohto materiálu je upriamiť pozornosť na slabé miesta súčasného systému prevencie detskej úrazovosti, odstránenie ktorých by znamenalo významný zdravotný, sociálny i ekonomický prínos pre jednotlivca i spoločnosť.

**Úvod**

Dohovor o právach detí prijatý na Valnom zhromaždení OSN 20. novembra 1989 je najratifikovanejšou medzinárodnou zmluvou v oblasti ľudských práv. V tejto zmluve sú uznané všetky typy práv detí zaisťujúce ich prežitie a možnosť ich všestranného rastu a rozvoja**. Výkon týchto práv je však možný len za predpokladu, že sú v krajine pre to vytvorené adekvátne právne, sociálne a ekonomické podmienky, bezpečné prostredie nevynímajúc. Za kreovanie bezpečných podmienok života detí zodpovedá okrem rodičov aj spoločnosť ako celok.**

Katastrofické udalosti ako napr. železničné nehody upútajú pozornosť verejnosti, ale to že každý deň zomrie v Európskom regióne 115 detí v dôsledku úrazov si sotva niekto všimne. (1) Najväčšie straty na životoch detí v regióne sú zaznamenané v krajinách s nízkym a stredným príjmom HDP, kde dochádza v dôsledku úrazov k 5 zo 6 úmrtí. Úmrtnosť v dôsledku neúmyselných úrazov detí v krajinách s vyšším príjmom HDP je sedemkrát nižšia ako v krajinách s nízkymi príjmami.(2) Vyššia úmrtnosť  následkom úrazu v týchto krajinách je spojená s rýchlym tempom sociálno-ekonomických a politických zmien. Hlavnými mechanizmami úmrtí v dôsledku neúmyselných úrazov detí sú dopravné nehody, utopenie, otravy, úrazy v dôsledku popálenín a obarenia a pády. Hlavné príčiny poranení a ich základné sociálno-ekonomické a environmentálne faktory sú pre všetky mechanizmy nápadne podobné. Záťaž dopadá neprimerane na najviac znevýhodnené deti v krajinách, ktoré prechádzajú najväčšími zmenami. V niektorých krajinách v závislosti od socio-ekonomického statusu určitých vrstiev je miera úmrtnosti v dôsledku neúmyselných úrazov až deväťkrát vyššia. Táto nerovná distribúcia vedie k ďalšiemu rozširovaniu nerovností v zdraví medzi a v rámci krajín a spôsobuje sociálnu nespravodlivosť. Viaceré krajiny v Európe dosiahli výrazné úspechy v rozvoji komplexných a na dôkazoch založených prístupov v prevencii detských úrazov čím sa zaraďujú medzi najbezpečnejšie krajiny sveta. Ak by vo všetkých krajinách v regióne boli aplikované bezpečnostné opatrenia ako v týchto krajinách mohlo by sa predísť trom zo štyroch úmrtí v dôsledku úrazov. (3)

**Právny rámec a existujúce programy a politiky v Slovenskej republike (SR)**

Dieťa má právo na bezpečnosť v akýchkoľvek súvislostiach – musí byť chránené pred zneužívaním, týraním, zlým zaobchádzaním, v určitých súvislostiach i samým pred sebou (užívanie alkoholu, tabaku, omamných látok a psychotropných látok) a musí mať bezpečné prostredie doma, v školách, pri športových aktivitách, na ihriskách, na cestách. Právna ochrana dieťaťa je v SR zabezpečená prostredníctvom zákonov a záväzných predpisov viacerých rezortov najmä ministerstva práce, sociálnych vecí a rodiny, ministerstva školstva, vedy, výskumu a športu, ministerstva vnútra, ministerstva spravodlivosti a ministerstva zdravotníctva. Každý z týchto rezortov sa zaoberá problematikou ochrany detí a mládeže v rozsahu svojich pôsobností, t.j. zo svojho zorného uhla. Efektívna prevencia úrazov detí však musí byť založená na komplexnosti, ktorá predpokladá sústredenie poznatkov a informácií a najmä spoľahlivých údajov tak, aby mohli byť prijaté účinné opatrenia na prevenciu. Fragmentácia zodpovednosti v oblasti prevencie úrazov detí je jedným z negatívov vo viacerých krajinách Európy, Slovensko nevynímajúc. Pokiaľ ide o súčasné legislatívne a nelegislatívne opatrenia v ochrane detí pred násilím, kde je prevencia a skorá intervencia najdôležitejšia, tieto sa javia ako nízko efektívne najmä pokiaľ ide o prepojenie a spoluprácu orgánov zodpovedných za ochranu detí pred násilím. Pre oblasť prevencie neúmyselných úrazov detí, napr. dopravných úrazov, sú už v súčasných právnych predpisoch zakomponované určité prvky ochrany detí (zákon č. 8/2009 Z. z. o cestnej premávke), ale pre iné typy úrazov (pády, utopenie, popálenie) Slovensko prakticky nemá stratégiu vôbec.

Problematikou ochrany detí a mládeže sa zaoberá niekoľko národných dokumentov schválených vládou Slovenskej republiky, ktoré boli vypracované v súčinnosti viacerých rezortov; sú to najmä

- Národný akčný plán pre deti na roky 2013 – 2017 *(MPSVR SR)*

- Národný program starostlivosti o deti a dorast v Slovenskej republike na roky 2008 – 2015, *(MZ SR)*

- Akčný plán politiky mládeže na roky 2012 – 2013, *(MŠVVŠ SR)*

- Národný akčný plán pre životné prostredie a zdravie obyvateľov SR IV (NEHAP IV)

 s osobitným zreteľom na deti (CEHAPE), *(MZ SR,ÚVZ SR)*

- Národná stratégia na prevenciu a elimináciu násilia páchaného na ženách a v rodinách, *(MPSVR SR)*

- Národný akčný plán na prevenciu a elimináciu násilia páchaného na ženách na roky 2009 - 2012 a jeho aktualizácia, (*MPSVR SR)*

Minimálne jeden z uvedených dokumentov (NEHAP IV) zdôrazňuje potrebu zamerania sa na prevenciu a podstatné zníženie zdravotných dôsledkov z dôvodu nehôd a úrazov podporovaním bezpečných, spoľahlivých a vhodných obydlí pre všetky deti a zníženie celkovej úmrtnosti a chorobnosti detí a mládeže v dôsledku externých príčin. Takýto záväzok prijali všetky členské štáty SZO na 5. ministerskej konferencii o životnom prostredí a zdraví v Parme v  r. 2010 z dôvodu, že neúmyselné úrazy sú hlavnou príčinou úmrtia u detí vo veku 5-19 rokov v Európskom regióne.

Aj v Národnom programe starostlivosti o deti a dorast na roky 2008-2014 sa konštatuje, že „v súčasnosti chýba jednotný monitorovací systém, ktorý by na základe rozboru príčin a mechanizmu úrazu, ich závažnosti, socio-ekonomického statusu danej lokality, finančnej náročnosti na starostlivosť atď., výraznejšie upozornil na tento problém“. Absentujú konkrétne indikátory sledovania, pritom indikátor ako napr. počet úrazov vyžadujúcich ošetrenie v zdravotníckych zariadeniach je veľmi dobrým indikátorom účinnosti preventívnych opatrení vykonaných rôznymi subjektmi a na rôznych úrovniach.

V Národnom akčnom pláne pre deti na roky 2013 – 2017 sa konštatuje, že úlohy v akčnom pláne v predchádzajúcom období (r. 2009-2012) sú veľmi rôznorodé a všeobecné a len ťažko je možné hodnotiť či priniesli pokrok v redukcii detských úrazov. Avšak ani zodpovedné subjekty zaviazané v bode C.4. uznesenia vlády Slovenskej republiky č. 94 z 28. januára 2009 k sledovaniu efektivity merateľnými indikátormi k jednotlivým úlohám, primerane nezohľadnili tento aspekt. Akčný plán na roky 2013-2017 je z časti zameraný aj na prevenciu úmyselných i neúmyselných úrazov detí, miera efektivity navrhnutých aktivít sa preukáže až po ich vyhodnotení, ale najmä v praktickom živote.

Pokiaľ ide o problém násilia páchanom na deťoch, (napr. týranie detí, zanedbávanie, zneužívanie, peer-to-peer násilie, vraždy a samovraždy, úmyselné seba poškodzovanie) je v súčasnosti pripravovaná napríklad Národná stratégia ochrany detí pred násilím v gestorstve Ministerstva práce, sociálnych vecí a rodiny SR, v súčinnosti s viacerými rezortmi. Okrem toho Úrad verejného zdravotníctva SR v roku 2013 pokračuje v medzinárodnom projekte TACTICS, v rámci ktorého bude vypracovaná Informačná karta Slovenska pre oblasť násilia na deťoch podľa jednotnej európskej metodiky.

**Požadované kroky na riešenie**

Napriek snahe niektorých rezortov riešiť problematiku úrazov detí a mladistvých, čo je zrejmé z vyššie uvedených dokumentov, pretrváva nedostatok opatrení zameraných na zber údajov založených na dôkazoch, ich spracovanie a systematické vyhodnocovanie v jednom integrovanom systéme. Tento problém sa prejavil aj pri vypracovaní Informačnej karty o bezpečnosti detí v Slovenskej republike 2012 (ďalej Informačná karta) a Profilu krajiny pre bezpečnosť detí 2012 (Príloha č. 1), ktoré tvoria základ tohto materiálu. Bolo potrebné osloviť mnoho subjektov – rezortných ministerstiev, inštitúcií a úradov, ale aj individuálnych odborníkov zaoberajúcich sa problematikou bezpečnosti detí na Slovensku, ktorým je potrebné poďakovať za ich pomoc a aktívny prístup pri poskytovaní oficiálnych dát a relevantných informácií.

Skúmanie možností ako riešiť situáciu v prevencii detských úrazov na Slovensku (napr. v rámci rezortu zdravotníctva) ukázalo, že bude nevyhnutné pre získanie relevantných údajov o úrazoch detí, mechanizme ich vzniku, mieste výskytu a ďalších charakteristických znakoch úrazov zaviesť systém monitorovania taktiež prostredníctvom detských traumatologických centier v rámci vybraných zdravotníckych zariadení/nemocníc. Detské traumatologické centrá sú optimálnym, nie však jediným riešením pre získavanie údajov založených na dôkazoch, čo je princíp, ktorý je nutné uplatniť pri navrhovaní stratégií, programov a projektov vedúcich k redukcii počtu úrazov detí. Jednou z úloh v Národnom programe starostlivosti o deti a mládež na roky 2008-2014 je zriadenie štyroch detských traumatologických centier avšak až do súčasnosti sa nedosiahol žiaden pokrok smerujúci k realizácii tejto úlohy. Ako dôvod sa uvádza nedostatok finančných prostriedkov.

*Nutnosť zriadiť detské traumatologické centrá podčiarkuje aj skutočnosť, že v bežných nemocniciach sa zaznamenáva až 45%-ná úmrtnosť detí po ťažkom úraze, kým mortalita zranených a ošetrených v traumatologických centrách je výrazne nižšia - 14%. Význam detských traumatologických centier z hľadiska prevencie mortality detí a mladistvých spočíva v tom, že slúžia ako báza pre získanie údajov o charaktere úrazov založených na dôkazoch, bez ktorých nie možné prijať efektívne preventívne opatrenia.*

Rozšírenie Národných zdravotných registrov stanovených v zákone o Národnom zdravotníckom informačnom systéme schválenom v Národnej rade SR vo februári t.r. o Národný register osôb s úrazom vyžadujúcim poskytnutie ústavnej zdravotnej starostlivosti a Národný register osôb s podozrením na ich zanedbávanie, týranie, zneužívanie a osôb, na ktorých bolo páchané násilie, predstavuje pozitívny krok na vyplnenie chýbajúceho článku v reťazci zákonom uložených povinností pre zber údajov o úrazoch. Na druhej strane však orgány verejného zdravotníctva nie sú zaradené medzi tzv. tretie strany, ktoré majú prístup k údajom v uvedených registroch. Táto okolnosť nesmierne sťaží dostupnosť údajov založených na dôkazoch, ktoré verejné zdravotníctvo potrebuje pre rozvoj a presadzovanie cielených preventívnych opatrení na predchádzanie úrazom detí. Odstránenie tejto legislatívnej prekážky je teda kľúčovou otázkou, ktorú bude potrebné riešiť v krátkom čase.

**Úmrtia detí a mladistvých v dôsledku úrazov a poranení v Európe a Slovenskej republike**

Svetová správa o úrazoch detí z roku 2008 uvádza, že zranenia a násilie sú hlavným zabijakom detí po celom svete.(1) Okolo 950000 detí zomrie ročne v dôsledku úrazov a násilia na deťoch vo veku do 18 rokov. Neúmyselné úrazy predstavujú takmer 90% z týchto prípadov. Viac ako 100 detí každú hodinu, každý deň v každom roku zomrie v dôsledku neúmyselných úrazov úplne zbytočne. Podľa posledných oficiálnych údajov WHO z roku 2008 boli úrazy v dôsledku dopravných nehôd v Slovenskej republike hlavnou príčinou úmrtí u detí vo veku od 15 -18 rokov a druhou najčastejšou príčinou u detí vo veku 5-14 rokov. (Sethi D et al., European report on child injury prevenVon, Copenhagen, WHO Regional office for Europe, 2008;)

V roku 2004 zomrelo v dôsledku neúmyselných úrazov v Európskom regióne SZO 42000 detí vo veku 0-19 rokov. Podľa aktuálnych údajov z roku 2012 (Child safety report card 2012) v členských krajinách EÚ umiera ročne okolo 35 000 detí a mladých ľudí vo veku pod 20 rokov na rôzne úrazy, z toho viac ako dve tretiny na neúmyselné. Medzi jednotlivými krajinami je v počte úrazov značná variabilita; v krajinách s najlepšími výsledkami je 5 až 6 krát nižšia úroveň úmrtnosti na úrazy ako v krajinách s vyššou alebo vysokou mierou úmrtnosti.(2) Slovensko sa podľa hodnotenia 28 krajín v Európskom regióne (okrem Luxemburgu, Cyprusu, Islandu a Malty pre malý počet obyvateľstva) nachádza na 16 mieste s mierou štandardizovaného úmrtia 9,27/100000 detí (priemer EÚ 9,57) zo všetkých úrazov a 8,26/100000 detí (priemer EÚ 7,46) neúmyselných úrazov. Úmrtia vo vekovej skupine 15-19 rokov sú výrazne najčastejšie, viac u chlapcov ako u dievčat, na druhom mieste je veková skupina detí do 1 roka, viac u dievčat ako u chlapcov. Európski odborníci odhadujú, že pri uplatnení účinných preventívnych opatrení by sa mohlo predísť až 90-tim percentám úrazov a k zníženiu počtu úmrtí až o polovicu (Príloha č. 2, Graf č. 1). V Európe sú hlavnou príčinou úmrtí na neúmyselné úrazy dopravné nehody, nasleduje utopenie, otravy, úmrtia v dôsledku popálenia a pády. Prieskumy tiež ukázali, že okrem dopravných nehôd takmer polovica neúmyselných úrazov sa stáva v domácom prostredí.

Poradie najčastejších príčin úmrtia detí v dôsledku neúmyselných úrazov na Slovensku je nasledovné: dopravné nehody, utopenie, pády, otravy a popálenie. (Príloha č. 2, Tab. č. 1 a 2, Grafy č. 2 a 3)

V období rokov 1993 do 2004 počet úmrtí detí a mladistvých v dôsledku úrazov signifikantne poklesol, ale za trojročné obdobie 2010-2012 počet úmrtí v porovnaní s trojročným obdobím 2003-2005 vzrástol (Príloha č. 2 ,Tab. č.3, Graf č. 4).

Tabuľky č.4 a 5 a grafy č. 5 a 6 (Príloha č. 2) uvádzajú celkové počty a mieru štandardizovaného úmrtia v dôsledku úmyselných poranení detí a mladistvých vo veku 0-19 rokov za trojročné obdobie 2010-2012.

Hodnotenie úrovne bezpečnosti detí a mladistvých v 28 krajinách vykonané v rámci projektu TACTICS bolo vykonané v 9 oblastiach:

* bezpečnosť chodcov
* bezpečnosť spolujazdcov/vodičov
* bezpečnosť na motocykli/skútri
* bezpečnosť cyklistov
* bezpečnosť vo vode/ochrana pred utopením
* prevencia pádov
* prevencia otráv
* prevencia popálenín/obarenín
* prevencia udusenia/uškrtenia

Bezpečnosť chodcov

Pri hodnotení bezpečnosti chodcov sa ukázali veľké nerovnosti medzi krajinami, až 14 krát väčšie je riziko úrazu v krajinách s vyššou mierou úmrtnosti ako v krajinách so zavedenými účinnými bezpečnostnými opatreniami. Slovensko je na 21. mieste s hodnotou miery štandardnej úmrtnosti (na 100000 detí) 1,72 (priemer EÚ 1,07) u chlapcov a 0,79 (priemer EÚ 0,54) u dievčat.

Bezpečnosť spolujazdcov/vodičov

V krajinách s nižšou mierou bezpečnosti je riziko úmrtia spolujazdcov resp. vodičov (najmä vo veku 15-19 rokov) 10 krát vyššie ako u krajín s vysokou bezpečnosťou (Holandsko). Slovensko je s hodnotami 2,03/100000 u chlapcov a 0,75/100000 u dievčat medzi hodnotenými krajinami na 6. mieste čo je významne lepšie ako priemer EÚ (3,4/100000 u chlapcov a 1,43/100000 u dievčat).

Bezpečnosť na motocykli/skútri

Používanie mopedov a skútrov adolescentmi je veľmi časté v južnej Európe. Hodnotenie ukazuje, že ich používanie sa javí ako ekonomická alternatíva k autám. V niekoľkých krajinách sú mopedy hlavnými dopravnými prostriedkami do školy, práce a rôznych aktivít mládeže. Nerovnosť v úmrtí v dôsledku úrazov pri motorizovaných jednostopových vozidlách pre deti a dorast ukazuje až 36 krát väčšie riziko ~~je~~ v krajinách s nižšou úrovňou bezpečnostných opatrení v porovnaní s najvýkonnejšími krajinami. Slovensko je na 6. mieste s mierou úmrtnosti 0,32/100000 (priemer EÚ 0,85/100000) u chlapcov a 0,04/100000 (priemer EÚ 0,11/100000) u dievčat.

Bezpečnosť cyklistov

Rovnako ako chôdza aj jazda na bicykli podporuje fyzickú aktivitu a boj proti obezite, z tohto dôvodu, ako aj z dôvodu ochrany životného prostredia je rozvoj cyklistiky žiaduci.
Bohužiaľ len málo krajín investuje do infraštruktúry (napr. budovanie samostatných chodníkov pre cyklistov) v mestách a prímestských lokalitách. Nerovnosť v úmrtiach na úrazy pri bicyklovaní v krajinách s nižšou výkonnosťou (z hľadiska bezpečnostných opatrení) je značná, riziko úmrtia detí a mládeže do 19 rokov v týchto krajinách je 40 krát vyššie ako v krajinách so zavedenými účinnými opatreniami. Slovensko je v tejto oblasti na 14 mieste s mierou úmrtnosti 0,36/100000 (priemer EÚ 0,31) u chlapcov a 0,0/100000 (priemer EÚ

0,13) u dievčat.

Bezpečnosť vo vode/ochrana pred utopením

Utopenie je druhou najčastejšou príčinou neúmyselných zranení s následkom smrti u detí a mladistvých v EÚ. K utopeniu dochádza behom niekoľkých sekúnd a môže sa prihodiť aj v malých vodách o hĺbke 2 cm. Slovensko je na 19. mieste medzi hodnotenými (27) krajinami s mierou úmrtnosti 1,45/100000 (priemer EÚ 1,8) u chlapcov a 0,4/100000 (priemer EÚ 0,55) u dievčat. Riziko utopenia v krajinách s nižšou výkonnosťou je 18 krát vyššie ako v krajinách s účinnými opatreniami.

Prevencia pádov

Pády sú treťou najčastejšou príčinou úmrtia detí v EÚ aj na Slovensku, ale najčastejšou príčinou hospitalizácií a ošetrení na pohotovostiach. Nerovnosti v úmrtiach následkom pádov medzi krajinami ukazujú, že v krajinách s nižšou výkonnosťou je riziko úmrtia na pády 9 krát vyššie. Slovensko je na 20. mieste medzi hodnotenými krajinami s hodnotu 0,57/100000 (priemer EÚ 0,53) u chlapcov a 0,32/100000 (priemer EÚ 0,21) u dievčat.

Prevencia otráv

Otrava je piatou najčastejšou príčinou smrti v dôsledku neúmyselných úrazov u detí a mladistvých v  EÚ a na štvrtom mieste na Slovensku. Najviac sú ohrozené najmladšie deti, pretože tieto majú prirodzenú tendenciu dávať veci do svojich úst. U starších detí a mladistvých sú otravy spojené s konzumáciou alkoholu. Slovensko je na 11. mieste s hodnotami miery úmrtnosti 0,31/100000 (priemer EÚ 0,65) u chlapcov a 0,29/100000 (priemer EÚ 0,32) u dievčat. Nerovnosti v úmrtiach na otravy v jednotlivých krajinách sú značné, viac ako 40 krát väčšie je riziko v krajinách, kde sú preventívne opatrenia málo účinné (Litva, Lotyšsko, Estónsko, Írsko, Rumunsko).

Prevencia popálenín/obarenín

Popáleniny a obareniny sú štvrtou najčastejšou príčinou neúmyselných zranení s následkom smrti pre deti a mladistvých v EÚ, na Slovensku je piatou najčastejšou príčinou. Popálenia, aj keď vždy nekončia smrťou, vyžadujú dlhú dobu hospitalizácie, spôsobujú znetvorenie a často vedú k trvalej invalidite. V krajinách s horším hodnotením je 21-krát vyššie riziko úmrtí detí a mladistvých na popálenie a obarenie ako v krajinách so zavedenými bezpečnostnými opatreniami. Najohrozenejšou vekovou skupinou sú deti do 5 rokov. Slovensko je na 13. mieste hodnotených krajín s hodnotou 0,17/100000 (priemer EÚ 0,29) u chlapcov a 0,27/100000 (priemer EÚ 0,26) u dievčat. Najvyšší výskyt úmrtí na popálenie a obarenie je v Lotyšsku, Estónsku a Rumunsku a Bulharsku.

Prevencia udusenia/uškrtenia

Aj keď sa takéto úrazy objavujú menej často ako iné typy úrazov, majú často smrteľný následok najmä u detí vo veku do 1 roka, kedy prirodzená zvedavosť a snaha dať veci do úst zvyšuje riziko udusenia. Riziko udusenia/uškrtenia je v krajinách s nižšou bezpečnostnou výkonnosťou 20 krát vyššie ako v krajinách so zavedenými opatreniami. Slovensko s hodnotami miery úmrtnosti 0,78/100000 detí (priemer EÚ 0,59) u chlapcov a 0,53 (priemer EÚ 0,82) u dievčat je na 20. mieste medzi hodnotenými krajinami. Najvyšší výskyt bol pozorovaný v Estónsku, Litve, Rumunsku a Bulharsku.

**Informačná karta o bezpečnosti detí pre Slovenskú republiku**

V rámci projektu TACTICS, do ktorého je zapojených 31 krajín v Európskom regióne, bola na základe existujúcich databáz Svetovej zdravotníckej organizácie, Európskej databázy úmrtnosti (EDMD), dostupných materiálov a podľa jednotnej európskej metodiky vypracovaná Informačná karta o bezpečnosti detí na Slovensku zameraná na neúmyselné úrazy.(4) Informačné karty pre všetkých 31 krajín (pre Slovenskú republiku je vypracovaná prvýkrát) boli vypracované ako nástroj na meranie pokroku a stanovenie cieľov na zníženie počtu neúmyselných zranení detí a mladistvých s následkami úmrtia či invalidity v Európe.

Najčastejšou príčinou úmrtia u detí a dospievajúcich vo veku 0 až 19 rokov na Slovensku sú úrazy. V roku 2009 následkami zranenia umrelo 121 detí a dospievajúcich v tejto vekovej kategórii. Keby sa na Slovensku podarilo znížiť počet úmrtí na zranenia na úroveň Holandska, jednej z najbezpečnejších krajín v Európe, odhaduje sa, že by sa mohlo zachrániť 50 až 60% týchto životov.

Informačná karta ponúka prehľad výkonnosti Slovenska z hľadiska úrovne bezpečnosti poskytovanej najmladším a najzraniteľnejším občanom republiky a to prostredníctvom celonárodnej stratégie postupu pri neúmyselnom zranení. Informačná karta pre Slovensko je založená na posúdení súčasných rezortných stratégií na podporu bezpečnosti detí a mladistvých, platných do júla 2011, vrátane špecifických oblastí zranenia (napr. dopravné komunikácie, domáce prostredie či voľnočasové aktivity) a postupov v oblasti managementu, infraštruktúry a kapacít na podporu úsilia o prevenciu úrazov.

**Hodnotenie bezpečnosti detí a mládeže v SR bolo vykonané v nasledovných oblastiach:**

(maximum 5 hviezdičiek)

|  |  |
| --- | --- |
| **Bezpečnosť chodcov**  |  |
| **Bezpečnosť na motocykli/skútri** |  |
| **Bezpečnosť vo vode/ochrana pred utopením** |  |
| **Bezpečnosť spolujazdcov/vodičov**  |  |
| **Bezpečnosť na bicykli** |  |
| **Prevencia pádov** |  |
| **Prevencia otráv** |  |
| **Prevencia popálenín/obarenín** |  |
| **Prevencia udusenia/uškrtenia** |  |
| **Management bezpečnosti detí** |  |
| **Infraštruktúra v oblasti bezpečnosti detí** |  |
| **Budovanie kapacít pre bezpečnosť detí** |  |

Stupnica hodnotenia:



|  |  |
| --- | --- |
| **Celkové hodnotenie bezpečnosti detí pre Slovenskú republiku**  |  |

**Zistené nedostatky a požadované opatrenia**

Slovensko dosiahlo v riešení problémov s bezpečnosťou detí a mladistvých na bicykloch a motocykloch značné úspechy, no pre bezpečnosť detí v motorových vozidlách a chodcov by sa dalo urobiť podstatne viac. Navyše aj opatrenia na riešenie prípadov zranenia v domácom prostredí, ako utopenie, pády, popáleniny a obareniny, otrava a udusenie/zaškrtenie, sú tiež nedostatočné. Z tu prezentovaných celkových hodnotení bezpečnosti detí jasne vyplýva, že je nevyhnutné uskutočniť omnoho viac krokov týkajúcich sa predkladania, zavádzania a presadzovania stratégií na podporu bezpečnosti detí a mladistvých vo všetkých oblastiach. Je potrebné podporovať a dotovať preventívne opatrenia proti zraneniu, a to prístupom spájajúcim vzdelávanie, výstavbu objektov rôzneho druhu a presadzovanie noriem a predpisov. Táto Informačná karta preto poukazuje na tie oblasti v súčasnej stratégii Slovenska, kde je priestor na uskutočnenie zmien.

Slovensko má k dispozícii určitú infraštruktúru a kapacitu na zaistenie bezpečnosti detí a mladistvých, je však potrebné ju posilniť a zároveň zabezpečiť výraznejšie vedenie zo strany vlády. Vedenie zo strany štátu je obzvlášť potrebné na zabezpečenie a implementácie vládou schválenej národnej stratégie so špecifickými cieľmi v oblasti bezpečnosti detí a mladistvých, ako aj na zaistenie finančných prostriedkov na podporu národnej koordinácie, plánovania a osobitého výskumu v oblasti bezpečnosti detí a mladistvých. Ďalej treba zlepšiť existujúcu infraštruktúru a kapacitu. Jednou z najväčších výziev je absencia účinného systému na monitorovanie úrazov. Bez potrebných údajov je ťažké naplánovať kroky či zhodnotiť ich účinok. Hoci niektoré údaje sú dostupné, neexistuje ani centralizovaný systém dohľadu, ani inštitúcia, ktorej úlohou by bolo zabezpečiť potrebnú koordináciu a spoluprácu medzi jednotlivými rezortmi. Na realizáciu uvedeného cieľa by bolo potrebné jednotné vedenie. Ďalej treba podporovať budovanie vybavenia a základne v podobe technických odborníkov a tvorby siete, čím sa zabezpečí výmena informácií o správnych postupoch a otázkach ich implementácie.

Podľa Informačnej karty môže vláda Slovenskej republiky veľa urobiť pre podporu budovania správnych postupov, a to nielen integráciou stratégií založených na dôkazoch do programov verejného zdravia, ale aj tým, že zabezpečí, aby všetky stratégie zohľadňovali otázky bezpečnosti detí. A hoci opatrenia na celonárodnej úrovni sú pre dosiahnutie bezpečnejšieho štátu nevyhnutné, zásadným krokom v tomto smere je tiež efektívne zabezpečenie, že stratégie na prevenciu úrazov založené na dôkazoch sa postupne preberajú a zavádzajú na všetkých úrovniach – od celonárodnej, cez regionálnu až po miestnu. Preto je potrebné dobre chápať, ako sa vyvíjajú a zavádzajú do praxe regionálne a miestne iniciatívy, a tiež treba chápať aj vznik stratégií na budovanie vhodného vybavenia pre zúčastnené strany na týchto úrovniach. Navyše, ako sa snahy o prevenciu presúvajú z celonárodných na regionálne a lokálne úrovne, vzrastá význam medziodvetvovej spolupráce (napr. spolupráca medzi odvetviami zdravia, dopravy, životného prostredia a školstva). Keďže v súčasnosti sú k dispozícii len obmedzené zdroje, je nevyhnutné hľadať také riešenia, ktoré by okrem prevencie úrazom pomohli aj riešeniu ďalších problémov. Napríklad posilnenie infraštruktúry pre bezpečnejšiu cestnú premávku môže okrem zvýšenia bezpečnosti detí a cyklistov podnecovať aj k zvýšeniu fyzickej aktivity, čo môže pomôcť pri znižovaní počtu prípadov detskej obezity. Strategické investície do prevencie zranení u detí a mladistvých teda zároveň napomôžu koordinovanému a na dôkazoch založenému prístupu k najcennejšiemu zdroju Slovenska – deťom a mladistvým.

**Rozdiely – zaistenie bezpečnosti pre všetkých**

Hlavnou príčinou rozdielov v počtoch detských úmrtí u chlapcov a dievčat sú neúmyselné zranenia. Z dostupných údajov vyplýva, že zo všetkých vekových skupín populácie sa rozdiely najčastejšie vyskytujú práve u detí, čo opäť poukazuje na význam ich zraniteľnosti voči socioekonomickým faktorom. Štúdie zaoberajúce sa mechanizmami zranení prispievajúcimi k tomuto spoločenskému trendu ukazujú, že jedným z najvýznamnejších rizikových faktorov je zvýšené vystavenie ohrozeniu v nezabezpečenom domácom, hernom a vonkajšom prostredí u detí žijúcich v zle udržiavaných oblastiach.

Stratégie pasívnej prevencie, ako posilnenie zákonov a predpisov na zvýšenie bezpečnosti nezabezpečeného prostredia, pomáhajú tieto rozdiely vyrovnať zavedením zákonnej požiadavky platnej pre celú krajinu. V prípadoch, kde tieto požiadavky nemajú spätnú platnosť, však naopak môžu viesť k ďalším rozdielom. Napríklad požiadavka na detektory dymu, ktorá platí len pre nové či zrekonštruované budovy, môže v skutočnosti rozdiely zvýšiť, keďže u najzraniteľnejších rodín je najmenšia pravdepodobnosť, že budú žiť v budovách, ktorých by sa táto požiadavka týkala. Pokiaľ ide o aktívnejšie stratégie, medzi ktoré patrí hlavne propagácia bezpečného správania, treba sa osobitne zamyslieť, či je potrebné zavádzať špecifické opatrenia pre najzraniteľnejšie skupiny obyvateľstva (napr. deti, prisťahovalci, rodiny s nízkym príjmom, rodiny žijúce v chudobe už po niekoľko generácií), a ako by sa tieto opatrenia mali prispôsobiť jednotlivým prostrediam, kde budú zavedené (mestské, vidiecke, domáce, verejné).

Krajiny, ktoré už pri vyrovnávaní rozdielov v zraneniach detí dosiahli istý pokrok, zaň vďačia tomu, že si dôkladne naštudovali problematiku, aby dokázali lepšie pochopiť riziká a následne prijať opatrenia voči konkrétnym rizikovým faktorom. Toto sa dá uskutočniť v podobe zákona, nariadenia či predpisu s cieľom zvýšiť bezpečnosť všetkých detí, prípadne špecifickými programami či stratégiami zameranými na tých najzraniteľnejších (napr. programy a stratégie na zníženie nákladov na bezpečnostné prostriedky). V čase tohto hodnotenia na Slovensku neprebiehali iniciatívy na vyrovnanie rozdielov týkajúcich sa úrazov detí. Vhodným prvým krokom by mohlo byť zabezpečenie, aby súčasná národná stratégia vhodne reagovala na tento problém, a tiež aby venovala osobitnú pozornosť potrebám zraniteľných detí, ako napr. detí žijúcich v chudobe.

**Odporúčané opatrenia**

* zvýšiť bezpečnosť chodcov podporovaním úsilí o úpravy noriem dizajnu európskych

automobilov, čím sa zníži riziko úrazov detí a mladistvých (napr. výška nárazníka

berúca ohľad na chodcov),

* zvýšiť bezpečnosť cyklistov presadzovaním celoštátne platnej požiadavky na používanie ochrannej prilby,
* zvýšiť ochranu pred utopením pomocou zákonov požadujúcich oplotenie okolo všetkých súkromných i verejných bazénov, pomocou požiadavky na využívanie plaveckých pomôcok/záchranných viest počas pobytu vo vode (nie len dostupnosť ochranného vybavenia, ale aj reálne využitie), a tiež navrhnutím celoštátne platných noriem pre verejné bazény a záchranné služby,
* zvýšiť ochranu pred pádom sprísnením národných noriem bezpečnosti pre vybavenie na detských ihriskách a zavedeným celoštátne platnej legislatívy na zvýšenie noriem stavieb, ktoré by vyžadovali zásadnejšie zásahy na ochranu detí pred pádom v domácom prostredí (napr. opatrenia na zabránenie vypadnutiu dieťaťa z okna v budovách s viac ako jedným podlažím),
* zvýšiť ochranu pred otravou zavedením celoštátnej legislatívy požadujúcej, aby boli balenia liekov zabezpečené proti otvoreniu dieťaťom,
* zvýšiť ochranu pred popálením prijatím a presadzovaním celoštátnej legislatívy požadujúcej bezpečnú maximálnu prednastavenú teplotu vody z vodovodu (50°C) v domácnostiach, ako aj detektory dymu vo všetkých súkromných príbytkoch a verejných budovách (nových i starších), a tiež zavedením požiadavky na vyrábanie detských pyžám z látok obsahujúcich ohňovzdorné materiály,
* zvýšiť ochranu pred udusením/uškrtením zákazom využívania nebezpečných výrobkov (napr. nejedlých častí v potravinových výrobkoch) alebo zmenou dizajnu (napr. šnúry visiace zo žalúzií),
* zaviesť vzdelávací program pre nových rodičov a opatrovateľov malých detí na zvýšenie verejného povedomia o riziku zranenia v domácnosti a o účinných spôsoboch prevencie,
* zaviesť v školách povinný vzdelávací predmet Výchova ku zdraviu, ktorého obsah bude zameraný okrem iného aj na prevenciu úrazom,
* zlepšiť infraštruktúru pomocou prijatia zodpovednosti za rozvoj a údržbu centralizovaného systému dohľadu nad úrazmi, aby bolo možné zbierať a analyzovať údaje o zraneniach,
* budovať ohradené detské ihriská s určenými otváracími hodinami,
* posilniť dozor príslušníkov Policajného zboru na miestach ako sú školy, komunikácie okolo škôl a verejné športoviská.

Stratégie na celonárodnej úrovni pre špecifické oblasti neúmyselného zranenia uvedené v informačnej karte sa zakladajú na súčasných dôkazoch o správnych postupoch a na diskusiách s členmi Európskej aliancie pre bezpečnosť detí a s európskymi odborníkmi. Tieto merania sa chápu ako mini-ukazovatele pokroku v podpore propagácie bezpečnosti detí a mladistvých a opatrení na prevenciu zranenia na národnej úrovni. Keby sa na Slovensku zaviedli a presadzovali všetky stratégie na celoštátnej úrovni, ktoré boli v informačnej karte hodnotené, dosiahol by sa ďalší pokles v počte zranení u detí a mladistvých.

**Profil Slovenskej republiky pre bezpečnosť detí**

Profilovanie krajín pre bezpečnosť detí a mladistvých v európskom regióne podľa rozsiahlej

viacročnej iniciatívy s cieľom poskytovať lepšie informácie, praktické nástroje a zdroje na podporu prijímania a zavádzania vylepšených postupov na prevenciu úrazov detí a mladistvých v Európe na základe dôkazov. Túto iniciatívu spravuje Európska aliancia pre bezpečnosť detí EuroSafe, pričom je spolufinancovaná aj partnermi z Európskej komisie, Nordickej školy verejného zdravia, Maastrichtskej univerzity, Univerzity v Swansea, Dublinskej univerzity, Európskej aliancie verejného zdravia, a ďalšími partnermi z vyše 30 krajín, vrátane Úradu verejného zdravotníctva Slovenskej republiky.

Jednotná metodika pre profilovanie krajín vypracovaná v rámci projektu TACTICS tímom európskych odborníkov zaoberajúcich sa problematikou bezpečnosti detí používa 94 indikátorov, ktoré umožňujú vzájomné porovnávanie a hodnotenie dosiahnutého pokroku v  krajinách Európy. Aktuálne tento proces prebieha v 31 krajinách európskeho regiónu. Prvá správa o hodnotení bola vypracovaná v roku 2007 (16 krajín), ďalšia v roku 2009 (24 krajín); aktuálna správa je z roku 2012 (31 krajín) a táto už zahŕňa aj profil Slovenska. Keďže sa Slovensko zapojilo do tohto procesu až v roku 2011, nehodnotí sa v nej dosiahnutý pokrok, poskytuje len aktuálny obraz o bezpečnosti detí a mladistvých a vykresľuje situáciu vo vybraných ukazovateľoch. Napriek tomu však umožňuje porovnanie slovenských údajov s ostatnými 30-imi krajinami.

Profil Slovenska pre bezpečnosť detí za rok 2012 poukazuje na riziko úrazov detí a mladistvých a skúma socio-demografické ukazovatele, ktoré poskytujú východiskový bod pre interpretáciu výsledkov Informačnej karty o bezpečnosti detí pre Slovensko 2012. Zároveň na jeho základe možno sledovať pokrok a stanoviť ciele na zníženie počtu úrazov detí a mladistvých s následkami úmrtia či invalidity.

Najzávažnejšou príčinou úmrtia detí a mladistvých vo veku 0 – 19 rokov na Slovensku sú úrazy. V porovnaní s ďalšími 30-imi krajinami, pre ktoré boli v roku 2012 vypracované informačné karty, podľa miery úmrtnosti detí a mladistvých na Slovensku (berúc do úvahy posledný rok - 2009, pre ktorý boli tieto údaje dostupné) dosiahla Slovenská republika 20. a 21. miesto pre chlapcov a dievčatá medzi 31 krajinami. Úmrtie detí a mladistvých následkom zranenia v roku 2009 na Slovensku predstavovalo 8,289 potenciálne stratených rokov života (Potentional Years of Life Lost - PYLL), vrátane 7,359 PYLL kvôli neúmyselnému zraneniu – ide o roky, počas ktorých deti a mladiství nebudú môcť rásť, učiť sa a v konečnom dôsledku ani prispievať do spoločnosti.

Počet úmrtí detí a mladistvých v roku 2004 bol na Slovensku dvakrát vyšší než v Holandsku, jednej z najbezpečnejších krajín Európy (graf A). V roku 2009 bolo na Slovensku 18% všetkých úmrtí detí a mladistvých zapríčinených zranením, pričom neúmyselné zranenie spôsobilo približne jedno z piatich úmrtí u chlapcov a jedno z ôsmich úmrtí u dievčat v tejto vekovej kategórii (Tab. č. 1).

***Graf A.*** *Európske vekovo štandardizované počty úmrtí na Slovensku a v Holandsku (priemery s odstupom troch rokov u detí a mladistvých vo veku 0 – 19 rokov)*

Zdroj: Európska podrobná databáza úmrtnosti SZO (EDMD)

Európske vekovo štandardizované počty úmrtí na 100 000

Rok

Slovensko - chlapci

Slovensko - dievčatá

Holandsko - chlapci

Holandsko - dievčatá

*Tab. č. 1. Vybrané miery úmrtnosti u detí a dospievajúcich následkom zranenia*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Slovensko (2009)** | **EÚ-27** |
| **Chlapci** | **Dievčatá** | **Spolu** | **Chlapci** | **Dievčatá** | **Spolu** |
| **Vekovo štandardizovaná miera neúmyselných úmrtí** **na 100 000 vo veku 0-19 rokov** | 11.24 | 5.14 | 8.26 | 10.20 | 4.59 | 7.46 |
| **Podiel neúmyselných úmrtí na celkovej úmrtnosti detí a mladistvých (v %)** | 19.14 | 11.97 | 16.31 | 21.28 | 13.55 | 18.24 |
| **Vekovo štandardizovaná miera úmyselných úmrtí** **na 100 000 vo veku 0-19 rokov** | 1.66 | 0.32 | 1.00 | 3.08 | 1.09 | 2.11 |
| **Podiel úmyselných úmrtí na celkovej úmrtnosti detí a mladistvých (v %)** | 3.02 | 0.77 | 2.13 | 7.10 | 3.51 | 5.71 |

Zdroj: Európska podrobná databáza úmrtnosti SZO (EDMD)

Z podrobnejšej analýzy vekových rozdielov vyplýva, že úmrtia zapríčinené neúmyselným zranením sa najčastejšie vyskytujú u chlapcov vo veku 15 až 19 rokov. Nasledujú dievčatá vo veku <1 rok a chlapci vo veku 1-4 roky (Tab. č. 2).

*Tabuľka 2****.*** *Vekovo štandardizované počty úmrtí zapríčinených neúmyselným zranením na 100 000 podľa veku a pohlavia*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Vek** | **Slovensko (2009)** | **EÚ-27** |
| **Chlapci** | **Dievčatá** | **Chlapci** | **Dievčatá** |
| **Neúmyselné úmrtia** | **<1** | 19.77 | 20.85 | 11.03 | 8.42 |
| **1-4** | 8.07 | 3.77 | 5.48 | 5.05 |
| **5-9** | 4.48 | 2.36 | 3.79 | 2.28 |
| **10-14** | 7.26 | 4.16 | 5.84 | 3.08 |
| **15-19** | 22.96 | 6.56 | 25.07 | 7.13 |
| **Úmyselné úmrtia** | **<1** | 0.00 | 3.48 | 1.30 | 1.42 |
| **1-4** | 1.79 | 0.00 | 0.71 | 0.33 |
| **5-9** | 0.00 | 0.00 | 0.17 | 0.2 |
| **10-14** | 0.00 | 0.00 | 0.89 | 0.59 |
| **15-19** | 5.22 | 0.55 | 10.75 | 3.11 |

Zdroj: Európska podrobná databáza úmrtnosti SZO (EDMD)

Z analýzy konkrétnych príčin vyplýva, že najzávažnejšou z nich aj naďalej zostávajú dopravné nehody, a to hlavne u 15 až 19 ročných. Značný podiel na úmrtiach spôsobených zranením však majú aj ďalšie druhy nehôd (Tab. č. 3).

*Tab. č. 3. Počty úmrtí následkom zranenia, rozdelené podľa konkrétnych príčin u detí a mladistvých vo veku 0 – 19 rokov; štandardizované trojročné priemerné počty úmrtí za roky 2007 – 2009*

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Miera úmrtnosti následkom zranenia na 100 000** |
| **Chlapci** | **Dievčatá** |
| **<1** | **1-4** | **5-9** | **10-14** | **15-19** | **<1** | **1-4** | **5-9** | **10-14** | **15-19** |
| **Chodci** | 0.00 | 0.60 | 1.48 | 0.63 | 4.46 | 0 | 0.31 | 0.52 | 1.56 | 0.89 |
| **Vodiči a cestujúci v motorových vozidlách** | 2.34 | 0.90 | 0.25 | 0.85 | 5.96 | 0 | 0.32 | 0 | 0.66 | 2.15 |
| **Vodiči motocyklov** | 0.00 | 0.30 | 0 | 0 | 1.03 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0.18 |
| **Cyklisti (v rámci/mimo cestnej premávky)** | 0.00 | 0.30 | 0.25 | 0.65 | 0.34 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| **Utopenie** | 0.00 | 0.30 | 0.75 | 2.57 | 2.40 | 0 | 0.32 | 0.26 | 0.91 | 0.18 |
| **Pády** | 0.00 | 1.2 | 0 | 0.22 | 1.03 | 1.23 | 0 | 0.26 | 0.23 | 0.54 |
| **Požiare, popáleniny a obareniny** | 1.10 | 0.30 | 0 | 0 | 0.17 | 1.16 | 0.94 | 0 | 0 | 0 |
| **Otrava** | 0.00 | 0.61 | 0 | 0.22 | 0.52 | 1.23 | 0 | 0.26 | 0.67 | 0 |
| **Udusenie/uškrtenie** | 6.73 | 0.90 | 0 | 0 | 0.85 | 8.38 | 0.32 | 0 | 0 | 0 |
| **Samovražda/sebapoškodzovanie** | 0.00 | 0 | 0 | 0 | 4.10 | 0 | 0 | 0 | 0.22 | 0.54 |
| **Zabitie** | 1.17 | 0.60 | 0 | 0 | 0.68 | 1.16 | 0 | 0 | 0.22 | 1.18 |

Zdroj: Európska podrobná databáza úmrtnosti SZO (EDMD)

Zranenia sa výrazne viac dotýkajú najzraniteľnejších detí a mladistvých v spoločnosti, a v mnohom platí, že zdravie závisí od ekonomickej situácie jednotlivca i celej krajiny. (5) Zranenia detí a mladistvých sa častejšie vyskytujú v rodinách s nižším príjmom, nižším vzdelaním a gramotnosťou, ktoré žijú v hustejšie obývaných oblastiach, kde dostatočné financovanie verejného zdravotníctva nie je bežnou súčasťou zdravotnej starostlivosti. Sústavné znižovanie počtu detí a mladistvých v dôsledku zranenia zároveň predstavuje aj závažný demografický a ekonomický problém.

Je dôležité sa na tieto faktory bližšie zamerať, aby bolo možné lepšie interpretovať reakciu Slovenska na problém zranenia detí a mladistvých. Tab. č.4 poskytuje informácie o vybraných socio-demografických činiteľoch a okolnostiach zranenia. Treba však poznamenať, že vplyv socio-ekonomickej nevyváženosti je zvýšený aj faktom, že nevyváženosť v počte zranení u detí postupne rastie, zatiaľ čo počet zranení vo všeobecnosti má klesavú tendenciu.(6)

*Tab. č. 4. Vybrané socio-demografické miery a ukazovatele výskytu zranení*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Slovensko** | **EU-27** |
| **Celkový počet obyvateľov (2011)** | 5,397,036 | 502,486,499 |
| **Priemerná hustota obývania (počet obyvateľov na km2, 2011)** | 111 | 116.2 |
| **% obyvateľov žijúcich v husto obývaných oblastiach (≥500 obyvateľov/km˛, 2010)** | 26.5% | 47% |
| **% obyvateľov vo veku do 14 rokov (2011)** | 15.3% | 15.6% |
| **Prirodzené zmeny obyvateľstva (počet živo narodených detí – počet úmrtí, Eurostat 2010)** | 1.283 | 1.029 |
| **Miera negramotnosti u dospelých obyvateľov (% vo veku 15 rokov a viac, 2009)** | 0.4% | 1.3% |
| **Hrubý domáci produkt (HDP) na obyvateľa PPS (EU-27=100, 2010)** | 74 | 100 |
| **Celkové zdravotné náklady vyjadrené v % HDP (odhady SZO, 2009)** | 9.1 | 9.76% |
| **Percento obyvateľstva v riziku chudoby alebo sociálneho odlúčenia (Eurostat 2010)** | 20.6% | 23.5% |
| **% detí a mladistvých do 17 r. v domácnosti so všetkými členmi nezamestnanými (Eurostat 2010)** | 10.2% | 10.6% |
| **Index ľudského rozvoja (HDI, 2011)** | 0.834 | N/A |
| **Globálne hodnotenie HDI (2011)** | 35 | — |
| **Index GINI (2010)** | 25.9 | 30.5 |

N/A – údaj nedostupný Zdroj: Európska podrobná databáza úmrtnosti SZO (EDMD)

Graf B poskytuje porovnanie dostupnosti a dosiahnuteľnosti odporúčaných bezpečnostných pomôcok, ktoré znižujú riziko úrazov detí a adolescentov. Výsledky naznačujú, že je potrebné vyvinúť úsilie, aby odporúčané bezpečnostné zariadenia boli dostupnejšie v SR a je potrebné nájsť efektívne mechanizmy, aby boli cenovo dostupnejšie pre ľudí z nižších sociálno-ekonomických vrstiev. Zvýšenie dostupnosti vrátane cenovej dostupnosti by malo zvýšiť pravdepodobnosť, že pre každé narodené dieťa je zaistené bezpečné prostredie pre život, učenie, hranie sa a pomôcť zabezpečiť, že z detí vyrastú prispievajúci členovia spoločnosti.

*Graf B. Dostupnosť a cenová prístupnosť vybraných bezpečnostných prostriedkov (Slovenská republika)*

Začiatok formulára

**Dostupnosť**

Percento posudzovaných predajných miest ponúkajúcich daný bezpečnostný prostriedok

**Cenová prístupnosť**

Počet odpracovaných hodín pri minimálnej mzde potrebných na kúpu daného bezpečnostného prostriedku v priemernej cene

Podsedák

Podsedák

Detektor dymu

Ochranné zábradlie na schody

Osobná ochrana pred utopením / záchranná vesta

Bicyklová helma

Detektor dymu

Osobná ochrana pred utopením / záchranná vesta

Ochranné zábradlie na schody

Bicyklová helma

Autosedačka smerujúca dozadu

Autosedačka smerujúca dozadu

Autosedačka smerujúca dopredu Obrázok B poskytuje porovnanie dostupnosti a dosiahnuteľnosti odporúčaných bezpečnostných pomôcok, ktoré znižujú riziko úrazov detí a adolescentov. Výsledky naznačujú, že je potrebné vyvinúť úsilie, aby odporúčané bezpečnostné zariadenia boli dostupnejšie v SR a je potrebné nájsť efektívne mechanizmy, aby boli cenovo dostupnejšie pre ľudí z nižších sociálno-ekonomických vrstiev. Zvýšenie dostupnosti vrátane cenovej dostupnosti by malo zvýšiť pravdepodobnosť, že pre každé narodené dieťa je zaistené bezpečné prostredie pre život, učenie, hranie sa a pomôcť zabezpečiť, že z detí vyrastú prispievajúci členovia spoločnosti.

*Graf B. Dostupnosť a cenová prístupnosť vybraných bezpečnostných prostriedkov (Slovenská republika)*

u

Priemer krajín TACTICS

Autosedačka smerujúca dopredu

Slovensko

Pre rodičov môže smútok pre nečakanú stratu dieťaťa v dôsledku úrazu trvať desaťročia a pre mnohých neskončí nikdy. Emocionálna stránka takejto udalosti pre mnohých je ešte väčšia, keď si uvedomia, že úrazu mohli zabrániť jednoduché opatrenia. Aj keď nie všetky úrazy končia fatálne náklady na zdravotnú starostlivosť a osobitnú starostlivosť, ktorú vyžaduje vážne zranenie dieťaťa môžu klásť obrovské nároky na rodičov a spôsobiť veľké problémy pre rodinu s deťmi. Okrem utrpenia v rodine, náklady spojené s liečbou zranení detí do značnej miery odčerpávajú prostriedky často preťažených systémov zdravotnej starostlivosti. Náklady na programy primárnej prevencie sú podstatne nižšie ako náklady na liečenie dieťaťa, ktoré niekedy trvá mnoho mesiacov. Mnohé bohatšie krajiny už zaviedli programy vychádzajúce z analýzy nákladov a prínosov (cost-benefit analýzy), ktoré viedli k zníženiu nákladov na zdravotnú starostlivosť. V USA, napríklad, odhadli, že na každý 1 US $ vynaložený na bezpečnosť dieťaťa sa dosiahne priamo alebo nepriamo úspora nákladov na zdravotnú starostlivosť v sume 29 US $. Ako v Tabuľke 5 vidieť, stratégie pre zníženie neúmyselných úrazov detí využívajúce cost-benefit analýzy môžu priniesť nielen záchranu životov, ale aj znížiť zaťaženie celej spoločnosti.

*Tabuľka 5. Finančné úspory z vybraných*

 *intervenčných opatrení na prevenciu úrazov (USA)*

|  |  |
| --- | --- |
| **Výdavok na každý 1 US $** | **Úspory (US $)** |
| Detektory dymu | 65 |
| Detské bezpečnostné systémy | 29 |
| Cyklistické helmy | 29 |
| Prevencia, poradenstvo poskytované pediatrami | 10 |
| Kontrola jedov a otravných látok | 7 |
| Zlepšenie bezpečnosti cestnej premávky | 3 |

Finančná záťaž ktorú musia znášať vlády po celom svete sú obrovské. V rozvojových krajinách dopravné úrazy predstavujú 1 až 2% HDP (asi 100 miliárd US$) ročne, alebo dvojnásobok celkovej rozvojovej pomoci, ktorú rozvojové krajiny získavajú z celého sveta. Nedávne hodnotenie v Spojených štátoch ukázalo, že náklady na zdravotnú starostlivosť a
straty produktivity v dôsledku všetkých úrazov detí vo veku 0-14 rokov sú na úrovni 50 miliárd US $ ročne.

Analýzy úrazovosti v Európskych krajinách ukazujú, že okrem dopravných nehôd takmer polovica neúmyselných úrazov sa stáva v domácom prostredí. Údaje o úrazoch, ktoré sa stanú v domácnostiach, pri hrách a voľnočasových aktivitách detí sú zväčša založené len na prieskumoch, ktoré jednotlivé krajiny vykonávajú na rôznych úrovniach. Informácie o ambulantných výkonoch v rámci ošetrenia úrazov na Slovensku nie sú štandardne zo zdravotných poisťovní k dispozícii. V Slovenskej republike nie je povinnosťou lekárov poskytovať informácie o okolnostiach úrazu tak, ako je to zavedené napr. v Českej republike, a tak informácie o tom, či išlo o domáci úraz, úraz vzniknutý pri športe, dopravnej nehode či školský úraz, či k nim došlo pod vplyvom alkoholu alebo drog nemôžu slúžiť pre plánovanie stratégií a programov na ich predchádzanie ani na zameranie cieľových skupín. Preto doplnenie štatistického vykazovania, ktoré zabezpečuje Národné centrum zdravotníckych informácií prostredníctvom Ročných výkazov o činnosti z chirurgických ambulancií by malo byť jedným z významných opatrení napomáhajúcich prevencii úrazov detí.

Údaje z registra hospitalizovaných síce predstavujú primárne dáta z hľadiska úrazov avšak tiež nevypovedajú o okolnostiach úrazov a poskytujú len hrubý obraz o charaktere úrazov.

Príloha č. 2, Grafy č.7, 8, a 9 uvádzajú počet hospitalizácií detí a mladistvých vo veku 0 až 19 rokov z dôvodu najčastejšie sa vyskytujúcich úrazov u detí v Slovenskej republike za roky 2010, 2011 a 2012.

V roku 2009 Úrad verejného zdravotníctva SR v spolupráci s regionálnymi úradmi verejného zdravotníctva v SR vykonal dotazníkový prieskum s cieľom zistiť prevalenciu úrazov u detí v školskom a predškolskom veku (Príloha č. 2). (7) Do projektu bolo zapojených celkovo 5535 detí vo veku od 3 do 14 rokov, z toho 2679 chlapcov, a 2856 dievčat. Zo všetkých typov úrazov viac ako polovicu (55,9 %) tvoria pády a najčastejšie sú zranenia končatín (zlomeniny, pomliaždenie mäkkých tkanív, Príloha č. 2, Graf č. 10). Okrem mechanizmu úrazov bola hodnotená miera závažnosti úrazov u detí, pričom z údajov vyplynulo, že 56,1% úrazov si síce vyžiadalo lekárske ošetrenie (Príloha č. 2, Graf č. 12), ale iba u 11,5% úrazových poškodení zdravia u detí bola potrebná hospitalizácia. Najčastejšie miesta vzniku úrazu ukazuje Graf. č. 13. Pokiaľ ide o dĺžku hospitalizácie, prevažujú úrazy, ktoré si vyžiadali cca týždňový pobyt v nemocničnom zariadení (39,9%). Dlhodobú hospitalizáciu v dĺžke trvania 6 až 8 týždňov v dôsledku závažných úrazov uviedlo asi 3,2 % respondentov (Príloha č.2, Graf č. 14). Prieskum nepotvrdil predpoklad, že úrazovosť by sa mohla líšiť u detí z vidieckeho a mestského prostredia vzhľadom na špecifiká oboch typov osídlení.  Pokiaľ ide o porovnanie miesta vzniku úrazov u vidieckych resp. mestských detí, nebol zaznamenaný zásadný rozdiel, v oboch prípadoch sa väčšina úrazov odohrala v domácom prostredí. Bez ohľadu na vek dieťaťa najviac úrazov sa odohralo v poludňajších hodinách (60,7%) (Príloha č.2, Grafy č. 15 a 16) a pokiaľ ide o dni v týždni sú nimi sobota a nedeľa.

Z vyhodnotenia prieskumu, ktorý bol zameraný na deti v mladšom veku (3 až 14 ročné) vyplýva, že ťažisko zodpovednosti za bezpečnosť detí spočíva na rodičoch a ich prístupe napr. k otázke vytvorenia bezpečného domova s minimalizáciou rizík, najmä pokiaľ ide o malé deti. Jediným spôsobom, ako zabrániť zbytočným ťažkým poškodeniam zdravia, resp. úmrtiam detí v dôsledku úrazov, je efektívna prevencia. Zásadným prvkom prevencie úrazov je výchova už vmaterských školách formou hier zameraných na prevenciu, v školách najmä povinný vzdelávací predmet Výchova ku zdraviu, ktorý by okrem iného upozorňoval deti a mládež na riziká a príčiny úmyselných a neúmyselných úrazov. Vhodnou formou vzdelávania sú tiež kurzy prvej pomoci a praktický výcvik, prednášky inštruktáže, zdravotnícke školenia s preventívnym zameraním, informovanie rodičov o rizikách, ktorým je dieťa denne vystavované a ktoré vyplývajú z ľahkomyseľnosti detí, zvláštnu pozornosť treba venovať rizikovým skupinám detí a rodičov a vyžívaniu masovokomunikačných prostriedkov na prezentovanie najčastejších príčin úrazov, ich zdravotné dôsledky a možnosti prevencie.

**Záver**

Obraz o situácii v oblasti bezpečnosti detí a mladistvých v Slovenskej republike je daný nielen politickým rámcom zloženým z legislatívnych predpisov, strategických dokumentov, rôznych intervenčných programov a akčných plánov ale aj neexistenciou systému umožňujúceho vyhodnocovanie ich efektivity. Bez takéhoto systému je ťažké naplánovať kroky či zhodnotiť ich účinok, merať pokrok, identifikovať alebo modifikovať potrebné opatrenia a hodnotiť prínosy pre spoločnosť okrem iného aj vo vzťahu k vynaloženým nákladom. Z porovnania profilov 31 krajín v európskom regióne, vrátane členských krajín EÚ je Slovenská republika podľa miery úmrtnosti detí a mladistvých v dôsledku neúmyselných úrazov na 20., resp. 21. mieste. Je teda zrejmé, že na Slovensku je ešte dosť veľký priestor na zlepšenie bezpečnosti detí a mladistvých a  problematike prevencie úrazov, neúmyselných i úmyselných, sa treba venovať s väčšou intenzitou ako doteraz. Keďže sa Slovensko takéhoto európskeho hodnotenia zúčastnilo prvýkrát, nie je možné vyhodnotiť pokrok tak ako je to u ostatných krajín EÚ. Aby sa tak mohlo stať v budúcnosti, treba zlepšiť existujúcu infraštruktúru a kapacity. Zároveň musí byť zavedený systém pre monitorovanie úrazov detí založený na zbere potrebných údajov – zdravotných, sociálnych aj ekonomických a ich integrácia do jednotnej databázy. Na tvorbe a napĺňaní databázy tak rôznorodých údajov by mali spolupracovať viaceré vládne sektory, úrady a organizácie s jasne určenými kompetenciami. Informačná karta o bezpečnosti detí a Profil krajiny pre bezpečnosť detí vypracované pre Slovenskú republiku prezentované v tomto dokumente môžu byť východiskovými materiálmi pre vypracovanie Akčného plánu pre bezpečnosť detí a mládeže v Slovenskej republike.

Zdroje:

1. European Report on Child Injury Prevention, dostupné na <http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/83757/E92049.pdf>
2. Child safety report card 2012, European Summary for 31 countries, dostupné na http://www.childsafetyeurope.org/publications/info/child-safety-report-cards-europe-summary-2012.pdf
3. M. Danzon, WHO European Report on child injury prevention; 2008
4. MacKay M.,Vincenten J., Brussioni M., Towner L., Cild safety Good Practice Guide: Good investments in unintentional child injury prevention safety promotion. Amsterdam: Európska Aliancia pre bezpečnosť detí, EuroSafe; 2006
5. UNICEF – výskumné centrum Innocenti. Tabuľkový prehľad úmrtí spôsobených zraneniami u detí z bohatých krajín. UNICEF, 2011. Informačná karta č. 2., Florencia
6. Laflamme L, Burrows, S, Hasselberg potential countermeasures. Inštitút Karolinska/Regionálny úrad SZO pre Európu,Kodaň, Dánsko; Reimers AM, deLeon AP, Laflamme L. (2008) The area-based social patterning of injuries among 10 to 19 year olds. Changes over time in the Stockholm County. BMC Public Health Apr 23; 8:131.
7. Výsledky projektu Monitoring úrazovosti u detí predškolského a školského veku, Prieskum ÚVZ SR; 2010

Prispievatelia:

Úrad verejného zdravotníctva SR

Ministerstvo zdravotníctva SR

Národné centrum zdravotníckych informácií

Slovenský Červený kríž

Ministerstvo školstva SR

Ministerstvo vnútra SR

Kancelária SZO v SR