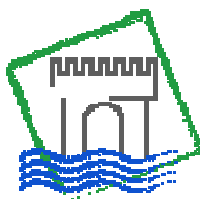


ZDRAVÝ KRAJ ČESKÉ REPUBLIKY – ÚSTECKÝ KRAJ



*Realizace programu „Zdraví 21“
v Ústeckém kraji*

ČERVENEC 2006

OBSAH:

ÚVOD	3
OBECNÁ CHARAKTERISTIKA ÚSTECKÉHO KRAJE	4
PŘEHLED USNESENÍ ORGÁNŮ ÚSTECKÉHO KRAJE	6
KOORDINAČNÍ SKUPINA K PŘÍPRAVĚ A VYPRACOVÁNÍ PROGRAMU	9
Cíl č. 3 - ZDRAVÝ START DO ŽIVOTA	10
Cíl č. 4 - ZDRAVÍ MLADÝCH	20
Cíl č. 5 - ZDRAVÉ STÁRNUTÍ	30
Cíl č. 7 - PREVENCE INFEKČNÍCH NEMOCÍ	37
Cíl č. 8 - SNÍŽENÍ VÝSKYTU NEINFEKČNÍCH NEMOCÍ	44
Cíl č. 9 - SNÍŽENÍ VÝSKYTU PORANĚNÍ ZPŮSOBENÝCH NÁSILÍM A ÚRAZY	52
Cíl č. 10 - ZDRAVÉ A BEZPEČNÉ ŽIVOTNÍ PROSTŘEDÍ	59
Cíl č. 11 - ZDRAVĚJŠÍ ŽIVOTNÍ STYL	68
Cíl č. 12 - SNÍŽIT ŠKODY ZPŮSOBENÉ ALKOHOLEM, DROGAMI A TABÁKEM	73
Cíl č. 13 - ZDRAVÉ MÍSTNÍ ŽIVOTNÍ PODMÍNKY	81

ÚVOD

Vláda České republiky svým usnesením ze dne 30. října 2002 č. 1046 schválila program Světové zdravotnické organizace (WHO) ZDRAVÍ 21 v podobě „Dlouhodobého programu zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva České republiky - Zdraví pro všechny v 21. století“ (dále jen Zdraví 21). Následně Ministerstvo zdravotnictví ČR zpracovalo a vydalo program Zdraví 21 v podobě brožury s cíly přepracovanými pro národní úroveň. Některé krajské samosprávy poté v rámci svých dlouhodobých zdravotních plánů, politik či koncepcí přepracovaly vybrané cíle programu Zdraví 21 na svou regionální úroveň, které se tak staly metodickým základem pro realizaci dílčích zdravotnických projektů na území příslušných krajů.

Ústecký kraj se k programu Zdraví 21 přihlásil v roce 2005 s jasným záměrem zlepšit během příštích 10 – 15 let klíčové ukazatele zdravotního stavu a zapojit do této snahy instituce veřejné správy, městské a obecní samosprávy, nevládní organizace, privátní subjekty, podnikatele i občany kraje. Výsledný materiál tak vychází ze znalostí vybraných cílových problematik, zdravotního stavu obyvatelstva kraje, současných i očekávaných potřeb populace, priorit k jejich naplnění i prakticky realizovatelných úkolů v rámci daných oblastí.

Dne 15. dubna 2005 proběhlo jednání v záležitosti spolupráce Krajské hygienické stanice Ústí nad Labem se sídlem v Ústí n.L., Zdravotního ústavu se sídlem v Ústí nad Labem a Ústeckého kraje. Z tohoto jednání vyplynul návrh na vytvoření a realizaci programu zlepšování zdraví obyvatel Ústeckého kraje. Navržen byl program „Zdravý kraj České republiky – Ústecký kraj“, který přímo navazuje na Zdraví 21. Odbor zdravotnictví ve spolupráci s Krajskou hygienickou stanicí Ústeckého kraje a Zdravotním ústavem se sídlem v Ústí nad Labem zpracoval „Základní teze programu zdravotní politiky Ústeckého kraje“ (dále jen Teze). Tento materiál byl předložen Radě Ústeckého kraje dne 15. června 2005. Rada Ústeckého kraje teze projednala a doporučila je ke schválení Zastupitelstvu Ústeckého kraje, které tak učinilo dne 29. června 2005. Následně byla odborem sociálních věcí a zdravotnictví Krajského úřadu Ústeckého kraje (dále jen odbor SZ) sestavena koordinační skupina programu „Zdravý kraj České republiky – Ústecký kraj“ (dále jen program) složená ze zástupců Ústeckého kraje, krajského úřadu, zdravotního ústavu, krajské hygienické stanice. Členy koordinační skupiny jsou také gestoři jednotlivých cílů z řad organizací a institucí dotčených příslušnou problematikou.

Následující obsah textu je především výsledkem práce týmů odborníků, sestavených jednotlivými gestory cílů, tak aby byla zajištěna odpovídající odborná erudovanost a zkušenost pracovní skupiny, která se následně projevila do vizí a úkolů plánovaných ke zlepšení situace v rámci příslušných problematik v regionu Ústeckého kraje. Z plánovaných záměrů u jednotlivých cílů je tak patrné, jak si tyto sestavené týmy lidí plně uvědomují, že zdraví každého z nás můžeme významně ovlivnit. Nikoli jen z pozice jednotlivce či společnosti a pouze prostřednictvím zdravotnictví, ale svým celkovým přístupem a životními podmínkami, které si v našem regionu vytváříme. Je třeba poznamenat, že toto ovlivňování je procesem dlouhodobým a složitým, a proto ani tuto výslednou zprávu nelze brát jako uzavřený dokument, protože budoucí vývoj může měnit aktuální potřeby, čímž dojde k zapojení se do programu dalšího okruhu osob a organizací.

Pilotní návrhy jednotlivých vybraných cílů projednala Rada Ústeckého kraje na svém zasedání dne 22. března 2006, vzala je na vědomí a uložila odboru SZ zajistit dopracování event. doplnění a úpravu zpráv do jednotné formy, která výsledný materiál programu více zpřehlední a přiblíží široké veřejnosti a nebude tak určen pouze odborníkům. V této přípravné fázi realizace programu byly kladně ohodnoceny předložené návrhy zpráv z hlediska rozsahu a obsahu, ale bylo doporučeno zjednodušení některých jejich značně obsáhlých částí a zpracování lepší specifikace dílčích úkolů u jednotlivých cílů, na jejichž plnění se bude vhodné zaměřit. Realizace vybraných úkolů je pak možná prostřednictvím samostatných dotačních programů Ústeckého kraje, např. v oblasti podpory sociálně – zdravotních služeb nebo protidrogové politiky kraje aj. Další finanční prostředky bude možné získávat prostřednictvím Monitorovacího informačního systému samosprávy, jehož prostřednictvím budou zajišťovány finanční zdroje pro realizaci projektů na území kraje z národních i evropských dotačních programů.

OBECNÁ CHARAKTERISTIKA ÚTECKÉHO KRAJE

Ústecký kraj (dle jen ÚK) leží na severozápadě České republiky. Kraj sousedí s Libereckým, Karlovarským, Středočeským a z malé části i s Plzeňským krajem. Rozloha kraje je 5 335 km², což představuje 6,8 % rozlohy ČR. Území ÚK se vyznačuje značnou rozdílností jak z hlediska přírodních podmínek, tak i z hlediska hospodářské struktury, hustoty osídlení a stavu životního prostředí.

Ústecký kraj je rozdělen do sedmi okresů - Děčín, Chomutov, Litoměřice, Louny, Most, Teplice a Ústí nad Labem, které je také s přibližně 95 tis. obyvateli městem krajským. Na území ÚK žije cca 820 tis. obyvatel, z čehož představují ženy 51% a muži 49% krajské populace. Podle celkového počtu i hustoty osídlení ve výši 155 obyvatel/km² se Ústecký kraj řadí na jedno z předních míst celé ČR. Nej hustěji je osídlena oblast podkrušnohorské hnědouhelné pánve, nižší zalidnění se nachází v oblasti Krušných hor a v okresech Louny a Litoměřice. Charakteristickým rysem kraje je relativně mladé obyvatelstvo (s nejnižším republikovým podílem VŠ vzdělání – 5,4%), přesto i zde se projevují celorepublikové negativní trendy v demografických procesech. Přirozený přírůstek obyvatel ÚK dosahoval v posledních letech záporných hodnot a v průměru činí – 1,33.

Hospodářský význam kraje je historicky dán nerostným bohatstvím a rozvinutou průmyslovou výrobou. Z odvětví má významné postavení energetika, strojírenství, chemický a sklářský průmysl. Přesto se ÚK na tvorbě hrubého domácího produktu v ČR podílí pouze 6,5 % (třetí nejnižší úroveň mezi kraji). Negativní je i dlouhodobý vývoj v oblasti zaměstnanosti a průměrné výše mzdy. V zemědělství je kraj významnou produkční oblastí chmele, zeleniny a zvláště na Litoměřicku je rozvinuté ovocnářství. Kraj má v rámci republiky nejnižší podíl orné půdy. Orientace ekonomických činností z minulosti měla a dosud má nepříznivý dopad na kvalitu životního prostředí.

Nízká ekonomická úroveň obyvatelstva kraje je druhotnou příčinou vysoké kriminality, alkoholové i nealkoholové toxikomanie, vysokého počtu venerických chorob. ÚK je oblastí s nejvyšším podílem nekompletních a nefunkčních rodin s těžkým dopadem do sociální oblasti jak v dětském, tak v seniorském věku.

Na území ÚK je zdravotní péče zajištěna prostřednictvím široké a ve většině případů také moderně vybavené sítě zdravotnických zařízení (dále jen ZZ)

v ambulantní i lůžkové oblasti. Z více než 1750 ZZ zabezpečuje akutní a následnou lůžkovou péči 32 nemocnic, lázeňských i odborných léčeben a ústavů. Celkem je v těchto zařízeních k dispozici více než 8300 lůžek. Jejich zřizovateli jsou krajská a městské samosprávy, privátní subjekty a ministerstva. ÚK řídí nemocnice akutní péče v Děčíně, v Ústí nad Labem, v Teplicích, v Mostě a v Chomutově, nemocnice následné péče v Ústí nad Labem – Ryjčích a v Mostě – Zahražanech, Psychiatrickou léčebnu v Petrohradě a Kojenecké ústavy Ústeckého kraje s pracovišti v Mostě a Teplicích.

Každá ze zřizovaných akutních nemocnic poskytuje rozsah péče na úrovni celého okresu ke které přidává specializaci v některém z oborů. Nemocnice Děčín zaměřuje pozornost na oblast ORL, teplická nemocnice na oční obor, Nemocnice Most se soustředí především na dětskou a novorozeneckou péči včetně neonatologie a Nemocnice Chomutov poskytuje nadregionální onkologickou péči. Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem splňuje svým rozsahem od základní po vysoce specializovanou péči parametry krajské nemocnice s přesahem působnosti i do jiných regionů a krajů. Kvalitní zdravotní péče pacientům je zde poskytována prostřednictvím např. dětské nebo chirurgické kliniky (včetně zajištění dětské, hrudní a ústní, čelistní a obličejové chirurgie), úrazového centra, neurologického a neurochirurgického odd., odd. nukleární medicíny a radioonkologie, samostatného kardiologického odd. atd. Dohromady je pro pacienty v těchto nemocnicích k dispozici cca 3500 lůžek.

Roli zřizovatele plní kraj také u Zdravotnické záchranné služby Ústeckého kraj (dále jen ZZS ÚK), poskytující přednemocniční neodkladnou péči (dále jen PNP), jejímž úkolem je zajistit péči o postižené na místě vzniku jejich úrazu nebo náhlého onemocnění a během jejich dopravy k dalšímu odbornému ošetření. ZZS ÚK přijímá tísňové výzvy s žádostmi o pomoc prostřednictvím svých dvou operačních středisek. Výkon PNP je následně zabezpečen výjezdovými skupinami, které mají povahu skupiny rychlé lékařské pomoci (RLP), rychlé zdravotnické pomoci (RZP) nebo skupiny v setkávacím systému (RLP-RV) event. letecké záchranné služby (LZS). Nedílnou součástí činností některých ze stanovišť ZZS (celkem 19 na území kraje) je i doprava raněných, nemocných a rodiček (DRNR).

V kraji zřizovaných ZZ je zaměstnáno přibližně 7000 lidí, což představuje nezanedbatelné procento zaměstnanosti v poměru k ostatním oborům ze sekundární i terciární hospodářské sféry ÚK.

Nejčastější příčinou úmrtí osob obou pohlaví jsou na území kraje srdeční a cévní onemocnění. V procentuální vyjádření se jedná o 50% podíl u mužů a 60% podíl u žen na celkové standardizované úmrtnosti. Mezi další příčiny úmrtí patří nádorová onemocnění (cca 26% u mužů a 20% u žen), onemocnění dýchacích cest a plic (5% u mužů a 4% u žen) a úrazy vč. otrav (u mužů jde o zhruba 8% a u žen 6% podíl). Zneklidňující je především neustále se zvyšující podíl nádorových úmrtí, zřetelněji u žen, který je již dnes významně vyšší než průměr v ČR. Významným faktorem pro vnímání celkového zdravotního stavu populace ÚK je také značný nárůst onemocnění diabetem, které je významně vyšší než republikový průměr (cca o 13-15%). Střední délka života při narození v kraji je u mužů 70 let a u žen 77 let, opět jsou to hodnoty značně pod úrovní ČR.

Závěrem je třeba konstatovat, že zdravotní péče je na území Ústeckého kraje poskytována velmi kvalitně, srovnatelně s podmínkami západoevropského regionu EU.

PŘEHLED USNESENÍ ORGÁNŮ ÚSTECKÉHO KRAJE

Rada Ústeckého kraje

Usnesení

ze 13. schůze Rady Ústeckého kraje – II. volební období 2004 – 2008,
konané dne 15. 6. 2005 od 9:30 hodin do 20:45 hodin
v sídle Krajského úřadu Ústeckého kraje, Velká Hradební 3118/48, Ústí nad Labem

Usnesení č. 349/13R/2005

„Zdravý kraj České republiky – Ústecký kraj“ – teze programu zlepšování zdraví obyvatel Ústeckého kraje

Rada Ústeckého kraje po projednání

A) doporučuje

Zastupitelstvu Ústeckého kraje

1. schválit základní teze programu „Zdravý kraj České republiky – Ústecký kraj“
2. uložit MUDr. Vladimíru Záhorskému, členu Rady Ústeckého kraje, zajistit zpracování programu „Zdravý kraj České republiky – Ústecký kraj“ dle tezí schválených v bodě A) 1. tohoto usnesení

Termín: 28. 2. 2006

B) ukládá

MUDr. Vladimíru Záhorskému, členu Rady Ústeckého kraje,

1. předložit Zastupitelstvu Ústeckého kraje ke schválení základní teze programu „Zdravý kraj České republiky – Ústecký kraj“

Termín: 29. 6. 2005

2. předložit Zastupitelstvu Ústeckého kraje ke schválení program „Zdravý kraj České republiky – Ústecký kraj“ za podmínky, že budou Zastupitelstvem Ústeckého kraje schváleny teze tohoto programu

Termín: 28. 2. 2006

Zastupitelstvo Ústeckého kraje

Usnesení

ze 6. zasedání Zastupitelstva Ústeckého kraje - II. volební období 2004 – 2008,
konaného dne 29. 6. 2005 od 10:15 hodin do 14:35 hodin
v konferenčním sále Krajského úřadu Ústeckého kraje,
Velká Hradební 3118/48, Ústí nad Labem

Usnesení č. 34/6Z/2005

„Zdravý kraj České republiky – Ústecký kraj“ – teze programu zlepšování zdraví obyvatel Ústeckého kraje

Zastupitelstvo Ústeckého kraje po projednání

A) schvaluje

základní teze programu „Zdravý kraj České republiky – Ústecký kraj“

B) ukládá

MUDr. Vladimíru Záhorskému, uvolněnému členu Rady Ústeckého kraje, zajistit zpracování programu „Zdravý kraj České republiky – Ústecký kraj“ dle tezí schválených v bodě A) tohoto usnesení

Termín: 28. 2. 2006

Rada Ústeckého kraje

Usnesení

z 33. schůze Rady Ústeckého kraje – II. volební období 2004 – 2008,
konané dne 22. 3. 2006 od 10:20 hodin do 13:45 hodin
v sídle Krajského úřadu Ústeckého kraje, Velká Hradební 3118/48, Ústí nad Labem

Usnesení č. 119/33R/2006

Program „Zdravý kraj České republiky – Ústecký kraj“

Rada Ústeckého kraje po projednání

A) bere na vědomí

informaci o zpracovaných cílech návrhu programu Zdravý kraj České republiky – Ústecký kraj, vybraných z národního programu Zdraví 21:

- cíl č. 3 „Zdravý start do života“,
- cíl č. 4 „Zdraví mladých“,
- cíl č. 5 „Zdravé stárnutí“,
- cíl č. 7 „Prevence infekčních onemocnění“,
- cíl č. 8 „Snížení výskytu neinfekčních nemocí“,
- cíl č. 9 „Snížení výskytu poranění způsobených násilím a úrazy“,
- cíl č. 10 „Zdravé a bezpečné životní prostředí“,
- cíl č. 11 „Zdravější životní styl“,
- cíl č. 12 „Snížení škod způsobených alkoholem, drogami a tabákem“

B) ukládá

Ing. Petru Severovi, vedoucímu odboru sociálních věcí zdravotnictví, zabezpečit dopracování cílů návrhu programu Zdravý kraj České republiky – Ústecký kraj, dle doporučení Komise zdravotní Rady Ústeckého kraje.

Termín: 30. 6. 2006

Koordinační skupina pro realizaci programu "Zdravý kraj ČR - Ústecký kraj"			
<i>funkce</i>	<i>jméno</i>	<i>zaměření cíle</i>	<i>Organizace</i>
předseda	MUDr. Vladimír Záhorský		člen Rady Ústeckého kraje pro oblast sociálních věcí a zdravotnictví
místo-předseda	MUDr. Josef Trmal, Ph.D.		ředitel Krajské hygienické stanice Ústeckého kraje se sídlem v Ústí nad Labem
člen	MUDr. Jan Ševčík		ředitel Zdravotního ústavu se sídlem v Ústí nad Labem
člen	Ing. Petr Fiala		náměstek hejtmana Ústeckého kraje
člen	Ing. Petr Severa		vedoucí odboru sociálních věcí a zdravotnictví Krajského úřadu Ústeckého kraje
tajemník	Adam Souček		Krajský úřad Ústeckého kraje, odbor sociálních věcí a zdravotnictví
člen - gestor	MUDr. Jiří Mrázek	Zdravý start do života	Nemocnice Most, p.o.
člen - gestor	MUDr. Pavel Zubina	Zdraví mladých	Masarykova nemocnice v Ústí n.L, p.o.
člen - gestor	MUDr. Květa Blišťáková	Zdravé stárnutí	Nemocnice následné péče Ryjice, p.o.
člen - gestor	Mgr. Tomáš Kříž	Zlepšení duševního zdraví	člen Zastupitelstva Ústeckého kraje
člen - gestor	MUDr. Josef Trmal, Ph.D.	Prevence infekčních onemocnění	Krajská hygienická stanice Ústeckého kraje se sídlem v Ústí n.L
člen - gestor	MUDr. Luboš Pokorný	Snížení výskytu neinfekčních nemocí	Centrum veřejného zdraví Zdravotního ústavu v Ústí n.L.
člen - gestor	kpt. Josef Šlosar	Snížení výskytu poranění způsobených násilím a úrazy	Policie ČR, správa Severočeského kraje Ústí nad Labem
člen - gestor	Ing. Jaroslav Zahálka, CSc.	Zdravé a bezpečné životní prostředí	Univerzita J.E.Purkyně Ústí n.L., Fakulta životního prostředí
člen - gestor	MUDr. Stanislava Richterová	Zdravější životní styl	Centrum veřejného zdraví Zdravotního ústavu v Ústí n.L.
člen - gestor	Mgr. Jiří Mach	Snížení škod způsobených alkoholem, drogami a tabákem	Krajský úřad Ústeckého kraje, odbor sociálních věcí a zdravotnictví
člen - gestor	MUDr. Jozef Král	Zdravé místní životní podmínky	Krajská hygienická stanice Ústeckého kraje se sídlem v Ústí n.L

CÍL 3: ZDRAVÝ START DO ŽIVOTA

DO ROKU 2020 VYTVOŘIT PODMÍNKY, ABY VŠECHNY NAROZENÉ DĚTI A DĚTI PŘEDŠKOLNÍHO VĚKU MĚLY LEPŠÍ ZDRAVÍ UMOŽŇUJÍCÍ JIM ZDRAVÝ ZTART DO ŽIVOTA

Gestor:

MUDr. Jiří Mrázek, Nemocnice Most, příspěvková organizace

Spolupracující členové skupiny:

MUDr. Pavel Gerych, Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem, příspěvková organizace

MUDr. Petr Janec, Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem, příspěvková organizace

MUDr. Marian Kacerovský, Nemocnice Most, příspěvková organizace

PaedDr. Lenka Pospíšilová, DEMOSTHENES - centrum komplexní péče

MUDr. Stanislava Richterová, Zdravotní ústav se sídlem v Ústí nad Labem, Centrum veřejného zdraví

MUDr. Olga Roškotová, praktický lékař pro děti a dorost, Dětské středisko - Litoměřice

Důležité komponenty tělesného a duševního zdraví se vyvíjejí již v raných fázích života. Zdravotní stav mladé generace a péče o ni je obrazem sociální a kulturní úrovně jak každé civilizované země jako celku, tak i jednotlivých regionů. ČR se řadí mezi státy s velmi nízkou úrovní porodnosti a plodnosti. Dosaženou úrovní celkové perinatální mortality 4,03 promile patří ČR mezi země s nejlepšími výsledky na světě. V Ústeckém kraji došlo v posledních pěti letech k progresivnímu zlepšení tohoto ukazatele ze 7.33 promile v roce 2000 na hodnotu 5.1 promile.

Výrazný pokles úmrtnosti v dětském věku je odrazem odborného zkvalitnění péče především v prenatálním období. Těhotné ženy, u nichž lze předpokládat narození plodu s nízkou porodní hmotností, nebo ženy s rizikovým průběhem těhotenství, jsou směřovány do péče perinatologických center. Integrální součástí perinatologických center jsou vysoce specializovaná pracoviště neonatální péče o nezralé novorozence, či novorozence s nízkou porodní hmotností (dále jen NNPH, definováno porodní hmotností menší než 2 500g).

Díky koncepčně preventivnímu zaměření má současná pediatrie velmi dobře zavedený systém jednotných preventivních prohlídek, zaměřených na sledování všestranného vývoje dětí a imunizační program na základě očkovacího kalendáře. Komplexní preventivní prohlídky se v kojeneckém věku zaměřují na sledování doby kojení a správné podávání kojenecké výživy a vitamínů, vývoje délky a hmotnosti, zraku, sluchu, řeči, na vývoj dentice, pohybového ústrojí, psychomotoriky a úroveň péče o dítě rodiči. Dětská lékařská péče poskytuje rodičům odborně fundované připomínky k problematice životního stylu se zaměřením na zdravou výživu, přiměřený pohyb a vedou rodiče k abstinenci rizikového chování. Dětské lékařství (pediatrie) má několik užších specializací, které dovolují vysokou odbornou koncentraci na určitá vývojová období dítěte. Neonatologie se věnuje novorozeneckému období, perinatologie době od 20. týdne těhotenství do 28. dne života novorozence.

Prenatálním obdobím se označuje celá doba vývoje dítěte před narozením, postnatálním obdobím doba po porodu. Péči o dítě a dorost lze rozdělit na složku ambulantní, kterou poskytují praktičtí lékaři pro děti a dorost a specializovaní pediatri, a na složku lůžkovou.

Praktický lékař pro děti a dorost (dále PLDD) je v ČR samostatně pracující pediatr v primární péči. Pacienti mají volný přístup k ošetření dle své svobodné volby lékaře. PLDD své pacienty registruje a nadále přebírá do péče preventivní, diagnostické i léčebné. Sleduje své pacienty co nejbližší jejich sociálnímu prostředí, je v kontaktu s rodinou, vykonává návštěvní službu v rodině.

Ohrožené a chronicky nemocné či postižené děti jsou zařazovány do dispenzárních skupin, ve kterých jsou zvýšeně sledovány dětským lékařem a příslušnými specialisty. V dispenzární péči pediatri je ročně sledováno v průměru každé páté dítě. V mnoha případech je ve spolupráci s odbornými ambulancemi a praktickými lékaři pro děti indikována lázeňská péče a pobyty v odborných léčebnách. V ojedinělých případech je doporučována teprve rozvíjející se raná péče. Ve výjimečných případech selhání rodiny v péči o své dítě, např. zanedbávání, týrání či zneužívání, je ve spolupráci s institucemi z oblasti sociální péče a soudu, indikován pobyt ve zvláštních dětských zařízeních typu kojenecký ústav a dětský domov resortu zdravotnictví. Neexistuje však systém mezirezortní spolupráce, který by podporoval mezirezortní diagnostiku a mezirezortní terapii, neboť ze stále se prohlubující medicíny se vydělují mladé vědní obory, které se specializují na vývoj dítěte (např. vysokoškolská fyzioterapie apod.) a propojeně s lékaři specialisty mohou tvořit tzv. ucelenou (komprehensivní) rehabilitaci. Takto v Ústí n.L. pracuje DEMOSTHENES – centrum komplexní péče.

V současné době fungují v kraji dvě perinatologická centra, v Masarykově nemocnici v Ústí nad Labem a v Nemocnici Most. V centrech je poskytována péče dle požadavků Ministerstva zdravotnictví ČR, obě centra koncentrují především předčasné porody od 24. týdne gravidity závažné těhotenské komplikace. Ve výskytu vrozených vad (dále jen VV) dochází k relativnímu zvýšení jejich frekvence ve vztahu k počtu živě narozených dětí. Zvýšení je způsobeno zkvalitněním diagnostiky VV (včetně důsledného vyšetřování všech těhotných žen ultrazvukem) a zlepšením jejich vykazování. V ČR se v roce 2004 narodilo na 10 000 živě narozených dětí 407,43 dětí s diagnostikovanou VV, v Ústeckém kraji pak na stejný počet živě narozených dětí 528,52 dětí.

Dětské pacienti jsou hospitalizováni v Ústeckém kraji na dětských a dorostových odděleních nemocnic, vč. fyziologických novorozenců. Jde o Dětskou kliniku IPVZ Masarykovy nemocnice v Ústí nad Labem s regionálním a nadregionálním spádem, Dětské odd. Nemocnice Most (oddělení se spádovou působností v oblasti neonatologie) a dále Dětské odd. Nemocnice Chomutov, Nemocnice Teplice, Nemocnice Děčín, Městské nemocnice v Litoměřicích (oddělení s okresní působností) a také dětská odd. v tzv. nemocnicích I. typu (s městskou působností) - Nemocnici Kadaň, Nemocnici Žatec, Podřipské nemocnici s poliklinikou v Roudnici nad Labem a Lužické nemocnici v Rumburku. Při všech těchto odděleních jsou zároveň lůžka pro fyziologické novorozence. Specializovaná a superspecializovaná péče o patologické novorozence je koncentrována v perinatologických centrech v Masarykově nemocnici Ústí nad Labem a Nemocnici Most. V pediatrii je návaznost na ambulantní péči zajištěna sítí PLDD, specialistů - pediatriů pracujících v odborných dětských ambulancích a specialistů z ostatních oborů (ORL, oční atd.). Zdravotní stav dětské populace v ČR se i přes dobrou úroveň zdravotnické péče o tuto skupinu obyvatelstva výrazně nezlepšuje. Stoupá počet vrozených vad,

alergických onemocnění, trvá nárůst onemocnění nervového systému, mentální retardace, závažných poruch chování, poměrně značně stoupá počet závažných úrazů a toxikomanie u dětí a mladistvých. Extrémně vysoká nemocnost akutními respiračními onemocněními se vyskytuje zejména u dětí navštěvujících předškolní dětská zařízení. Za nejzávažnější příčiny tohoto stavu lze považovat nesprávnou životosprávu, nepříznivé socioekonomické vlivy a některé faktory životního prostředí dítěte.

V rámci realizace programu „Zdravý kraj ČR – Ústecký kraj“ v souladu s tezemi programu Světové zdravotnické organizace Zdraví 21 byly definovány následující dílčí úkoly k zlepšení hlavních ukazatelů úrovně zdravotní péče o mladou populaci při startu do života:

1. Lepší přístup k prenatální a perinatální péči
2. Snížení míry kojenecké úmrtnosti
3. Snížení podílu vrozených vývojových vad na úmrtnosti živě narozených dětí
4. Snížení úmrtnost a zdravotní postižení způsobené nehodami a násilím páchaném na dětech mladších 5 let o 50 %.

Dílčí úkol č. 3. 1.
Lepší přístup k prenatální a perinatální péči

Současný stav:

Péče prenatální je součástí péče perinatální. Kritériem úspěšnosti péče je perinatální úmrtnost (PÚ), která je dále diferencována na prenatální, intrapartální a neonatální. Dosaženou úroveň celkové perinatální mortality patří ČR mezi země s nejlepšími výsledky na světě (to platí i pro jednotlivé komponenty PÚ). Těmito kritérii je hodnocena péče prenatální, péče v průběhu porodu a péče novorozenecká. Tyto složky péče jsou zajištěny v Ústeckém kraji pro všechny těhotné systémem 3 stupňové diferencované péče. Perinatální úmrtnost v Ústeckém kraji se od celorepublikové hodnoty mírně odlišuje, v celkovém přehledu podle regionů ČR se nachází na jednom z posledních míst. Další snižování perinatální úmrtnosti s výjimkou desetin promile není však nejbližších letech reálné jak v rámci celé republiky tak i jednotlivých regionů.

K problémům, které mohou negativně ovlivnit úroveň výsledků perinatální péče v Ústeckém kraji patří:

a) Perinatální péče o imigranty, kteří přicházejí z oblastí, kde nebyla poskytována prenatální péče. Tyto pacientky obvykle představují klientky pro akutní péči a obvykle nemají zdravotní pojištění. Problém je medicínský, který představují těhotné bez adekvátní prenatální péče, a problém finanční - nepojištěné pacientky představují zátěž pro péči poskytující zařízení. Dosavadní řešení finančního zajištění prenatální a perinatální péče v imigrantní populaci v rámci recentních legislativních opatření s celorepublikovou působností se v praxi nejeví v jednotlivých konkrétních případech jako optimální. Zvyšování podílu takových pacientek při neřešení výše zmíněných problémů může vést k ovlivnění výsledků perinatální péče v negativním smyslu. Celkový počet imigrantů v Ústeckém kraji k 31.12. 2004 představoval 19 703 osob, což bylo 8 % z celkového počtu cizinců v ČR. Situace v Ústeckém kraji v současné době není zřetelně zmapovaná, nejsou definovány specifické ukazatele sledující perinatální péči o imigranty. Ke skutečnému zhodnocení vlivu perinatální péče

v imigrantní populaci na celkovou úroveň perinatální péče v regionu je třeba takové ukazatele zavést.

b) Dle poslední MZ ČR schválené koncepce pediatrie (z března 2004) je index pro stanovení počtu lůžek v kraji 0,23 novorozeneckých lůžek/1000 obyvatel (z toho 0,15 pro fyziolog. novorozence a 0,08 pro patolog. novorozence). V Ústeckém kraji je nutné doporučené indexy vnímat jako nepodkročitelné minimum a to vzhledem k závažné, zvláště sociální problematice regionu (vysoká nezaměstnanost, romské etnikum, vyšší procento předčasných porodů, rozvodovost, zaměstnání žen v těžkém průmyslu, problematika "E55" atd.), která se prokazatelně odráží na zdraví dětské populace. Doporučený koeficient - 0,15 lůžka/1000 obyvatel pro fyziologické novorozence, představuje v Ústeckém kraji pouze 123 lůžek. Při požadované maximální obloženosti – 80 % je však potřebný počet cca. 150 lůžek (současný počet je 158 lůžek). Stávající lůžkový fond je tak pro fyziologické novorozence dostačující i při mírném trendu nárůstu porodnosti. Doporučeným koeficientem pro lůžka pro patologické novorozence je 0,08/1000 obyvatel a představuje – 66 potřebných lůžek (současný stav pouze 48 lůžek); existuje tedy reálný deficit 18 lůžek pro patologické novorozence.

Vysoký podíl porodnic s méně než jedním porodem za den představuje dle současných trendů limitující faktor pro zkvalitnění prenatální a perinatální péče. V těchto zařízeních musí být k dispozici stálý tým pracovníků a vybavení odpovídající úrovni, přičemž jejich využití je minimální. Takových zařízení je v ČR stále ještě cca 20 %, čímž se lišíme od ostatních evropských zemí. Geografické důvody (vzdálenost) nejsou argumentem pro hustotu sítě takto malých zdravotnických zařízení. V jednotlivých zdravotnických zařízeních Ústeckého kraje, zajišťující perinatální péči byly za rok 2001 až 2004 zveřejněny následující počty porodů:

Porodnice	2001	2002	2003	2004
<i>Ústí nad Labem</i>	1732	1796	1873	1996
<i>Most</i>	1193	1128	1199	1320
<i>Teplice</i>	780	880	867	812
<i>Kadaň</i>	768	720	686	674
<i>Litoměřice</i>	670	598	648	660
<i>Chomutov</i>	587	819	760	777
<i>Děčín</i>	630	669	720	678
<i>Rumburk</i>	495	540	491	535
<i>Roudnice n.L.</i>	318	320	319	320
<i>Žatec</i>	221	128	374	500

Z uvedené statistiky vyplývá, že prakticky všechny porodnice uvedené kritérium zcela nebo takřka úplně splňují. S ohledem na aktuálně předpokládaný demografický vývoj (nárůst porodnosti) lze očekávat že v nejbližším období budou sledované ukazatele úspěšně naplněny.

Aktivity ke splnění dílčího úkolu:

- 3.1.1: Identifikace a analýza potřeb imigrantní populace z hlediska prenatální a perinatální péče
Odpovědnost: KÚ UK
Spolupráce: gynekologicko-porodnická pracoviště zdravotnických zařízení Ústeckého kraje, oblastní ředitelství služby cizinecké policie Ústí nad Labem, Český statistický úřad, ÚZIS
Termíny: Do roku 2008
- 3.1.2: Průběžná analýza sítě porodnických pracovišť s ohledem na kvalitu zdravotní péče a dostupnosti těchto zdravotnických zařízení.
Odpovědnost: Ústecký kraj
Spolupráce: ČLS JEP, příslušné odborné společnosti (neonatologická, gynekologicko-porodnická, pediatriká), zdravotní pojišťovny
Termíny: průběžně, roční analýzy
- 3.1.3: Optimalizace lůžkového fondu v regionálních perinatologických centrech kraje s ohledem na doporučené ukazatele MZ ČR, v horizontu 2-3 let navýšit počet lůžek pro patologické novorozence, vč. personálu a technického vybavení
Odpovědnost: MZ ČR, KÚ UK
Spolupráce: Masarykova nemocnice Ústí nad Labem, Nemocnice Most, příspěvková organizace, ČLS JEP (odborné společnosti neonatologická, gynekologicko-porodnická, pediatriká), zdravotní pojišťovny
Termíny: do roku 2008
- 3.1.4: Zlepšení centralizace rizikových gravidit do perinatologických center a zlepšování prenatální péče o riziková těhotenství, včetně preventivních opatření
Odpovědnost: KÚ UK, perinatologické centrum Masarykova Nemocnice Ústí nad Labem, příspěvková organizace, perinatologické centrum Nemocnice Most, příspěvková organizace, provozovatelé zdravotnických zařízení v Ústeckém kraji
Spolupráce: ČLS JEP (odborné společnosti), ÚZIS
Termíny: průběžně, roční analýzy

Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:

- perinatální úmrtnost a její součásti
- mateřská úmrtí
- procento transferu rizikových gravidit a novorozenců do perinatologických center
- podíl porodů bez prenatální péče
- podíl porodů v imigrantní populaci
- počty porodů v jednotlivých porodnických zařízeních kraje
- počty lůžek pro patologické novorozence

Dílčí úkol č. 3. 2. Snížení míry kojenecké úmrtnosti

Současný stav:

V roce 2004 byla neonatální mortalita v celé ČR 2,29 ‰ a v Ústeckém kraji 3,6 ‰. Bude nutné průběžně vynakládat velké úsilí, abychom dosažené výsledky udrželi i v následujících letech. Kojenecká úmrtnost ve stejném období rovněž zaznamenala podstatné zlepšení a klesla v roce 2004 v celé ČR na 3,74 ‰ a v Ústeckém kraji pak na 5,23 ‰. Paralela snižování neonatální a kojenecké úmrtnosti napovídá, že nedochází k přesunu úmrtnosti v důsledku perinatální nemocnosti do postneonatálního období.

Současná situace v předávání novorozence do péče PLDD je realizována na úrovni dvoustranné spolupráce mezi tímto lékařem a subjektem, zajišťujícím perinatální péči. Jako možný prostor pro další zlepšení podmínek pro zdravý start do života se nabízí rozšířit proces převzetí novorozence do primární péče PLDD s aktivní účastí subjektu, realizujícího perinatální péči. Jako možné výhody kontaktu těhotné matky s budoucím PLDD, stejně jako kontaktu lékaře zajišťujícího perinatální péči s PLDD, lze předpokládat lepší zajištění správné výživy a chování matky pro vývoj plodu, přípravu na kojení, lepší seznámení PLDD s důležitými anamnestickými daty nejen z oblasti zdravotní, ale i psychosociální. Lze předpokládat včasnost odhalení rizik rodiny (nezkušenost, nezralost rodiny, nezdravý životní styl, rizikové chování rodičů), viz. také dílčí úkol č. 4.

Jednou z aktivit, podílející se aktivně na snížení míry kojenecké úmrtnosti je zajištění zdravé výživy v kojenecké populaci. I když se odborníci shodují v názoru, že kojení je nejvhodnějším způsobem výživy dítěte, řada nemocnic v ČR stále uplatňuje rutinní postupy a praktiky, které kojení brání. Nápravě situace významně napomáhá zapojení novorozeneckých oddělení do hnutí „baby-friendly hospital“. Ocenění „baby-friendly hospital“ získaly v uplynulém období novorozenecká oddělení v Mostě, Kadani a Ústí nad Labem. Kojených dětí déle než 3 měsíce je v Ústeckém kraji 50,91%, v celé ČR je takových dětí 59,81%.

Je třeba věnovat na regionální úrovni pozornost rané péči, podporovat rozvoj center zajišťujících interdisciplinární přístup k rizikovému novorozenci, kojenci a jeho rodině. Včasné určení zachovaných funkcí dítěte a sledování jeho projevů napomáhá přesnému určení diagnózy, rovněž kompenzační možnosti mozku jsou v raném věku nejvyšší a umožňují nejlépe rozvinout kompenzační mechanismy.

Raná péče je bezplatná standardizovaná sociální služba, jejíž úkolem je poskytovat komplexní péči rodinám s handicapovaným dítětem či s dítětem s ohroženým vývojem. V Ústeckém kraji působí dva poskytovatelé: celorepublikovou působnost, avšak specializovanou pouze na těžké zrakové vady a kombinovaná postižení, mají střediska rané péče Společnosti pro ranou péči Praha bez sídla v Ústeckém kraji a DEMOSTHENES – centrum komplexní péče, poskytující v rámci své ucelené rehabilitace ranou péči v Ústí n. L. a okolí.

Aktivity ke splnění dílčího úkolu:

3.2.1: Rozšířit systém interdisciplinární rané péče jako standardizované služby o perinatálně ohrožené a postižené děti na regionální úrovni.

Odpovědnost: KÚ ÚK, MPSV

Spolupráce: MZ, MŠMT, DEMOSTHENES – centrum komplexní péče, Společnost rané péče (občanské sdružení), ČLS JEP (odborné společnosti)

Termíny: konec roku 2008

3.2.2: Podporovat zapojení novorozeneckých oddělení zdravotnických zařízení v regionu do hnutí „baby – friendly hospital“.

Odpovědnost: KÚ ÚK, provozovatelé zdravotnických zařízení v Ústeckém kraji

Spolupráce: ČLS JEP (odborné společnosti), nestátní organizace (Laktační liga)

Termíny: průběžně

3.2.3: Rozšířit koncepci převzetí novorozence do péče praktického lékaře pro děti a dorost o vazbu na prenatální období

Odpovědnost: KÚ ÚK

Spolupráce: ČLS JEP (odborné společnosti)

Termíny: 2007

Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:

- roční analýzy (audit) perinatální a neonatální péče s rozбором perinatální morbidity a pozdní morbidity (děti pod 1500 g a děti s prokázanou perinatální hypoxií, infekcí a dalšími rizikovými faktory).
Hodnocení změn prevalence pozdní, postneonatální morbidity (postižení) ve 2-3letých intervalech.
- cerebrální morbidita dětí s perinatální zátěží hypoxie nebo závažného infekčního onemocnění.
- počet novorozeneckých oddělení s oceněním baby-friendly hospital
- počet klientů rané péče

Dílčí úkol č. 3. 3.**Snížení podílu vrozených vývojových vad na úmrtnosti živě narozených dětí****Současný stav:**

Podíl vrozených vad (VV) na časné novorozenecké úmrtnosti (ČNÚ) byl v roce 2003 39%. K dalším úmrtím z důvodů VV dochází v pozdním novorozeneckém a ponovorozeneckém období, nicméně neznáme velikost tohoto podílu. Vhodné by bylo diferencovat vady na strukturální a metabolické a na vady slučitelné či neslučitelné se životem.

Registrace VV má již 40letou tradici, včetně podrobných analýz tuzemských i zahraničních. V současné době neexistuje v ČR obecně přijímaný program pro primární prevenci VV (vitaminová suplementace, osvěta zdravotnických

pracovníků, osvěta laické veřejnosti). Výsledky sekundární prevence jsou naprosto srovnatelné s výsledky zahraničních registrů.

Zlepšení je možné prostřednictvím programů primární prevence. Dalším řešením problému je další zlepšování prenatalní diagnostiky (větší efektivita používaných a zavádění nových metod) a uplatňování sekundární prevence (ukončení gravidity za souhlasu rodičů v jednoznačně indikovaných případech).

Jednou z možností je zavedení nových screeningových metod prenatalní diagnostiky v období I. trimestru. Kombinovaný screening v I. trimestru gravidity umožní detekovat více VV, než umožňuje dosud rutinně používaný multimarkerový biochemický screening v II. trimestru, ale zejména je zatížen podstatně nižší falešnou pozitivitou. Tento přístup by proto mohl snížit frekvenci invazivních diagnostických výkonů, které jsou prováděny při falešné pozitivitě screeningu II. trimestru. Další možností je kombinace screeningových metod I. a II. trimestru (tzv. integrovaný test), který je sice finančně nejnákladnější, ale zajišťuje nejvyšší senzitivitu. V současné době není v rámci Ústeckého kraje vytvořen jednotný vzorec k provádění screeningu VV. Pohybuje se v rozmezí od zajištění klasického biochemického screeningu II. trimestru, až po plošné provádění integrovaného testu. V oblasti jednoho regionu je prováděn integrovaný test téměř screeningově (70% těhotných žen na Mostecku projde tímto testem). V současné době je již jasné, že ultrazvuková část kombinovaného prvotrimestrálního screeningu patří do center. Zajištění biochemické části screeningu v I. trimestru v je nutno zařadit do algoritmu rutinní prenatalní péče. V případě vad se životem slučitelných zajišťuje jejich detekci a následnou léčbu (včetně koncentrace takových případů v perinatologických centrech, která jsou schopna takto postiženým novorozencům zajistit adekvátní perinatální a zejména postnatální péči). Pokud jde o další postižení, je nutné definovat pojem postižení ve smyslu perinatální morbidit (psychoneurologické následky) a zmapovat kvalitu života takto postižených dětí.

Aktivity ke splnění dílčího úkolu:

3.3.1: Podpora programů primární prevence

Odpovědnost: KÚ ÚK, MZ ČR

Spolupráce: perinatologické centrum Masarykova Nemocnice Ústí nad Labem, perinatologické centrum Nemocnice Most, příspěvková organizace, zdravotnická zařízení v Ústeckém kraji, ČLS JEP (odborné společnosti)

Termíny: 2006-2010

3.3.2: Vypracovat a realizovat systém fungujících screeningových center v rámci Ústeckého kraje

Odpovědnost: KÚ ÚK, perinatologické centrum Masarykova Nemocnice Ústí nad Labem, perinatologické centrum Nemocnice Most, příspěvková organizace

Spolupráce: zdravotnická zařízení v Ústeckém kraji

Termíny: 2010

3.3.3: Léčba vybraných skupin VV na specializovaných pracovištích Masarykovy nemocnice Ústí nad Labem

Odpovědnost: Masarykova nemocnice Ústí nad Labem, zdravotní pojišťovny

Spolupráce: ČLS JEP (odborné společnosti)

Termíny: průběžně, roční hodnocení

Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:

- podíl VV na poporodní úmrtnosti včetně analýzy spektra VV
- počet umělých přerušení těhotenství v důsledku detekované VV
- úspěšnost prenatální detekce VV
- poporodní morbidita v důsledku VV
- kojenecká úmrtnost na VV

Dílčí úkol č. 3. 4.

Snížení úmrtnost a zdravotní postižení způsobené nehodami a násilím páchaném na dětech mladších 5 let o 50 %

Současný stav:

V roce 2000 bylo dle Ústav zdravotnických informací a statistiky (dále jen ÚZIS) v celé ČR hlášeno 503 případů týraných a sexuálně zneužívaných dětí, z toho 75 v regionu odpovídajícímu současnému Ústeckému kraji, což představuje 14,9 % z celkového počtu. V roce 2004 došlo k poklesu jak celkového počtu případů v celé republice na 376 případů, v Ústeckém kraji pak bylo evidováno 44 případů, procento z celkového počtu kleslo na 11,7 %.

V současnosti přetrvávají nedostatky v hlášení PLDD při podezření na násilí páchaném na dětech. V současné době je vypracováván na republikové úrovni doporučený postup pro PLDD při náhlé smrti kojence a dále součástí hlášení ÚZIS budou evidována náhlá úmrtí samostatně. Je nutné na republikové úrovni vypracovat a uvést do praxe příslušné hlášení o násilí na dítěti, které by nejspíše vystavoval PLDD nebo ošetřující lékař při ústavní léčbě. K řešení i prevenci problematiky dětí se syndromem CAN (syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte) přispívají sociální služby, jako např. Centrum krizové pomoci, krizové telefonní linky, azylové domy. Je potřeba zlepšit kooperaci mezi zdravotnickou složkou a orgány sociální péče.

V uplynulém období byla provedena analýza za období 1992 – 2002 se zaměřením na vraždu novorozeného dítěte matkou. V ČR došlo v letech 1992 až 2002 ke 43 případům vražd novorozeného dítěte matkou. V Severočeském kraji došlo v letech 1992 až 2002 celkem k 8 případům vražd novorozeného dítěte matkou, což odpovídá 18% z celé ČR. Průměrný věk pachatelek byl 28 let.

Jako možná preventivní opatření, která mohou zabránit zvýšení incidence vražd novorozence matkou se jeví např. již na základních školách začít s přednáškami o sexuální a gynekologické problematice, snažit se vyhledávat potenciálně rizikové rodičky již při prohlídce u gynekologa, zajistit kontakt mezi gynekologem a sociálním pracovníkem za účelem předcházení vražd novorozenců matkou a věnovat zvýšenou pozornost místům, kde jsou sociálně slabé rodiny. Viz také dílčí úkol č.2.

Aktivity ke splnění dílčího úkolu:

3.4.1: Podpora zavedení do praxe doporučeného postupu pro všechny praktické lékaře při podezření ze syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte, včetně komerčního sexuálního zneužívání dětí

Odpovědnost: KÚ ÚK

Spolupráce: MŠMT, MPSV, MV, ČLS JEP (odborné společnosti: pediatrická, praktických lékařů pro děti a dorost), občanská sdružení (Centrum krizové pomoci, Koordinační centrum právní ochrany dětí)

Termíny: 2008

3.4.2: Podpora vytváření sociálně preventivních programů zamezujících páchaní násilí na dětech

Odpovědnost: KÚ ÚK

Spolupráce: MPSV, MŠMT, nestátní organizace, orgány místní samosprávy

Termíny: průběžně

Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu :

- počet náhlých úmrtí dítěte
- počet dětí se syndromem CAN
- počet sebevražd dětí
- počet sociálně preventivních programů zamezujících páchaní násilí na dětech

CÍL 4: ZDRAVÍ MLADÝCH V ÚSTECKÉM KRAJI

VYTVOŘIT PODMÍNKY, ABY DO ROKU 2020 MLADÍ LIDÉ BYLI ZDRAVĚJŠÍ A SCHOPNĚJŠÍ PLNIT SVOJI ROLI VE SPOLEČNOSTI

Gestor:

MUDr. Pavel Zubina, Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem, příspěvková organizace

Spolupracující členové pracovní skupiny:

MUDr. Hana Duchková, DrSc., Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem, příspěvková organizace

MUDr. Jana Hrbková, Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem, příspěvková organizace

PhDr. Lenka Krbcová Mašínová, Centrum komunitní péče Ústí nad Labem

MUDr. Dušan Oslej, Ústecký odbor Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR

Mgr. Milan Riedl, Střední ZŠ a Vyšší ZŠ, Ústí nad Labem

MUDr. Zdeňka Staňková, Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem, příspěvková organizace

MUDr. Jaroslav Škvor, CSc., Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem, příspěvková organizace

Nepříznivý vývoj zdraví mladých lidí v Ústeckém kraji je zčásti podmíněn zhoršeným rodinným zázemím, podmínkami životního a sociálního prostředí v regionu. Mladé lidi ohrožuje celá řada zdravotních rizik typických pro toto životní období, např. drogy, tabák, alkohol, touha po sexuálních zkušenostech, agresivita vnějšího prostředí i v mezilidských vztazích. Tyto faktory jsou v kraji rozvinuty, čímž přispívají k vyšší míře sociální patologie i nižší úrovni veřejného zdraví a vlivem nesprávné výživy také ke zhoršenému zdravotnímu stavu populace.

Celoživotně dramatické jsou zdravotní i sociální důsledky násilí a sexuálních deliktů páchaných na dětech a mladistvých. Snížení tělesné aktivity a nezdravé stravovací návyky vedou v Ústeckém kraji k vyššímu počtu obézních osob mezi mladými lidmi. Děti a mládež minimálně sportují.

I přes dobrou úroveň zdravotnické péče o tuto skupinu obyvatelstva se zdravotní stav dětí a mladistvých v kraji nezlepšuje. Stoupá počet alergických onemocnění, hepatitidy typu C, nemocí nervového a pohybového systému, incidence nádorů. Dále trvá nárůst poruch chování, stoupá počet závažných úrazů a poranění, které jsou zde hlavní příčinou smrti spolu s otravami. Nejrizikovější populační skupinou mládeže jsou učni. Sebevraždy se v ÚK staly (stejně jako v ČR), jednou z častých příčin úmrtí v tomto věku.

Ve srovnání s ostatními kraji ČR jsou nepříznivé počty dispenzarizovaných dětí a mládeže i další ukazatele demografie a zdravotního stavu mladé populace Ústeckého kraje, statisticky vykazované v Národním zdravotnickém informačním systému (NZIS), který je spravován Ústavem zdravotnických informací a statistiky České republiky (ÚZIS ČR) a jeho krajským odborem.

V Ústeckém kraji se tím zvyšují náklady na poskytovanou preventivní, léčebnou zdravotní a sociální péči i služby, přičemž jsou nedostatečné finanční prostředky na širší uplatnění lidských zdrojů a úhradu těchto zvýšených nákladových potřeb.

Nedostatečná je komplexní informovanost veřejnosti o podmínkách rozvoje svého pozitivního zdraví, chybí koordinované partnerství všech účastníků programu ZDRAVÍ 21 při naplňování programových cílů v ČR i regionu.

Při uplatnění moderní mediální platformy a prvků „Public Relation“ je žádoucí využít i nejnovějších informačních a komunikačních prostředků jednotlivých zúčastněných subjektů, např. prostřednictvím Regionálního informačního systému Ústeckého kraje (RIS) nebo projektu „EU-MED-EAST“ - přeshraniční spolupráce v oblasti zdravotní a sociální péče (regiony Sasko, Ústecký kraj a Dolní Slezsko).

Záměr na realizaci některých aktivit tohoto cíle lze zaznamenat ve zpracovaném „2. Komunitním plánu péče města Ústí nad Labem na období 2004-2006“.

Důležité bude zvýšit úroveň partnerství a informovanosti všech subjektů a veřejnosti v kraji, například některými aplikacemi programových cílů projektu „Zdravé město Ústí nad Labem“ a aktivitami Národní sítě zdravých měst ČR, včetně uplatnění různých prostředků mezinárodní spolupráce a výměny zkušeností, např. prostřednictvím české účasti v trinacionálním projektu „EU-MED-EAST“.

Nové formy působení na veřejnost je možno uplatnit v rámci obsahové a provozně technické platformy nových projektů SROP v Ústeckém kraji - „Veřejný Internet v nemocnicích v Ústeckém kraji“ a „Informační kiosky pro veřejnost a na podporu zvyšování kvality veřejného zdraví“, které jsou organizovány Masarykovou nemocnicí v Ústí nad Labem, p.o.

Vyšší úroveň veřejné prezentace a mediální publicity je potřebné zavést pro aktivity krajské pobočky Zdravotního ústavu a Krajské hygienické stanice se sídlem v Ústí nad Labem i zvýrazněním nového poslání Zdravotnické záchranné služby Ústeckého kraje, příspěvkové organizace. Zajistit jejich propojení do vysokorychlostní vědecko-výzkumné sítě CESNET2.

Dílčí úkol č. 4. 1.

Děti a dospívající mládež by měly být způsobilější ke zdravému životu a měly by získat schopnost dělat zdravější rozhodnutí

Současný stav:

Z hlediska péče o děti a dorost je základem zdravého vývoje jedince vývoj v harmonické rodině a dobré sociální zázemí, zejména u rodin s větším počtem dětí. Péče nfrustrovaného rodiče o děti je nejjistější prevencí nežádoucích jevů. Další důležitý vliv má škola. Její kladné působení dokumentuje projekt „Škola podporující zdraví“.

Narůstá tzv. syndrom rizikového chování v dospívání. Stejně tak pohyb adolescenta v rizikovém prostředí poškozuje jeho zdravotní stav, např. diskotéky se zdravotně závadnou hladinou zvuku a nadměrným použitím zábavných laserových produkcí i užíváním drog, negativní vliv příhraniční sexuální turistiky, spojený i s významným nárůstem pohlavních chorob.

Více pozornosti bude nutno věnovat zdravotnímu stavu školních dětí a mladistvých ve vztahu k provozním podmínkám školy, režimu života a vztahům mezi spolužáky (šikana) např. dalším uplatněním „Strategie prevence sociálně patologických jevů u dětí a mládeže v působnosti MŠMT“ do kraje (pro r. 2005-2008).

Dále zvyšovat informovanost a partnerství všech zúčastněných subjektů, přitom směřovat nadrezortní preventivní a osvětové akce i projekty k dlouhodobému plnění dílčích úkolů.

Chybí dostatečná nabídka sportovních a tělovýchovných volnočasových aktivit pro mládež, zejména v městských aglomeracích a na velkých sídlištích. Zde je nezbytné podpořit veškeré organizace, které takové aktivity provozují a rozvíjejí.

Pro žáky zdravotně oslabené vytvářet takové podmínky, které by jim umožnily účast v hodinách zdravotní tělesné výchovy i ve školních hodinách tělesné výchovy.

Zlepšit kvalifikované hodnocení a posuzování zdravotní způsobilosti mladistvých ve vztahu k volbě povolání.

Monitorování situace zaměřovat v kontextu sběru a analýzy dat vytvářením regionálního informačního systému komunitního plánování, doplněním obsahu RIS a využíváním datových zdrojů NZIS od ÚZIS ČR (Ústeckého odboru). K tomu využít i projekt SROPu Masarykovy nemocnice v Ústí nad Labem, p.o. (dále jen MNUL) - „Veřejný internet v nemocnicích v Ústeckém kraji“.

Z komplexního pohledu plnění cílů programu ZDRAVÍ 21 jsou důležité regionální a srovnávací analýzy zdravotního stavu obyvatelstva, zpracované ÚZIS ČR, Zdravotním ústavem Ústeckého kraje se sídlem v Ústí n. L. a dalšími subjekty.

Pro realizaci projektu „Zdravý kraj ČR – Ústecký kraj“ je významné využití poznatků z vědecko-výzkumných projektů Zdravotního ústavu se sídlem v Ústí nad Labem, oddělení výzkumu a mezinárodní spolupráce (vedoucí MUDr. Josef Richter, CSc.) i projektů vědy a výzkumu realizovaných MNUL, např. MediGrid – metody a nástroje pro využití sítě GRID v biomedicíně (2005 - 2009) či moderní manažerský projekt „Efektivní zdravotnictví Ústeckého kraje“ a další.

V těchto souvislostech cíleně programově rozvíjet preventivní a osvětové akce, medicínský screening, zdravotní manažerské a informační aktivity směřující ke snižování výskytu civilizačních chorob, nádorových onemocnění, úrazů, poranění a pohlavních chorob v regionu.

Aktivity ke splnění dílčího úkolu:

4.1.1: Prohlubovat systém vzdělávání a výchovy k zodpovědnosti za zdraví, vč. pokračování ve vytváření podmínek pro zapojení zdravotně oslabených dětí do hodin Zdravotní tělesné výchovy

Od odpovědnost: KÚ ÚK - odbor školství a odbor sociálních věcí a zdravotnictví, MZ ČR, školská zařízení, praktičtí lékaři pro děti a dorost (PLDD) a lékaři – specialisté, ČSSZ

Spolupráce: Státní zdravotní ústav, Zdravotní ústav Ústeckého kraje, MNUL, občanské iniciativy, nestátní organizace a projekty „Zdravá města“, Centrum komunitní práce Ústí nad Labem, MŠMT -“Fórum výchovy ke zdraví“, projektová aktivita SROP

Termíny: Průběžně

- 4.1.2: Kontrolovat dodržování přípustné hladiny hluku a používání laserů na diskotékách a v klubech
Odpovědnost: KHS Ústeckého kraje se sídlem v Ústí n.L, Česká obchodní inspekce - inspektorát Ústecký
Spolupráce: Státní zdravotní ústav, KÚ Ústeckého kraje - odbor sociálních věcí a zdravotnictví, Celní ředitelství Ústí n. L.
Termíny: Průběžně za jeden rok, limitace zajištění podmínek provozu diskoték a klubů dle zákonné normy do 3 let
- 4.1.3: Pokračovat v systematické prevenci násilí a šikany ve školách, školských zařízeních a na veřejnosti
Odpovědnost: KÚ Ústeckého kraje - odbor školství, MV, Policie ČR, MS a Soudy
Spolupráce: MŠMT, nestátní organizace a občanské iniciativy, školská zařízení, MNÚL - dětská klinika IPVZ, Zdravotní ústav se sídlem v Ústí nad Labem, media – TV, rozhlas, tiskové a propagační agentury
Termíny: Průběžně
- 4.1.4: Pokračovat ve vytváření podmínek pro volnočasové aktivity pro děti a mládež, aktivity strukturované, definované a organizované (i nepřímým způsobem), včetně aktivit sportovních
Odpovědnost: KÚ Ústeckého kraje, Magistrát města Ústí n.L., městské a obecní úřady
Spolupráce: MŠMT, nestátní organizace a občanské iniciativy, zájmová sdružení, kluby, školská zařízení, Centrum komunitní práce Ústí n. L.
Termíny: Průběžně
- 4.1.5: Realizovat preventivní program směřující ke snížení výskytu kožních nádorů-melanomů u dětí a mladistvých -„Screeningový program tzv. hnědých pigmentů, jako prevence vzniku kožních onkologických onemocnění“.
Odpovědnost: MNÚL
Spolupráce: Zdravotního ústavu se sídlem v Ústí nad Labem, SZŠ a VZŠ Ústí nad Labem, .
Termíny: Průběžně

Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:

- počet kontrol hluku na diskotékách a v klubech a počet sankcí,
- počet preventivních vyšetření a analýza rizikových prvků i patologických nálezů u vyšetřovaných jedinců.

Dílčí úkol č. 4. 2.
**Snížit počet úmrtí a invalidity mladých lidí v důsledku násilí
a nehod alespoň o 50 %**

Současný stav:

Velmi negativním celospolečenským jevem je v současnosti vysoká úrazovost mládeže. Nejvíce úrazů bylo zjištěno u učňů. Byly doporučeny nezbytné úpravy prostředí a aktivní protiúrazové působení pedagogů, psychologů, trenérů a lékařů. Dopravní úrazy v tomto věku jsou často zaviněny alkoholem a zřejmě i psychoaktivními látkami (kanabinoidy).

Závažné úrazy a zranění, mnohdy s invalidizujícími následky na celý život, utrpí děti a mladiství, kteří nepoužívají ochranné pomůcky při neorganizovaném sportování (cyklistika, kolečkové brusle, lyžování atd).

Zvyšují se počty i zdravotní následky a sociální důsledky násilí a sexuálních deliktů páchaných na dětech a mladistvých.

Tato fakta lze dokumentovat na Dětské klinice IPVZ MNÚL, která má k dispozici data o úrazech, otravách, domácím násilí, fyzickém týrání, o drogách a novorozcích nízké porodní hmotnosti, což sebou přináší závažné důsledky v osudech postižených rodin.

Násilí proti sobě, resp. sebevraždy, se staly jednou z nejčastějších příčin úmrtí v tomto věku. Proto bude nezbytné eliminovat zdravotní a sociální dopady, vyplývající z této skutečnosti.

Monitorování situace směřovat v kontextu sběru a analýzy dat vytvářením regionálního informačního systému komunitního plánování, přitom využívat i datových zdrojů NZIS od Ústeckého odboru ÚZIS ČR a údajů uváděných v nově rozšiřovaných datech RIS.

Při realizaci dílčího úkolu 4.2. lze využít záměry „2. Komunitního plánu péče města Ústí n.L. na období 2004-2006 – služby pro občany města“, které směřují ke snížení úrazovosti a řešení celé řady zdravotních a sociálních problémů, vznikajících ve stávající situaci složitých podmínek života mladých lidí v Ústeckém kraji.

Nově lze zařadit tyto programové obsahové prvky i obrazové prezentace do projektu SROP MNÚL - „Veřejný internet v nemocnicích v Ústeckém kraji“.

K dispozici je nabídka knihovnických služeb pro zdravotnické odborníky a veřejnost Ústeckého kraje v Lékařské knihovně MNUL, dále platforma vzdělávacích programů a školení Centra výchovy a dalšího vzdělávání Masarykovy nemocnice v Ústí nad Labem, p.o. Zde jsou i optimální prostorové podmínky a technické zázemí nejmodernějších informačních a komunikačních prostředků k pořádání konferencí a prezentačních akcí. Dále podporovat rozvoj moderních forem e-edukace, e-learningu, e-inovation a e-komunikace.

Aktivity ke splnění dílčího úkolu:

4.2.1: Rozvíjet vzdělávání osob, které se věnují profesionálně i neprofesionálně výchově dětí a mládeže se zřetelem na snižování úrazů při mimoškolní činnosti ve školním roce i v době školních prázdnin. Zvýšit informovanost veřejnosti o důsledcích násilí a sexuálních deliktů na život mladých.

Odpoovědnost: KÚ Ústeckého kraje - odbor školství a odbor sociálních věcí a zdravotnictví; MV, Policie ČR, KHS a Zdravotní ústav Ústeckého kraje

Spolupráce: MZ, MDS, MV, Univerzita J.E Purkyně v Ústí n.L. (UJEP), školská zařízení, ÚZIS ČR – Ústecký odbor, MNÚL.- dětská klinika IPVZ a psychiatrické oddělení, PLDD, lékaři i nelékaři – specialisté v regionu

Termíny: Průběžně

Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:

- počty dispenzarizovaných dětí a mládeže podle kategorií MKN 10
- počet projektů podaných v regionu a tématicky zaměřených k naplnění úkolu
- analýza dat o úrazech, otravách, domácím násilí, fyzickém týrání a novorozencích nízké porodní hmotnosti na dětské klinice IPVZ a o drogách na psychiatrickém oddělení MNUL

Dílčí úkol č. 4. 3.

Podstatně snížit podíl mladých lidí, kteří se podílejí na zdraví škodlivých formách chování, ke kterým patří konzumace drog, tabáku a alkoholu

Současný stav:

Za poslední desetiletí došlo k nárůstu problematiky adolescentů v oblasti psychosociálního a rizikového sexuálního chování. Mluví se o tzv. nové morbiditě mládeže nebo o syndromu rizikového chování v dospívání.

Jednotlivé formy rizikového chování (konzumace návykových psycho-aktivních látek - negativní jevy psychosociální - předčasné a rizikové sexuální chování) se v dospívání typicky prolínají a mají při svém vzniku a vývoji společné rizikové a ochranné faktory. Prostřednictvím vyhodnocování těchto faktorů může společnost toto chování ovlivňovat.

Velmi důležitá je individuální nespécifická primární prevence. Jak ukazují zkušenosti oboru návykových nemocí je důležitý i včasný screening nežádoucích sociálně-patologických jevů.

Při výchově ke zdravému životu a rozhodování je třeba zaměřit úsilí kromě mládeže etnických minorit zvláště na mládež učňovskou, jejíž postoje jsou v tomto směru průkazně horší (dále viz souvislosti popisované v kapitole dílčí úkol 4.1.).

V systémovém ovlivňování názorů, postojů a vlastního chování mladých občanů jsou důležitá i regionální média, publicistika, vliv odborníků a moderně koncipovaný Public Relation.

Monitorování situace v této oblasti provádět ve spolupráci s KÚ Ústeckého kraje, stanovením dílčích ukazatelů regionálního informačního systému komunitního

plánování a vybraných údajů NZIS od ÚZIS ČR (Ústeckého odboru), přitom podporovat jejich elektronický výstup a rozšiřovat webové prezentace.

Dále jsou důležité analýzy zdravotního stavu obyvatelstva zpracované Zdravotním ústavem Ústeckého kraje se sídlem v Ústí n.L. a komplexní poznatky z vědecko-výzkumných projektů oddělení výzkumu a mezinárodní spolupráce, vedeného MUDr. Josefem Richterem, CSc.

Strategická je podmínka širší spolupráce PLDD, psychologů a psychiatrů s příslušnou školou dítěte a mladistvého, zejména pak s rodinami mladých s rizikovým chováním. Touto cestou je možné významně ovlivnit výchovu mladé populace ke zdraví. Stejně tak je potřebné v daleko větší míře využívat sociální služby směřující k podpoře omezení zdraví škodlivého života mladých lidí (např. streetwork, nízkoprahová centra) a komplexních zkušeností i poradenství Centra komunitní práce Ústí nad Labem.

Projektová spolupráce má mít i mezinárodní rozměr, zejména v příhraniční rovině partnerství a inovacemi v projektu EU-MED-EAST.

Rizikové sexuální chování mladých lidí má dopad ve zvýšení výskytu syfilis. V období let 2000-2004 bylo v Ústeckém kraji postiženo syfilis v průměru 25 osob/100 000 obyvatel (průměr v ČR byl 10 osob/100 000 obyvatel). Za období let 1992-2002 došlo k navýšení incidence o 47,5 %. Významnou roli u tohoto onemocnění hraje mezinárodní silnice E55.

Dle statistických údajů je vysoká frekvence onemocnění u mladé populace a zasahuje především věkové kategorie 10-14 let a 15 a více let. Strach z onemocnění převážně u mladistvých neexistuje. Nemocní většinou neznají klinické projevy onemocnění, způsoby přenosu choroby a nechrání se před nákazou. Pozdní následky nejsou pro ně varující. Za 5-10 let od nákazy, kdy se objeví u neléčené syfilis příznaky progresivní paralýzy nebo jiné orgánové změny, jsou pro ně příliš vzdálené a nezajímavé. Gravidní nemocné ženy se syfilis se hospitalizací záměrně vyhýbají. Rodí se daleko častěji novorozenci s vrozenou syfilis

Ekonomické náklady na diagnostiku a léčbu syfilis jsou vysoké. Syfilis je onemocnění patřící mezi choroby u nichž se podle zákona nařizuje izolace na lůžku. Hospitalizace léčených trvá průměrně 14 dní, nebo déle. Jeden lůžko/den stojí v prvním týdnu hospitalizace cca 800,- Kč, přitom do těchto nákladů není započítána cena léků a diagnostika. Léčba se musí opakovat. Následuje několikaleté sledování pacientů (povinná dispenzarizace a s ní spojené další náklady). Daleko vyšší jsou však náklady na chorobu zachycenou v pozdním stadiu.

Odborná spolupráce pro tento úkol bude směřována k aktivitám stanoveným pracovními skupinami cíle č. 12 „Snížení škod způsobených alkoholem, drogami a tabákem“, (gestor Mgr. Jiří Mach, KÚ ÚK – odbor soc. věcí a zdravotnictví) a cíle č. 11 - „Zdravější životní styl“ (gestor MUDr. Stanislava Richterová, Zdravotní ústav se sídlem v Ústí n.L.).

Aktivity ke splnění dílčího úkolu:

4.3.1: Vzdělávání ohrožené mládeže (zejména SOU, ZVŠ) – různé formy výchovy a vzdělávání směřující k redukci přenosu infekčních chorob – hepatitis, HIV, lues a pod.

Odpovědnost: KÚ Ústeckého kraje, Magistrát města Ústí n.L., městské a obecní úřady

Spolupráce: MŠMT, nestátní organizace a občanské iniciativy, školská zařízení, MNÚL - dětská klinika IPVZ a informační kiosky, Zdravotní ústav se sídlem v Ústí nad Labem, media – TV, rozhlas, tiskové a propagační agentury

Termíny: Průběžně

4.3.2: Aktivity pro rodiče, které vzdělávají rodiče pro práci s „rizikovým“ dítětem na zachování jeho fyzického a duševního zdraví a pomáhají zajišťovat odborné vedení rodinné jednotky v náročné situaci.

Odpovědnost: KÚ Ústeckého kraje, Magistrát města Ústí n.L.

Spolupráce: K – centrum, Zdravotní ústav se sídlem v Ústí nad Labem

Termíny: Průběžně

4.3.3: Zvýšit informovanost mládež o nebezpečí související s onemocněním syfilis, která může zanechat trvalé následky i invaliditu.

Odpovědnost: KÚ Ústeckého kraje - odbor školství, MV, Policie ČR

Spolupráce: MNÚL – kožní oddělení, KHS Ústeckého kraje a Zdravotní ústav se sídlem v Ústí nad Labem, školská zařízení

Termíny: 2006-2007

Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:

- počet dospívajících problémových uživatelů psycho-aktivních látek,
- evidovat počty učňů a středoškoláků, kteří nedokončili přípravu na povolání, podle oborů a škol,
- počet stavebních povolení k umístění reklam zaměřených na děti a mládež.

Dílčí úkol č. 4.4.**Snížit o třetinu počet těhotenství u dospívajících dívek****Současný stav:**

Ve srovnání s vyspělými zeměmi je v ČR podíl této skupiny žen na počtu těhotenství relativně nižší. Od roku 1990 se výskyt umělých přerušení těhotenství výrazně snížil u žen všech věkových kategorií.

Rizikový životní styl, k němuž předčasná těhotenství dívek patří, není ve své komplexnosti zatím v naší společnosti reflektován, ani jeho rizikové a ochranné faktory, které hrají v prevenci velkou roli.

Rizikovým chováním často dospívající řeší svoji určitou momentální vývojovou nesnáz a důležitou roli zde hraje velká řada vlivů celé biopsychosociální sféry, které v prevenci nelze opomíjet, má-li být efektivní. S tím souvisejí i opakovaně prokázaná známá fakta, že kontracepce a ochrana před sexuálně přenosnými nemocemi selhávají v dospívání častěji než v dospělosti a že nejhůře se dosahuje této ochrany

právě tam, kde je jí nejvíce třeba - tj. u nejmladších, nejpromiskuitnějších, rizikově se chovajících i v dalších oblastech.

Také je nutné zdůraznit, že těhotenství u části dívek nejsou jen omylem začátku sexuálního života, ale jsou chtěná vlivem životního stylu jejich a jejich sociálně deprivovaných rodin.

Výzkumy dokazují, že mezi hlavní programové priority směřující ke snížení počtu těhotenství u dospívajících dívek jsou zejména:

- větší důraz na odsunutí koitarché do dospělosti
- konzervativnější postoj teenagerů k příležitostnému sexu
- strach z pohlavních nemocí
- dostupná a cenově příznivá hormonální antikoncepce
- perspektiva zaměstnanosti
- vliv věkově a tematicky cílené sexuální výchovy

Účinné mohou být ty programy, které by u dospívající mladé populace pěstovaly sebedůvěru, pocit vlastní užitečnosti, hledání pozitivních hodnot a radostí, učily je sociálním kompetencím v rozhodování, plánování činnosti v příznivém sociálním prostředí apod.

Cílem sexuální výchovy je chránit zdraví mladých lidí, protože hlavní příčinou nežádoucích těhotenství z nich plynoucí potratů, porodů mladých svobodných matek, nebo nucených předčasných sňatků, bývá neznalost ve věcech sexuálního styku. Výuka poskytující mládeži vhodné sexuální informace je tedy úsekem veřejné zdravotní péče a rozvoje informačního servisu prostřednictvím kompetentních institucí.

Aktivity směřující ke splnění tohoto dílčího úkolu by měly zahrnovat:

- rozvíjení sociálních dovedností a schopnosti komunikace,
- prevenci celého rizikového životního stylu (včetně rizikového sexuálního chování),
- speciálně připravené programy sociální pomoci např. pro dívky, které vyrůstaly v problematických rodinných situacích a u nichž je těhotenství v dospívání často chtěné,
- doplnění stávajících programů o jasnou informaci, že odsunutí sexuálního startu v dospívání je vhodné.

Aktivity ke splnění dílčího úkolu:

4.4.1: Pokračovat v rámci vzdělávací oblasti „Výchova ke zdraví“ ve specifické edukaci mládeže této problematiky a prevence rizikového chování

Odpovědnost: KÚ Ústeckého kraje – odbor školství a odbor sociálních věcí a zdravotnictví, Zdravotní ústav Ústeckého kraje

Spolupráce: Školská zařízení, odborné společnosti ČLS JEP, UJEP, MNÚL, nevládní organizace a občanské iniciativy, Centrum komunitní péče Ústí nad Labem, programy „Zdravá města“ v Ústeckém kraji, MZ, MŠMT, IPVZ ČR, regionální média – tisk, rozhlas, TV, specializované agentury

Termíny: Průběžně

4.4.2: Zajištění vhodných metod kontracepce

Odpovědnost: MZ, KÚ Ústeckého kraje, zdravotnická zařízení v Ústeckém kraji

Spolupráce: ČLS JEP, Zdravotní pojišťovny, IPVZ Praha a MNÚL

Termíny Průběžně

Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:

- počty těhotenství, porodů, potratů u dospívajících dívek, věková kategorie 14-19 let, agenda NZIS v databázi ÚZIS ČR a Ústeckého regionálního odboru,
- počty předepsané antikoncepce dívkám do 19 let.

CÍL 5: ZDRAVÉ STÁRNUTÍ

DO ROKU 2020 BY MĚLI MÍT LIDÉ NAD 65 LET MOŽNOST PLNĚ VYUŽÍT SVŮJ ZDRAVOTNÍ POTENCIÁL A AKTIVNĚ SE PODÍLET NA ŽIVOTĚ SPOLEČNOSTI

Gestor:

MUDr. Květa Blišťáková, Nemocnice následné péče Ryjice, příspěvková organizace
Spolupracující členové skupiny:

MUDr. Jaroslav Müllner, NNP Ryjice, p.o.

MUDr. Petra Kozmová, NNP Ryjice, p.o.

MUDr. Eva Šimralová, Nemocnice Teplice, p.o.

MUDr. Michal Hondl, Nemocnice Děčín, p.o.

Bc. Bohumila Machová, NNP Ryjice, p.o.

Ivana Sobotková, NNP Ryjice, p.o.

Adam Souček, Krajský úřad Ústeckého kraje (odbor sociálních věcí a zdravotnictví)

Významným demografickým projevem současnosti je stárnutí populace ve vyspělých státech. Mezi příčiny patří snížená porodnost a naopak prodloužení délky života a pokles úmrtnosti – tj. ubývá dětí a stoupá počet starých, kde je vyšší procento nemocných a hendikepovaných, vyšší procento závislých ve všedních basálních činnostech. V cílovém roce 2020 se bude dle odhadů jednat o ¼ až ⅓ obyvatel.

Tyto jednoduché fakty se logicky projevují i v každodenním životě nás všech, jak v soukromém životě, tak veřejném, činnosti našich představitelů ve všech oblastech života naší společnosti. Jako celek spoluvytváříme náš pohled na svět na svůj život i ten okolo nás a výše uvedený faktor stárnutí populace by neměl být jen stimulem k tomu, aby se preferovalo mládí, pěstoval se kult mládí, ale také vedl společnost k přirozenému a zaslouženému vztahu ke stáří – naprosto přirozenému článku života jednotlivce. Jednoduše řečeno, kdyby nebylo dnešních starých, nebylo by ani mládí, nemělo by prostor pro svůj život a vývoj.

Úcta ke stáří, moudrosti a zkušenostem by měla být jedním ze základních pilířů výchovy mládeže, měla by být přirozeným vztahem v rodině.

Zdravé stárnutí musí obsahovat všechny aspekty spolupodílející se na tom, jaká kvalita stáří nás všechny čeká:

- Sám jedinec
- Rodina
- Společnost

Pokud chceme zdravě stárnout, musíme vzít v úvahu všechny tyto kategorie.

Sám jedinec – aktivní přístup a odpovědnost ke svému životu, ke svému zdraví, pozitivní rodinné a přátelské vztahy, zájem o stav a fungování společnosti, aktivní příprava na stáří, nenechat se zaskočit předvídatelnými a zákonitými jevy jako jsou změny ve stáří a rozvoji závislosti.

Funkce rodiny v současné době je preferovaná jako základna pro výchovu dětí, ale další velice důležitá funkce – péče o své potřebné se v současné době často chápe jako přítěž, nepřijatelné pro jedince v produktivním věku, stejně i pro děti a vnoučata. Často se setkávám s názorem, že děti nelze v rodině zatěžovat v péči

o babičku, dědečka (samozřejmě úměrně věku dětí). Rodiče si často neuvědomují, že vštěpují dětem vzor chování, který se přímo projeví ve vztahu jejich dětí k nim. Ze zákona je daná povinnost péče o děti i rodiče, také jsou právní sankce, pokud některý z rodičů zanedbává péči o děti, ale nejsou absolutně žádné ani morální, pokud děti odmítají pomoc svým rodičům. Společnost je velice citlivá na týrání a zneužívání dětí. Naopak týrání a zneužívání starých lidí v rodinách je ve společnosti do určité míry tolerováno. Sami senioři často odmítají pomoc dětí, nechtějí být na obtíž.

Společnost – v naší socioekonomické situaci by stát a naši zastupitelé měli mít za povinnost vytvořit podmínky pro možnost „Zdravého stárnutí“ pro všechny své občany. Zdravé prostředí, dostupnost služeb, především sociální a zdravotní, dodržování právních norem, vzdělání a výchova ke zdravému životnímu stylu a vytváření společenského povědomí.

Povinností společnosti je zajistit vhodné podmínky pro všechny, i problémové skupiny. Je třeba se připravit na stále větší procento nepřizpůsobivých občanů, lidí kteří nemají vybudované zázemí, nemají zajištěný pravidelný finanční příjem

Světový trend je život ve zvyklém většinou domácím prostředí s různým stupněm dopomoci na vysoké úrovni. V našich podmínkách je zatím trend spíše opačný. Souvisí zřejmě s výše zmíněným přístupem společnosti „je starý, potřebuje pomoc = musí do ústavu“. Pro pečující je také jednodušší a výhodnější pobyt v ústavu než v domácí péči. Ne vždy je důvodem neochota rodiny, ale v současné době není běžná pomoc pečujícím, nejsou informace a podmínky pro pečující. Domácí péče není uznávanou hodnotou.

Změna by mohla přijít s připravovaným novým zákonem o sociálních službách a dávkách. V praxi by mělo být postaveno na roveň morálně i ekonomicky pečování o závislého jedince, jak dítě, tak rodiče, samozřejmě s patřičným zázemím ve službách, a dalších podmínkách.

Cílový rok 2020 pro zdravé stáří by mělo oslovit také současné 50-ti a 60-ti leté občany, ještě v produktivním věku. Aktivní příprava ke stáří musí začít včas ať již v systému vzdělávání, či v rodinách. Cílem našeho snažení – zdravé stáří – není snaha o co nejdelší život. Cílem je kvalitní plnohodnotný život ve stáří, radosti ze života.

Současná medicína prodlužuje život stále se zvyšující úspěšností v předcházení chorobám, diagnostice a léčbě, přirozenou cestou došlo k rozvoji nového medicínského oboru – *gerontologii* (věda o stárnutí) a *geriatrii*, jejíž prioritou jsou nemoci ve stáří. Geriatr by měl především sledovat profit seniora v současné medicíně, zhodnotit funkční a zdravotní stav seniora a vzhledem ke zvláštnostem nemocí ve stáří stanovit optimální postupy ve vyšetřování, léčbě, farmakoterapii a péči o seniora. Předcházet poškození nebo porušení zdraví. Geriatr má k dispozici vyšetřovací metody a testy ke zhodnocení celkového stavu a stupně závislosti, kdy lze účelně a smysluplně pomoci seniorovi při přiměřeně vynaložených prostředcích. Stejně důležitá je cílená prevence rozvoje nemocí, úrazů, dekonidice nebo zhoršení již stávajících změn. Stejně důležitá je práce v terénu, jít za seniorem, dispenzarizovat rizikové seniory, vytvářet podmínky pro pečující. Geriatrie je velmi důležitým oborem medicíny pro budování základů pro péči ve zvyklém prostředí, tedy domácí péči.

Senioři by měli mít všechny podmínky a informace pro rozhodnutí, jak chtějí dále žít. Oprávněně očekávat podporu svých blízkých, sociálně ekonomické sítě, zdravotnických služeb.

A naopak, v současné době postrádáme údaje o potřebě pomoci, nejsou data objektivního charakteru. Víme jaké jsou vyplácené sociální dávky, víme kolik je žadatelů o umístění do domovů důchodců a jaké jsou čekací doby, ale nevíme a neznáme data o skutečné potřebě a spotřebě péče týkající se našich seniorů a pečujících. Současná péče o seniory nemá viditelný systém, návaznost a průchodnost v systému. Jsou skupiny seniorů, kteří jsou mimo dosah sociální péče buď chybou systému nebo vlastním rozhodnutím v dřívější době a nyní nesou následky, které ale již teď nemohou změnit (bezdomovci, "bezdůchodci" atd.).

Chybí údaje o početné skupině dementních pacientů, kde péče v domácím prostředí je zvláště obtížná. Především se jedná o Alzheimerovu nemoc s demencí, Parkinsonskou nemoc a další. Ve vyspělých zemích publikované údaje označované jako pandemie Alzheimerovi demence jsou v naší zemi zatím v povědomí úzkého okruhu odborníků.

Ústecký kraj má nedostatek geriatrů, což by mělo stimulovat zdravotnická zařízení k výchově odborníků – geriatrů. Je vhodné vytvářet podmínky na podporu zdravého stáří ve zvyklých, tedy domácích podmínkách – ambulantní geriatrickou péči, konsiliární činnosti racionalizovat zdravotní péči o seniory (polypragmasie, vhodné vyšetřovací a léčebné metody). Pomocí odborných geriatrických postupů objektivizovat a optimalizovat potřeby zdravotní a sociální péče pro seniory, vytvořit fungující zdravotní a sociální síť. Pozitivním jevem Ústeckého kraje je relativně bohatá zdravotnická síť (ale bez zaměření na geriatrii), rozvoj domácí péče včetně zdravotní a existence množství občanských sdružení a organizací.

Záporně můžeme hodnotit morálku společnosti, do určité míry toleranci diskriminace stáří, rozpad rodin. Je třeba popřít mýtus, že staří lidé už nic nepotřebují a že péče ve stáří je levná. Je nutné zlepšit informovanost o péči, která již existuje, což je i důsledkem rozdrobenosti svazů a organizací a jejich aktivit bez vzájemné spolupráce. Neexistuje právní povědomí seniorů a jejich okolí.

Společensky je tolerovaný a propagovaný kult mládí, staří pokud nemohou mladým pomáhat, jsou jen na obtíž. Velmi často mladší generace žijí z prostředků seniorů, v jejich bytech a domech – „systém: senior do ústavu, jeho peníze do kapsy, péči ať zajistí stát“.

Sociální práce v terénu jsou prakticky redukovány na poskytování sociálních dávek, není obdoba sociální péče o děti, tj. sociální šetření v domácím prostředí. Není kontrola, zda prostředky vynaložené pro seniory se skutečně použijí pro ně, včetně důchodů. Problémem je nedostatek ošetřovatelských a absolutní absence zdravotně sociálních lůžek s možností kdykoliv přejít do režimu domácí péče. Zcela chybí ambulantní geriatrická péče, kompletně připravená geriatrická ambulance včetně personálního vybavení (zdravotní pojišťovny nepovažují za nutné uzavřít smlouvu na tuto péči). V praxi je neřešitelný problém závislého seniora bezdomovce a seniora bez pravidelného příjmu.

Nápravu některých z výše uvedených problémů lze zajistit např. uzavřením smlouvy pro geriatrickou ambulanci mezi zdravotními pojišťovnami a příslušným zdravotnickým zařízením, zajištěním rozvoje geriatrické péče. V další fázi je vhodné založit středisko pro aktivní spojení především s rizikovými seniory, monitorování jejich zdravotního stavu a zavést signalizační systém při akutním zhoršení, realizovat sekundární prevence. Příležitostí pro tuto problematiku by bylo zmapování kompletní zdravotně-sociální sítě pro seniory v Ústeckém kraji. V konkrétních regionech poté ověřit funkčnost a propojení tohoto zdravotně-sociálního systému, zda je zajištěna dostupnost místní, časová, kapacitní i finanční.

Na druhé straně je třeba přiznat, že pro řešení mnohých z uvedených problémů je překážkou pasivita seniorů, jejich odevzdanost a ztráta motivace. V tomto kontextu vzroste díky znění a obsahu nového sociálního zákona riziko zneužití finančních prostředků určených pro tyto seniory.

Dílčí úkol č. 5. 1.
Zlepšit účinnost a účelnost zdravotnických služeb pro seniory
Vytvořit registr ohrožených – rizikových seniorů

Současný stav:

Geriatric jako protívaha atomizované medicíny, účelná farmakoterapie ve stáří, kompenzační pomůcky, odstranění barier.

Cílem je přehledná, dostupná (místně, časově i finančně) kompletní a fungující (navazující) sociální a zdravotní péče o seniory, ať domácí či ústavní.

Hlavním cílem pro splnění dílčího úkolu (zatím v regionu ÚK) je:

- zavedení geriatric do praxe; v současné době jsou v Ústeckém kraji pouze 4 atestovaní geriatrici – z toho 3 v Nemocnici následné péče Ryjice, kde se provádí geriatrická následná péče. Chybí návaznost do terénu, tedy vytvoření geriatrické ambulance jako centra péče o seniory se zaměřením na péči ve zvyklém, tedy domácím prostředí, se zmapováním možností péče a skutečné potřeby.

Pomocí geriatrických metod objektivizovat potřeby, zmapování stavu a úrovně života seniorů, vytvořit podmínky a zázemí pro fungování domácí zdravotní péče, návštěvní služba, práce v terénu, spolupráce s pečujícími. Objektivizovat, zda profit pro seniory odpovídá vynaloženým prostředkům.

V odborné literatuře existuje a pracuje se s pojmem ohrožený – rizikový senior, který je závislý ve všedních základních činnostech, jeho zdravotní stav je ohrožen možnou dekompenzací. Dalším závažným rizikovým faktorem je osamělost a porucha kognitivních – duševních funkcí. V organizaci péče o seniory jsou seniory této skupiny základním bodem, který by neměl chybět v žádné koncepci.

Jsou známé rozdíly v dostupnosti péče o seniory a kvalitě mezigeneračních vztahů v městských aglomeracích a naopak na vesnicích.

Registr ohrožených – rizikových seniorů by rozhodně přispěl ke zlepšení účinnosti a účelnosti zdravotnických služeb pro seniory, přinesl by tak potřebná fakta k organizaci péče o seniory v našem regionu. Jako první krok tohoto záměru se jeví vhodné vybrat konkrétní oblast - region Ústí nad Labem a zde získané zkušenosti mohou být následně vodítkem k dalšímu rozšíření unikátního projektu.

Publikovaná čísla v odborné i populární literatuře jsou dosud pouze odhadovaná a aplikovaná ze studií ze světa.

Aktivity ke splnění dílčího úkolu :

- 5.1.1: Zvýšení účinnosti a účelnosti zdravotnických služeb pro seniory
Vytvoření registru ohrožených – rizikových seniorů okresu Ústí nad Labem
Odpovědnost: MUDr. K. Blišťáková, MUDr. P. Kozmová
Spolupráce: geriatrická ambulance, lékaři prvního kontaktu – praktiční lékaři, MNÚL, NNP Ryjice, odbor soc. věcí a zdravotnictví KÚ ÚK
Termíny: 2007

Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:

- zajištění provozu geriatrické ambulance
- vytvoření metodiky sběru a zpracování validních dat
- zajištění optimálního počtu respondentů

Dílčí úkol č. 5. 2.

**Střední délka života a pravděpodobná délka života bez zdravotního postižení by se měla prodloužit u 65letých alespoň o 20%
Stáří jako fyziologická součást života, individuální aktivní přístup, prevence**

Současný stav:

Cílovou skupinou je dnešní generace v produktivním věku, tedy budoucí senioři. Propagace zdravého životního stylu, aktivní příprava na stáří. Bydlení, finance, volný čas. Prodloužení života s co možná nejvyšší kvalitou života je závislé na řadě faktorů, zde se zdůrazňuje aktivní přístup k vlastnímu životu a odpovědnosti k sobě samému.

Program Zdravé stárnutí se vyvíjí, je dán základ v činnosti základní skupiny, je evidentní velký zájem zdravotníků Ústeckého kraje, kteří se přihlásili ke spolupráci:

MUDr. Pavel Vařata, MEDICINA s.r.o., Podbořany

RNDr. Jaroslav Herzinger, Krušnohorská poliklinika s.r.o., Litvínov

MUDr. Josef Chudáček, Hornická nemocnice s poliklinikou Bílina s.r.o

MUDr. Vladimír Kovtun, VIA s.r.o., Česká Kamenice

MUDr. Petr Žižkovský, Senior CZ s.r.o. (kontaktní osoba paní Bičišťová z o.s. Senior)

Ivana Šustrová, Podřípská nemocnice s poliklinikou Roudnice nad Labem s.r.o.

Navržená témata pro spolupracující tým:

Přednášková činnost – zaměření na aktivní přípravu na stáří, spoluúčast rodiny, hodnoty stáří, kvalitu života, prevenci ovlivnitelných nemocí, bydlení, finance, právní povědomí.

Působení na odbornou veřejnost – pracovní setkání zdravotníků a publicita.

Získání spolupráce medií – působení na společnost, společenské povědomí a východu ke zdravému životnímu stylu.

Moto: „Stáří je přirozenou součástí života“. Vyspělost společnosti se projeví ve vztahu ke všem svým členům, jak si mladé vychováme, takové budeme mít stáří.

Mnoho z nás již v cílovém roce 2021 bude prožívat problematiku seniorů na vlastní kůži, sami budeme moci posoudit, co se nám podařilo uskutečnit - přirozený vztah ke stáří, funkce rodiny.

Budoucí senioři by měli získat dostatek informací, které by je motivovaly k aktivnímu přístupu se svému životu, ke svému vlastnímu zdravotnímu stavu a tím i kvalitě života svého budoucího stáří.

Aktivity ke splnění dílčího úkolu :

- 5.2.1: Přednášková a poradenská činnost, spolupráce s medií a vzdělávání
Odpovědnost: členové pracovní skupiny cílu Zdravé stárnutí
Spolupráce: odborníci z příslušných zařízení a organizací, kteří již projeví zájem o spolupráci (MUDr. Vaňata, RNDr. Herzinger, MUDr. Chudáček, MUDr. Kovtun, MUDr. Žižkovský, paní Bičišťová, paní Šustrová) a představitelé dalších institucí (dle zájmu)
Termíny: průběžné - 2005, 2010
konečný - 2020

Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:

- střední délka života prožitého ve zdraví (HALE),
- počty hospitalizovaných na vybrané choroby (zlomeniny krčku stehenní kosti, arteriální hypertenze, diabetes mellitus, demence aj.).

**Dílčí úkol č. 5. 3.
Nejméně o 50% zvýšit podíl osob nad 80 let,
které dosahují v domácím prostředí takovou úroveň zdraví,
která jim umožňuje uchovat si soběstačnost,
sebeúctu a své místo ve společnosti**

Současný stav:

Vytvoření centra po monitorování rizikových seniorů, signalizační systém pro akutní zhoršení stavu, především pro osamělé seniory s využitím běžně dostupných komunikačních technik.

Spolupráce občanskými sdruženími, osobní kontakty, využití registru ohrožených – rizikových seniorů, informace a podmínky pro pečující.

Navržené priority – demence a poruchy lokomoce – samostatného pohybu v souvislosti s pády a úrazy.

Ve věku nad 80 let se již vysoké procento lidí s různým stupně závislosti ve všedních základních činnostech a závislost mimo jiné úměrně stoupá s postižením duševních funkcí, tedy rozvojem demence a omezením pohybu, či upoutáním na lůžko s poruchou kontroly nad močením a odchodem stolice. Ale i tito klienti mohou být za určitých podmínek, při zachování kvality života ve zvyklém – tedy domácím prostředí.

Jednoduchý monitorovací systém, který při akutní dekompenzaci signalizuje potřebu péče - intervenci. Tento systém také významně ovlivní následky zhoršení stavu, zásah je rychlý a tím účinnější a minimalizuje následky. Například osaměle žijící senior upadne a není schopen si zavolat pomoc a jsou známé případy, kdy senior leží doma několik hodin, dokud ho někdo nenajde. Dojde k dehydrataci, prochlazení, rozvoji proleženin (stačí pár hodin) a dalším možným komplikacím.

Jednoduchý detektor pohybu nebo zpětná kontrolní signalizace může zachránit život nebo významně ovlivnit další kvalitu života. A samozřejmě snížit náklady na zdravotní a následně sociální péči.

Aktivity ke splnění dílčího úkolu :

- 5.3.1: Kvantifikace možných klientů a možností financování včetně spoluúčasti klientů či pečujících - ovlivnění počtu pádů a úrazů v domácím prostředí, rozvoje závislostí ve všedních činnostech a úmrtnosti
- Odpovědnost: členové pracovní skupiny cílu Zdravé stárnutí
Spolupráce: MNÚL (odd. traumatologie), NNP Ryjice
Termíny: průběžný - 2005, 2010
konečný - 2020

Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:

- pády a úrazy seniorů a jejich následky, včasnost pomoci
- způsoby (možnosti) monitoringu – sledování rizikových seniorů

CÍL 7: PREVENCE INFEKČNÍCH ONEMOCNĚNÍ

PODSTATNĚ SNÍŽIT NEPŘÍZNIVÉ DŮSLEDKY INFEKČNÍCH NEMOCÍ PROSTŘEDNICTVÍM SYSTEMATICKY REALIZOVANÝCH PROGRAMŮ NA VYMÝCENÍ, ELIMINACI NEMOCÍ NEBO ZVLÁDNUTÍ INFEKČNÍCH NEMOCÍ, KTERÉ VÝZNAMNĚ OVLIVŇUJÍ ZDRAVÍ VEŘEJNOSTI

Gestor:

MUDr. Josef Trmal, Ph.D., Krajská hygienická stanice Ústeckého kraje se sídlem v Ústí nad Labem

Spolupracující členové skupiny:

MUDr. Dagmar Nebáznivá, KHS ÚK se sídlem v Ústí nad Labem

MUDr. Lenka Šimůnková, KHS ÚK se sídlem v Ústí nad Labem

MUDr. Zdeňka Trmalová, KHS ÚK se sídlem v Ústí nad Labem

MUDr. Josef Kočí, KHS ÚK se sídlem v Ústí n/L nad Labem

MUDr. Ladislava Matějčková, KHS ÚK se sídlem v Ústí nad Labem

Světová zdravotnická organizace doporučuje zaměřit pozornost v oblasti prevence infekcí na 5 dílčích oblastí, které se konkrétně týkají:

- Vyloučení výskytu dětské obrny v Evropě a její úplné vymýcení ve světě.
- Vyloučení výskytu onemocnění tetanem u novorozeneckých dětí.
- Vyloučení výskytu spalniček a jejich šíření.
- Snížení výskytu infekcí, proti kterým existuje očkování.
- Snížení výskytu infekcí, které jsou významné a závažné v konkrétním regionu.

Ústecký kraj má kapacity naplnit všechny uvedené úkoly cíle č. 7 v požadovaném rozsahu. Řada aktivit k dosažení cíle, s nimiž dílčí úkoly počítají, byla již díky spolupráci hygienické služby a lékařů léčebně-preventivní péče splněna. V současné době je velká část činnosti obou uvedených složek zaměřena na udržení dosaženého příznivého stavu výskytu infekcí. Pokud se týká nepříznivého stavu ve výskytu pohlavních nálezů, virových zánětů jater, zejména virové hepatitidy typu C a dalšími infekcemi, disponuje hygienická služba potřebnou kapacitou k udržení kontroly na jejich výskytu a k zavádění nových opatření k omezení jejich výskytu.

Dílčí úkol č. 7. 1.

Eliminace dětské obrny z evropského regionu SZO a z globálního pohledu na její úplnou eradikaci

Současný stav:

Od roku 1961 nebylo na území ČR zjištěno onemocnění paralytickou poliomyelitidou. Proočkovanost proti poliomyelitidě dosahuje v Ústeckém kraji hodnot vyšších než 95%, celkem v ostatních krajích ČR neklesla pod 92%. Výsledky sérologických přehledů potvrzují vysokou proočkovanost, prevalence pozitivních titrů nad 90%. Sledování cirkulace poliovirů v odpadních vodách od roku 1992 do současné doby, neprokázalo přítomnost divokého polioviru. Ve spolupráci s Národní referenční

laboratoří pro enteroviry SZÚ Praha je zajištěno a provádí se sledování akutních chabých paréz u osob do 15 let věku. S cíly a metodami surveillance byli seznámeni zdravotníci, kterých se problematika poliomyelitidy týká.

Z hlediska České republiky byl dílčí úkol eradikace poliomyelitidy splněn, ale je nutné pokračovat ve sledování parétických onemocnění, dále ve sledování úrovně očkování proti poliomyelitidě a sledování cirkulace poliovirů v odpadních vodách do úplné eradikace dětské obrny.

Aktivity ke splnění dílčího úkolu:

7.1.1: Plnění surveillance programu SZO do úplné eradikace poliomyelitidy ve světě a sledování výskytu akutních chabých paréz (vč. řádného prošetření jednotlivých případů a objasnění zdroje a způsobu přenosu nákazy)

Odpovědnost: KHS ÚK

Spolupráce: PLDD, lékaři - specialisté (neurologové, infekcionista, virologové, atd.)

Termíny: Průběžně

7.1.2: Zajistit proočkovanost dětské populace Ústeckého kraje proti poliomyelitidě vyšší než 95%

Odpovědnost: KHS ÚK

Spolupráce: PLDD

Termíny: Průběžně

7.1.3: Zajistit pravidelné odběry odpadních vod k detekci enterovirů ve vybraných lokalitách a jejich vyšetření

Odpovědnost: KHS ÚK

Spolupráce: SZÚ Praha (Národní referenční laboratoř pro enteroviry)

Termíny: Průběžně

Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:

- počet hlášených případů akutních chabých paréz u dětí do 15 let věku
- procento proočkovanosti proti dětské obrně u dětí v Ústeckém kraji
- výsledky sledování cirkulace poliovirů v odpadních vodách

Dílčí úkol č. 7. 2. Eliminace novorozeneckého tetanu

Současný stav:

Také tento úkol byl v České republice již splněn. Stejně jako u poliomyelitidy je nutné zajistit pokračování sledování onemocnění tetanem a zajistit očkování a přeočkování populace ČR v takovém rozsahu, aby byl tento příznivý stav udržen.

V současné době je výskyt tetanu zcela ojedinělý a nepřesahuje jeden až dva případy ročně, poslední onemocnění novorozeneckým tetanem bylo hlášeno cca před 30 lety. V Ústeckém kraji v posledním desetiletí nebylo onemocnění tetanem hlášeno.

Aktivity ke splnění dílčího úkolu:

7.2.1: V rámci pravidelného očkování dětské populace Ústeckého kraje zajistit vysokou proočkovanost proti tetanu, černému kašli a záškrtu

Odpovědnost: KHS ÚK

Spolupráce: PLDD

Termíny: Průběžně

7.2.2: Provádět každoroční kontrolu proočkovanosti proti tetanu u všech registrovaných pacientů PLDD v ÚK

Odpovědnost: KHS ÚK

Spolupráce: PLDD

Termíny: Průběžně

7.2.3: Zajistit průběžnou informovanost lékařů v Ústeckém kraji o úrovni proočkovanosti populace a připomínat zásady správného ošetření při úrazech s rizikem kontaminace ran původci tetanu

Odpovědnost: KHS ÚK

Spolupráce: lékaři vykonávající své povolání na území ÚK

Termíny: Průběžně

Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:

- nemocnost tetanem
- kontroly proočkovanosti proti tetanu u populace Ústeckého kraje
- spotřeba očkovací látky proti tetanu (v polyvalentní vakcíně) pro pravidelné očkování v kalendářním roce

**Dílčí úkol č. 7. 3.
Eliminace nezavlečených spalniček**

Současný stav:

Při posouzení vývoje nemoci spalničkami v ČR byl výskyt spalniček úspěšně řešen. Povinné očkování proti spalničkám bylo v ČR zavedeno v roce 1969 nejdříve jednou dávkou vakcíny a od roku 1975 dvěma dávkami. Od roku 1980 se všem dětem podávají dvě dávky, první dávka se aplikuje dětem po dosažení věku 14 měsíců věku. Druhá dávka vakcíny se podá za 6 až 10 měsíců. Důležitým prvkem v udržení příznivé situace je sledování výskytu spalniček, které bylo v roce 1984 zavedeno a jehož součástí je definice případu spalniček, systém hlášení, včetně ověřování suspektních onemocnění sérologickým vyšetřením. Před zavedením očkování proti spalničkám se počet hlášených onemocnění v ČR pohyboval okolo 60 000 onemocnění za rok a z nich 50-60 onemocnění vedlo k úmrtí. V současné době je průměrně hlášeno méně než 10 případů za rok.

V roce 2003 došlo i v Ústeckém kraji k epidemickému výskytu spalniček, jednalo se o zavlečená onemocnění běženci z Čečenska. Došlo i nosokomiální infekci zdravotní sestry, která nemocné ošetřovala. Díky vysoké proočkovanosti populace Ústeckého kraje nedošlo k dalšímu šíření spalniček mezi obyvateli Ústeckého kraje. Připravovaný nový program sledování výskytu spalniček, který je v souladu s úkolem

SZO eliminace spalniček, bude nutné po jeho zavedení implementovat do zdravotnické veřejnosti Ústeckého kraje.

Aktivity ke splnění dílčího úkolu:

7.3.1: Zajištění vysoké proočkovanosti (nejméně 95%) kvalitní spalničkovou vakcínou vč. každoroční kontroly proočkovanosti dětské populace ÚK

Odpovědnost: KHS ÚK

Spolupráce: PLDD

Termíny: Průběžně

7.3.2: Provádět důsledně sérologická vyšetřování všech suspektních případů onemocnění spalničkami; zajistit sérologické přehledy a podle výsledků zajistit doočkování vnímavých osob

Odpovědnost: KHS ÚK

Spolupráce: PLDD, lékaři - specialisté (infekcionisté, virologové, atd.), SZÚ Praha

Termíny: Průběžně

7.3.3: Zajistit kompletnost hlášení onemocnění i u suspektních případů spalniček

Odpovědnost: KHS ÚK

Spolupráce: PLDD, lékaři - specialisté (infekcionisté, virologové, atd.)

Termíny: Průběžně

7.3.4: Informovat terénní lékaře a laboratoře provádějící diagnostiku virových nákaz o novém metodickém návodu k onemocnění spalničkami

Odpovědnost: KHS ÚK

Spolupráce: lékaři - specialisté (infekcionisté, virologové, atd.)

Termíny: Průběžně

Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:

- počet hlášených případů onemocnění spalničkami v Ústeckém kraji
- výsledky proočkovanosti dětí v Ústeckém kraji

Dílčí úkol č. 7. 4.

Snížení nemocnosti dalšími závažnými nemocemi, proti kterým se očkuje

Současný stav:

Z dalších infekcí, proti kterým se očkuje se jedná o záškrť, virovou hepatitidu typu B, pertussi, parotitidu, rubeolu (prevence vrozeného zarděnkového syndromu) a invazivní hemofilové onemocnění vyvolané *Hemofilus influenzae b.* Poslední případ záškrťu byl registrován v ČR v roce 1995, kdy šlo s největší pravděpodobností o zavlečené onemocnění. K dalšímu šíření v populaci ČR nedošlo. Nemocnost požadovaná SZO 0,1 na 100 000 obyvatel není v ČR překračována. Výskyt nových případů nosičství viru hepatitidy B není v České republice rutinně sledován. Roční výskyt virové hepatitidy B v ČR se v současné době pohybuje mezi 300 – 400 případy. Došlo ke změně věkové struktury nemocných, kdy se častěji objevují onemocnění u mladých osob. Velmi často se jedná o osoby závislé na injekční

aplikaci drog, nebo osoby s promiskuitním sexuálním chováním. Lze očekávat, že zavedení pravidelného očkování dětí do 1 roku a dětí dvanáctiletých proti virové hepatitidě typu B v roce 2001 bude mít příznivý dopad na uvedený nepříznivý trend výskytu VHB. Tím bude dosaženo i požadavku SZO snížit výskyt nových nosičů viru hepatitidy B nejméně o 80%. Výskyt dávivého kašle se pohyboval v letech 1996-2001 v průměru 100 případů ročně. Je ale třeba věnovat výskytu dávivého kašle i nadále pozornost a verifikovat případy syndromu dávivého kašle etiologicky s tím, že výsledky budou použity k případnému zavedení nových očkovacích látek (acelulární očkovací látka proti pertussi).

Výskyt příušnic se v období 1996-2001 pohyboval v průměru 1,2 na 100 000 obyvatel ČR. V roce 2004 a 2005 došlo však v Ústeckém kraji k výskytu případů parotitidy u mladých mužů, kteří se věnovali aktivně hokeji ve sportovních klubech. V roce 2006 je výskyt příušnic hlášen i z jiných krajů ČR.

Zavedením očkování proti invazivnímu hemofilovému onemocnění v roce 2001 se podařilo naplnit požadavek SZO na omezení výskytu tohoto onemocnění 1 na 100 000 obyvatel.

Omezení výskytu vrozené syfilidy u dětí na nižší hodnotu, než je 0,01 případu na 1000 narozených. Vzhledem k tomu, že přepočtený počet případů od roku 1999 činil 0,18 v ČR a jsou k dispozici pouze nespécifická opatření je nutné věnovat tomuto problému zvýšenou pozornost. V Ústeckém kraji jsou z tohoto pohledu problematické skupiny žen provozující komerčně sex a ženy ze sociálně slabých etnických skupin. Vrozený zarděnkový syndrom není v Ústeckém kraji problémem a jeho výskyt je nulový, díky vysoké proočkování proti zarděnkám mladých žen fertilního věku.

Specifickým problémem je výskyt invazivního meningokokového onemocnění (IMO), kterému je třeba věnovat pozornost a v indikovaných případech podpořit vakcinaci proti tomuto onemocnění. V roce 2005 se objevila jako původce těžkých onemocnění *Neisseria meningitidis* typu C. V předchozím roce 2004 byla izolována u nemocných jen *N. meningitidis* skupiny B, proti které v současné době není v ČR očkovací látka k dispozici. Proto v roce 2006 byla provedena osvětová akce v okrese Litoměřice, která zjišťovala postoje veřejnosti k prevenci IMO. Zde v roce 2005 došlo ke dvěma závažným případům onemocnění v lokalitě Lovosice.

Aktivity ke splnění dílčího úkolu:

7.4.1: V souladu s platnou legislativou zajistit vysokou proočkování proti záškrtu, dávivému kašli, příušnicím a zarděnkám u dětské populace ÚK vč. roční kontroly provedení očkování

Odpovědnost: KHS ÚK

Spolupráce: PLDD

Termíny: Průběžně

7.4.2: Zajistit hlášení a provádět epidemiologická šetření u suspektních případů záškrtu, dávivého kašle, příušnic, invazivního hemofilového onemocnění, vrozené lues, zajistit hlášení případů nosičství viru hepatitidy B

Odpovědnost: KHS ÚK

Spolupráce: PLDD, lékaři - specialisté (infekcionista, virologové, dermatovenerologové, atd.)

Termíny: Průběžně

7.4.3: Podporovat aktivity směřující k omezení výskytu pohlavních nákaz v ÚK nebo k zajištění mimořádných očkovaní zaměřených na řešení aktuálních výskytů infekčních onemocnění, proti kterým není zavedeno pravidelné očkování

Odpovědnost: KHS ÚK, KÚ ÚK

Spolupráce: PLDD, lékaři - specialisté (infekcionista, virologové, neurologové, dermatovenerologové, atd.)

Termíny: Průběžně

Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:

- trendy specifické nemocnosti na uvedená onemocnění
- úroveň proočkovanosti na uvedená onemocnění
- počet očkovaných proti infekcím, kteří budou vakcinováni cíleně v rámci mimořádného očkovaní
- počet nových případů lues včetně vrozené lues za rok
- počet akcí zaměřených na osvětu k pohlavním nákazám, zvláště pro sociálně slabé skupiny
- počet projektů, které budou realizovány v rámci prevence HIV/AIDS v ÚK

Dílčí úkol č. 7. 5.

Snížení nemocnosti dalšími významnými a závažnými infekcemi v regionu

Současný stav:

V Ústeckém kraji je problémem výskyt pohlavních nákaz, zejména se jedná o lues dalším rizikem je infekce virem HIV. V současné době je evidováno v Ústeckém kraji celkem 48 infikovaných virem HIV, převažuje homosexuální přenos infekce. Lze se oprávněně domnívat, že skutečný počet infikovaných je vyšší vzhledem k situaci v prostituci v příhraničních okresech Ústeckého kraje a počtu osob závislých na injekční aplikaci drog.

Vzhledem k sociální skladbě obyvatel Ústeckého kraje bude třeba pozornost zaměřit i na tuberkulózu, zvláště TBC plic ve skupinách žijících na okraji společnosti.

Stále není plná kontrola nad respiračními nákazami včetně chřipky, počet očkovaných osob proti chřipce je stále pod evropským průměrem. Změnou systému úhrady očkovací látky proti chřipce, ke které došlo, přešla povinnost zajistit očkování proti chřipce na praktické lékaře. V tuto chvíli není stanovena povinnost vykazování provedených očkovaní proti chřipce a o úrovni proočkovanosti lze získat pouze nepřímé údaje podle počtu dávek dodané očkovací látky proti chřipce lékárnami.

Dlouhodobě je také nepříznivý v Ústeckém kraji výskyt akutních průjmových onemocnění. Po roce 1989 došlo k enormnímu nárůstu počtu onemocnění salmonelózou a po stabilizaci situace je ročně v Ústeckém kraji hlášeno více než 2000 onemocnění. Po zavedení diagnostiky kampylobakterií vzrostl počet hlášených průjmových onemocnění vyvolaných tímto původcem na úroveň druhého nejčastěji verifikovaného agens. V Ústeckém kraji se jedná o více než 1500 onemocnění ročně.

Aktivity ke splnění dílčího úkolu:

7.5.1: Realizovat zdravotně vzdělávací programy prevence pohlavních nemocí včetně HIV/AIDS zaměřené na dospívající mládež i na děti v ZŠ

Odpovědnost: KHS ÚK

Spolupráce: školská zařízení, PLDD, ostatní odborné společnosti ČLS JEP, neziskové organizace nebo občanská sdružení, ZZ, ZÚ se sídlem v Ústí n/L

Termíny: Průběžně

7.5.2: Monitorovat výskyt PN a HIV včetně zajištění odpovídající léčby infikovaných osob a sledovat situaci výskytu PN a HIV mezi osobami závislými na drogách

Odpovědnost: KHS ÚK

Spolupráce: okresní koordinátoři státního zdravotního dozoru nad pohlavními nákazami, kontaktní centra pro drogově závislé, neziskové organizace nebo občanská sdružení, lékaři – specialisté, atd.

Termíny: Průběžně

7.5.3: Monitorovat výskyt TBC včetně zajištění odpovídající léčby a v oblasti prevence pokračovat ve studii sentinelového sledování původců respiračních onemocnění (zachycených původců respiračních infekcí v mikrobiologických laboratořích ÚK)

Odpovědnost: KHS ÚK

Spolupráce: okresní koordinátoři státního zdravotního dozoru nad TBC, mikrobiologické laboratoře ÚK, lékaři – specialisté, atd.

Termíny: Průběžně

7.5.4: Zajistit co nejvyšší proočkovanost proti chřipce u osob se zdravotní indikací a monitorovat cirkulující agens respiračních onemocnění

Odpovědnost: KHS ÚK

Spolupráce: PLDD a PLD, SZÚ Praha

Termíny: Průběžně

Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:

- sledování nemocnosti a trendů uvedených nákaz v podmínkách Ústeckého kraje
- plnění projektů prevence HIV/AIDS v Ústeckém kraji
- sledování proočkovanosti proti chřipce u populace ÚK v rámci pravidelného a zvláštního očkování
- sledování proočkovanosti proti chřipce u osob se zdravotní indikací
- trend výskytu pohlavních nákaz v Ústeckém kraji
- výskyt nových případů TBC plic, výskyt TBC u cizinců a u sociálně slabých osob
- Sledování výskytu multiresistentních kmenů M. tuberculosis v populaci Ústeckého kraje

CÍL 8: SNÍŽENÍ VÝSKYTU NEINFEKČNÍCH NEMOCÍ

DO ROKU 2020 BY SE MĚLA SNÍŽIT NEMOCNOST, ČETNOST ZDRAVOTNÍCH NÁSLEDKŮ A PŘEDČASNÁ ÚMRTNOST V DŮSLEDKU HLAVNÍCH CHRONICKÝCH NEMOCÍ NA NEJNIŽŠÍ MOŽNOU ÚROVEŇ

Gestor:

MUDr. Luboš Pokorný, Zdravotní ústav se sídlem v Ústí nad Labem

Spolupracující členové skupiny:

MUDr. Petra Poživilová, Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem, p.o.

Ing. Regina Makovská, Zdravotní ústav se sídlem v Ústí nad Labem

MUDr. Antonín Novák, Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem, p.o.

RNDr. Jiří Skorkovský, Zdravotní ústav se sídlem v Ústí n. L. (pracoviště Teplice)

Neinfekční nemoci (Non-communicable diseases), představují v současnosti největší zdravotnicko-společenský problém. Ani Ústecký kraj není žádnou výjimkou, spíše naopak, situace v kraji je v mnoha ohledech horší než v celé ČR a jiných krajích.

Střední délka života při narození v roce 2004 byla u mužů 70,12 roku a je nejkratší v celé ČR. Oproti Praze např. o téměř 4 roky, proti celé ČR o 2,5 roku. V případě žen je kratší o téměř dva roky proti ženám jinde v republice. Nemoci srdce a cév (KVO) jsou nejčastější příčinnou úmrtí a také často trvale invalidizují populaci, a to i mladší 60 let. V Ústeckém kraji ročně umírá na KVO o 100 mužů na 100 000 obyvatel více než v průměru v ČR, oproti Praze o 180 mužů více. Podobná situace je i u žen. Na KVO jich v Ústeckém kraji umírá přibližně o 50 více než v průměru v ČR a o téměř 100 více než v Praze. Podobná situace je u úmrtnosti na nádorová onemocnění. Např. nádory usmrtí ročně v Ústeckém kraji v průměru o cca 40 mužů na 100 000 obyvatel více než v celé ČR. U žen pak je tento rozdíl ještě vyšší. Nejčastější příčinnou úmrtí na nádorová onemocnění jsou nádory plic a dýchacího systému a konečniku a tlustého střeva u mužů, u žen potom gynekologické nádory, nádory prsu, konečniku a tlustého střeva a také plic a dýchacích cest.

Zatímco u KVO a úmrtnosti na KVO lze přeci jenom pozorovat klesající trend, který je patrný asi od roku 1990 v celé ČR, a i přesto, že je o něco pozvolnější než v jiných krajích ČR, v případě sumy nádorových onemocnění je tento trend vzestupný, tzn. že těchto onemocnění rok od roku přibývá. Zvláště v oblastech zatížených těžbou hnědého uhlí tzv. pánevní oblasti Ústeckého kraje. Zde je vzestup výskytu a úmrtnosti na nádorová onemocnění ještě významně vyšší. V nádorech plic je situace také závažná, ale zde pozorujeme dva odlišné trendy. Zatímco u mužů výskyt tohoto onemocnění klesá, v souladu s celou ČR, u žen naopak velmi výrazně stoupá a to strměji, než v jiných částech republiky.

Ani situace u relativně „méně závažných“ onemocnění, která jsou řešena v cíli č. 8 není o mnoho lepší. Výskyt DM (diabetu cukrovky) u mužů je v Ústeckém kraji o cca 400 případů na 100 000 obyvatel vyšší než v průměru v ČR, u žen dokonce téměř o 600 případů vyšší než v průměru v celé ČR.

Onemocnění pohybového aparátu jsou v ČR druhou nejčastější příčinnou krátkodobé, ale i dlouhodobé pracovní neschopnosti. Podrobnější analýzou je zjištěno, že se jedná hlavně o vertebrogenní syndrom, dále o osteoartrosu nosných

kloubů a páteře a také poměrně velkou skupinu zánětlivých revmatických onemocnění. Z kostních onemocnění (správnější by bylo použít termín „metabolická onemocnění skeletu“) potom stojí na prvním místě osteoporosa. Vyskytují se téměř ve všech věkových skupinách, i když rizikovější je vyšší věk a ženské pohlaví. Stejná nebo horší situace je i v Ústeckém kraji.

Situace v oblasti výskytu zubního kazu je v našem kraji podobná jako v celé ČR. V roce 2000 neměla pouze ¼ dětí ve věku 5 let žádný zubní kaz. Při porovnání dětské populace jiných Evropských zemí je to jeden z nejhorších výsledků.

V souvislosti s neinfekčními chorobami je potřeba zdůraznit vliv rizikových faktorů a dlouhodobého rozvoje těchto onemocnění.

Také analýzy výskytu rizikových faktorů, nebo rizikového jednání, přináší v Ústeckém kraji významně horší výsledky. Je zde více aktivních kuřáků cigaret, vysoké procento lidí trpí hypertenzí, vysoký je výskyt nadváhy a obezity, metabolického syndromu, málo lidí pravidelně aktivně sportuje nebo alespoň pravidelně provozuje pohybové aktivity.

Proto i opatření zaměřená ke zlepšení těchto ukazatelů měla především směřovat do oblasti primární a sekundární prevence. Oblast primární prevence se nutně dotýká problematiky životního stylu, kouření a zneužívání návykových látek včetně alkoholu, problematiky pohybové aktivity, výživy a dalších oblastí, řešených i v jiných úkolech Programu Zdraví 21.

Aktivity v této oblasti je potřeba zaměřit na jednotlivce i cílové skupiny s cílem znovu obnovit odpovědnost jednotlivce a populačních skupin za stav svého zdraví. Zdraví je nejvyšší hodnotou.

V oblasti sekundární prevence a léčby jsou již aktivity i odpovědnost za ně vytvořeny a stanoveny, nejčastěji v celorepublikovém rozměru, nebo se tvořit začínají, a je potřeba se k nim připojit a spolupracovat s dalšími složkami společnosti na jejich co nejširším uplatnění.

Díličí úkoly v oblasti primární prevence neinfekčních chorob jsou společné pro řešení problematiky zdravého životního stylu a dalších oblastí. Proto i aktivity ke splnění těchto cílů jsou společné.

Omezení vlivu rizikových faktorů kouření, stresu, zneužívání návykových látek včetně alkoholu, nežádoucího vlivu výživy, nadváhy a obezity, nízké pohybové aktivity a jiných vlivů.

1. Propagace zdravého životního stylu.
2. Zvyšovat odpovědnost občanů za své zdraví.
3. Podpora a propagace zdravých komunit. Zapojit co nejvíce podniků, neziskových organizací, škol, měst a obcí.
4. Organizovat „Dny výživy a zdravého životního stylu“ spojené s hodnocením výskytu rizikových faktorů a možnostmi individuálního řešení.
5. Podpora literárních, výtvarných a uměleckých soutěží na školách na téma zdravý životní styl.
6. Výchova ve školách na všech stupních ke zdravému životnímu stylu a omezení vlivu rizikových faktorů.
7. Organizace a propagace hromadných pohybových aktivit. Běh pro zdraví, výlet, jízda na kole, plavání apod.
8. Hodnocení, zveřejňování a odměňování pozitivních aktivit.

V oblasti sekundární prevence jsou aktivity již dané v celorepublikovém měřítku viz Zdraví 21 a je potřeba je podporovat a připojit se k nim.

Dílčí úkol č. 8. 1.
Snížit počet úmrtí v důsledku kardiovaskulárních chorob
u osob mladších 65 let o 40 %

Současný stav:

Kardiovaskulární nemoci jsou stále nejčastější příčinou úmrtí v celé ČR a samozřejmě i v ústeckém kraji. I když dochází k určitému poklesu, je tento pokles spíše způsoben lepší dostupností kvalifikované léčby, než poklesem výskytu těchto onemocnění. Jinými slovy dnešní nemocný člověk má mnohem větší šanci na přežití než v minulosti, ale počty nemocných se moc nesnižují a právě prevence hlavně rizikového jednání a chování populace by měla být hlavním úkolem v této oblasti. Druhým směrem aktivit by mělo být další zlepšování dostupnosti potřebné kvalifikované péče.

Aktivity ke splnění dílčího úkolu:

8.1.1: Důsledná prevence ischemické choroby srdeční a dalších kardiovaskulárních onemocnění důsledným uplatňováním společných doporučení českých odborných společností „Prevence ischemické choroby srdeční v dospělém věku“:

- vypracováním detailních doporučení k diagnostice a terapii těchto onemocnění (včetně farmakoterapie) na základě doporučení odborných společností s přihlédnutím k ekonomickým možnostem úhrady z veřejného zdravotního pojištění a pojištění občanů ČR,
- prosazování těchto doporučení a jejich důsledná kontrola
- nejrozličnější akce zaměřené na prevenci výskytu rizikových faktorů KVO (dny zdraví, soutěže, informovanost, výchova ke zdraví apod.

Odpovědnost: MZ

Spolupráce: ZP, Česká kardiologická společnost, Česká společnost pro aterosklerózu, Česká společnost pro hypertenzi, Česká internistická společnost ČLS JEP, Česká diabetologická společnost ČLS JEP, Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, Česká angiologická společnost ČLS JEP, Česká společnost klinické biochemie ČLS JEP, Česká obezitologická společnost ČLS JEP, IPVZ, HS a další

Termíny: Průběžně

8.1.2: Zabezpečit léčebnou péči o nemocné s kardiovaskulárními a cévními mozgovými chorobami, zejména:

- dostatečné kapacity kardiocenter, včetně zpracování koncepce v rámci jednotlivých krajů,
- zlepšení organizace a péče přednemocniční fáze akutních onemocnění, zlepšení péče o nemocné s akutními příhodami - zlepšit dostupnost revaskularizačních výkonů v akutní fázi onemocnění, zejména v iniciační fázi infarktu myokardu,
- zlepšení péče o nemocné s chronickými kardiovaskulárními a cévními mozgovými onemocněními.

Odpovědnost: MZ

Spolupráce: Česká kardiologická společnost, Česká neurologická společnost (Sekce cerebrovaskulárních onemocnění), ZP, odborná pracoviště zdravotnických zařízení v rámci kraje, územní samosprávné celky

Termíny: Průběžně

8.1.3: Provádět periodicky epidemiologické studie prevalence nejzávažnějších rizikových faktorů KVO a kardiovaskulární morbidity a změn v této oblasti včetně životního stylu

Odpovědnost: MZ

Spolupráce: IKEM, HS, SZÚ, ÚZIS, VLA JEP

Termíny: 1 x za 5 let

Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:

- úmrtnost na všechny příčiny, úmrtnost na KVO (I00-I99), hypertenzi (I10-I15), ischemickou chorobu srdeční (I20-I25), cévní nemoci mozku (I60-I69), ostatní KVO,
- hospitalizace pro KVO (počet, délka hospitalizace), včetně specifikace dle jednotlivých forem KVO,
- počet akutních hospitalizací na koronárních a iktových jednotkách
- spotřeba léků na léčení KVO,
- prevalence nejzávažnějších rizikových faktorů KVO,
- počet výkonů invazivní kardiologie,
- počet kardiochirurgických výkonů.

Dílčí úkol č. 8. 2.

Úmrtnost u všech typů nádorových onemocnění u osob mladších než 65 let snížit nejméně o 15 %, přičemž úmrtnost u rakoviny plic snížit o 25 %

Současný stav:

V ústeckém kraji je výskyt nádorových onemocnění obecně vyšší než v jiných částech republiky. Postihuje mladší věkové kategorie a představuje velmi závažný zdravotnicko společenský problém. O to významnější, že v některých diagnosách je patrný významný vzestupný trend výskytu těchto onemocnění a to výraznější než v ostatních částech ČR. Např. nádory konečníku a tlustého střeva, prostaty u mužů

a nádory plic u žen. V jiných lokalizacích onemocnění je situace podobná jako v dalších částech ČR.

Zde hraje roli zase nevhodné až rizikové chování a způsob života některých populačních skupin, spolu s podceňováním prevence ze strany široké populace.

Aktivity ke splnění dílčího úkolu:

8.2.1: Návrh a realizace programu primární prevence, včasné diagnostiky a léčby nádorových onemocnění, popularizace nerizikového chování

Odpovědnost: MZ

Spolupráce: MŽP, MZe, MŠMT, odborné lékařské společnosti a specializovaná onkologická pracoviště; zařízení zaměřená na realizaci programů podpory zdraví, SZÚ, nevládní organizace

Termíny: Průběžně

8.2.2: Screening vybraných nádorových onemocnění (nádory prsu, děložního čípku, tlustého střeva a rekta, plic)

Odpovědnost: MZ

Spolupráce: specializovaná onkologická pracoviště, Česká onkologická společnost JEP, Česká gynekologická společnost, Radiologická společnost ČLS JEP, Gastroenterologická společnost JEP, Liga proti rakovině, pracoviště zaměřená na problematiku podpory zdraví, svépomocné pacientské skupiny, ZP

Termíny: Průběžně

8.2.3:

Standardizace diagnostických a léčebných postupů, jejich odborná oponentura a periodická aktualizace

Odpovědnost: MZ

Spolupráce: Česká onkologická společnost JEP, Radiologická společnost ČLS JEP, ZP

Termíny: Průběžně

8.2.4: Zlepšit podmínky pro rehabilitaci onkologických pacientů s důrazem nejen na rehabilitaci fyzickou, ale i resocializaci s možností jejich začlenění do pracovního procesu při jejich změně pracovní schopnosti. Za tím účelem vytvořit potřebnou právní úpravu.

Odpovědnost: MZ

Spolupráce: MPSV, MMR, MPO, Česká onkologická společnost JEP, Liga proti rakovině, onkologická pracoviště, organizace zaměřené na poskytování domácí péče, dobrovolné onkologické organizace

Termíny: Průběžně

Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:

- incidence, prevalence a úmrtnost na onkologická onemocnění,
- počet osob vyšetřených ve screeningovém programu,
- spotřeba analgetik v zařízeních poskytujících paliativní péči.

Dílčí úkol č. 8. 3.**Amputace, oslepnutí, poruchy ledvin, těhotenské komplikace a další závažné zdravotní komplikace související s cukrovkou snížit o jednu třetinu****Současný stav:**

Incidence a prevalenci diabetu významně stoupá a to nejen v ústeckém kraji, ale vlastně velmi podobně i v celé ČR, ale v ústeckém kraji je výskyt vyšší. Zde se určitě významně podílí vliv stárnoucí populace ČR, ale i výskyt DM I. typu se zvyšuje a tím samozřejmě i náklady na jeho léčbu a výskyt komplikací, které toto onemocnění provázejí. Příčiny je potřeba opět hledat v nevhodném způsobu života a stravování. Do této oblasti, včetně včasného zachytu, směřovat pozornost a aktivity.

Aktivity ke splnění dílčího úkolu:

8.3.1: Prevence cévních komplikací diabetu (sekundární a terciární) spočívající v co nejlepší kompenzaci diabetu, krevního tlaku, sérových lipidů, tělesné hmotnosti (jde o komplexní terapii pacienta), která se musí zajistit na všech úrovních léčebně preventivní péče (praktický lékař, diabetolog, internista atd.) a to v terénu i v Diabetologických centrech

Odpovědnost: MZ

Spolupráce: MPSV, MZe, každý lékař pečující o diabetika - odborné společnosti ČLS JEP, ambulantní terénní pracoviště - diabetologická centra, diabetologická pracoviště - pracoviště dalších specialistů

Termíny: průběžné (hodnocení v rámci hlášení ÚZIS, tj. roční), dlouhodobé (po 5 letech v rámci registrů či epidemiolog. studií)

8.3.2: Primární prevence diabetu se zaměřením na zdravý způsob života (vhodnou stravu, pohyb, redukci kouření, snížení nadváhy a obezity aj.)

Odpovědnost: MZ

Spolupráce: MŠMT, MPSV, MMR, MV, odborné společnosti ČLS JEP (každé zdravotnické zařízení, každý ošetřující lékař), ZP, ÚZIS

Termíny: průběžné (hodnocení vývoje diabetu a jeho komplikací v ČR), dlouhodobé (hodnocení po 5 a 10 letech)

8.3.3: Využívat i nadále Pražského registru diabetiků, pokračovat v epidemiologických studiích a připravit návrh na evidenci výskytu ischemické choroby srdeční a cévních mozkových příhod u diabetiků.

Odpovědnost: MZ

Spolupráce: ÚZIS, odborné společnosti ČLS JEP

Termíny: Průběžně

Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:

- incidence diabetu a jednotlivých komplikací (retinopatie, nefropatie, amputace dolní končetiny a mikroangiopatické komplikace).

Dílčí úkol č. 8. 4.
Snížit nemocnost a výskyt trvalých postižení na nemoci svalové a kosterní soustavy a na další časté chronické nemoci

Současný stav:

Sedavý způsob života, nedostatečný fyzický pohyb, mnohdy nadváha nebo obezita jsou jednou z mnoha příčin nárůstu případů onemocnění kosterní a svalové soustavy. Tento trend se nevyhýbá ani obyvatelům ústeckého kraje. Aktivity směřovat do zapojení co nejširší skupiny obyvatelstva do pravidelné fyzické aktivity. Podporovat sportovní a pohybové aktivity všeho druhu a také včasnou diagnostiku a léčbu již existujících onemocnění s cílem co nejvíce omezit invalidizaci takovýchto nemocných.

Aktivity ke splnění dílčího úkolu:

8.4.1: Vypracovat a realizovat akční program prevence a péče o nejčastější nemoci pohybového aparátu, včetně návrhu potřebných legislativních opatření

Odpovědnost: MZ

Spolupráce: MPSV, MŠMT, odbory, zaměstnanecké svazy, komerční pojišťovny, ZP, odborné společnosti ČLS JEP

Termíny: Průběžně do 2010

8.4.2: Vytvořit podmínky pro zřízení a provoz Centrální jednotky pro péči o nemocné s multirezistentní tuberkulózou a jinými závažnými formami plicní tuberkulózy

Odpovědnost: MZ

Spolupráce: zdravotnická zařízení, kde bude vysloveno podezření na multirezistentní tuberkulózu nebo jinou komplikovanou formu tuberkulózy, FN Bulovka, Plicní léčebna v Prosečnici, Česká pneumologická a ftizeologická společnost

Termíny: Průběžně do 2010

8.4.3: Vytvořit systém péče o pacienty se sekundární osteoporózou jako nežádoucího účinku terapie kortikoidy

Odpovědnost: MZ

Spolupráce: pojišťovny, odborné společnosti ČLS JEP

Termíny: Průběžně do 2010

Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:

- hospitalizovanost na vybrané chronické choroby
- pracovní neschopnosti pro nemoci pohybového aparátu,
- Počet podporujících programů (školy zad apod.).
- Počet akcí zaměřených na širokou populaci

Dílčí úkol č. 8. 5.
Dosáhnout, aby alespoň 80 % dětí ve věku 6 let bylo bez zubního kazu
a ve věku 12 let měly děti v průměru maximálně 1,5 KPE zubů
(zkažený, chybějící nebo zaplombovaný zub)

Současný stav:

Vybrané informace o situaci dětí v ústeckém kraji nejsou k dispozici. Je to také tím, že určitě došlo k poklesu počtu preventivních prohlídek u dětí, ale také stíženou dostupností opravdu dobré a kvalitní péče a podle předsedy stomatologické komory p. Pekárka bude tato situace stále horší, protože studentů je málo a mají jen malou šanci na vybudování vlastní praxe. Předpokládáme, že díky sociálnímu složení obyvatelstva ústeckého kraje je situace přinejmenším stejná ne-li horší než v jiných krajích. Aktivita by měly být zaměřeny na kvalitní výuku péče o chrup a to již v mateřských školách a také na zlepšení dostupnosti kvalitní péče o dětský chrup.

Aktivity ke splnění dílčího úkolu:

8.5.1:

Vytvoření a realizace akčního programu zlepšování orálního zdraví dětí a mládeže

Odpovědnost: MZ

Spolupráce: MŠMT, MZe, MŽP, Česká stomatologická společnost JEP; ČLS JEP; Česká společnost pro dětskou stomatologii JEP, Výzkumný ústav stomatologický - VFN Praha, Česká stomatologická komora, SPLDD

Termíny: Průběžně do 2010

8.5.3:

Provádět epidemiologické studie u vybraných věkových skupin populace

Odpovědnost: MZ

Spolupráce: MŠMT, ÚZIS, Výzkumný ústav stomatologický - VFN, Česká stomatologická komora, územní samosprávné celky

Termíny: v pětiletých intervalech

Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:

- prevalence kazu v dočasném chrupu (caries index) hodnocená v 3letých intervalech,
- prevalence kazu ve stálém chrupu u 12letých, hodnocená v 3letých intervalech.
- Počty preventivních prohlídek

CÍL 9: SNÍŽENÍ VÝSKYTU PORANĚNÍ ZPŮSOBENÝCH NÁSILÍM A ÚRAZY

DO ROKU 2020 ZAJISTIT, ABY POČTY ZRANĚNÍ, POSTIŽENÍ A ÚMRTÍ, KTERÁ JSOU DŮSLEDKEM NEHOD A NÁSILNÝCH ČINŮ, TRVALE A VÝRAZNĚ POKLESALY

Gestor :

kpt. Josef ŠLOSAR – Policie České republiky, Správa severočeského kraje v Ústí nad Labem

Spolupracující :

Jarmila Hruběšová – PČR, SSVČK v Ústí n.L., tiskové oddělení

por. Bc. Jana Matonohová – PČR, SSVČK v Ústí n.L., odd. PIS

pplk. Mgr. Jiří Volprecht – PČR, SSVČK v Ústí n.L., odd. SKPaV

Jan Pechout – BESIP

Aktuální vývoj nehodovosti u nás i v zahraničí stále přesvědčivěji ukazuje, že ochrana společnosti před tragickými dopady nehodovosti je značně složitá. Pravdou také zůstává, že v motoristicky vyspělých zemích mají bezpečnost silničního provozu víceméně pod kontrolou, přestože ani tam nevládne plná spokojenost. V tomto směru jsou nejdále Skandinávské země, které usilovně, ale hlavně programově směřují k magické nule v rovnici tragických ztrát na lidských životech. Přestože se doprava považuje za velmi důležitý prvek pro prosperitu společnosti a každého jednotlivce, je stále ve větší míře postupně vnímána jako potenciální nebezpečí. Každý den je celkový počet lidí usmrčených nebo těžce zraněných na silnicích České republiky značně vysoký. Oběťmi silničních dopravních nehod přichází naše společnost o desítky miliard korun, ale lidské dopady těchto následků na životech a zdraví osob jsou nevyčísitelné. Z tohoto důvodu si vláda České republiky vytýčila uvedený cíl ve "Zdraví pro všechny v 21. století" jako dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva České republiky.

Přehled nápadu násilné a mravnostní trestné činnosti v působnosti Správy PČR Severočeského kraje (meziroční porovnávání, r. 2004-2005):

A) Násilná kriminalita:

V oblasti násilné kriminality bylo v roce 2005 v Ústeckém kraji zaznamenáno celkem 2 670 případů, což představuje po delším období pozitivní trend poklesu nápadu násilné trestné činnosti, a to o 239 případů. V porovnání se stejným obdobím loňského roku je nápad tvořen především trestnými činy:

vraždy	nápad	16 (-11),	objasněno	81,25 %,
loupeže	nápad	643 (-169),	objasněno	52,4 %,
úmysl. ublížení na zdraví	nápad	715 (-81),	objasněno	85,6 %,
nebezpečné vyhrožování	nápad	337 (-50),	objasněno	97,6 %,
vydírání	nápad	228 (-12),	objasněno	85,5 %,
porušování dom. svobody	nápad	355 (-17),	objasněno	79,4 %,
zásah do práva bytu	nápad	89 (+10),	objasněno	98,8 %.

Pokles nápadu se projevilo ve všech okresech kraje, kromě Ústí n. L. (+22 případů). Největší nápad byl zpracováván v okresech Most (580) a Teplice (506 případů), tradičně nejnižší v Lounech (nápad 170 případů).

AA) Vraždy

V oblasti této nejzávažnější trestné činnosti nedošlo ke změnám v charakteru šetřených případů, pouze k výraznému snížení nápadu v meziročním porovnání. Na teritoriu Ústeckého kraje bylo šetřeno celkem 16 vražd, objasněno bylo 13 případů. V roce 2004 bylo řešeno 27 případů, objasněno 24.

Podíl cizinců nebyl v r. 2005 zaznamenán. Z hlediska způsobu provedení byla pachatelem ve 3 případech použita střelná zbraň (pistole), v 9-ti nůž (bodnořezná poranění), ve 2 rdoušení, v jednom použito kladivo k úderu do hlavy oběti a v jednom případě neposkytnutí péče bezprostředně po porodu (novorozeneček).

AB) Loupeže

V roce 2005 bylo šetřeno celkem 643 případů loupeží, objasněno 337, tj. 52,4 %. Došlo tedy k výraznému meziročním poklesu nápadu trestného činu loupeže a to o 169 případů.

Největším nápadem jsou tradičně zatíženy okresy Teplice (191 případů), Most (120) a Ústí n. L. (109). Nejmenší byl zpracováván v Lounech (34 případů).

Obdobně jako v předchozích letech tvoří značnou část nápadu oblast tzv. pouličních loupeží a loupežná přepadení personálu obchodů, restaurací a heren. Pro pachatele je tato trestná činnost jedním z nejsnadnějších a nejrychlejších způsobů získání finančních prostředků, kdy při krátkém kontaktu s poškozeným dochází k odcizení finanční hotovosti nebo věcí osobní potřeby. Nejvíce jsou touto formou trestné činnosti zatíženy městské aglomerace okresních měst.

V roce 2005 byl naopak zaznamenán nárůst loupežných přepadení finančních ústavů, šetřeno bylo 17 případů (meziroční nárůst +5), objasněno bylo 5 případů, stejně jako 26 případů napadení obsluhy benzinových čerpacích stanic (meziroční nárůst +12), objasněno bylo 10 případů.

Negativní vliv na objasněnost problematiky mají rovněž vymyšlené resp. fingované loupeže, které tvoří cca 13 % z oznámených loupežných přepadení.

B) Mravnostní kriminalita

V roce 2005 bylo v Ústeckém kraji zaznamenáno celkem 203 trestných činů charakteru mravnostní kriminality, z toho objasněno bylo 166, tj. 81,8 %. Meziroční pokles nápadu (-51) provázený snížením počtu realizovaných případů (-35) se v meziročním srovnání projevilo nárůstem objasněnosti o 2,6 %.

Ve struktuře trestných činů nedošlo v roce 2005 k zásadním změnám, kromě rozdílu nápadu v některých kategoriích. Největší zastoupení mají standardně trestné činy:

pohlavní zneužívání	nápad	88 (-13),	objasněno	93 %
(pozn. nebyl zaznamenán žádný případ komerční formy sexuálního zneužívání)				
znásilnění	nápad	66 (-20),	objasněno	80,3 %
kuplířství	nápad	16 (0),	objasněno	87,5 %
obchod s lidmi	nápad	1 (-3)		
ohrožování mravnosti	nápad	2 (0)		

Dílčí úkol č. 9. 1.
Počty smrtelných a vážných zranění
v důsledku dopravních nehod snížit alespoň o 30%

Současný stav:

Přestože se doprava považuje za velmi důležitý prvek pro prosperitu společnosti a každého jednotlivce, je stále ve větší míře vnímána jako potenciální nebezpečí. Konec 20. století byl poznamenán řadou dramatických železničních neštěstí, pádem letadla Concorde nebo ztroskotáním Eriky, přičemž všechny tyto katastrofy jsou stále ještě vryty do naší paměti. Nicméně úroveň přijímání těchto bezpečnostních nedostatků není vždy logická. Jak jinak by bylo možno vysvětlit relativní toleranci vzhledem k silničním dopravním nehodám, kdy každým rokem zahyne na evropských silnicích a dálnicích přes 41 000 osob, což je jev ekvivalentní vymazání středně velkého města z mapy. Situaci na našich pozemních komunikacích za rok 2005 zvyrazňuje následující porovnání:

- v průměru každé necelé 3 minuty šetřila Policie ČR nehodu, každých 19 minut byl při nehodě lehce zraněn člověk a každé 2 hodiny těžce. V průměru každou necelou 8 hodinu zemřel při nehodě člověk. Každou hodinu pak byla způsobena hmotná škoda přesahující 1 milion Kč. S výjimkou údaje u hmotné škody a počtu nehod, jsou u ostatních základních ukazatelů tyto ukazatele příznivější než v roce 2004.

Na území Ústeckého kraje se stalo v roce 2005 celkem 14 579 nehod v silničním provozu, nárůst proti roku 2004 (+46), při kterých bylo usmrceno 91 osob (-19), těžce zraněno 368 osob (-23) a lehce zraněno 2 135 osob (-68).

Podle kategorie následků dopravních nehod podle účastníků silničního provozu bylo v roce 2005 usmrceno 9 řidičů motocyklu s přilbou, 19 řidičů osobních automobilů připoutaných bezpečnostním pásem, 14 řidičů osobních automobilů nepřipoutaných bezpečnostním pásem, 11 spolucestujících na předním sedadle připoutaných bezpečnostním pásem, 4 spolucestujících na předním sedadle připoutaných bezpečnostním pásem, 4 spolucestujících na zadním sedadle připoutaných bezpečnostním pásem, 4 spolucestujících na zadním sedadle nepřipoutaných bezpečnostním pásem, 3 řidiči nákladního automobilu, 2 spolucestující nákladního automobilu, 4 řidiči nemotorového vozidla - jízdní kolo a 17 chodců.

Prevence nehod v dopravě a snížení počtu smrtelných a těžkých zranění vyžaduje komplexní přístup všech zainteresovaných složek a zdokonalení spolupráce mezi nimi. Prevence k omezení počtu dopravních nehod je proto dlouhodobější záležitost, neřešitelná bez cíleného dlouhodobého působení všech subjektů. K omezení následků dopravních nehod v reálném čase se dopravní policie zaměřuje na zintenzivnění kontrol používání bezpečnostních pásů, jejichž důsledné používání má prokazatelný dopad. Dále se zaměřuje na osvětu směřující k používání dětských zádržných systémů a po nabytí účinnosti nové právní úpravy také na kontrolu jejich používání.

Aktivity ke splnění dílčího úkolu:

9.1.1: Intenzivně kontrolovat používání bezpečnostních pásů, vč. zadních sedadel a dětských zádržných systémů a realizovat preventivní opatření a výchovné programy pro děti i dospělé v oblasti bezpečnosti dopravy.

Odpovědnost: Policie ČR

Spolupráce: obce s rozšířenou působností, KÚ ÚK, Besip, školská zařízení, ZZ, neziskové organizace

Termíny: průběžně

- 9.1.2: V celostátním programu školní dopravní výchovy dále rozvíjet individuální a skupinový přístup s větším důrazem na výcvik v reálné situaci
Odpovědnost: MŠMT, MV
Spolupráce: Policie ČR - SSVČK Ústí n.L., Besip, KÚ ÚK, neziskové organizace
Termíny: průběžně
- 9.1.3: Potlačovat řízení motorových vozidel pod vlivem alkoholu
Odpovědnost: Policie ČR
Spolupráce: obce s rozšířenou působností, KÚ ÚK
Termíny: průběžně
- 9.1.4: Vybudovat systém výchovy dětí, mládeže a dospělých k poskytování první pomoci
Odpovědnost: složky IZS, Policie ČR - SSVČK Ústí n.L., ÚK
Spolupráce: městské a obecní samosprávy, ZZ,
Termíny: 2008
- 9.1.5: Informovat představitele Ústeckého kraje o situaci v dopravní nehodovosti a informace postoupit také představitelům obcí na území kraje
Odpovědnost: Policie ČR, SSVČK Ústí n.L.
Spolupráce: KÚ ÚK, odbor dopravy
Termíny: průběžně

Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:

- incidence dopravních nehod Policie ČR, MV, CDV MDS
- incidence a mortalita dopravních úrazů, hospitalizace (ÚZIS) a náklady na léčení a rehabilitaci (ZP)

**Dílčí úkol č. 9. 2.
Počty úmrtí a vážných úrazů na pracovišti, doma
a při rekreaci snížit nejméně o 50%**

Současný stav:

Preventivně informační skupiny Policie ČR (PIS) realizují preventivní opatření vyplývající z Programu Ministerstva vnitra v oblasti prevence kriminality do roku 2007. V resortu policie se provádějí zejména preventivní opatření zaměřená na bezpečnost v silničním provozu. Dopravní výchova probíhá formou besed a přednášek, především na prvním stupni základních škol. Návuk konkrétních situací je možný na mobilním dopravní hřišti, které je k dispozici pro všechny PIS na Okresních ředitelství (OŘ). Také je realizován krajský projekt "Bezpečná cesta do školy", omalovánka která prostřednictvím populárních postaviček Macha a Šebestové učí děti základním pravidlům bezpečného chování v silničním provozu. Dále jsou uskutečňovány dopravně-bezpečnostní akce "Jablko nebo citron" a "Jezdíme s úsměvem". Policie ČR také spolupracuje s Nadací Malina při distribuce dopravně-instruktážních filmů.

Na OŘ se konají dopravně-preventivní akce, např. ve spolupráci s Červeným křížem je prováděna kontrola lékárníček a prověřování znalostí v poskytování první pomoci.

Prevence úrazovosti se realizuje přednáškovou činností odd. PIS. Současně je realizována spolupráce se společností Podaná ruka na projektu "MISE - Děťství bez úrazů". Podstatou projektu je "přivést" prevenci děťských úrazů do měst tzv. protiúrazovou sanitkou. Tato sanitka seznámí děti i dospělé s nejčastějšími příčinami úrazů a s možnostmi jejich předcházení. Sanitka bývá v jednotlivých městech doprovázena pelotonem, který tvoří děti na kolech. V rámci spolupráce dělala Policie ČR např. doprovod děťskému cyklistickému pelotonu a realizovala uzavírky trasy. Pracovníci PIS pořádali různé soutěže apod. Do MISE jsou zapojena v Ústeckém kraji následující města: Litoměřice a Most (rok 2003), Děčín (rok 2004) a Teplice (rok 2005).

Některá OŘ jsou zapojena v projektu "Bezpečná lokalita", jehož programy se místně odlišují. Např. se jedná o zveřejňování nehodových a nebezpečných úseků v místním tisku včetně fotodokumentace. Nebo se účastní projektu "Bezpečná ulice", při kterém provádí měření rychlosti a zjišťování odcizených motorových vozidel.

Aktivity ke splnění dílčího úkolu:

9.2.1: Vypracovat a realizovat národní plán prevence úrazů, jejich léčení a rehabilitace, který by se následně uplatnil na regionální úrovni

Odpovědnost: MZ MV, Policie ČR

Spolupráce: MŠMT, MPSV, MDS, odborné společnosti ČLS JEP, SZÚ, Český červený kříž, školská zařízení, neziskové organizace, územní samosprávné celky

Termíny: průběžně

9.2.2: Zvýšit povědomí a podporu prevence úrazů ve veřejném i privátním sektoru. Výchovné a intervenční aktivity zaměřit na prevenci, akutní péči a následnou rehabilitaci. Zvláštní pozornost věnovat rizikovým skupinám (děti a mládež, senioři, minority)

Odpovědnost: MZ, MV, Policie ČR

Spolupráce: MDS, MŠMT, nevládní organizace, odborné společnosti ČLS JEP, SZÚ, Český červený kříž, školská zařízení, neziskové organizace, územní samosprávné celky

Termíny: průběžně

9.2.3: Zkvalitnit výchovu profesionálů (praktiků i vědců) na všech úrovních prevence, léčebné péče a rehabilitace

Odpovědnost: MZ, MPSV, MŠMT

Spolupráce: MDS, vzdělávací instituty, odborné společnosti ČLS JEP, SZÚ, Český červený kříž, neziskové organizace, územní samosprávné celky

Termíny: průběžně

Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:

- incidence a mortalita v důsledku úrazů, hospitalizace a náklady na léčení a rehabilitaci (ZP)
- náklady na výplatu pevných a částečných invalidních důchodů v důsledku mimopracovních úrazů

Dílčí úkol č. 9. 3.
**Úmrtí v důsledku domácího násilí, násilí orientovaného na druhé pohlaví
a organizovaného zločinu, stejně jako zdravotní důsledky
takto vzniklých zranění snížit alespoň o 25%**

Současný stav:

Problematiku domácího násilí lze charakterizovat jako opakované projevy fyzického, psychického nebo sexuálního násilí, ke kterému dochází z pravidla mezi manžely nebo partnery, kterého nejsou ušetřeny ani děti, popřípadě osoby blízké nebo senioři. Tyto případy se zpravidla odehrávají v soukromí těchto osob, mají značnou intenzitu a nejsou až na výjimky policii nebo dalším příslušným orgánům a organizacím vůbec oznamovány.

Z hlediska způsobených následků lze domácí násilí považovat za jednu z kategorií násilné kriminality. Při objasňování těchto případů sehrává negativní roli především značná latence, která se obecně projevuje v celkově nízkých počtech případů oznámených policií. Tato kriminalita je zpravidla i obtížně dokumentovatelná. V Ústeckém kraji bylo např. v roce 2005 statisticky vykázáno pouze 11 trestných činů týrání svěřené osoby, tj. snížení o 17 případů oproti roku 2004 a dále 63 případů, které byly kvalifikovány jako trestný čin týrání osoby žijící ve společně obývaném bytě nebo domě. Největší počet těchto skutků registrovaly útvary Policie ČR, Okresní ředitelství Chomutov a Ústí nad Labem. Vzhledem k tomu, že tyto skutky jsou evidovány až od 1. června 2005 (zákon č. 91/2004 Sb., kterým se mění zákon č. 140/1961 Sb., trestní zákon, ve znění pozdějších předpisů), nelze provést porovnání jejich počtů s předchozím obdobím.

Na nepříznivou situaci v oblasti domácího násilí (z hlediska odhalování trestné činnosti) bylo reagováno Policií ČR, Správou Severočeského kraje v součinnosti s útvary Policie ČR okresních ředitelství v závěru roku 2005. Vedením správy kraje byla přijata opatření zaměřená především na zlepšení spolupráce s orgány sociálně právní ochrany dětí a dalšími zainteresovanými orgány, včetně nevládních organizací (Bílý kruh bezpečí apod.). V tomto směru bylo mj. využito i zkušeností, které získal v této oblasti útvar Policie ČR, Okresní ředitelství Ústí n.L. Policisté tohoto útvaru se zapojili do projektu řešení domácího násilí v rámci okresu Ústí nad Labem již v první polovině roku 2005.

Cílem opatření přijatých správou kraje bylo mimo jiné také v maximální možné míře zjednodušit základní dokumentaci případů domácího násilí, s cílem nezvyšovat další nároky na administrativu a vytvoření podmínek umožňujících rychlý přenos základních informací k cílovým institucím. Počínaje prvním dnem roku 2006 příslušná pracoviště správy kraje a okresních ředitelství Policie ČR všechny zjištěné případy domácího násilí předávají formou "oznámení" orgánům sociálně právní ochrany dětí místně příslušným městským úřadům s rozšířenou působností, obecním úřadům a magistrátům nacházejících se v teritoriu působnosti správy kraje, k provedení příslušných opatření. Jedná se zejména o případy kdy jsou děti přítomny vzájemnému napadání se mezi manžely nebo partnery, napadání rodičů nebo jsou přítomny služebním zákrokům policie.

Aktuálně lze meziročně porovnat období 1.1. - 31.5. let 2005 a 2006. Za období leden - květen 2006 byly na území Ústeckého kraje spáchány 4 vraždy, za stejné období roku 2005 to bylo 7 případů. V případě úmyslného ublížení na zdraví bylo v tomto období letošního roku spácháno 282 trestných činů (2005 - 329 případů), jde tedy o pokles o 14,3 %. Dále trestných činů týrání svěřené osoby v r. 2006 – 8 případů (2005 - 7 případů) a konečně týrání osoby žijící ve společně obývaném

bytě nebo domě za období leden – květen 2006 – 40 případů (v r. 2005 – 26 případů). Nutno podotknout, že právní úprava posledně uvedeného trestného činu podle ustanovení § 215a trestního zákona je účinná od 1. června 2004 (zák.č. 91/2004 Sb.).

V rámci Policie ČR je třeba prosadit větší důraz na preventivní činnost. V této oblasti se v rámci Ústeckého kraje zaměřujeme zejména na přednáškovou činnost na školách, ve výchovných ústavech, v domovech důchodců apod. Oproti r. 2005 jsme tyto aktivity zdvojnásobili. Dále jsme se zapojili do programu EduCare Národní společnosti pro prevenci násilí na dětech a jsme též účastníky projektu organizace Bílý kruh bezpečí "Interdisciplinární přístup k řešení případů domácího násilí na komunitní úrovni". Rozkazem ředitele PČR, Správy Severočeského kraje č. 8/2005 byla v rámci SKPV zřízena funkce styčného důstojníka pro národnostní menšiny, v jehož náplni práce je mimo jiné též preventivní činnost a řešení problematiky domácího násilí v menšinových komunitách.

Aktivity ke splnění dílčího úkolu:

9.3.1: Vytvořit, realizovat a vyhodnotit programy pro snížení úrazovosti způsobené násilím, především ty, které ovlivňují vývoj budoucího násilného chování u dětí a duševní poruchy související se sebepoškozováním

Odpovědnost: MZ, MV (Republikový výbor pro prevenci kriminality)

Spolupráce: MPSV, MŠMT, ÚZIS, odborné společnosti ČLS JEP, Bílý kruh bezpečí a další nevládní organizace, obce s rozšířenou působností, KÚ ÚK

Termíny: průběžně

9.3.2: Zintenzivnit spolupráci s neziskovými organizacemi podílejícími se na prevenci a odstraňování následků domácího násilí.

Zvyšovat odbornost a kvalifikaci pracovníků zabývajících se domácím násilím

Odpovědnost: MV, MS

Spolupráce: neziskové organizace, územní samosprávné celky a instituce, MZ

Termíny: průběžně

9.3.3: Zaměření se na prevenci v oblasti domácího násilí, zvýšení četnosti přednášek na školách a výchovných ústavech, činnost styčného důstojníka SKPV pro národnostní menšiny.

Odpovědnost: MV, MŠMT

Spolupráce: neziskové organizace, Policie ČR, školská zařízení, územní samosprávné celky

Termíny: průběžně

Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:

- statistiky MV, MS a neziskových organizací z oblasti úmrtí, jejichž příčinou jsou domácí násilí, násilí spáchané na opačném pohlaví a organizovaný zločin
- průzkumy veřejného mínění vnímání uvedené problematiky

CÍL 10: ZDRAVÉ A BEZPEČNÉ ŽIVOTNÍ PROSTŘEDÍ

DO ROKU 2015 ZAJISTIT BEZPEČNĚJŠÍ ŽIVOTNÍ PROSTŘEDÍ, V NĚMŽ VÝSKYT ZDRAVÍ NEBEZPEČNÝCH LÁTEK NEBUDE PŘESAHOVAT MEZINÁRODNĚ SCHVÁLENÉ NORMY

Gestor:

Ing. Jaroslav Zahálka, CSc., Fakulta životního prostředí, Univerzita J. E. Purkyně Ústí nad Labem

Spolupracující členové skupiny:

Ing. Helena Antošová – Krajský úřad Ústeckého kraje

RNDr. Tomáš Burian – Krajský úřad Ústeckého kraje

Doc. Ing. Miroslav Farský, CSc. – Fakulta životního prostředí, UJEP Ústí n.L.

Ing. Peter Harnoc – Dopravní podnik Ústeckého kraje a.s.

Ing. Táňa Krýdlová – Krajský úřad Ústeckého kraje

Ing. Pavel Šubrt – Zdravotní ústav se sídlem v Ústí nad Labem

Ing. arch. Jan Zadražil – Krajský úřad Ústeckého kraje

Cíl číslo 10 v programu ZDRAVÍ 21, koncipovaném Světovou zdravotnickou organizací (WHO) jako inspirativní rámec pro rozvoj zdravotních politik zemí Evropského regionu, je zaměřen na zdravé a bezpečné životní prostředí. Pro Ústecký kraj, který je již historicky charakterizován vysokou koncentrací různorodé průmyslové činnosti a jejíž negativní důsledky jsou i přes jisté snahy o nápravu – vrcholící v polovině 90. let - patrné dodnes, je životní prostředí velice aktuálním tématem, kterému je nutné věnovat náležitou pozornost.

Pojem *životní prostředí* není pro širokou rozmanitost složek obklopujících člověka vždy zcela jednoznačně chápán. Jeho *relevantní* vliv na zdraví obyvatel byl a je dostatečně dokumentován nepřeborným množstvím studií, vědeckých pojednání, sdělení a zpráv zveřejněných v odborné literatuře¹. Celospolečenská závažnost tohoto vlivu na zdravotní stav obyvatelstva (souhrnně nazývaného *veřejným zdravím*) je zřejmá i z toho, že vyšetřování a měření složek životního prostředí, monitorování vztahu zdravotního stavu obyvatelstva a faktorů životního prostředí a životních podmínek je legislativně řízeno (Zákon o ochraně veřejného zdraví, č. 258/2000 Sb., ve znění pozdějších předpisů). V hlavě II. citovaného zákona jsou pak zmiňovány tyto důležité složky životních podmínek:

- voda a výrobky přicházející do přímého styku s vodou, chemické přípravky a vodárenské technologie,
- koupaliště a sauny,
- vnitřní prostředí staveb, venkovní hrací plochy,
- epidemiologicky závažné činnosti (např. veřejné stravování, výroba potravin, činnosti při nichž je porušována integrita kůže apod.), ubytovací služby,

¹ V podmínkách Ústeckého kraje jako statisticky významná byla prokázána i validita těchto faktorů: výživa a stravovací návyky, nadměrná konzumace alkoholu a kouření, životní styl, socioekonomická situace. Blíže o tom MUDr. F. Kotěšovec a kol., Zdraví v Ústeckém kraji, 2004.

- předměty běžného užívání,
- hluk a vibrace,
- neionizující záření.

V souladu s kompetenčním zákonem nejsou tímto legislativním předpisem ošetřeny další důležité složky ŽP, jako jsou zejména:

- vnější ovzduší (dříve nazývané komunální),
- odpady (tuhé, kapalné).

Zdravotní rizikovost každé z výše vyjmenovaných složek ŽP je dána přítomností a koncentrační hladinou:

- chemických agens
- mikrobiologických agens a
- intenzitou faktorů fyzikálních (hluk, vibrace, neionizující záření).

Správné, tzn. přesné a pravdivé informace jsou nezbytným předpokladem pro účinné a efektivní rozhodovací procesy, které je nutné v souladu se záměry *Programu Zdraví 21* navrhnout a realizovat.

Z hlediska vlivu životního prostředí na zdravotní stav obyvatel jsou *nejzávažnějšími faktory ovzduší, voda, péče o krajinu, doprava*.

Dílčí úkol č. 10. 1.
Snížit expozice obyvatelstva zdravotním rizikům
souvisejícím se znečištěním ovzduší

Současný stav:

Od vydání zákona č. 86/2002 Sb. o ochraně ovzduší a prováděcích vládních nařízeních a vyhlášek ministerstva životního prostředí (MŽP) v roce 2002 dochází na základě praktických zkušeností k jejich zpřesňování, aby co nejlépe fungovaly jako nástroje řízení kvality ovzduší. Novela zákona o ochraně ovzduší, č. 385/2005 Sb., nově upravuje definici zón a aglomerací, povinnosti orgánů ochrany ovzduší a zavádí řadu dalších změn v oblasti řízení kvality ovzduší. Zónou je podle tohoto zákona území vymezené ministerstvem ŽP pro účely sledování a řízení kvality ovzduší; aglomerací je sídelní seskupení, na němž žije nejméně 350 tis. obyvatel.

Zóna Ústecký kraj je vymezena tak, že je totožná se správním územím Ústeckého kraje. Na území Ústeckého kraje je situováno celkem 17 zvláště velkých stacionárních spalovacích zdrojů spadajících do zvláštního regulačního režimu na centrální úrovni k dosažení hodnot národních emisních stropů (*Národní program snižování emisí z ELCP*). Zóna Ústecký kraj je charakterizována jako zóna s vysokou koncentrací chemického průmyslu (rafinérie, výroba hnojiv, sklářský průmysl, výroba buničiny a papíru, výroba organických a anorganických látek apod.). Tato skutečnost ovlivňuje kvalitu ovzduší na území kraje.

Na základě naměřených dat za rok 2004 MŽP v rámci jednotlivých zón a aglomerací vymezilo oblasti se zhoršenou kvalitou ovzduší. V zóně Ústecký kraj byly vymezeny oblasti se zhoršenou kvalitou ovzduší v rozsahu 10 % plochy území vzhledem k překročení imisního limitu pro polévatý prach (PM₁₀) a v rozsahu 4 % plochy území vzhledem k překročení imisního limitu pro benzo(a)pyren (BaP).

Překročení imisních koncentrací prachu a BaP je způsobeno především nárůstem automobilové dopravy (Ústecký kraj se stal tranzitním územím), zvýšenou stavební činností (výstavba dálnice D8, rozvoj průmyslových zón aj.) a nárůstem spalování fosilních paliv zejména v malých zdrojích.

Koncentrace tzv. regulovaných škodlivin v ovzduší Ústeckého kraje (tj. látek, které jsou legislativně ošetřeny zákonem o ochraně ovzduší; např. polévatý prach, oxid siřičitý, oxidy dusíku, ozón, Pb, As, Cr, ...) vykazaly v průběhu 90 let vesměs výrazný pokles. Z výsledků realizovaných monitorovacích studií je nicméně *od roku 2000 patrný mírný, leč trvalý a proto alarmující nárůst některých z nich.*

K látkám regulovaným výše zmíněným zákonem patří kromě již zmíněných polutantů anorganického charakteru ještě několik látek organických – BaP, benzen, toluen a xyleny. Hladiny BaP jako představitele polycyklických aromatických uhlovodíků vykazují stabilní charakteristický roční průběh – nižší hodnoty v létě, vyšší v zimě. To jednoznačně svědčí o tom, že jejich významnými zdroji jsou *sezónně provozované spalovací procesy.* Výsledky dlouhodobého monitoringu těchto látek v ovzduší též indikují nebezpečný vzestupný trend. Znepokojující skutečností je trvalé překračování koncentrace BaP ve sledovaných městských aglomeracích.

Ostatní perzistentní organické polutanty (POPs), jejichž zdravotní rizika jsou prokazatelně významnější, nejsou zatím současnou legislativou ošetřeny a tudíž nejsou bezprostředním zájmem veřejnoprávních orgánů.

Polycyklické aromatické uhlovodíky - PAH

Z chemického hlediska jde o rozmanitou řadu organických látek tvořených dvěma či více kondenzovanými benzenovými jádry v lineárním, angulárním nebo klastrovém uspořádání, které navíc mohou být různě substituovány. V ovzduší jich bylo zjištěno více než 500.

Nejvyšší karcinogenní potenciál vykazují benzo(a)pyren, dibenz(a,h)anthracen, benzo(b)fluoranthén, benzo(k)fluoranthén, benzo(a)anthracen a indeno(1,2,3-cd)pyren (WHO-IARC, 1985).

Dominantními zdroji PAH jsou:

- *Emise z mobilních zdrojů (automobilová doprava)*
- *Emise ze stacionárních spalovacích procesů – domácích topenišť*

Exaktní údaje o jejich složení (zastoupení jednotlivých uhlovodíků) významně napomáhají k identifikování zdrojů jejich emisí.

Nitrované polycyklické aromatické uhlovodíky

Kromě toho, že jsou emitovány do ovzduší především z dieselových motorů, vznikají za určitých podmínek též v atmosféře kontaminované PAH reakcí s oxidy dusíku, případně s kyselinou dusičnou.

Nitrované PAHs jsou na rozdíl od svých mateřských sloučenin *přímými karcinogeny* a mutageny.

Volatilní organické látky - VOC

Mezi ně patří řada organických sloučenin průmyslově využívaných, či vznikajících při spalování organické hmoty. Výčet nejzávažnějších z těchto látek, jako je akrylonitril, benzen, sirouhlík, 1,2-dichloreten, dichlormetan, formaldehyd, tetrachloretylen, styren, trichloretylen, vinylchlorid a toluen je v evropské legislativě sestaven zejména na základě jejich karcinogenních a nekarcinogenních účinků.

POPs

Polychlorované bifenyly (PCB) a polychlorované dibenzo-p-dioxiny a dibenzofurany (PCDD/F) – *dioxiny* – patří *ze zdravotního hlediska vůbec k nejnebezpečnějším polutantům ovzduší.* Ve složkách životního prostředí se v komplexní směsi nachází kolem 210 kongenerů, z nichž 17 je zvláště rizikových. Nejtoxikčtějším kongenerem je 2,3,7,8-tetrachlordibenzodioxin s výraznými mutagenními, teratogenními a karcinogenními vlastnostmi. Zdrojem těchto látek jsou všechny typy spalovacích

procesů. Tyto látky tvoří významnou složku spalin ze *spalování odpadů* a z tohoto důvodu musí být všechny povolené spalovny provozovány ve zvláštním režimu.

Toxické kovy

Již tradiční sledování obsahu olova ve volném ovzduší s postupným omezováním používání benzinu aditivovaného olovem ztrácí na prioritě a ve studiích hodnotících vliv kontaminace ovzduší na zdraví obyvatel je doplňováno o další toxické prvky. Kromě prvků charakteristických pro spalování fosilních paliv (As, Cd, Se, Be atd.) jde zejména o prvky typické pro benzinové či diesellové motory, jako jsou V, Ni, Cr, či kovy používané v katalyzátorech (Pt, Ir, Rh apod.).

Prioritní zdroje chemických polutantů ovzduší

Polutanty jak organického, tak anorganického charakteru, jsou spojeny s antropogenní činností provozovanou v Ústeckém kraji.

Průmysl: Chemické a strojírenské podniky jsou hlavními zdroji kontaminace látkami typu VOC (benzen, toluen, xyleny, styren, aldehydy a ketony, ...), případně řadou anorganických toxických prvků (rtuť, mangan, kadmium, arsen, ...).

Spalovací procesy: Kromě úniků z průmyslových procesů jsou koncentrace určitých charakteristických látek v ovzduší (např. nitro a oxo deriváty PAH, *dioxiny* či VOC) spojeny s neustále se zvyšujícím počtem mobilních zdrojů, tak jak je přináší současná intenzifikace automobilové dopravy:

- všechny spalovací procesy (mobilní i stacionární) jsou kromě toho významným zdrojem suspendovaných částic, zejména nebezpečné frakce PM 10 a PM 2,5.
- v posledních letech patrný návrat k používání fosilních paliv pro vytápění malých a středních objektů je stále intenzivnějším zdrojem kontaminace ovzduší. Tento trend vzhledem k jeho plošnému charakteru je velice významný a z hlediska konečného dopadu na zdravotní stav obyvatel též nebezpečný z toho důvodu, že současně se spalováním fosilního paliva se velice často spaluje i domácí odpad obsahující materiály (plasty), které za daných podmínek, tj. nedokonalé spalování a absence jakýchkoliv dočišťovacích zařízení, produkují velice rizikové polutanty. Svědčí o tom počínající vzestup koncentrací As, Zn, Be či benzo(a)pyrenu v topném období. Kromě již zmíněných látek VOC (benzen, atd.) jsou takto do ovzduší emitovány sloučeniny, které mají přímý negativní vliv na zdravotní stav obyvatel, a které přesto nejsou současnou legislativou dostatečně ošetřeny. Patří k nim polychlorované či polybromované sloučeniny (PCB, PBB) a dioxiny (PCDD/F). Nedávné studie provedené v některých oblastech Ústeckého kraje dokumentují trvalé překračování hladiny TEQ 20 fg/m³, která je jako maximální doporučovaná WHO. V některých oblastech a určitých obdobích nebylo výjimkou až *řádové* překračování této hladiny.

Ostatní zdroje: V podkrušnohorské oblasti patřily v minulosti k významným zdrojům znečištění ovzduší otevřené hnědouhelné povrchové doly. Jejich vliv po roce 1990 slábnul, nicméně nebyl zcela zastaven. *Otevřené doly proto stále představují* mohutný zdroj aerosolových částic (PM 2,5 i PM 10) a na nich navázaných anorganických i organických polutantů, které pochopitelně významně ovlivňují kvalitu ovzduší v podkrušnohorské pánvi.

Aktivity ke splnění dílčího úkolu :

10.1.1: Omezit stávající stacionární zdroje znečišťování ovzduší:

- striktní dodržování zpřísněných emisních limitů pro znečišťující látky, dodržování stanovených emisních stropů pro znečišťující látky
- v rámci vydávání povolení IPPC (integrované prevence a omezování znečištění) prosazovat realizaci dalších primární opatření na jednotlivých zdrojích znečišťování ovzduší vedoucích ke snížení emisí
- postupná náhrada zastaralých technologií novými s výrazně menším vlivem na životní prostředí a tuto zásadu uplatňovat v rámci povolovacího řízení
- preferovat centrální vytápění před lokálními zdroji
- vytváření ekonomického prostředí pro podporu používání obnovitelných zdrojů energie

Odpovědnost: provozovatelé technologií, ČIŽP, územní samosprávné celky

Spolupráce: KHS, ZÚ

Termíny: průběžně

10.1.2: Omezit nové zdroje znečišťování ovzduší:

- při výstavbě nových zdrojů volit nejlepší dostupné technologie a toto důsledně uplatňovat v procesu EIA
- při povolování umístění nových zdrojů znečišťování ovzduší posuzovat lokalitu z hlediska kvality ovzduší
- v oblastech se zhoršenou kvalitou ovzduší povolovat další zdroje znečišťování ovzduší pouze jako náhradu za stávající zdroj

Odpovědnost: Provozovatelé technologií, územní samosprávné celky

Spolupráce: ČIŽP, KHS, ZÚ,

Termíny: průběžně

10.1.3: Připravit a realizovat programy k omezení spalování fosilních paliv v malých a středních zdrojích (přesvědčovací kampaň, moderní kotle s vyšší účinností, ekonomická podpora)

Odpovědnost: MPO, MŽP, MZ,

Spolupráce: územní samosprávné celky, ČIŽP, KHS, ZÚ,

Termíny: průběžně

10.1.4: Stabilizovat a nepřipustit další nárůst plochy vázané povrchovou těžbou uhlí, ale naopak podporovat urychlenou rekultivaci vyuhlených a opuštěných ploch

Odpovědnost: OBÚ, MPO, územní samosprávné celky, těžební společnosti,

Spolupráce: MŽP

Termíny: průběžně

Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:

- roční zprávy o stavu dodržování emisních limitů
- počet vydaných IPPC povolení a jejich podmínek
- přehledy o nahrazených technologiích
- roční přehled struktury malých a středních zdrojů – používané palivo
- roční zpráva o stavu dodržování „těžebních limitů“, přehled o počtech a plochách realizovaných rekultivací

**Dílčí úkol č. 10. 2.
Zajistit kvalitní pitnou vodu****Současný stav:**

Na základě dosud získaných výsledků monitoringu kvality pitné vody, který je prováděn v rámci MZSO (monitoring zdravotního stavu obyvatelstva ve vztahu k životnímu prostředí, SZÚ Praha) v souladu s požadavky Evropské direktivy 98/83/EC, lze konstatovat, že pitná voda dodávaná v síti veřejných vodovodů nepředstavuje zdravotní rizika.

Přesto je na území Ústeckého kraje provozováno 40 vodovodů, u kterých je zjišťováno trvalé překračování alespoň jednoho limitního ukazatele. Nejčastěji se jedná o překračování povolených limitů nitrátů na okrese Louny, Litoměřice a Ústí n.L., chloroformu na skupinovém vodovodu Přísečnice a berylia u některých vodovodů v okrese Teplice či uranu na Lounsku.

Určité riziko ohrožení zdraví obyvatelstva způsobené nebezpečnou kontaminací pitné vody trihalometany, která byla prokázána ve velkých skupinových vodovodech, kde jako zdroj slouží voda z velkých povrchových nádrží (Fláje, Přísečnice), přetrvává a spočívá v nedořešené otázce priorit – ochrana vodního zdroje či ochrana přírody.

Přestože individuální zásobování ze studní není na území kraje příliš významné (využívané zejména v okresech Louny a Litoměřice), přetrvávají některé problémy z minulosti. K nejvýznamnějším patří skutečnost, že se dosud nepodařilo zcela zlikvidovat následky nedávných povodní.

Kromě toho v okresech Litoměřice a Ústí n.L. přetrvává zásobování obyvatel PV z vodovodů bez provozovatele (např. vodovody v dřívější správě JZD).

Aktivity ke splnění dílčího úkolu :

10.2.1: Zajistit ochranu vodních zdrojů z velkých povrchových nádrží (např. Fláje, Přísečnice) a tím minimalizovat potenciální rizika ohrožení zdraví obyvatel z kontaminace pitné vody trihalometany

Odpovědnost: Povodí Ohře, s.p., územní samosprávné celky, MZ, MZe

Spolupráce: KHS, ZÚ, Vodárenská společnost – provozovatel vodovodu

Termíny: průběžně

10.2.2: Podporovat náhrady místních zdrojů pitné vody v oblastech se zvýšenou koncentrací polutantů připojením na skupinový vodovod

Odpovědnost: územní samosprávné celky, provozovatelé vodovodů

Spolupráce: MZe, MŽP, vodoprávní úřady

Termíny: do r. 2010

- 10.2.3: Zajistit dodržování legislativních požadavků na hygienické podmínky provozování koupacích míst a podporování zřizování nových koupacích míst (např. Chlumecký rybník, oprámy, ...)
- Odpovědnost: MZe, MZ, územní samosprávné celky
Spolupráce: KHS, ZÚ
Termíny: průběžně

Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:

- roční zprávy o stavu kvality PV
- přehled zásobování obyvatel PV (veřejné vodovody, soukromé vodovody, individuální studny)
- počty provozovaných koupacích míst (kvalita)

Dílčí úkol č. 10. 3. Zajistit vhodnou péči o krajinu

Současný stav:

Mimořádné a specifické zásahy do krajiny a populace Ústeckého kraje způsobuje povrchová těžba uhlí. Negativní důsledky otevřených uhelných lomů se projevují nejen v již zmíněném zhoršování ovzduší, ale znamenají vážné narušení krajinného ekosystému včetně vodních zdrojů, vegetačního krytu, systému osídlení, infrastruktury. Zásadním východiskem je urychlený rozvoj komplexně pojaté rekultivační činnosti.

Vážným rizikem, vyplývajícím z nedostatečné péče o krajinu a její kultivovanou vegetaci, je zatížení ovzduší pylovými částicemi.

Každý pátý člověk mezi námi trpí alergií nebo se u něho během života alergická reakce projevila. Je zřejmé, že alergie je tedy na vzestupu. I když vědecký výzkum přinesl a téměř denně přináší nové poznatky, neexistuje nějaký univerzální lék proti alergii. Proto zřízení vhodné formy pylové informační služby v oblasti alergologie bude znamenat zkvalitnění života obyvatelstva – potenciálních pacientů.

Aktivity ke splnění dílčího úkolu :

- 10.3.1: Zrychlit rozvoj různých forem rekultivace těžbou narušené krajiny za významné podpory státu
- Odpovědnost: uhelné společnosti, právnické osoby prověřené prováděním rekultivací, územní samosprávné celky
Spolupráce: MPO, Mze, MŽP
Termíny: průběžně
- 10.3.2: Připravit a zavést informační systém o aktuálním výskytu pylových alergenů
- Odpovědnost: ZÚ
Spolupráce: územní samosprávné celky, MZ
Termíny: do 2007

- 10.3.3: Důsledně omezovat vznik nových skládek a likvidovat stávající, zejména tzv. divoké skládky
Odpovědnost: územní samosprávné celky a instituce, majitelé pozemků
Spolupráce: MŽP
Termíny: průběžně
- 10.3.4: Provádět vegetační úpravy a údržby veřejné zeleně na území obcí a měst. Zajistit údržbu travních porostů na dočasně nevyužívané zemědělské půdě popř. rozšířit zemědělskou výrobu na tyto plochy
Odpovědnost: majitelé pozemků, zemědělské podniky, právnické osoby prověřené prováděním rekultivací
Spolupráce: územní samosprávné celky, MZe, MPO, KHS
Termíny: průběžně
- 10.3.5: Přednostně umísťovat nové průmyslové investice do opuštěných výrobních areálů (brownfields)
Odpovědnost: územní samosprávné celky
Spolupráce: MPO
Termíny: průběžně

Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:

- roční zprávy o výměru rekultivovaných ploch
- přehled o pylové informační službě - relace
- roční výměry obhospodařovaných ploch, ploch s vegetačními úpravami a udržované veřejné zeleně
- přehled o využitých opuštěných výrobních areálů

**Dílčí úkol č. 10. 4.
Omezit vliv dopravy na životní prostředí**

Současný stav:

Doprava v Ústeckém kraji, v ČR i v jiných vyspělých zemích je jedním z hlavních faktorů, který nepříznivě ovlivňuje kvalitu životního prostředí. Největší podíl v tomto směru má doprava silniční, jejíž negativní vliv na lidské zdraví je způsoben produkcí emisí znečišťující ovzduší, zejména ve velkých městech a trasách s vysokou hustotou automobilové dopravy. Ve výfukových plynech je obsaženo značné množství látek, které působí toxicky a genotoxicky, některé mají dokonce karcinogenní účinky. Další, např. oxid uhličitý, přispívají k dlouhodobému oteplování atmosféry k tzv. skleníkovému efektu. Za posledních sedm let stouply emise oxidu uhličitého ze silniční dopravy zhruba o 30%.

Negativně také působí vyšší hladiny hluku, vibrace a kontaminace půdy, vody v důsledku úniků znečišťujících látek z dopravních prostředků.

Aktivity ke splnění dílčího úkolu :

- 10.4.1: Urychleně dokončit celou trasu dálnice D8 Praha – Drážďany, která do značné míry nahradí mezinárodní silnici E 55, kde je intenzita provozu již na samé hranici únosnosti a negativně ovlivňuje bezpečnost a životní prostředí zejména v obcích Dubí, Bořislav, Velemín a dalších
Odpovědnost: ŘSD
Spolupráce: občanská sdružení, MDS, MŽP, územní samosprávné celky
Termíny: 2008
- 10.4.2: Zvýšit podíl veřejné hromadné dopravy na přepravě osob, podporovat obnovu vozového parku v městské a linkové hromadné dopravě a preferovat tzv. ekologickou dopravu, s níž jsou v Ústeckém kraji poměrně dobré zkušenosti - vycházet přitom z poslední směrnice Evropské komise z prosince 2005 o prosazování „čistých“ vozidel v silniční dopravě (vozidel šetrnějších k životnímu prostředí)
Odpovědnost: dopravní podniky měst, provozovatelé veřejné hromadné dopravy, územní samosprávné celky
Spolupráce: MDS, MŽP
Termíny: průběžně
- 10.4.3: Navýšit podíl železniční dopravy a kombinovaných přepravních systémů na přepravě nákladů
Odpovědnost: MDS, České dráhy
Spolupráce: územní samosprávné celky, MPO, MŽP
Termíny: průběžně
- 10.4.4: Podporovat budování dopravních obchvatů měst, zejména obytných zón, kruhových objezdů a pěších zón,
Odpovědnost: MDS, územní samosprávné celky a instituce, města a obce
Spolupráce: ŘSD
Termíny: průběžně

Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:

- roční zprávy o stavu výstavby D8, realizaci etap dalšího postupu vč. řešení úseku přes České středohoří
- přehled o počtech osob přepravených za rok prostředky veřejné hromadné dopravy, skladby používaných prostředků veřejné hromadné dopravy
- přehled struktury nákladní dopravy
- přehledy realizovaných staveb

CÍL 11: ZDRAVĚJŠÍ ŽIVOTNÍ STYL

DO ROKU 2015 BY SI LIDÉ V CELÉ SPOLEČNOSTI MĚLI OSVOJIT ZDRAVĚJŠÍ ŽIVOTNÍ STYL

Gestor:

MUDr. Stanislava Richterová, Zdravotní ústav se sídlem v Ústí nad Labem

Spolupracující členové skupiny:

Mgr. Veronika Balatová, Zdravotní ústav se sídlem v Ústí nad Labem

MUDr. Jozef Král, Krajská hygienická stanice Ústeckého kraje

MUDr. Robert Křivan, Nemocnice s poliklinikou Teplice, příspěvková organizace

Mgr. Věra Masopustová, Český rozhlas Sever – externí pracovník

Mgr. Anna Milerová, Zdravotní ústav se sídlem v Ústí nad Labem

MUDr. Jiří Mrázek, Nemocnice Most, příspěvková organizace

Mgr. Miluše Mrázová, Krajský úřad Ústeckého kraje

Mgr. Miloslava Sobotková, Krajský úřad Ústeckého kraje

PaedDr. Ladislav Bláha, Ph.D., Univerzita Jan Evangelisty Purkyně v Ústí nad Labem – Pedagogická fakulta, Katedra tělesné výchovy

Životní styl představuje z hlediska ovlivnění zdraví jeden z nejvýznamnějších faktorů. Jeho vliv se uplatňuje v celé řadě oblastí života – v rodině, ve škole, na pracovišti, volnočasových aktivitách atd.

Na neuspokojivém zdravotním stavu se podílí zejména nevhodná skladba výživy a nedostatečná pohybová aktivita.

I když se v posledních deseti letech v České republice zvýšila spotřeba zeleniny a ovoce – ne však dostatečně, stále přetrvává nadbytečný příjem energie potravinami, nedostatek vitamínu C, některých dalších vitamínů, vápníku, vlákniny. Podařilo se odstranit nedostatek jódu.

V důsledku této situace se vyskytuje příliš často v ČR nadváha a to u 50% obyvatel, u osob starších 15 let se vyskytuje u 13% mužů obezita, u žen v 16%, mezi seniory u 80% mužů a 71% žen. V posledních letech je velká pozornost věnována dětské obezitě. V České republice se obezita a nadváha vyskytuje u 52% osob nad 18 let, ve skupině 13-17 let dosahuje 11%, současně je však v této skupině alarmující závažný výskyt podváhy, která se vyskytuje u 7% dospívajících, u dívek dokonce v 10% případů. U dětí ve věku 6-12 let je obezita a nadváha zjišťována celkem u 20% dětí.

Čtvrtina lidí ve věku 25 – 64 let nevykonává ani 1 den v týdnu byť slabou fyzickou aktivitu, sedavý způsob života má 1/3 lidí a 1/4 jezdí do práce autem.

Ústecký kraj byl v posledních letech zařazen do řady studií, které sledovaly zdravotní stav a vybrané ukazatele životního stylu obyvatel (studie HELEN, HAPIEE aj.). Výsledky studií korespondují s nepříznivými nálezy obyvatel ČR.

Ve vzorku populace Ústeckého kraje 45 – 54 letých mužů se vyskytuje nadváha u 50,4% vyšetřených, u žen zjištěna nadváha ve 36,1%. Ve stejné světové kategorii bylo nalezeno 24,1% obézních mužů a 21,2% obézních žen.

Ve věkové kategorii obyvatel Ústeckého kraje 45 – 69 let se vyskytuje nadváha u žen ve 44,4 %, u mužů ve 48, 9%. Obézních v této kategorii je 47, 3% žen a 44, 6%

mužů. Výskyt nadváhy a obezity u dětské populace koresponduje s nálezy v celé České republice. Stejně nálezy jsou i u výskytu podvýživy u dospívající mládeže. Pohybová aktivita respondentů Ústeckého kraje je hodnocena jako nedostačující. Pohybové aktivitě se věnují muži v Ústeckém kraji méně než 2,9 hodin týdně, obdobná situace je u žen, které rovněž nesplňují doporučení AHA 2000 (American Heart Association) věnovat se pohybové aktivitě alespoň půl hodiny denně. Hodnocení stravovacích zvyklostí v rámci uvedených studií prokázalo průměrný denní příjem tekutin 2,6 litrů u 45 – 54 letých respondentů, nepříznivé je procento osob konzumujících alkohol – 24,9%, z toho muži konzumují alkohol v této věkové kategorii v 39%, u žen byla konzumace ve srovnání s jinými oblastmi ČR hodnocena jako jedna z nejvyšších od 3,6% do 14% respondentek.

Výhled pro realizaci záměrů cíle v horizontu do roku 2010:

- existuje dostatečná síť státních i nestátních zdravotnických zařízení, zařízení sociální péče, iniciativ a jiných institucí ochotných zapojit se do aktivit vedoucích ke zdravějšímu životnímu stylu,
- existují a jsou využívány možnosti vzdělávání odborníků státních i nestátních zdravotnických zařízení v oblasti zdravého životního stylu,
- do aktivit vedoucích ke zdravějšímu životnímu stylu jsou odpovídajícím způsobem zapojeni praktičtí lékaři, pediatři, gynekologové,
- je zajištěna odpovídající péče o specifické cílové skupiny, které mají problémy s hmotností (klienti s nadváhou, obezitou, s poruchami příjmu potravy),
- problematika zdravého životního stylu je akceptovaná a konstruktivně řešena krajskou samosprávou a příslušnými místními samosprávami,
- plány služeb pro klienty vyžadující poradenství v oblasti zdravého životního stylu jsou součástí zdravotní politiky kraje.

Dílčí úkol č. 11.1.

Rozšířit zdravé chování ve výživě a zvýšit tělesnou aktivitu

Současný stav:

Přestože se v posledních létech v České republice zpracovala celá řada programů zaměřených na změny životního stylu obyvatel, není současný stav výživy a tělesné aktivity v ČR uspokojivý. Stejná situace je u obyvatel Ústeckého kraje.

Důležitými předpoklady zdravého způsobu života jsou nadále změny ve výživě a zvýšení pohybové aktivity obyvatel.

Cílem úkolu je dosažení trvalých a trvale udržitelných *změn* stravovacích návyků u dospělých, vytváření *vhodných* stravovacích návyků u dětí, zajištění pozitivních změn ve společném stravování zejména dětských kolektivů a seniorů např. prostřednictvím následujících činností:

- individuální a skupinová intervence v poradnách zdravého životního stylu
- realizace kurzů snižování nadváhy
- zajištění činnosti poraden zdravé výživy pro těhotné a kojící ženy
- realizace „Dnů zdravé výživy“
- provedení opakovaného monitoringu saturace obyvatel jódem
- realizace kampaní ke zvýšení příjmu ovoce, zeleniny, mléka, vlákniny a ryb
- výcvik studentů PF a pedagogů v oblasti výživy
- přednášková činnost, semináře, konference pro odbornou i laickou veřejnost

- doplnění preventivních prohlídek PLDD u adolescentů o výpočet BMI s předáním komentáře rodičům, předání odkazu formou letáku, kde je možné nalézt informace o výpočtu BMI pro vlastní potřebu, v souvislosti s tím zavedení na internetové stránky ZÚ uživatelsky srozumitelné formy BMI kalkulátoru pro rodiče i děti
- články v tisku, pořady v rozhlasovém vysílání
- zvyšovat znalosti zaměstnanců společného stravování
- kontrola a postih prodejců potravin při zjištěných závadách
- sledovat spotřebu vybraných potravin
- průběžně naplňovat Národní strategii rozvoje cyklistické dopravy
- podporovat organizace sportovních akcí
- využívat zdrojů a grantů EU pro budování sportovišť a hřišť
- pořádat společné akce zaměřené na pohyb všech věkových kategorií obyvatel kraje (výstupy, trasy, pochody aj.)
- soustavně vzdělávat pedagogický personál v oblasti zdravého životního stylu
- zlepšovat ergonomickou situaci pro děti a mládež ve školách
- zvýšit počet škol podporujících zdraví tak, aby ve výhledu roku 2015 mělo 95% dětí možnost navštěvovat školu podporující zdraví
- posilovat možnosti diagnostikování pohybového aparátu dětí a hledání způsobů včasných preventivních opatření

Aktivity ke splnění dílčího úkolu:

11.1.1: Ovlivnění výživy a stravovacích návyků - aktivity budou zaměřeny na zlepšení spotřeby potravin, snížení příjmu celkové energie, tuků, solí a cukru, zvýšení příjmu ovoce, zeleniny, mléka, mléčných výrobků, vlákniny a ryb.

Odpovědnost: ZÚ, ÚSP, KÚ ÚK, pediatři

Spolupráce: KHS, média, veřejnost, Společnost pro výživu, PF, střední a vyšší zdravotnické školství, gynekologové, obchodní řetězce, podnikatelé

Termíny: Průběžně, rok 2010

11.1.2: Zabezpečit příjem zdravotně nezávadných potravin - soustavně zvyšovat úroveň znalostí populace o zdravotně žádoucích potravinách

Odpovědnost: ZÚ, KHS, KÚ ÚK, ČZPI

Spolupráce: Společnost pro výživu, podnikatelé, obchodní řetězce, nevládní organizace

Termíny: Průběžně, rok 2010

11.1.3: Zvýšit úroveň pohybové aktivity obyvatelstva:

- přispět k naplňování usnesení vlády ČR k Národnímu programu rozvoje sportu pro všechny (Praha, 2000)

- odporovat vzdělávání v oblasti provozování pohybových aktivit (vzdělávání edukátorů, nárůst znalostí a pohybových dovedností u účastníků aktivit)

Odpovědnost: KÚ ÚK, místní samospráva

Spolupráce: ZÚ, PF UJEP, nevládní organizace

Termíny: 2006 – 2010

11.1.4: Prostřednictvím zařízení pro děti a mládež (mateřské školky, základní školy, střední školy) zlepšit stav pohybového aparátu dětí:

- podpořit zavádění hodin zdravotní tělesné výchovy pro děti, u kterých se odpovídající způsob zdravého zatěžování organismu může jevit jako prospěšný
- v rámci tvorby a realizace vzdělávacích programů na školách podpořit výuku v oblasti zdravého životního stylu

Odpovědnost: provozovatelé škol, KÚ ÚK

Spolupráce: ZÚ, KHS, PF UJEP, nevládní organizace

Termíny: Průběžně

Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:

- výskyt obezity
- spotřeba potravin
- počty osob navštěvujících poradny podpory zdraví - trendy
- počet dispenzarizovaných dětí pro nemoci pohybového aparátu
- vývoj prodeje nových potravin v obchodní síti

Dílčí úkol č. 11.2.

Zvýšit nabídku, cenovou dostupnost a dosažitelnost biologicky hodnotných, hygienicky a zdravotně nezávadných potravin

Současný stav:

Potraviny tvoří z hlediska životních nákladů stále vysoký podíl v rodinném rozpočtu. V mnoha rodinách jsou nakupovány levné druhy potravin, jejichž sortiment a nutriční složení nemusí být ve shodě s výživovými doporučeními.

Spotřeba zeleniny je pouze na 60% doporučení, ovoce asi na 65% doporučení, mléka 60% doporučení.

Počet alimentárních onemocnění v Ústeckém kraji v roce 2005 vykazoval celkem 2748 onemocnění způsobené salmonelami, z toho nejvyšší výskyt byl zaznamenán ve věkové skupině 1 – 4 let. Onemocnění způsobené shigelami se vyskytla u 33 osob, jinými bakteriálními infekcemi onemocnělo 2056 osob, onemocnění způsobeným *Campylobacterem* onemocnělo 1971 osob s maximem výskytu ve věkové skupině 1 – 4 let.

Expozice chemickým látkám z potravin je sledovaná v rámci celostátního monitorování zdravotního stavu obyvatelstva. Výsledky potvrzují mírné kolísání expozičních dávek v souvislosti se změnou koncentrací. Pro řadu polutantů se hodnoty expozičních dávek snížily nebo zůstaly na mírné úrovni.

V rámci tohoto monitorování je sledován trh potravin s označením obsahu GMO (geneticky modifikované organizmy) nebo surovin z GMO. Ze zjištěných údajů sledování neplyne na základě současných poznatků, řádné zvýšení zdravotního rizika.

Aktivity ke splnění dílčího úkolu:

- 11.2.1: Podporovat management zdravotních rizik a kontrolovat zavedení programů typu HACCP (Systém kritických kontrolních bodů)
Odpovědnost: KHS, ČZPI
Spolupráce: ZÚ, svazy spotřebitelů
Termíny: Průběžně, rok 2010
- 11.2.2: Rozvíjet programy podpory zdraví s cílem zlepšit výchovu výrobců a konzumentů v dané oblasti:
- proškolení výrobců potravin a pokrmů
- zdravotně výchovná edukace veřejnosti
Odpovědnost: ZÚ
Spolupráce: KHS, ČZPI, VS, prodejci potravin
Termíny: Průběžně, rok 2010
- 11.2.3: Sledovat dietární expozice:
- sledování a hodnocení stravování z jídelniček vybraných zařízení pro děti školního a předškolního věku a vybraných zařízení pro seniory
Odpovědnost: ZÚ
Spolupráce: KHS, KÚ ÚK
Termíny: Průběžně, rok 2010
- 11.2.4: Sledovat dietární expozici chemickými látkami:
- využívat výstupy analýz Centra potravinových řetězců Brno - monitoring expozice cizorodých látek u potravin odebíraných na území Ústeckého kraje
Odpovědnost: KHS
Spolupráce: ZÚ, ČZPI
Termíny: Průběžně, rok 2010

Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:

- hlášení alimentárních onemocnění
- incidence mikrobiální kontaminace potravin
- počty proškolených výrobců potravin a pokrmů
- analýza výsledků hodnocení jídelniček vybraných skupin populace
- sortiment a počet nových potravin na trhu v Ústeckém kraji
- výskyt potravin na bázi geneticky modifikovaných organismů na trhu
- výskyt cizorodých látek ve sledovaných potravinách
- dietární expozice populace vybranými chemickými látkami

CÍL 12: SNÍŽIT ŠKODY ZPŮSOBENÉ ALKOHOLEM, DROGAMI A TABÁKEM

**DO ROKU 2015 VÝRAZNĚ SNÍŽIT NEPŘÍZNIVÉ DŮSLEDKY
NÁVYKOVÝCH LÁTEK, JAKO JE TABÁK, ALKOHOL A PSYCHOAKTIVNÍ
DROGY**

Gestor:

Mgr. Jiří Mach, Krajský úřad Ústeckého kraje

Spolupracující členové skupiny:

MUDr. Josef Trmal, Krajská hygienická stanice Ústeckého kraje se sídlem v Ústí nad Labem

MUDr. Jan Ševčík, Zdravotní ústav se sídlem v Ústí nad Labem

Mgr. Marie Šťastná, Pedagogicko psychologická poradna Ústeckého kraje

Tat'ána Tkadlečková, Městský úřad Louny

Bc. Kateřina Stibalová, Oblastní spolek Českého červeného kříže Litoměřice - Kontaktní centrum pro závislé na drogách

Mgr. Ivana Radimecká, WHITE LIGHT I., občanské sdružení, Ústí nad Labem

MUDr. Radek Špecián, Nemocnice Most - psychiatrické oddělení

MUDr. Zdeňka Staňková, Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem - psychiatrické oddělení

Bc. Jana Matonohová, Policie ČR, správa severočeského kraje – Preventivně informační skupina

Obecný popis stavu drogové scény v Ústeckém kraji v úvodu tohoto materiálu obsahuje pouze základní údaje. Podrobnější informace o drogové scéně v Ústeckém kraji lze nalézt následujících pramenech: Srovnání užívání drog a jeho dopadů v krajích České republiky v roce 2002 (Lejčková, Mravčík, Radimecký, 2004), Výroční zprávy o stavu ve věcech drog v České republice (NMS 2003 – 2004), Výroční zprávy Centrálního pracoviště drogové epidemiologie Hygienické stanice Hl. m. Prahy, Analýza drogové scény a dostupnosti nízkoprahových služeb v Ústeckém kraji (Minařík, 2005) a Zpráva o vývoji ve věcech drog v Ústeckém kraji za období 2002 - 2004 (Krajský úřad Ústeckého kraje, odbor zdravotnictví, 2005). Základní regionální charakteristiky jsou následující:

- Ústecký kraj se vyznačuje velmi nepříznivými demografickými ukazateli, majícími vliv na situaci v oblasti užívání drog.
- V Ústeckém kraji má 21,1% populace šestnáctiletých výraznou zkušenost s užíváním alkoholu (průměr v ČR je 24,8%).
- V Ústeckém kraji 31,1% populace šestnáctiletých denně užívá tabákové výrobky (průměr v České republice je 27%). V rámci Evropské školní studie o alkoholu a jiných drogách ESPAD - 2003 pravidelné kouření uvedlo 39,4% chlapců a 38,0% dívek ve věku 16 let a v porovnání s výsledky mezinárodní studie Mládež a zdraví z roku 2002, kde pravidelné kouření uvedlo 28,6% chlapců a 30,6% dívek.
- V Ústeckém kraji je vysoká celoživotní prevalence užití nelegálních drog v populaci šestnáctiletých (Ústecký kraj 51,8% populace šestnáctiletých, průměr

- v ČR: 44%); 3,6% této populace alespoň jednou v životě užilo heroin (průměr v ČR: 3%), 7,5% pervitin a jiná stimulantia (průměr v ČR: 4%).
- V Ústeckém kraji je velmi dobrá dostupnost drog, a to i dostupnost legálních drog mezi nezletilými.
 - V Ústeckém roste počet drogových trestných činů (výroba a držení omamných a psychotropních látek a šíření toxikománie).
 - Prevalenční odhad počtu problémových uživatelů drog v Ústeckém kraji v roce 2002 je 4 200 osob, tj. 7,2 osoby na 1 000 obyvatel ve věku 15 – 64 let. Ústecký kraj je po Hlavním městě Praze druhým regionem s nejvyšším počtem problémových uživatelů drog.
 - Služby kontaktních center a terénních programů v kraji využilo v roce 2004 5,5 tis. osob, z toho 3 119 uživatelů drog.
 - Mezi klienty nízkoprahových zařízení převažují uživatelé pervitinu – 1857 osob a heroinu – 980 osob v roce 2004.
 - Průměrný věk klientů nízkoprahových zařízení roste.
 - Roste počet kontaktů s klienty (uživateli i neuživateli drog) v nízkoprahových zařízeních.
 - Výrazně roste počet injekčních jehel vyměněných v rámci nízkoprahových programů.
 - Klesá počet případů úmrtí v souvislosti s užitím drog.
 - Síť drogových služeb v Ústeckém kraji je stabilizovaná a zahrnuje programy primární prevence, nízkoprahové služby – tj. terénní programy a kontaktní centra, po ambulantní či pobytová léčebná a resocializační zařízení.
 - Dostupnost služeb je až na výjimky poměrně dobrá. Nedostačující, případně zcela chybějící, jsou služby zaměřené na práci s některými specifickými skupinami klientů a na práci s uživateli legálních drog.

Dílčí úkol č. 12. 1.

Zkvalitnit programy primární prevence užívání drog v Ústeckém kraji

Současný stav:

Programy primární prevence užívání drog jsou v Ústeckém kraji z velké části zajišťovány Poradenským centrem pro školu, rodinu děti a mládež. Centrum zejména poskytuje metodickou pomoc školám při tvorbě minimálních preventivních programů, realizuje programy školské primární prevence, monitoring psychosociálního prostředí ve školách „Barvy života“. Další systematické programy primární prevence užívání drog realizuje občanské sdružení Drak v Ústí nad Labem a kontaktní centra v Litoměřicích, Děčíně, Kadani, Rumburku a Teplicích. Ostatní nízkoprahová zařízení realizují v oblasti primární prevence jednorázové aktivity typu besed a exkurse do zařízení. V rámci programů výchovy ke zdraví realizuje programy primární prevence Zdravotní ústav (např. program „Hrou proti AIDS“ v rámci projektu „Regionální program prevence HIV/AIDS). Krajská hygienická stanice na požádání realizuje na školách programy prevence HIV/AIDS a programy zaměřené na výchovu k bezpečnému sexu. Dále se realizací programů primární prevence užívání drog v rámci programů výchovy k právnímu vědomí a prevence sociálně nežádoucích jevů zabývá Policie ČR – preventivně informační skupina a Služba kriminální policie a vyšetřování na úrovni okresních ředitelství a krajské správy a expozitura Národní

protidrogové centrály, některé Městské policie a některá oddělení sociální sociálně právní ochrany dětí na obecních úřadech.

V Ústeckém kraji existuje základní síť zařízení realizujících programy primární prevence užívání drog. Tuto síť je vhodné udržet a na základě evaluačních studií a analýz potřeb ji modifikovat, resp. rozšiřovat.

Pro efektivní realizaci preventivních programů je nutnou podmínkou příznivé psychosociální prostředí ve školách a školských zařízeních. Vhodným nástrojem ke zjištění stavu psychosociálního prostředí ve školách a k návrhu odpovídajících změn je odborný monitoring.

Důležitým faktorem pro realizaci efektivních preventivních programů je zapojení všech kompetentních zainteresovaných subjektů a využití potenciálu odborných pracovišť v Ústeckém kraji.

Veřejnost v Ústeckém kraji není dostatečně informována o tom, jaké jsou možnosti pomoci v případě užívání drog. Chybí vazba programů primární prevence na různé typy následných služeb. Nejsou k dispozici odpovídající informace o programech primární prevence realizovaných organizacemi, které nežadají finanční prostředky z veřejných rozpočtů.

Poskytovatelé služeb v oblasti primární prevence se setkávají ve své práci s absencí některých typů péče určených zejména pro nezletilé experimentátory s legálními a nelegálními drogami.

V síti služeb v oblasti primární prevence a včasné intervence není naplněna poptávka po odpovídajících kvalitních programech. Některé typy služeb je nutné v Ústeckém kraji doplnit tak, aby byla zajištěna odpovídající dostupná péče o experimentátory se všemi typy drog, jejich rodiče a blízké. Konkrétní vyprofilování služeb může být provedeno pouze na základě vyhodnocení stávajícího systému primární prevence a analýzy potřeb. Pro rozvoj některých typů služeb lze využít financování ze SF EÚ. Některé obce považují rozvoj služeb v oblasti primární prevence za prioritní (např. 2. Komunitní plán péče města Ústí nad Labem na období 2004 – 2006 si klade jako jeden z cílů pro oblast primární prevence vybudování Centra prevence v Ústí n.L.).

Aktivity ke splnění dílčího úkolu :

12.1.1: Zajištění realizace základních kvalitních programů primární prevence v Ústeckém kraji na základě indikovaných potřeb

Odpovědnost: Pedagogicko psychologická poradna Ústeckého kraje

Spolupráce: realizátoři programů primární prevence užívání drog v kraji

Termíny: průběžně po dobu platnosti plánu

12.1.2: Zmapování služeb primární prevence užívání drog, včasné intervence a navazujících typů služeb v Ústeckém kraji a vytvoření katalogu služeb v oblasti primární prevence

Odpovědnost: WHITE LIGHT I., OBČANSKÉ SDRUŽENÍ „institute“

Spolupráce: Pedagogicko psychologická poradna Ústeckého kraje „institute“

Termíny: 2006

12.1.3: Provedení hodnocení efektivity vybraných programů primární prevence v Ústeckém kraji - realizace evaluační studie zaměřené na zhodnocení efektivity školských programů primární prevence včetně formulace doporučení pro zlepšení v oblasti primární prevence

Odpovědnost: zadavatel evaluační studie: Ústecký kraj; realizátor: externí řešitel

Spolupráce: organizace realizující programy primární prevence

Termíny: 2007 - 2009

Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:

- úroveň spolupráce při hodnocení efektivity, hodnocení zpětné vazby zúčastněnými školami a školskými zařízeními
- počet škol, školských zařízení a realizátorů preventivních programů zapojených do studie
- počet realizovaných aktivit
- počet účastníků programů primární prevence
- počet škol a školských zařízení zapojených do monitoringu psychosociálního prostředí ve školách a školských zařízeních
- dosažené změny v cílových skupinách
- úroveň spolupráce při monitoringu, hodnocení zpětné vazby školami

Výstupy:

- evaluační studie školských programů primární prevence
 - zprávy o realizaci programů primární prevence
 - doporučení pro školy a školská zařízení, doporučení pro plánování programů primární prevence na krajské a místní úrovni
- katalog služeb v oblasti primární prevence v elektronické podobě

Dílčí úkol č. 12. 2.

Snížovat potenciální rizika související s užíváním všech typů drog a ekonomické, zdravotní a sociální dopady jejich užívání na jedince a společnost

Současný stav:

Služby v oblasti snižování rizik spojených s užíváním drog zajišťuje v Ústeckém kraji 10 nízkoprahových kontaktních center. Programy terénních služeb pro uživatele drog jsou zpravidla realizovány subjekty zajišťujícími činnost kontaktního centra. Realizátory nízkoprahových programů jsou občanská sdružení Drug out club v Ústí nad Labem, Most k naději v Mostě, Oblastní spolek Českého červeného kříže Litoměřice, Sokrates Ústí nad Labem, Světlo Kadaň, WHITE LIGHT I., O. s. Schody Žatec a příspěvková organizace města Děčína Centrum sociálních služeb.

V rámci nízkoprahových programů je realizována práce s problémovými uživateli drog, jejich rodiči a blízkými, skládající se především z poradenství, sociální práce, motivační terapie, reference do další péče, výměny injekčního materiálu a kontaktování skryté populace uživatelů drog. Ve spolupráci s Krajskou hygienickou stanicí a Zdravotním ústavem jsou klienti testováni na virové hepatitidy typu B a C, HIV/AIDS a lues. V rámci své činnosti nízkoprahová zařízení sbírají primární data o drogové scéně, která jsou zpracovávána Krajskou hygienickou stanicí a Národním monitorovacím střediskem pro drogy a drogové závislosti.

Z Analýzy drogové scény a dostupnosti nízkoprahových služeb² (Minařík, 2004) vyplývá, že v Ústeckém kraji je poměrně dobrá dostupnost nízkoprahových služeb pro uživatele drog. V některých oblastech kraje (jedná se zejména o menší sídla v oblastech Děčínska, Šluknovského výběžku, Litoměřicka, Roudnicka, Lounska a Teplicka) je však potřebné rozšířit působnost terénních programů.

Na základě doporučení Analýzy je třeba zaměřit nízkoprahové programy na specifické skupiny uživatelů drog. Jedná se zejména o uživatele drog z etnických menšin, uživatele těkavých látek a tanečních drog. Nutnou podmínkou realizace nových programů je získání finančních prostředků z vnějších zdrojů.

Síť nízkoprahových služeb je zajišťována nestátními neziskovými organizacemi. Podmínkou existence této sítě, je odpovídající finanční zajištění. Nutnou podmínkou pro získání finančních prostředků na realizaci programů protidrogové politiky bude od roku 2007 certifikace odborné způsobilosti služeb podle standardů schválených Radou vlády pro koordinaci protidrogové politiky (RVKPP).

Aktivity ke splnění dílčího úkolu :

12.2.1: Zajistit dostupné a kvalitní nízkoprahové programy pro osoby ohrožené drogou na celém území Ústeckého kraje.

Odpovědnost: realizátoři nízkoprahových programů v Ústeckém kraji

Spolupráce: Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky, Ministerstvo práce a sociálních věcí, Ministerstvo zdravotnictví, Ústecký kraj, obce (koncepce a financování programů)

Termíny: průběžně po dobu platnosti plánu

Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:

- statistické údaje o poskytovaných službách; úspěšnost žádostí o dotace
- množství finančních prostředků na realizované programy ze státního rozpočtu a rozpočtů samospráv
- počet úspěšně certifikovaných programů v kraji
- počet realizovaných inovativních programů v kraji

Výstupy:

- závěrečné zprávy o realizaci programů; výroční zprávy o stavu drogové scény NMS a Ústeckého kraje
- průběžně aktualizovaný zásobník projektů

Dílčí úkol č. 12. 3.

Zajistit realizaci dostupných a kvalitních programů léčby a resocializace uživatelů drog v Ústeckém kraji včetně programů pro specifické cílové skupiny a programů léčby závislosti na alkoholu a tabáku

Současný stav:

V Ústeckém kraji je zajištěna střednědobá ústavní léčba závislostí v Psychiatrické léčebně Horní Beřkovic. V Masarykově nemocnici v Ústí nad Labem jsou

² Minařík Jakub, MUDr.: Analýza drogové scény a dostupnosti nízkoprahových služeb v Ústeckém kraji, 2004, k publikována na www.kr-ustecky.cz

zajišťovány programy ambulantní léčby, detoxifikace, krátkodobé hospitalizace a programy substituce – metadonem a Subutexem. V Nemocnici Most je poskytována detoxikační léčba a ve spolupráci s kontaktním centrem Most substituční léčba Subutexem. Dvanáct psychiatrických ordinací v kraji poskytuje ambulantní léčbu závislosti na legálních i nelegálních drogách. Šest praktických lékařů v kraji předepisuje preparát Subutex. Občanské sdružení WHITE LIGHT I. realizuje program Terapeutické komunity v Mukařově zaměřený na léčbu a resocializace závislých mladých lidí a program Sociálně právní agentury v Ústí nad Labem poskytující ambulantní služby doléčování a chráněného bydlení pro ex-uživatele drog. Centrum sociálních služeb, p.o. města Děčína, zajišťuje ambulantní a rezidentní program doléčování, včetně programu pro matky s dětmi v Děčínském doléčovacím centru. Církevní organizace Teen Challenge realizuje program Terapeutické komunity pro závislé ve Šluknově. Občanské sdružení Drug out club v Ústí nad Labem zajišťuje program Ambulantní léčebné péče o uživatele drog a jejich blízké. V rámci programu jsou, mimo jiné, poskytovány sociální služby pro substituenty. Ve věznicích Bělušice, Drahonice a Všehrady jsou realizovány programy bezdrogových zón, případně další specifické programy pro uživatele drog. Věznice různou měrou spolupracují s extramurálními poskytovateli služeb. Zařízení léčby a resocializace v případě potřeby spolupracují se středisky Probační a mediační služby ČR.

V oblasti léčby závislosti na nikotinu jsou při Zdravotním ústavu v Ústí nad Labem a na jeho pracovišti v Chomutově zřízeny poradny odvykání kouření.

Dlouhodobě není dostupná substituční léčba pro uživatele opiátů na Teplicku. V současné době je jediným možným řešením motivace praktických lékařů k zapojení do substituční léčby formou preskripce buprenorfinu (Subutex).

Aktivity ke splnění dílčího úkolu :

12.3.1: Zpracování analýz potřeb cílových skupin a rozvojových projektových záměrů (včetně vyhledání odpovídajících vnějších finančních zdrojů) a následná realizace inovativních projektů

Odpovědnost: poskytovatelé služeb v oblasti léčby a resocializace

Spolupráce:

Termíny: průběžně od roku 2006

12.3.2: Realizace informačního semináře pro praktické lékaře s cílem zapojit je do substituční léčby Subutexem

Odpovědnost: zadavatel - Ústecký kraj; realizátor – externí řešitel ve spolupráci s krajskými sdruženími praktických lékařů

Spolupráce: poskytovatelé služeb v oblasti léčby a resocializace

Termíny: průběžně od roku 2006

12.3.3: Realizace vzdělávacích seminářů určených pro praktické lékaře, pediatry a psychiatry s cílem zajistit provázanost programů léčby a resocializace uživatelů drog a zdravotní péče

Odpovědnost: zadavatel - Ústecký kraj; realizátor – externí řešitel ve spolupráci s krajskými sdruženími praktických lékařů

Spolupráce: poskytovatelé služeb v oblasti léčby a resocializace

Termíny: průběžně od roku 2006

Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:

- statistické údaje o realizovaných aktivitách
- meziroční srovnání míry spolupráce lékařů a programů léčby a resocializace

Výstupy:

- závěrečné zprávy o realizaci programů; výroční zprávy o stavu drogové scény NMS a Ústeckého kraje
- průběžně aktualizovaný zásobník projektů

**Dílčí úkol č. 12. 4.
Zkvalitnit stávající systém aktivit protidrogové politiky v Ústeckém kraji
a vybudovat funkční a přehlednou strukturu založenou
na efektivní koordinaci aktivit všech zapojených subjektů****Současný stav:**

Za účelem koordinace aktivit protidrogové politiky na krajské úrovni byla v roce 2002 na odboru zdravotnictví Krajského úřadu Ústeckého kraje zřízena funkce protidrogového koordinátora. Koordinací aktivit v oblasti primární prevence se zabývá školský koordinátor prevence sociálně patologických jevů zařazený ve struktuře odboru školství, mládeže a tělovýchovy krajského úřadu. Od roku 2003 jsou na obecních úřadech obcí s rozšířenou působností ustaveny kontaktní osoby pro oblast protidrogové politiky. V posledních letech dochází v Ústeckém kraji k rozvoji komunitního plánování sociálně zdravotních služeb na místní úrovni. Oblast péče o osoby ohrožené drogou je zahrnuta ve struktuře stávajících, resp. vznikajících komunitních plánů.

V Ústeckém kraji byly schváleny dva zásadní dokumenty pro oblast protidrogové politiky: Koncepce protidrogové politiky Ústeckého kraje na období 2003 – 2004 a Akční plán protidrogové politiky Ústeckého kraje na období 2005 - 2009. V roce 2004 byla zpracována Analýza drogové scény a dostupnosti nízkoprahových služeb v Ústeckém kraji. Tento materiál podrobně mapuje situaci v oblasti problémového užívání drog a lze jej využít v procesu komunitního plánování rozvoje služeb na místní úrovni.

Aktivity ke splnění dílčího úkolu :

12.4.1: Podpora procesu komunitního plánování rozvoje služeb pro osoby ohrožené drogou na místní úrovni prostřednictvím zajištění dostupných dat o drogové scéně a drogových službách v Ústeckém kraji a zpracování odborných studií zaměřených na analýzu potřeb a hodnocení systému drogových služeb v kraji

Odpovědnost Ústecký kraj – odbor sociálních věcí a zdravotnictví
: krajského úřadu ve spolupráci s externími řešiteli

Spolupráce: poskytovatelé služeb, další zainteresované instituce

Termíny: průběžně po dobu platnosti plánu

12.4.2: Realizace aktivní informační politiky zaměřené na problematiku užívání drog a drogových služeb

Odpovědnost Ústecký kraj – odbor sociálních věcí a zdravotnictví
: krajského úřadu

Spolupráce: poskytovatelé služeb, další zainteresované instituce

Termíny: průběžně po dobu platnosti plánu

12.4.3: Zpracování evaluace systému služeb a koordinace protidrogové politiky v Ústeckém kraji

Odpovědnost Ústecký kraj – zadavatel evaluační studie, realizátor - externí
: řešitel

Spolupráce: poskytovatelé služeb, další zainteresované instituce

Termíny: 2007 - 2008

Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:

- míra zohlednění oblasti osob ohrožených drogou v komunitních plánech na místní úrovni
- subjektivní hodnocení míry informovanosti občanů kraje
- počet subjektů zapojených do evaluační studie

CÍL 13: ZDRAVÉ MÍSTNÍ ŽIVOTNÍ PODMÍNKY

DO ROKU 2015 BY OBYVATELÉ MĚLI MÍT VÍCE PŘÍLEŽITOSTÍ ŽÍT VE ZDRAVÝCH SOCIÁLNÍCH I EKONOMICKÝCH ŽIVOTNÍCH PODMÍNKÁCH DOMA, VE ŠKOLE, NA PRACOVÍŠTI I V MÍSTNÍM SPOLEČENSTVÍ

Gestor:

MUDr. Jozef Král, Krajská hygienická stanice Ústeckého kraje se sídlem v Ústí nad Labem,

Členové pracovní skupiny:

MUDr. Rudolf Stupák, KHS Ústeckého kraje se sídlem v Ústí nad Labem

MUDr. Stanislava Richterová, KHS Ústeckého kraje se sídlem v Ústí nad Labem

Ing. Olga Zbuzková, KHS Ústeckého kraje se sídlem v Ústí nad Labem

Martina Francírková, Krajská hospodářská komora Ústeckého kraje

Mgr. Miloslava Sobotková, Krajský úřad Ústeckého kraje, obor školství

Eva Poláčková, Magistrát města Ústí nad Labem

MUDr. Simona Gunarová, KHS Ústeckého kraje se sídlem v Ústí nad Labem

Mgr. Jaroslava Boudová, Česká školní inspekce, Ústecký inspektorát

Ing. Zdenka Švehlová, Krajský úřad Ústeckého kraje, odbor územního plánování a stavebního řádu

Zdravotní stav obyvatel Ústeckého kraje není na takové úrovni jak bychom si přáli. Téměř ve všech ukazatelích zdravotního stavu populace (např. střední délka života a standardizovaná úmrtnost) se Ústecký kraj ocitá na posledních místech. I když životní prostředí se v posledních letech hodně zlepšilo, na zdravotním stavu obyvatel se to projeví s určitým zpožděním. Naší snahou je toto zpoždění co nejvíce snížit a také přiblížit se regionům, kde zdravotní stav je výrazně lepší.

Domov je prostředí, které by mělo přispívat ke zlepšení zdraví. Normy pro bydlení a stavební normy by měly zajistit používání jen bezpečných a vhodných stavebních materiálů a postupů. Objekty k bydlení by měly být odolné proti nadměrnému hluku a měly by mít odpovídající mikroklima a osvětlení. Opatření týkající se zdravého bydlení v širším kontextu se týkají i územního plánování.

Pokud jde o pracoviště, cíl programu ZDRAVÍ 21 se neomezují pouze na pouhou redukci rizikových faktorů, ale je snahou o větší zapojení zaměstnanců i zaměstnavatelů do tvorby bezpečnějšího a zdravějšího pracovního prostředí a také úsilí o snižování stresu. Každé pracoviště by mělo konkretizovat záměry tohoto programu na vlastní podmínky ve formě společně připravených cílů a opatření.

K naplnění tohoto cílu je třeba v České republice rozvíjet už existující programy podpory zdraví a to „Školy podporující zdraví“, „Zdravá města“, „Zdravý podnik“ a v neposlední řadě i aktivity v částech Akčního plánu zdraví a životního prostředí.

Pro realizaci dílčích úkolů směřující k naplnění celkového cíle v horizontu roku 2015 bude vhodné:

- do jednotlivých aktivit (Zdravá města, Zdravé školy, Zdravé podniky) vedoucích k propagaci zdravého životního stylu zapojit odpovídajícím způsobem představitelé jednotlivých měst a obcí, dále vedoucí pracovníky středních a větších podniků a také ředitele MŠ a ZŠ v Ústeckém kraji,
- aby tato problematika byla akceptovaná krajskou samosprávou a místními samosprávami, které se budou podílet na jejich přípravě a provádění,
- vybrané činnosti přispěly k zlepšení zdravotního stavu obyvatel Ústeckého kraje, se zaměřením na rizikové skupiny.

Dílčí úkol č. 13. 1.

**Zlepšit bezpečnost a kvalitu domácího prostředí
jak rozvojem schopností jednotlivců i rodin chránit a zlepšovat své zdraví,
tak snížením vlivu zdravotních rizikových faktorů existujících v domácnostech**

Současný stav:

Kvalita domácího prostředí a také kvalita mikroklimatu ve veřejných budovách (kde se pořádají společenské akce a shromažďuje se veřejnost např. diskotéky, aquaparky) je velmi důležitým prvkem odrážejícím se na zdraví svých obyvatel. Je to dáno zejména délkou pobytu osob v domácnostech a vytvářením sociálních vazeb v tomto prostředí. Důležitá je nejen přítomnost resp. nepřítomnost rizikových faktorů chemické, fyzikální, biologické povahy, ale i působení psychologických a sociálních faktorů. V roce 2005 bylo provedeno ve spolupráci se Zdravotním ústavem měření vnitřního prostředí (indoru) na diskotékách a zjištěno bylo vysoké množství škodlivin. Dále bylo zjištěno, že provozovatelé nezapínají ventilační zařízení a také vysoko překračují kapacitu těchto zařízení.

Z hlediska zlepšení indoru v těchto místnostech je důležité, aby bylo v pořádku ventilační zařízení a dodržovala se schválená kapacita zařízení.

Aktivity ke splnění dílčího úkolu:

- 13.1.1: Zvýšit informovanost o možných rizicích ovlivňujících zdraví a vytváření zdravého domácího prostředí
Odpovědnost: KÚ ÚK
Spolupráce: KHS, ZÚ
Termíny: průběžně
- 13.1.2: Zjišťovat a hodnotit úroveň zátěže obyvatel ve vztahu k bydlení
Odpovědnost: KÚ ÚK
Spolupráce: KHS, ZÚ
Termíny: průběžně
- 13.1.3: Posílit a rozšiřovat pozitivní vlivy a zdravotně prospěšné aktivity v oblasti bydlení
Odpovědnost: KÚ ÚK
Spolupráce: KHS, ZÚ
Termíny: průběžně

Ukazatelé k monitorování plnění dílčího úkolu:

- indikátory úrovně bydlení - m² obytné plochy na osobu, počet osob na byt,
- kvalita mikroklimatu v domácnostech a ve veřejných budovách,
- podíl osob spokojených se svým bydlením.

Dílčí úkol č. 13. 2.

Zajistit, aby nejméně 50 % dětí mělo příležitost zařadit se do mateřských škol podporujících zdraví a 95 % do základních škol podporujících zdraví

Současný stav:

Evropský program WHO „Škola podporující zdraví“ (ŠPZ) se u nás v ČR realizuje jako koordinovaná síť certifikovaných škol mateřských i základních. Národní program ŠPZ je v domácích poměrech a v evropské síti hodnocen jako efektivně vedená aktivita podpory zdraví u dětí. Vliv programu ŠPZ na žáky a učitele se projevuje pozitivními změnami sociálního prostředí ve škole, odpovědnějším způsobem chování ke zdraví a novými dovednostmi v zacházení se zdravotními riziky. Zdroje, zejména finanční, pro tuto činnost jsou získávány částečně z účelově vázaných prostředků WHO a také částečně z grantů – především Národního programu zdraví. Tato činnost není zabezpečena stálou dotací ze státního rozpočtu.

Prakticky všechny školy, které se orientují na podporu zdraví, vypracovávají školní vzdělávací program podle státních rámcových vzdělávacích programů, v němž uplatňují požadavky z oblasti podpory zdraví. V Ústeckém kraji je do programu zatím zapojeno pouze 6 mateřských a 5 základních škol.

Dlouhodobý proces početního nárůstu ŠPZ by měl probíhat zhruba ve třech etapách. V první etapě síť certifikovaných ŠPZ má za úkol připravovat podmínky pro vznik hnutí škol identifikujících se s programem. (vznik koordináčních pracovišť na úrovni kraje).

Ve druhé etapě vznikne hnutí ŠPZ, které budou spolupracovat s příslušnou krajskou sítí certifikujících ŠPZ a pak připraví svůj školní vzdělávací program cíleně dle modelového programu ŠPZ. Ve třetí etapě prakticky všechny školy se orientují na podporu zdraví tím, že vypracovávají školní vzdělávací program podle státních rámcových vzdělávacích programů

Aktivity ke splnění dílčího úkolu:

13.2.1: Pokračovat v koordinaci a obnovování sítě certifikovaných ŠPZ (modelové školy, příklady dobré praxe) s perspektivou přenosu jejich koordinace na MŠ a ZŠ v Ústeckém kraji

Odpovědnost: KÚ ÚK (odbor školství)

Spolupráce: KHS, ZÚ a ČSI

Termíny: průběžně

13.2.2: Připravit a realizovat začlenění státní správy a samosprávy na úrovni kraje do odpovědností při koordinaci aktivit ve prospěch rozšiřování počtu škol (MŠ a ZŠ), které se budou programově orientovat na podporu zdraví

Odpovědnost: KÚ ÚK (odbor školství)

Spolupráce: KHS, ZÚ, ČSI a krajsí koordinátoři podpory zdraví ve školách

Termíny: průběžně

13.2.3: Zavést tematiku podpory zdraví a metodiku tvorby školního vzdělávacího programu do programů dalšího vzdělávání pedagogických pracovníků v pedagogických centrech

Odpovědnost: KÚ ÚK (odbor školství)

Spolupráce: KHS, ZU a ČSI

Termíny: průběžně

Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:

- počet ZŠ a MŠ v kraji přihlášených do sítě ŠPZ,
- počet ZŠ a MŠ v kraji, které se staly akreditovanými vzdělávacími středisky podpory zdraví,
- procento dětí, které navštěvují školy zapojené do hnutí ŠPZ,
- počet dotovaných programů v Ústeckém kraji,
- ustavení funkce krajského koordinátora podpory zdraví ve školách.

Dílčí úkol č. 13. 3.

Dosáhnout, aby nejméně 50 % měst, městských oblastí a komunit bylo aktivními členy sítě Zdravých měst či Zdravých komunit

Současný stav:

Národní síť „Zdravých měst ČR byla založena v roce 1994 a nyní zastřešuje celkem 68 měst a obcí. Přijímání zdravotních politik a plánů není na místní úrovni běžným prvkem municipalit v ČR. Management podpory zdraví je prováděn prostřednictvím Plánů zdraví, které jsou zpracovány ve všech Zdravých městech. Téměř ve všech případech města spolupracují při tvorbě a realizaci Plánů zdraví s hygienickou službou jako hlavním odborným partnerem. Do procesu přípravy a realizace místního akčního plánu je také silně zapojena veřejnost. Zdravá města a zdravé komunity systematicky implementují prostřednictvím Plánů zdraví doporučení programu WHO ZDRAVÍ 21. Z uvedeného počtu zdravých měst se Ústecký kraj podílí pouze 3 místy a to městem Ústí nad Labem (člen od roku 2005), městem Litoměřice (člen od roku 2000) a městem Štětí (člen od roku 2003).

Ve Zdravých městech a regionech ČR žije 2 400 tisíc obyvatel, což je zhruba 23% celkové populace České republiky.

Aktivity ke splnění dílčího úkolu:

13.3.1: Zlepšit propagaci projektu Zdravé město ČR na krajské a místní úrovni

Odpovědnost: KÚ ÚK, Sdružení měst a obcí ÚK

Spolupráce: KHS Ústeckého kraje, ZÚ v Ústí nad Labem

Termíny: průběžně

13.3.2: Propagovat aktivity, které jsou v souladu s tímto cílem, u představitelů měst a obcí Ústeckého kraje

Odpovědnost: KÚ ÚK, Sdružení měst a obcí ÚK

Spolupráce: KHS Ústeckého kraje, ZÚ v Ústí nad Labem

Termíny: průběžně

13.3.3: Využívat objektivní odborné podklady pro tvorbu lokálních akčních plánů zdraví a životního prostředí ve Zdravých městech

Odpovědnost: KÚ ÚK, městské a obecní samosprávy

Spolupráce: sdružení měst a obcí ÚK, KHS Ústeckého kraje, ZÚ v Ústí nad Labem

Termíny: průběžně

Ukazatelé k monitorování plnění dílčího úkolu:

- počet nových členů měst a obcí Ústeckého kraje v NSZM ČR,
- počet populace Ústeckého kraje žijící ve Zdravých městech a obcích.

Dílčí úkol č. 13. 4.
Zavázat alespoň 10 % středních a velkých firem k dodržování principů zdravé společnosti (firmy)

Současný stav:

Podpora zdraví na pracovišti rozšiřuje ochranu zdraví na závodech o nové pojetí zdravotní výchovy, avšak na rozdíl od ochrany zdraví a bezpečnosti práce, provádění podpory zdraví na pracovišti není podloženo právními předpisy a jedná se spíše o nadstandard. Podniky v západní Evropě tuto strategii v rostoucí míře využívají pro příznivý vliv na produktivitu a image podniků a prospěch zaměstnance a úrazové pojišťovny motivují zaměstnavatele vyšší pojistného v závislosti na péči o zaměstnance.

Ministerstvo zdravotnictví České republiky vyhláší na rok 2006 soutěž o titul „Podnik podporující zdraví roku 2006“. Dále byly vydány „Kriteria kvality podpory zdraví na pracovišti“ a také podmínky soutěže.

V soutěži v roce 2005 byly podniky přihlášeny do soutěže z Ústeckého kraje velmi úspěšné a obsadili první místo (Česká rafinérská) a druhé místo (Glaverbel Czech).

Pracovníci KHS Ústeckého kraje při provádění státního zdravotního dozoru podávají kontrolovaným subjektům informace jednak o vyhlášené soutěži, taky o programu podpory zdraví na pracovištích.

Aktivity ke splnění dílčího úkolu:

13.4.1: Projednat a vybrat vhodné podniky v Ústeckém kraji pro přípravu a realizaci programu „Podnik podporující zdraví“

Odpovědnost: KÚ ÚK

Spolupráce: KHS, ZÚ, KHK, lékaři ZPP (zdravotní preventivní péči)

Termíny: průběžně

13.4.2: Oslovit podniky – nositele ocenění Podnik podporující zdraví a využít jejich zkušeností především z hlediska managementu a pozitivního ovlivnění zaměstnanců i pro program podpory zdraví

Odpovědnost: KÚ ÚK

Spolupráce: KHS, ZÚ, KHK, lékaři ZPP (zdravotní preventivní péči)

Termíny: průběžně

13.4.3: Zlepšovat podmínky pro zdravotnické pracovníky z hlediska prevence nemocí z povolání a vysoké psychické zátěže

Odpovědnost: KÚ ÚK

Spolupráce: KHS, ZÚ, odborové svazy, ZZ, lékaři ZPP (zdravotní preventivní péči)

Termíny: průběžně

Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:

- počet právnických subjektů, které se přihlásily k aktivitám „Podnik podporující zdraví“.