

A KIHÚLÉSRÓL

A kihüléses halálesetek kutatása

Az Egészségügyi, Szociális- és Családügyi Minisztérium a múlt év decemberében azzal bízta meg háromfős kutatócsoportunkat, hogy állítson össze egy listát a 2002. november 1. és 2003. február 28. között az ország területén történt kihüléses halálesetekről. Ezen kívül azt kaptuk feladatul, hogy tekintsük át a kihüléses halálesetekre vonatkozó jelenleg rendelkezésre álló adatforrásokat és adatszolgáltatási rendszereket. Kutatásunk kezdetén megpróbáltunk kidolgozni egy tervet arra, hogyan juthatunk a szükséges adatok birtokába, illetve hogyan ismerhetjük meg a kihüléses halálesetekkel összefüggésbe hozható szociális tényezőket. Azt feltételeztük ugyanis, hogy a hypothermia (kihülés) kialakulásában, illetve a kihüléses halál bekövetkeztében nagy szerepet játszanak – az időjárási és egészségügyi tényezők mellett - bizonyos szociális tényezők is, melyek megismerése közelebb vihet a probléma megoldásához.

Több alapvető kérdés merült föl ezzel kapcsolatban, amelyekre a választ az aktuális adatok elemzésétől vártuk. Melyek a hypothermia által veszélyeztetett csoportok Magyarországon? Vajon milyen életkor szerinti eloszlást mutatnak az esetek? Mi jellemzi a nemek arányát? Milyen életkörülmények közt éltek az elhunytak (egészségi állapot, társadalmi kapcsolatrendszer stb.)? Vajon mi jellemzi a halálesetek területi eloszlását (vidék-főváros, város-falu)? Ezzel összefüggésben beszélhetünk-e az esetek kapcsán földrajzi tagolódásról, elkülöníthetők-e egyes régiók? Milyen mértékben tükrözik az esetek a hajléktalanság problémáját? Többek közt ezekre a kérdésekre szerettünk volna

választ kapni annak érdekében, hogy a kihűléses haláleseteket egy tágabb szociális kontextusba helyezhessük.

A kutatás első lépéseként megpróbáltunk a 2002/2003 telére vonatkozó adatok birtokába jutni, melyek elemzése révén megállapíthatjuk majd a főbb tendenciákat. Azonban hamar nyilvánvalóvá vált, hogy mindezt több körülmény is lehetetlenné teszi számunkra. Először is, a kérdéses időszak lezárulta előtt fogtunk hozzá az adatok gyűjtéséhez, ami megoldhatatlannak bizonyult, hiszen az adatszerzés-adatszolgáltatás rendszerében részt vevő intézmények sem jutnak ilyen rövid időn belül a kellő adatokhoz. Első észrevételünk tehát, hogy igen lassúnak mondható az adatáramlás folyamata. Az adatszerzésünk körüli bizonytalanság kutatásunk előrehaladtával egyre fokozódott, olyannyira, hogy kérdésessé vált a nyilvántartásba került adatok megbízhatósága is. Ennek ellenére összegyűjtöttük az általunk vizsgált időszakra vonatkozó, számunkra hozzáférhető adatokat.

A GYÓGYINFOK-tól származó adatok szerint 2002. november 1. és 2003. február 28. között 192 hypothermiás beteget kezeltek kórházban. Közülük 54 beteg meghalt, 54 beteget elbocsátottak, a többi beteget kórházon belül áthelyezték, vagy más kórházba szállították, így további sorsukra nézve nem rendelkezünk információval. A kezelt betegek 64%-a férfi, életkor tekintetében 40%-a középkorú, 50%-a időskorú.

Emellett a Budapestre vonatkozó adatokat a Semmelweis Egyetem Igazságügyi Orvostani Intézete bocsátotta rendelkezésünkre. Ezek alapján az említett négy hónapon belül Budapesten 17-en hunytak el kihűlés következtében. Az elhunytak mindannyian férfiak voltak. Az esetek felében megállapítható, hogy az elhunyt alkoholt fogyasztott halála előtt.

Még e kevés adat birtokában is újabb ellentmondással kerültünk szembe, mivel az említett intézményektől származó (részleges) adatok sem egyeznek meg egymással. A GYÓGYINFOK-tól származó adatok alapján 9, míg az Semmelweis Egyetem

Igazságügyi Orvostani Intézetétől származó adatok szerint 7 hypothermiás beteg halt meg ebben az időszakban fővárosi kórházban. Ezen a ponton vált világossá számunkra az, hogy egyrészt a kutatás eredeti terve nem lesz kivitelezhető, másrészt pedig, hogy a kutatást sokkal alapvetőbb szinten kell folytatni, hiszen a birtokunkban levő adatok alapján aligha vonhatnánk le helytálló következtetéseket.

Elkezdtek tehát megvizsgálni az adatok nyilvántartásba kerülésének módjait, hogy rájöjjünk, milyen akadályok állnak a zökkenőmentes, gyors és megbízható adatszolgáltatás útjában. Megvizsgáltuk az egyes intézmények adatszerzésben, illetve adatszolgáltatásban betöltött szerepét, a halálesetek kapcsán lefolytatott eljárásokat, az esetek dokumentációját, illetve az ezek alapjául szolgáló jogszabályokat. A vizsgálat befejeztét követően megállapítottuk, hogy a kihűléses halálesetekre vonatkozó nyilvántartás és adatszolgáltatás rendszere átláthatatlan és ellenőrzés nélküli.

Aki hasonló kutatásba kezd, annak hamar feltűnik a magyar nyelvű szakirodalom és a hazai kutatások hiánya. Mindössze két szociális szempontú, Magyarországot érintő munka említhető. Az egyik Győri Péter *Fagyhalál* című írása, mely az 1955-1994 közötti időszakban bekövetkezett kihűléses halálesetek statisztikai adatait összesíti. A tárgykörben úttörő munkának számít a Bácskai Erika szerkesztette, *Fagyhalál Magyarországon* című kötet. A szerzők az 1998/1999 telén bekövetkezett kihűléses haláleseteket vizsgálták egyrészt a KSH összevont adatait elemezve, másrészt néhány általuk készített esettanulmány alapján. Mindemellett összehasonlították a rendelkezésükre álló statisztikai adatokat a sajtó által bemutatott képpel. Munkájukkal megtették az első lépést a probléma tudatosítása és feltárása felé vezető úton.

A kihűléssel kapcsolatos külföldi szakirodalomnak nem létezik magyar nyelvű ismertetése. E hiány pótlása végett nyújtunk betekintést Nagy-Britannia és az Egyesült Államok területére vonatkozó munkákba. A kihűlés okozta halállal szemben az angol nyelvű tanulmányok a hangsúlyt a hypothermiás betegségek okainak felismerésére és a betegség kezelésére, illetve annak megelőzésére helyezik. Nagy jelentőséget

tulajdonítanak a veszélyeztetett egyének és csoportok szociális körülményei vizsgálatának. Az említett országokban már korábban megkezdődtek a probléma feltárására irányuló kutatások, és számos megelőzést célzó intézkedést is bevezettek. Ennek eredményét tükrözhetik a csökkenő tendenciát mutató brit számadatok is.

Mivel Magyarországon a KSH adatai szerint évről évre nő a hypothermia áldozatainak száma (ld. Győri; Bácskai 2000), fontos, hogy a jövőben az illetékes szervek, szociális és egészségügyi intézmények mielőbb megtegyék a szükséges lépéseket a probléma megoldása érdekében. Feltevésünk szerint a hypothermiás megbetegedések – bizonyos esetekben - megelőzhetőek lennének, így csökkenthető lenne a hypothermia áldozatainak száma. Kitűzött céljaink ugyan csak részben valósul(hat)tak meg, tanulmányunk mégis kiindulópontjául szolgálhat a további vizsgálatoknak. Eddig szerzett ismereteink alapján tett ajánlásainkkal szeretnénk hozzájárulni a még hiányzó intézményi beavatkozások kifejlesztéséhez.

Az Egészségügyi, Szociális- és Családügyi Minisztérium megbízásából végzett kutatásunk részét kellett, hogy képezze egy, a rendelkezésre álló adatforrások alapján összeállított lista a 2002. november és 2003. február 28. között az ország területén történt kihúlése halálesetekről. A lista tartalmazná a halott nevét, az esemény pontos helyszínét, valamint az esetről információval bíró személyek nevét és elérhetőségét (az érintettek beleegyezésével). A lista összeállítását több, előre nem látható tényező is lehetetlenné tette.

A Központi Statisztikai Hivatal egyrészt a kutatás befejeztének időpontjáig nem dolgozta fel a rendelkezésére álló adatokat, másrészt pedig, az adatvédelmi törvényre hivatkozva, a birtokában lévő dokumentumokba való betekintést sem engedélyezte számunkra.

Az ORFK birtokában lévő adatokba való betekintést csak abban az esetben engedélyeznek, amennyiben arra a Minisztérium megfelelő szintű képviselője felkéri az országos rendőrfőkapitányt.

Az ÁNTSZ-től kapott adatok nem alkalmasak egy ilyen lista összeállítására. Az ÁNTSZ, a KSH megfelelő ügyosztályának, és a Semmelweis Egyetem Igazságügyi Orvostani Intézetének vezetője az országos szintű adatok összegyűjtésére tett ígéretet. Azonban ezeknek az adatoknak a várható beérkezése a kutatás időtartamán kívül esik, ezért a kért listát - mely a halott nevét az adatvédelmi törvény értelmében nem tartalmazhatja – nem állt módunkban összeállítani.

A kihűlés orvosi szempontú definíciója

Az emberi szervezet belső hőmérséklete viszonylag szűk határok közt változhat maradandó károsodás nélkül. A test hőmérsékletének süllyedése okozhat betegséget, hypothermiás állapotot, amely akkor kezelhető, ha csak időszakos, és a test hőmérséklete nem csökken a kritikus szint alá. Szélsőséges esetekben a hypothermia halálhoz vezet. Az orvostudomány két fő formáját különbözteti meg, a primer és szekunder hypothermiát.

Primer hypothermia kialakulhat:

- hűvös vagy hideg környezetben tartós expozíció után, megfelelő védőöltözet hiányában;
- tartós, szélsőségesen alacsony környezeti hőmérsékleten;
- nagy hőkapacitású hideg közegben (pl. víz);

Szekunder hypothermia nem szélsőséges hideg hatására, hanem szoba- vagy ahhoz hasonló hőmérsékleten, károsodott hőszabályozású és/vagy védekezésre képtelen egyénen alakul ki. A szekunder hypothermiára hajlamosító tényezők:

- alkohol, narkotikumok, altató- nyugtató szerek, tranquillánsok;
- endokrin betegségek (pajzsmirigy, mellékvese, agyalapi mirigy);

- idegrendszeri betegségek (pl. koponyatrauma);
- anyagcserebetegségek (pl. májelégtelenség);
- alacsony hőmérséklet nem megfelelő érzékelése (idős kor, részeg állapot);

A szekunder hypothermia sajátos formája az ún. accidentális hypothermia, a testhőmérséklet váratlan 35 fok alá csökkenése. Hajlamosító tényező lehet különböző gyógyszerek használata (pl. neuroleptikumok, nyugtatók, altatók, tranquillánsok), és betegségek (pl. szívelégtelenség, tüdőgyulladás). Ahogy azt már említettük, a hypothermia szélsőséges esetekben halálhoz vezet. A kihűléses halál bonclelete nem jellegzetes, néhány jeléről említést tettek a megkérdezett szakemberek és az orvosi szakkönyvek, ilyen pl. a gyomornyálkahártya-vérzések, a jobb szívfél tágulata, a tüdőben vérzéses tüdővízenyő, stb. Azonban a boncolási lelet egymaga nem bizonyíték a kihűléses halál mellett. Csakis az összes körülmény figyelembevétele, és más halálokok kizárása után lehet bizonyosan megállapítani a kihűléses halál tényét.

A külföldi szakirodalom a hypothermiás állapotban lévő emberen tapasztalható jeleket is részletesen taglalja, ilyen például a gyenge koordinációs képesség, botladozás, hallucináció, a bőr elékékülése, puffadtá válása, gyenge pulzus. Fontos megjegyezni, hogy a külső jelek alapján egy hypothermiás ember könnyen összetéveszthető egy ittas állapotban lévő emberrel.

A hypothermia orvosi szimptomái:

- már 35 fokos belső hőmérsékletnél, illetve az alatt fáradtságérzés, mozgásszegénység, érdektelenség;
- 28-25 fok között a pulzus és a légzés lelassul, és izommerevség áll be;
- 25 fok alatt központi idegrendszeri elváltozások keletkeznek, ami az ember halálához vezet.

A lehetségesen előforduló hypothermiás esetek valódi bekövetkeztét erősen befolyásolja számos szociális, gazdasági és egészségügyi tényező, illetve ezen tényezők együttese.

Hajlamosító tényezők a nem megfelelő táplálkozás, betegségek, alkoholfogyasztás, drogok használata. Mindezek gyengítik a szervezet ellenálló képességét, károsíthatják hőszabályozását. Az alkoholfogyasztás például hideg környezetben igen veszélyes lehet, hiszen a melegérzés hatására a kábult személy ledobhat magáról egyébként nélkülözhetetlen ruhadarabokat, és szervezete lehűl. Más esetben az alkohol álmossá teheti az embert, elalszik, és nem érzi a hideget. Mindezek mellett azonban szociális tényezők is közrejátszhatnak a hypothermia kialakulásában, és a kihűléses halál bekövetkeztében. Ilyen például az elszigeteltség, vagy a szociális háló gyengülése, illetve hiánya.

A statisztikai adatok tükrében a legvesélyeztetettebbek a közép- és időskorú férfiak. Esetükben egészségügyi, pszichológiai és szociális kockázati tényezőkkel egyaránt számolni kell. Bár a hypothermia nem zárható ki a fenti tényezők hiányában sem. A megelőző intézkedések bevezetéséhez azonban elengedhetetlen a szociális tényezők számításba vétele. A hajléktalanok, mint kiemelten veszélyeztetett csoport, gyenge fizikai állapotuk, kimerültségük, nem megfelelő táplálkozásuk miatt ki vannak téve az időjárás viszontagságainak, és általános egészségi állapotukat tovább súlyosbíthatja a gyakori alkoholfogyasztás is.

Ahogy az a Bácskai Erika által szerkesztett kötetből kiderül, 1998-1999 telén a hypothermia áldozatainak 74 százaléka férfi, az elhunytak 53 százaléka középkorú (40-59 év közötti), 32 százaléka időskorú (60 éve feletti), és 75 százaléka egyedülálló volt. Az esetek közel egyötödében szerepet játszott valamilyen alkoholfogyasztással összefüggésbe hozható betegség. Az esettanulmányokból kiderül, hogy a társadalmi elszigetelődés a kihűléses esetek fontos tényezője.

A kihűléses halálesetek dokumentációja

A kihűléses halál jogi szempontból a „rendkívüli halál” kategóriájába sorolható. Az 1997. évi CLIV. egészségügyi törvény 218.§ (3) bekezdése alapján “rendkívüli az a halál,

amelynek természetes módon való bekövetkezését a körülmények kétségesse teszik”. Ezen kívül orvosi szempontból a természetes halállal szembeni „erőszakos halál” kategóriájába is beilleszthető. Az ezekbe a kategóriákba való besorolás jogszabályok által előírt orvosi és rendészeti eljárásokat von maga után.

A jogi szempontok figyelembevétele mellett elengedhetetlen azoknak a dokumentumoknak a pontos számbavétele is, amelyeket a hivatali eljárások folyamán egy-egy haláleset bekövetkezése után állítottak ki. A hiteles adatok alapos ismerete ugyanis befolyásol(hat)ja az objektív adatszolgáltatást és adatgyűjtést. Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 217.§ (1) bekezdése alapján a halál bekövetkeztét halottvizsgálattal kell megállapítani. A halottvizsgálat minden olyan körülményre kiterjed, amely a halál bekövetkezése tényének, bekövetkezése módjának és okának megítéléséhez szükséges. A 34/1999 (IX. 24.) BM-EüM-IM együttes rendelet 2. § (1) alapján a halottvizsgálatot ellátó orvos lehet - a halál beálltának helyszíne szerinti - fekvőbetegosztály vagy járóbeteg-ellátó egység orvosa, vagy ügyeleti szolgálatot ellátó orvos, mentőorvos, a halál helye szerint illetékes háziorvos, ill. ezen szolgálat ügyeletes orvosa, vagy a halál helyéhez legközelebb eső, patológiai osztállyal rendelkező fekvőbeteg-gyógyintézet orvosa. E rendelet 1§ (4) bekezdése alapján ha a vizsgálat során rendkívüli halál bekövetkeztét észleli, a halottvizsgálatot végző orvos köteles a hatóságot azonnal értesíteni. A halottvizsgálati bizonyítvány 1-20. pontjait a halottvizsgálatot végző orvos tölti ki. Rendkívüli halál esetén a halottszemle megtartása kötelező. A szemlebizottság tagjai a bizottság vezetője, akinek igazságügyi orvosszakértői képesítéssel kell rendelkeznie, a rendőrorvos, a bűnügyi technikus, és indokolt esetben egyéb szakértők és szaktanácsadók. Ha a helyszínre érkező szemlebizottság megerősíti a rendkívüli halál tényét, az Eütv. 218. § (1) bekezdése alapján “hatósági eljárást kell lefolytatni és az elhunyt hatósági boncolását kell elrendelni. (2) A hatósági boncolás célja a halál okának, bekövetkezése körülményeinek tisztázása.” A halottszemléről az eljáró hatóság egyidejűleg jegyzőkönyvet készít. A 34/1999 BM-EÜM-IM rendelet 13§ (3) bekezdése alapján pedig a “hatósági boncolásról készített jegyzőkönyvet a véleményi résszel együtt - két példányban - meg kell küldeni a boncolást elrendelő hatóságnak. A

kezelőorvos a vélemény készítésénél nem lehet jelen. Amennyiben az eljárás érdekét nem sérti, a hatóság a jegyzőkönyv egy példányát a kezelőorvos részére megküldi.”

A hatósági boncolásról készült jegyzőkönyv egyik példányát abban az illetékes intézményben helyezik el, amelyben a boncolást végezték, a másikat az illetékes (városi/fővárosi) rendőrkapitányságon. A megyei kapitányságokra érkező adatok országos szinten, az ORFK Egészségügyi és Pszichológiai Egyesített Központjában futnak össze. Ezekbe betekintést azonban nem nyerhettünk az adatvédelmi törvényre való tekintettel. A másik ide vonatkozó dokumentum a hat példányból álló halottvizsgálati bizonyítvány. A halálokokra vonatkozó megállapításokat ebbe – a kihűléses halál esetében – a boncolást végző orvos jegyzi be (ld. 34/1999 5§ (3)). A halál okát megállapító orvos a halottvizsgálati bizonyítvány első három (I-III.) példányát megküldi a haláleset helye szerint illetékes anyakönyvvezetőnek, aki a haláleset anyakönyvezése és az anyakönyvi folyószámnak a halottvizsgálati bizonyítványon történő feltüntetése után az I. példányt megküldi a Központi Statisztikai Hivatal (továbbiakban: KSH) területileg illetékes igazgatóságának, a II. példányt anyakönyvi alapidatként megőrzi, a III. példányt megküldi - a haláleset szerint illetékes - jegyzőnek. A IV. példányt a halál okát megállapító orvos átadja az elhunyt eltemettetésére kötelezett személynek vagy szervnek. Az V. példányt megőrzi. A VI. példányt megküldi az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat (továbbiakban: ÁNTSZ) - a haláleset szerint illetékes - megyei intézetének. A halottvizsgálati bizonyítvány I-IV. példányát a halálok megállapítását követő első munkanapon, a VI. példányt havonta összegyűjtve kell továbbítani.

E dokumentumok mellett a meghalt személyekről a halálozási adatszolgáltatás alapnyomtatványának minősülő halálozási lapot állítanak ki. Ezt az egészségügyi intézetben történt halálesetekről az intézet tölti ki, és elküldi az illetékes anyakönyvvezetőnek legkésőbb a halált követő első munkanapon. Az intézeten kívüli halálozásról az illetékes anyakönyvvezető állítja ki a statisztikai lapot. (A halálozási lapot a halottvizsgálati bizonyítványhoz csatolva kezelik.) Mindezt a tárgyhót követő hó 5-éig köteles megküldeni a KSH megyei (fővárosi) igazgatóságának.

Az adatforrások megbízhatóságáról

A kihüléses halál egyéni-társadalmi háttérének tisztázásához, majd a megelőző stratégiák és intézményi/szociális beavatkozások kidolgozásához mindenekelőtt objektív adatokra van szükség. A kutatásunk során folytatott interjúk, illetve az idevonatkozó jogszabályok világossá tették számunkra, hogy a KSH által feldolgozott és publikált adatok nem ad(hat)nak pontos tájékoztatást arról, hogy az országban valójában hányan haltak meg kihülés miatt. Először is, a KSH-ban feldolgozott adatok nem követik a halálesetek okaira vonatkozó diagnózis változásait. Gyakran fordul elő olyan eset, hogy a helyszíni halottvizsgálat során a kihülést jelölik meg elsődleges halálokként. Ez bekerül a halottvizsgálati bizonyítványba, amelyet továbbítanak a KSH felé, ott pedig feldolgozásra kerül az adat. Azonban a boncolás és a hatósági vizsgálatok elvégzését követően egy eltérő halálkot állapítanak meg; a KSH adatbázisába bekerült adatok utólagos módosítására azonban nincs lehetőség. Ez fordítva is előfordulhat, vagyis akkor, ha a helyszínen nem a kihülést állapítják meg a halál elsődleges okaként, később azonban ezt a diagnózist megváltoztatják, és mégis az válik az elsődleges halálokká.

Az adatszolgáltatás során olyan nehézségekkel kell(ett) számolnunk, hogy pl. az orvosok nem ismerik a halottvizsgálatra vonatkozó jogszabályokat. Erre tettek utalást az általunk megkérdezettek, és ezt igazolják a KSH korábbi évekre vonatkozó kiadványainak adatai is. A Demográfiai Évkönyvek „igen nagy hideg okozta halál”-ra vonatkozó táblázataiból kiderül, hogy a halál okát több esetben nem a boncolást végző orvos állapította meg (azaz boncolásra nem került sor), hanem például 1999-ben a 349 esetből 30 esetben „kezelőorvos”, és 29 esetben „orvos”. Rendkívüli halál esetében (amelybe a kihülés is beletartozik) a vonatkozó jogszabályok hatósági boncolás végrehajtását írják elő. Az orvosok tehát vagy nem ismerik pontosan a kihüléses halálesetekre vonatkozó jogszabályokat, vagy eljárásuk folyamán figyelmen kívül hagyják azokat.

A 34/1999 BM-EÜM-IM együttes rendelet az orvosok viszonylag széles körének teszi lehetővé a halálok megállapítását. Vagyis, míg korábban a közterületi halálesetek halottvizsgálatával kapcsolatos teendők a rendőri szerv hatáskörébe tartoztak, addig az új törvény alapján ezt a „házi orvos, illetve ezen szolgálat ügyeletes orvosa” is elvégezheti. Az általunk megkérdezett szakemberek véleménye szerint ez a változtatás a tévesen diagnosztizált esetek számának növekedését eredményezte. A halált megállapító orvosok körének kiszélesítése több problémát vet fel. Először is, a betegellátásban okozhat fennakadást, ha valamelyik házi orvost elhívják például egy-egy közterületi haláleset megállapításához. Másodszor, a szakemberek véleménye szerint a betegellátás terén tevékenykedő orvosok kevesebb gyakorlattal rendelkeznek a rendkívüli halálesetek okainak megállapításában.

A fent említett szempontok mellett szerepet játszik a kihűléses halálesetek téves diagnosztizálásában az is, hogy jelentős adminisztrációs terheket jelentenek, és költséges orvosi és rendőri intézkedésekkel járnak együtt.

Az angol nyelvű szakirodalom ismertetése

Az általunk áttekintett angol nyelvű szakirodalom az Egyesült Államok és az Egyesült Királyság területére kiterjedően tárgyalja a hypothermia jelenségét és annak szociális összefüggéseit. Míg a magyar sajtó leginkább a hajléktalanság és a fagyhalál kapcsolatának szentel különleges figyelmet, addig Angliában a rosszul fűtött vagy fűtetlen lakás okozta egészségkárosodás áll a figyelem középpontjában. Habár a két jelenség – a közterületen való kihűlés és a hideg lakásban való megbetegedés – természetében különbözik, gyökereik és következményeik már nem választhatók el élesen. Az Egyesült Királyságban a szociális gondoskodás témakörében központi helyet foglal el a fűtetlen lakások kérdése. A „fuel poverty” kifejezés arra utal, hogy az egyén/család a lakás megfelelő fűtésének költségeit képtelen fedezni, vagy csak más alapvető szükségleteinek feláldozásával képes rá.

Angliában széleskörű kutatásokat végeztek a fűtetlen/rosszul fűtött lakások időskorúakra gyakorolt hatásáról, és a rossz egészségi állapot és a hideg lakások összefüggéseiről. 1972-ben készült az első hypothermiával kapcsolatos országos szintű felmérés, a Fox-Wicks Study. E tanulmányban az idős emberek alacsony testhőmérsékletének következményeit vizsgálva a szerzők arra a következtetésre jutottak, hogy az idős emberek 10%-a ki van téve a hypothermia veszélyének. 2001-ben a Walsall Health and Fuel Poverty Project keretében megjelent egy tanulmány, mely a rosszul fűtött vagy fűtetlen lakásokban élőkkel kapcsolatos angol és amerikai források áttekintését tartalmazta. Mint fentebb említettük, a „fuel poverty” kifejezés azt az állapotot jelöli, amikor valaki saját otthonában állandó hidegben él. Szociológiai értelemben pedig azt az összefüggést jelenti, amely a fűtési szolgáltatásokhoz való nehéz hozzáférés és az alacsony jövedelem, valamint a nem megfelelő fűtőberendezések és a rossz szigetelésű házak között áll fenn. Egy pontosabb meghatározás szerint ide azokat a háztartásokat sorolják, amelyek állandó bevételük 10%-ánál magasabb összeget fordítanak fűtésre. Az ilyen háztartások minderre kétféleképpen reagálnak. Egy részük úgy takarékoskodik a fűtés költségeivel, hogy kevesebbet fűt. Más részük viszont fenntartja az optimális szobahőmérsékletet, noha képtelen a számlák kifizetésére, és így eladósodik. A legtöbb esetben azonban e két megoldás kombinációja valósul meg. Csupán Anglia területén 4,3 és 6,9 millió közé tehető a fűtési gondokkal küszködő háztartások száma. Ez az összes háztartás 20-30 százaléka.

A rosszul fűtött vagy fűtetlen lakások és a benne lakók rossz egészségi állapota közötti összefüggés egyértelmű, és két problémát is felvet. Ezek egyrészt a hideg, másrészt a nyirkos, penészes falú lakások egészséget károsító hatása. Sok ember azért betegszik meg, mert a hosszan tartó tél alatt rosszul fűtött, megfelelő szigetelést nélkülöző lakásában tartózkodik. Másrészt a falakban szaporodó penész is káros hatással lehet az emberi szervezetre, a nyirkosság gyakran kapcsolatba hozható a tartósan alacsony szobahőmérséklettel, a vírusok, baktériumok pedig könnyen elszaporodnak a nedves, nyirkos falú házakban.

Az Age Concern England publikálta a Cold Comfort című kutatási program eredményeit az alacsony szobahőmérsékletű lakások időskorú emberekre gyakorolt hatásainak vizsgálatáról. A beszámolóból kiderül, hogy a megkérdezettek egyharmada 16 fokos, vagy ennél alacsonyabb hőmérsékletű lakásban él. Feltételezik, hogy évente sokan az alacsony szobahőmérsékletek hatására betegszenek és/vagy halnak meg.

A probléma kezelésére, illetve megoldására tett javaslatokat is olvashatunk az említett írásokban. A Walsall-tanulmányban közegészségügyi szempontból közelítik meg a fűtetlen vagy rosszul fűtött lakásokban élők problémájának megoldását. Álláspontjuk szerint az említett egyének/csoportok a hypothermiára szociális helyzetük következtében válnak hajlamossá, és nem pusztán fizikai állapotuk miatt. Az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférésben tapasztalható egyenlőtlenség is fontos összetevője a probléma felismerésének, kezelésének.

Az ír Szociáldemokrata és Liberális Párt annak érdekében emelte fel szavát, hogy a fűtés és a megfelelően fűtött lakások ne privilégiumként, hanem alapvető jogként szerepeljenek a társadalom elvárásrendszerében. Nyilatkozatuk szerint megengedhetetlen, hogy az embereknek választaniuk kelljen, mely alapvető szükségleteiket elégítik ki. 1999-ben a probléma napirendre tűzéséért küzdöttek. Fel akartak állítani egy regisztert, amely tartalmazza a lakóknak a lakások melegen tartására fordított valamennyi kiadását. Ez alapján állandó fűtési támogatást akartak biztosítani az érintett egyéneknek és családoknak. A téma napirendre tűzését azért tartják fontos lépésnek, mert akkor válik megoldhatóvá egy probléma, ha azt nevén nevezzük, és bekerül a köztudatba.

A fűtetlen vagy rosszul fűtött lakásokban élők kérdése az Egyesült Királyságban a törvényalkotás szintjén is megjelent. 1991-ben terjesztették be a Home Energy Conservation Bill elnevezésű törvényjavaslatot, mely végül nem került elfogadásra. A javaslat a megoldást egy egységes fűtési és szigetelési mérce felállításában látta, és a legfőbb útnak az energia-megtakarítást gondolta.

A következő táblázatban az angliai adatokkal összehasonlítva drámai képet kapunk a kihüléses halálesetek hazai előfordulásának gyakoriságára nézve. (Zárójelben található a két szám aránya: Anglia és Wales/Magyarország).

1977 Magyarország: 89 Anglia és Wales: 594 (6,6)	1982 Magyarország: 140 Anglia és Wales: 645 (4,6)	1987 Magyarország: 285 Anglia és Wales: 551 (1,93)
1992 Magyarország: 269 Anglia és Wales: 329 (1,2)	1998 Magyarország: 284 Anglia és Wales: 352 (1,2)	1999 Magyarország: 349 Anglia és Wales: 325 (0,93)

A kimutatható tendencia szerint tehát a szigetországban a kihüléses halálesetek száma fokozatosan csökken, míg Magyarországon drámai mértékben növekszik. Olyannyira, hogy az egyik évben meg is haladja a nála ötször nagyobb lakossággal rendelkező területre eső kihüléses halálesetek számát. Ennek egyik feltételezhető oka a rendszerváltás után a hajléktalanság problémájának tömegessé válása és a szociális ellátórendszer összeomlása, mellyel együtt jelentősen megnőtt a kihüléses halál által veszélyeztetett emberek száma.

Az Egyesült Államokban a hypothermiára vonatkozó adatok a „Morbidity and Mortality” heti jelentésekben olvashatók. A fűtetlen vagy rosszul fűtött lakás (a „fuel poverty”) koncepció nem szerepel az amerikai jelentésekben. A hideggel összefüggésbe hozható halálesetekre és betegségekre vonatkozó információkat két csoportba sorolhatjuk. Az egyik csoportba tartoznak a sportbalesetekről (pl. sélés vagy hegymászás), a másikba a hajléktalanok kihüléses haláleseteiről szóló jelentések. A legtöbb hypothermiával

kapcsolatos amerikai megállapítás a megelőzésre és az egyéni felvilágosításra helyezi a hangsúlyt.

A következőkben néhány példán keresztül mutatjuk be az amerikai preventív intézkedéseket.

Philadelphiában az ún. kék kód egy olyan hivatalos jelzés a szociális és egészségügyi intézmények felé, amely akkor lép érvénybe, amikor a légáramlás okozta lehűlés következtében a hőmérséklet 2-3 fokra, vagy az alá süllyed. Ebben az esetben újabb szállókat nyitnak, és férőhelyeket biztosítanak a hajléktalan embereknek. Ez a jelzés tehát az egészségügyi és szociális ellátó intézmények figyelmét arra hívja fel, hogy fordítsanak különös figyelmet az utcán éjszakázó emberekre.

Washington, D.C.-ben a krízishelyzetek kezeléséért felelős intézmény „hypothermia-jelzést” léptet életbe, ha az időjárási viszonyok ezt megkövetelik. Ez az intézmények fokozott odafigyelését és készenléti helyzetét jelenti. Ezen kívül, ha a lakosok valakin a kihűlés jeleit észlelik, értesíthetik a rendőrséget, a helyi szervezeteket és menedékhelyeket.

San Franciscóban egy Homeless Deaths Prevention Community Advisory Board, egy Homeless Deaths Prevention Project és egy Homeless Deaths Research Team működik. Ezek a csoportok egymást kiegészítve dolgoznak azon, hogy dokumentálják az utcai haláleseteket, és feltárják azok okait.

1987 óta évről-évre felméri és elemzi a városban történt hajléktalan-halálesetek körülményeit, a halálhoz vezető tényezőket, és az elhunytak demográfiai, szociális és egészségügyi hátterét. Különös figyelmet szentelnek annak, hogy vajon az egyes halálesetek megelőzhetőek lettek volna, és ha igen, hogyan. A halálesetek felderítésére a kutatók (akik kezdetben civilek és újságírók voltak) egységes módszertant dolgoztak ki, mely egyrészt egy statisztikai felmérést foglal magába, másrészt pedig alapot ad arra, hogy a hajléktalanellátók és a hajléktalanok érdekvédő szervezetei hathatós megelőző stratégiákat dolgozzanak ki, illetve javasoljanak az ebben illetékeseknek.

A statisztikai felmérés a Medical Examiner adatai és dokumentumai alapján készül. A Medical Examiner egy olyan állami szerv, amely a rendkívüli halálesetek dokumentációjáért és azok hátterének feltárásáért felelős. Ezek közül a halálesetek közül szűrik ki az amerikai kutatók a hajléktalan eseteket, és tárják fel azok körülményeit. A kutatás egyik leglényegesebb pontja, hogy a kutatók egységes kritérium-rendszert dolgoztak ki arra, hogy definiálják, ki számít „hajléktalannak”. (Ez számunkra azért fontos szempont, mert mint az korábban kiderült, a magyarországi statisztikákba nem pontosan kerülnek be sem a hajléktalanságra, sem pedig a kihülésre vonatkozó adatok.)

A hosszú és fáradtságos munkával kiszűrt hajléktalan-haláleseteket vizsgálva a kutatók elemzik azok demográfiai hátterét (nem, kor, etnikum), fő okait, melyeket az előző szempontokkal is összevetnek, földrajzi elterjedésüket (a város melyik negyedében következtek be), ill. azt, hogy kórházban, közterületen, menhelyen vagy lakásban történtek. Megvizsgálják az elhalálozottak életkörülményeit (a megtalálási helyből következtetve), és a halálesetek időbeli eloszlását – az év mely szakában, hónapjában következtek be, összevetve ezt a halál elsődleges okával.

A fenti kutatás rövid ismertetésével célunk elsősorban a figyelem felkeltése. Arra törekedtünk, hogy bemutassuk a máshol már működő módszereket az egyes halálesetek szociális vonatkozásainak feltárására. Tanulásgént vonható le a kutatásból az is, hogy az elemzést városi, azaz helyi szinten végezték, így helyi szinten tudtak megvalósítható változtatásokat javasolni.

Ajánlások

Közvetett megelőzés céljából javasoljuk:

- az állami nyilvántartó és adatszolgáltató szervek tevékenységének hatékonyabb összehangolását, az adatok könnyebb feldolgozhatósága és elemzése végett;

- az országos tendenciák kimutatására és nyomon követésére az Országos Rendőrfőkapitányságon összefutó adatok - a jelenlegi gyakorlattól eltérően - tartalmazzák az elhunytak szociális körülményeire utaló adatokat (pl. kor, nem, iskolázottság, családi állapot, egészségügyi körülmények stb.);
- rendszeresen (3-5 évente) készüljenek széleskörű felmérések és esettanulmányok a hypothermiás betegek és a kihűléses halálban elhunytak szociális, egészségügyi körülményeiről;
- készüljön egy országos felmérés a fűtetlen és rosszul fűtött lakásokról, a lakhatási viszonyokról és az ott élők életkörülményeiről;
- a 34/1999 EüM-IM-BM rendelet módosítását
- jogszabály definiálja a hypothermia szempontjából a krízishelyzetet (azaz az élet és testi épség veszélyét).

Felvilágosítás céljából javasoljuk:

- az orvosok pontos tájékoztatását a hypothermia és a kihűléses halál okairól, külső jeleiről, szimptómáiról és körülményeiről az orvosi hírleveleken keresztül, különös tekintettel a hypothermia felismerésére és a betegek kezelésére;
- a tömegkommunikációs eszközök igénybevételével a lakosság felvilágosítását a hypothermia és a kihűléses halál okairól, külső jeleiről, szimptómáiról és körülményeiről, valamint a segítségnyújtás fontosságáról és annak lehetséges módzatairól;
- a veszélyeztetett csoportok tagjainak felvilágosítását a hypothermia veszélyéről, okairól és külső jeleiről a szociális ellátórendszeren és az egészségügyi intézményeken keresztül;
- minél hamarabb kerüljön sor a külföldi szakirodalom részletes feltárására, hogy tanulmányozni, illetve adaptálni lehessen a máshol bevált gyakorlatot.

Közvetlen megelőzés céljából javasoljuk:

- a téli időszakban (október közepe-március közepe) az ORFK a kihűléses halálesetekről, a GYÓGYINFOK a hypothermiás megbetegedésekről küldjön heti rendszerességgel napi szintű jelentéseket a minisztérium által kijelölt szervnek (szervezetnek);
- a minisztérium által kijelölt szerv (szervezet) dolgozzon ki országos akcióttervet egy esetleges hypothermiás krízishelyzetre, s a hypothermiás krízishelyzet beálltának megállapítását követően adjon ki felhívást a helyi szociális szervezeteknek és a helyi önkormányzatoknak az akciótterv életbe lépéséről;
- az esetleges krízishelyzetekre helyi szintű akcióttervek kidolgozását;
- a hypothermia veszélyének fennállása kerüljön be a szociális alapellátás (pl. családsegítő központok, gyermekjóléti szolgálatok) jelzőrendszerébe, hogy a hypothermia által veszélyeztetett egyénekre és csoportokra irányuló figyelem mértéke emelkedjék;
- az energiaszolgáltatók közöljék a helyi szociális ellátó szervezetekkel és/vagy önkormányzatokkal, ha egy lakásban megszüntetik vagy felfüggesztik a fűtést vagy az áram- illetve gázszolgáltatást, s erre a kötelezettségre vonatkozóan szülessen jogszabály;
- a lakásfenntartási támogatástól független fűtési támogatás bevezetését, abban az esetben, ha a lakás fűtési költségének havi összege eléri vagy meghaladja a háztartás havi összjövedelmének 10 százalékát.

Felhasznált irodalom

Bácskai Erika (szerk.) *Fagyhalál Magyarországon 1998-1999 telén*. Budapest. Drog Alapítvány, 2001.

Bermúdez, Ricardo, Josh Brandon, Lynn von der Werth, Tomás Aragón. *San Francisco Homeless Deaths Identified from Medocal Examiner Records: December 1996-November 1997*. www.dph.sf.ca.us/Reports/Homeless/RptHomeless98.pdf

Demográfiai Évkönyv, Magyarország népessége 1999. Budapest. Központi Statisztikai Hivatal, 2000.

Downtown Homelessness. www.downtowndc.org/update/06dec02.html

Fuel Poverty. SDLP Policy Papers <http://www.sdlp.ie/PDFfuelpoverty.htm>

Fuel Poverty and Ill Health. <http://www.cse.org.uk/pdf/fphealth-review.pdf>

Győri Péter. *Fagyhalál.* www.menhely.hu/publications/fagyhalal_b.htm

Homeless Death Action. San Francisco Bay Area Independent Media Center.

<http://sf.indymedia.org/news/2003/01/1564448.php>

Hypothermia. BBC News. http://bbc.co.uk/1/hi/health/medical_notes/276284.stm

Hypothermia and excess winter deaths. Age Concern.

http://www.ageconcern.org.uk/ageconcern/media/2501_Hypothermia.pdf

Hypothermia-related deaths. Georgia, January 1996-December 1997 and United States,

1979-1995. www.wemsi.org/hypothrmia_bfr/html

Népmozgalmi Kézikönyv. Budapest: Központi Statisztikai Hivatal, 2000.

Perspectives in Disease Prevention and Health Promotion Hypothermia-Associated

Deaths – United States, 1968-1980. www.cdc.gov

Severe weather puts homeless people and clinicians on alert.

http://chirc.com/newsletter/jan_98_a.asp

Dr. Sótonyi Péter, szerk. *Igazságügyi Orvostan.* Semmelweis Kiadó, 2001.

Weinberg, Andrew D. *Hypothermia.* www.sarbc.org/andrew1.html

Dr Winner, Simon. *Hypothermia in the elderly.*