

ZPRÁVA O ZDRAVÍ **v Libereckém kraji 2010**



Vladimír Valenta a kolektiv

Zpráva o zdraví v Libereckém kraji 2010

Zpracovali:

Zuzana Balašová
Ing. Giljan Dobrevová
MVDr. Milena Frühaufová
doc. MUDr. Jaroslav Kříž
Ing. Jana Kučerová, Ph.D.
MUDr. Jana Novotná
MUDr. Jana Prattingerová
MUDr. Lumír Tauš, CSc.
MUDr. Věra Tučková
MUDr. Vladimír Valenta, Ph.D.
MUDr. Jindra Vejrychová

Obsah

Úvod

1 UKAZATELE ZDRAVOTNÍHO STAVU	str. 6
1.1 Subjektivní hodnocení	str. 6
1.2 Střední délka života	str. 6
1.2.1 Střední délka života	str. 6
1.2.2 Střední délka života ve zdraví	str. 7
1.2.3 Ztracená léta	str. 8
1.3 Úmrtnost	str. 9
1.3.1 Celková úmrtnost	str. 9
1.3.2 Úmrtnost dle hlavních příčin	str. 11
1.3.3 Úmrtnost na kardiovaskulární onemocnění	str. 11
1.3.4 Úmrtnost na nádory	str. 12
1.3.4.1 Úmrtnost na jednotlivé druhy nádorů	str. 13
1.3.5 Úmrtnost na úrazy, poranění a úmyslné sebepoškození	str. 16
1.3.6 Úmrtnost na infekční nemoci	str. 17
1.3.7 Novorozenecká a kojenecká úmrtnost	str. 18
1.4 Nemocnost	str. 19
1.4.1 Kardiovaskulární onemocnění	str. 19
1.4.1.1 Pracovní neschopnost na KVO	str. 19
1.4.1.2 Dispenzarizace pro KVO	str. 19
1.4.2 Nádory	str. 20
1.4.2.1 Incidence vybraných druhů nádorů	str. 20
1.4.2.2 Klinická stadia zachycených nádorů	str. 21
1.4.3 Diabetes mellitus	str. 22
1.4.3.1 Počet léčených diabetiků	str. 22
1.4.3.2 Komplikace diabetu	str. 22
1.4.4 Poruchy duševní a poruchy chování	str. 23
1.4.5 Orální zdraví	str. 24
1.4.6 Infekční nemoci	str. 26
1.4.6.1 Alimentární nákazy	str. 27
1.4.6.2 Vzdušné nákazy	str. 28
1.4.6.3 Virové hepatitidy	str. 31
1.4.6.4 Neuroinfekce	str. 32
1.4.6.5 Antropozoonózy	str. 33
1.4.6.6 Nákazy přenášené členovci	str. 34
1.4.6.7 Pohlavní nákazy	str. 35
1.4.7 Alergie	str. 36
1.4.8 Nemoci z povolání	str. 37
2 DETERMINANTY ZDRAVÍ	str. 38
2.1 Životní prostředí	str. 38
2.1.1 Ovzduší	str. 38
2.1.1.1 Monitoring	str. 38
2.1.1.2 Hodnocení rizik	str. 40
2.1.2 Voda	str. 42
2.1.2.1 Voda pitná	str. 42
2.1.2.2 Voda ke koupání	str. 46

2.1.3 Půda	str. 46
2.1.4 Hluk	str. 47
2.1.5 Odpady	str. 48
2.1.6 Ionizující záření	str. 48
2.1.7 Subjektivní hodnocení životního prostředí	str. 49
2.2 Pracovní prostředí	str. 50
2.3 Životní styl	str. 51
2.3.1 Výživa	str. 51
2.3.2 Pohybová aktivita	str. 53
2.3.3 Kouření	str. 54
2.3.4 Alkohol	str. 55
2.3.5 Drogy	str. 57
2.3.5.1 Prevalence a incidence drog	str. 57
2.3.5.2 Drogy mezi dětmi	str. 59
2.3.6 Stres	str. 60
2.4 Sociálně ekonomické faktory zdraví	str. 61
2.4.1 Vlastní hodnocení zdraví	str. 61
2.4.2 Čerpání preventivní péče	str. 61
2.4.3 Výskyt rizikových faktorů	str. 62
2.4.4 Užívání drogy	str. 62
2.4.5 Vývoj nezaměstnanosti	str. 63
2.4.6 Vývoj HDP	str. 63
2.4.7 Spokojenost se životem	str. 64
3. ZÁVĚRY	str. 65

ÚVOD

„Když chybí zdraví, moudrost je bezradná, síla je neschopná boje, bohatství bezcenné a důvtip bezmocný.“ Zhruba před dvěma a půl tisíci lety formuloval tuto myšlenku řecký filosof a lékař Herakleitos z Efesu. Moderním jazykem ji vyjádřil i jeden z posledních ředitelů Světové zdravotnické organizace Dr. Halfdan Mahler: „Zdraví není všechno, ale všechno ostatní bez zdraví nestojí za nic.“ Možná jinými slovy, ale ve stejném smyslu si tuto myšlenku po staletí uvědomuje i každý z nás. Někdo častěji a včas, někdo málo a jiný pozdě. Nevyhnutelně k ní však dospějeme všichni.

Není vůbec náhodou, že takto veřejně a s publicitou ji formulují právě lékaři. Jejich úlohou je nejen léčit nemoci, ale i připomínat hodnotu zdraví, zdraví posilovat, rozvíjet a chránit, stejně jako koordinovat v tomto duchu úsilí celé společnosti. Tato úloha však bývá někdy upozaděna, resp. se ztrácí v diskusích o nákladech na léčbu, poplatcích či v zápalu pro nové léčebné metody a všemohoucí účinky léků. Přesto právě zmíněná úloha zdravotníků sehraává rozhodující roli jak při ovlivňování veřejného zdraví – zdravotního stavu obyvatelstva a jeho skupin, tak při zpětné regulaci zdravotního systému, snižování jeho nákladů a efektivním cílení na dominantní zdravotní problémy. K tomu, aby mohla být naplněna i efektivně přenesena na ostatní společenské sektory mající potenciál veřejné zdraví ovlivnit, je však bezpodmínečně nutné zdraví znát.

Nestačí tu jen pohled do zdravotních statistik. Musíme si v první řadě uvědomit, co zdraví je, že to není jen nepřítomnost nemoci, ale i stav tělesné, duševní a sociální pohody. Z toho plyne, že při popisu zdraví nevystačíme jen s údaji o výskytu nemocí či o úmrtnosti, ale musíme také popsat kvalitu zdraví a jeho determinanty. Teprve z tohoto komplexního obrazu můžeme tušit vzájemné souvislosti a dedukovat možná opatření k ovlivnění zdraví. Tím spíše a tím víc, jak i do regionální úrovně zasahují dopady globální ekonomické krize či celosvětových epidemií.

Tato zpráva, v pořadí třetí (2001, 2005 a každoroční aktualizace v mezidobí), sumarizuje fakta a popisuje trendy vývoje zdraví v Libereckém kraji. Její ambicí je poskytnout zdravotníkům, politikům, ale i veřejnosti aktuální, přesná a srovnatelná data schopná dát pravdivou výpověď o stavu zdraví a jeho determinant, to na straně jedné. Na straně druhé, ale zároveň vypovídá i o prioritách a problémech zdravotního stavu i efektivitě zdravotnictví a zdravotní politiky společnosti.

Měla by se tedy stát nejen zdrojem informací, ale hlavně nástrojem zdravotní politiky a ovlivňování zdraví v našem regionu. Po zkušenostech z let minulých jsme přesvědčeni, že tuto svoji úlohu naplní.

Přejeme každému čtenáři, aby ve zprávě našel dostatečné důvody i silné argumenty pro vlastní aktivity a změny v chování vedoucí ke zlepšení svého zdraví.

MUDr. Pavel Novák
člen rady LK pro resort zdravotnictví

MUDr. Vladimír Valenta, Ph.D.
ředitel KHS Libereckého kraje se
sídlem v Liberci

PhDr. Alena Riegerová
vedoucí odboru zdravotnictví KÚ LK

Ing. Jiří Benedikt
ředitel krajské pobočky VZP
pro Liberecký kraj

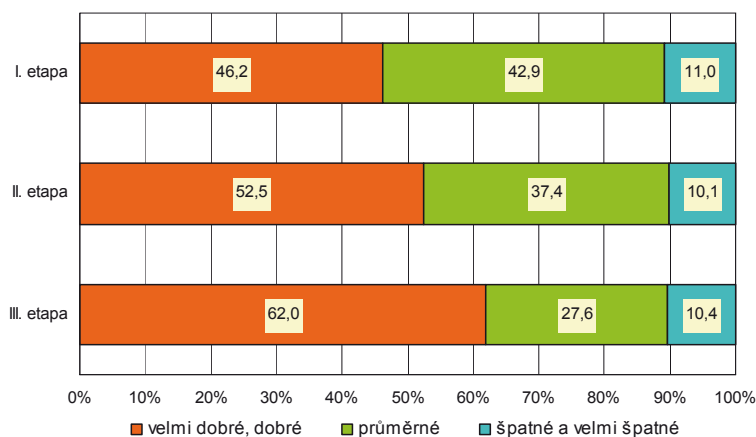
1 UKAZATELE ZDRAVOTNÍHO STAVU

1.1 SUBJEKTIVNÍ HODNOCENÍ

Dříve než začneme s objektivním popisem zdravotního stavu, podívejme se, jak hodnotí své zdraví sami občané. Subjektivní vnímání zdravotního stavu je totiž stejně důležité jako zdraví samo. Dokresluje nejen celkový obraz o zdraví, ale ukazuje i na další možný rizikový faktor, kterým je bezpochyby stres z oprávněného i neoprávněného pocitu špatného zdravotního stavu.

Subjektivním vnímáním zdraví se zabývaly v hodnoceném období 2 studie. První z nich „Studie Prevence a zdraví“ provedená na rozsáhlém souboru 18–65ti leté populace města Liberce v letech 1997 a 2005 prokázala: Od roku 1997 do roku 2005 **došlo k nárůstu osob hodnotících svůj zdravotní stav jako dobrý o 7 %**, celkově tak bylo se svým zdravím v roce 2005 spokojeno 60 % obyvatel věkové skupiny 18 – 65 let.

Druhou studií byla „Studie HELEN“ provedená etapovitě v letech 2000, 2005 a 2010 na souboru věkové skupiny 45–54 let. **I v této věkové kategorii byl prokázán vzestup podílu osob, které jsou spokojeny se svým vlastním zdravím.**

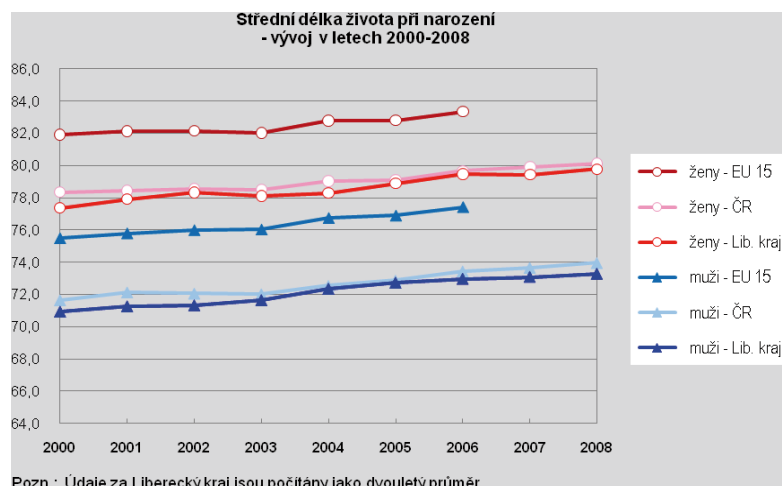


Graf č. 1: Subjektivní hodnocení zdravotního stavu

Objektivně je možno konstatovat, že dlouhodobě narůstá podíl občanů spokojených se svým zdravím a hodnotících své zdraví jako dobré, případně velmi dobré.

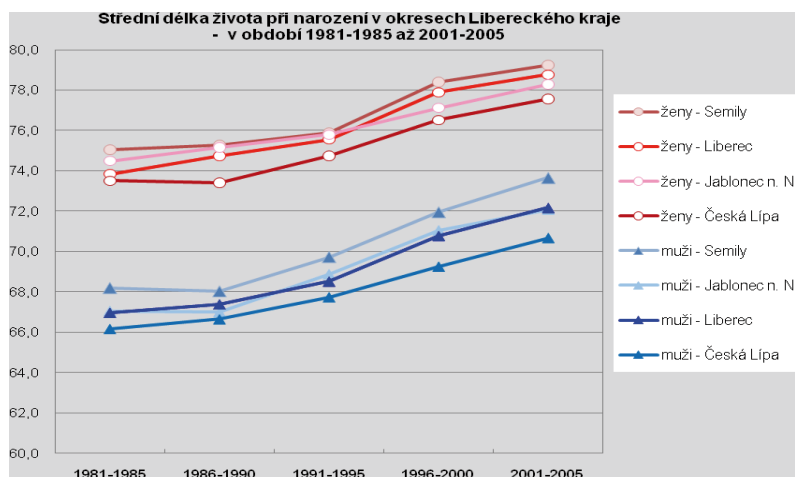
1.2 STŘEDNÍ DÉLKA ŽIVOTA

1.2.1 STŘEDNÍ DÉLKA ŽIVOTA



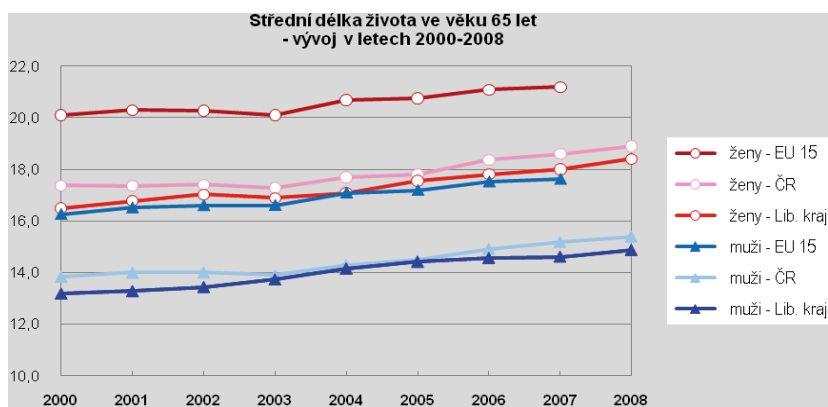
Graf č. 2: Vývoj střední délky života při narození

Střední délka života se v letech 2000–2008 prodloužila, vzestupný trend byl obdobný u mužů i žen, v Libereckém kraji byl paralelní s trendem ČR i EU15. V zemích EU15 však je střední délka života delší o cca 4 roky než v ČR a Libereckém kraji.



Graf č. 3: Vývoj střední délky života při narození v okresech

Střední délka života se v okresech Libereckého kraje liší. Nejnížší je u mužů i žen v okrese Česká Lípa. Střední délka života se prodlužovala rychleji u mužů než u žen, které se však dožívají o 6 let delšího věku.



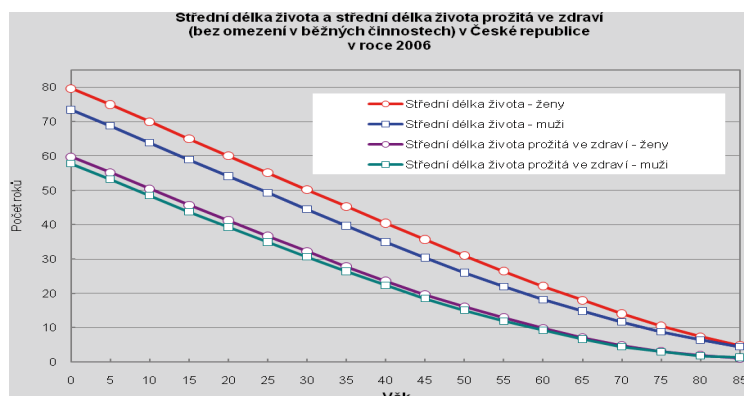
Pozn.: Údaje za Liberecký kraj jsou počítány jako dvouletý průměr.

Graf č. 4: Vývoj střední délky života ve věku 65 let

Populace starších lidí ve věku nad 65 let má naději dožít se dalších 14 – 21 let. Více let, cca o 3 roky, se dožijí ženy. Více let se dožijí senioři v EU15 než lidé v ČR. Senioři v Libereckém kraji se dožívají o něco nižšího věku než senioři v ČR.

1.2.2 STŘEDNÍ DÉLKA ŽIVOTA PROŽITÁ VE ZDRAVÍ (HLY – HEALTHY LIFE YEARS)

Ukazatel vyjadřuje průměrný počet zbývajících let života, které osoba v určitém věku prožije v dobrém zdraví, tj. bez zdravotního omezení. Pokouší se charakterizovat nejen kvantitu, vyjádřenou počtem prožitých let, ale i kvalitu života a to rozdělením jeho části na část prožitou ve zdraví (bez zdravotního omezení) a část prožitou v nemoci (se zdravotním omezením).

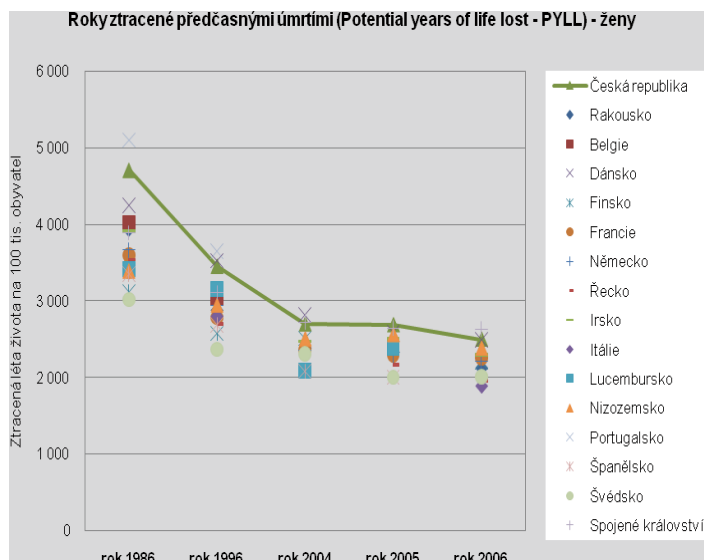


Graf č. 5: Střední délka života prožitá ve zdraví v ČR

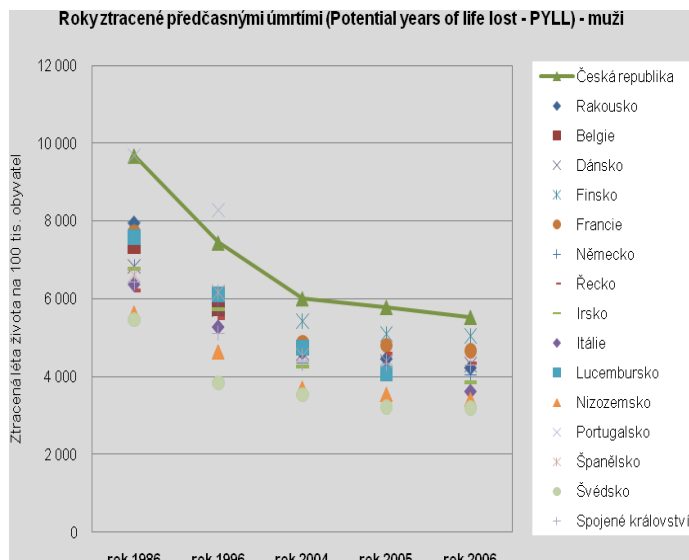
Většina lidí prožije významnou část života bez nemocí, ve zdraví. Delší dobu prožijí ve zdraví ženy, kratší muži. Za celý (průměrný) život činí doba prožitá ve zdraví v ČR v průměru okolo 60 let.

1.2.3 ZTRACENÁ LÉTA ŽIVOTA (PYLL – POTENTIAL YEARS OF LIFE LOST)

Ukazatel vyjadřuje souhrnně roky ztracené předčasnými úmrtími a je počítán jako součet zemřelých v každém věku vynásobený rozdílem mezi stanovenou věkovou hranicí 70 let a skutečným věkem při úmrtí. Úmrtí před 70. rokem věku se v Evropě pokládá za předčasné a léta, která tímto předčasným úmrtím člověk teoreticky ztratí, se označují jako potenciálně ztracená léta života.

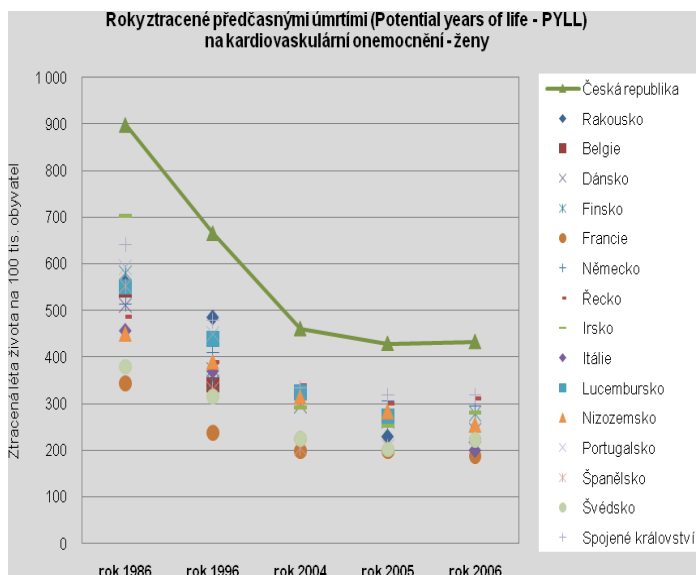


Graf č. 6: PYLL celkem – ženy

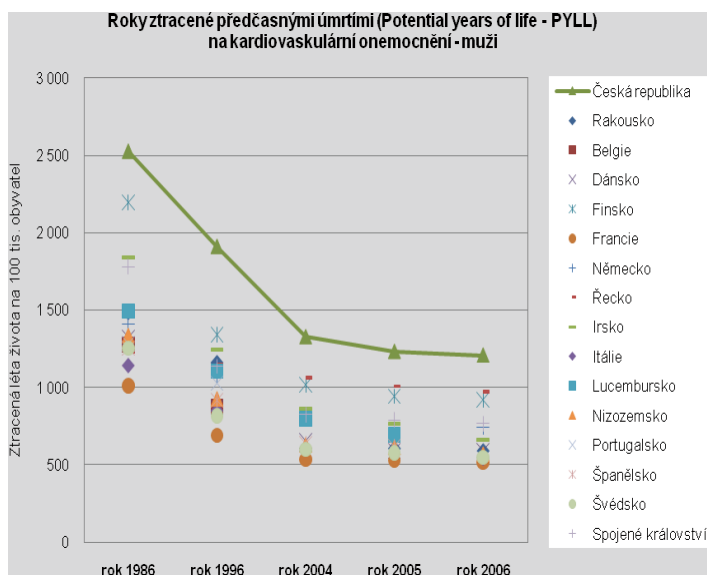


Graf č. 7: PYLL celkem - muži

V evropských státech se „ztracená léta života“ snižují díky posunu úmrtí do let po sedmdesátce. Na 100 tis. obyvatel připadá okolo 3000 ztracených let a číslo se ve vyspělých státech trvale snižuje. V ČR je stále vyšší než ve většině zemí EU15. Ztracená léta života jsou výrazně vyšší u mužů než u žen.

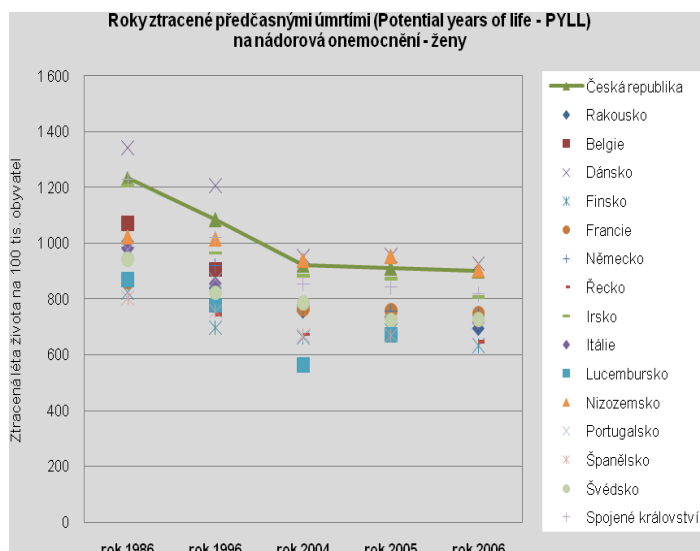


Graf č. 8: PYLL na kardiovaskulární onemocnění – ženy

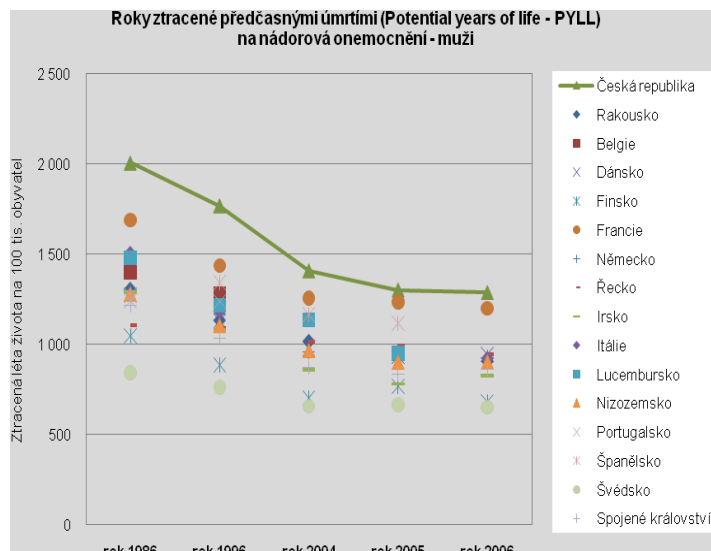


Graf č. 9: PYLL na kardiovaskulární onemocnění – muži

V důsledku kardiovaskulárních nemocí ztrácejí ženy okolo 400 roků života na 100 000 žen, muži okolo 1200 roků. ČR má vyšší čísla ztracených let života než státy EU15. Významné snižování let života ztracených u žen předčasnými úmrtími na kardiovaskulární choroby v letech 1986 – 2004 se od roku 2004 výrazně zpomalilo. Totéž platí pro muže s tím, že počet ztracených let života je u nich podstatně vyšší.



Graf č. 10: PYLL na nádorová onemocnění – ženy

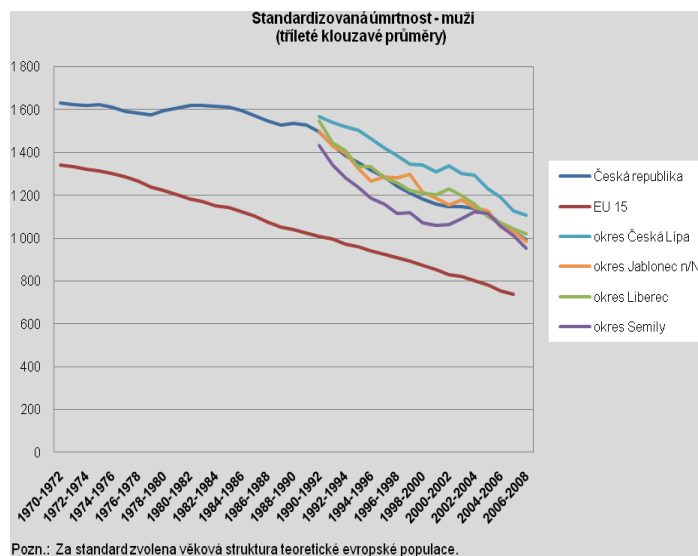


Graf č. 11: PYLL na nádorová onemocnění – muži

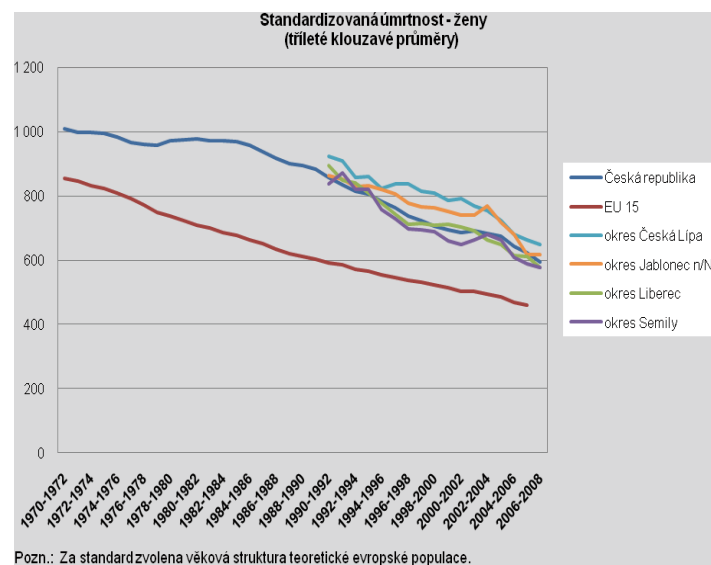
V důsledku nádorů ztrácejí české ženy 900 roků života na 100 000 žen, muži 1300. ČR má vyšší hodnoty ztracených let než mají státy EU 15.

1.3 ÚMRTNOST

1.3.1 CELKOVÁ ÚMRTNOST

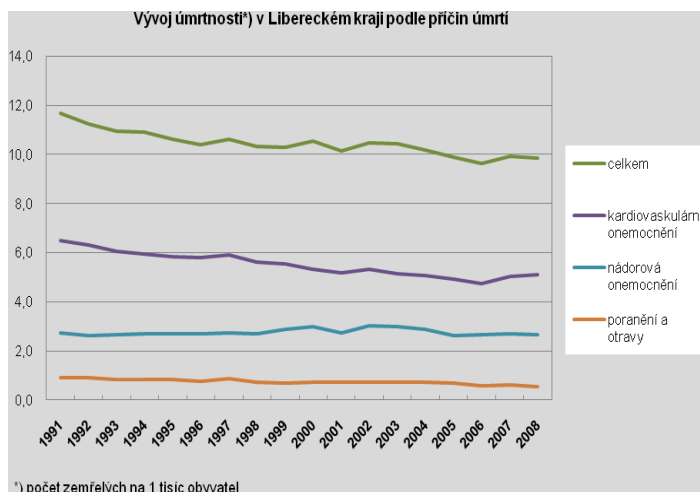
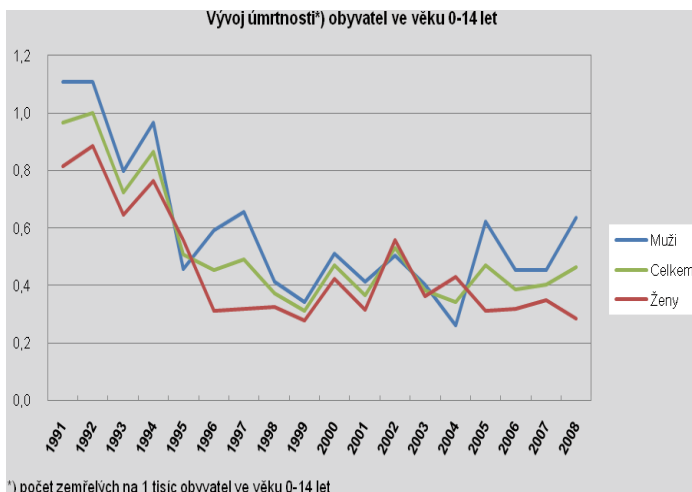


Graf č. 12: Standardizovaná úmrtnost - muži

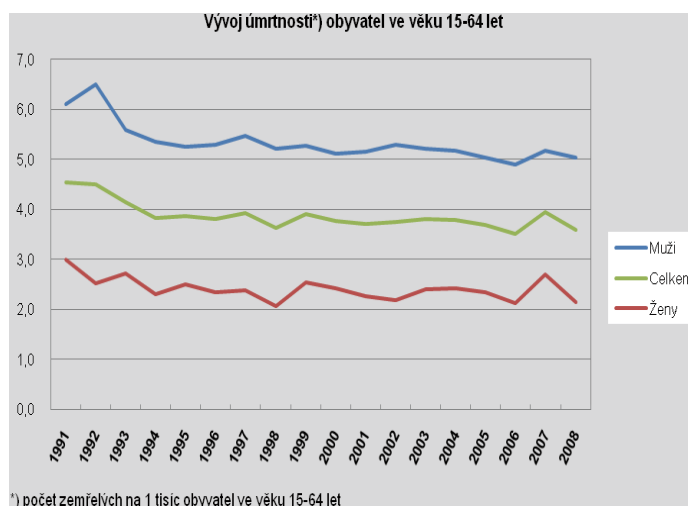
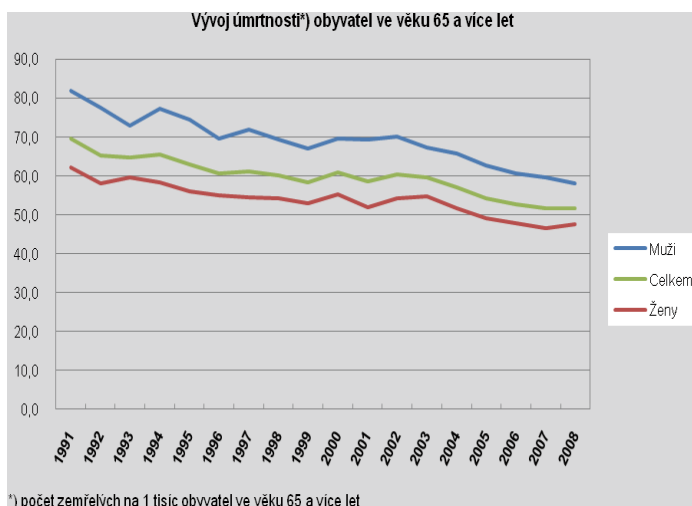


Graf č. 13: Standardizovaná úmrtnost – ženy

Celková standardizovaná úmrtnost je v ČR u mužů trvale vyšší než úmrtnost mužů v zemích EU15. Platí to i pro Liberecký kraj, kde nejvyšší úmrtnost mužů je v okrese Česká Lípa. Podobná situace je u žen, jejich úmrtnost však je oproti úmrtnosti mužů podstatně nižší.

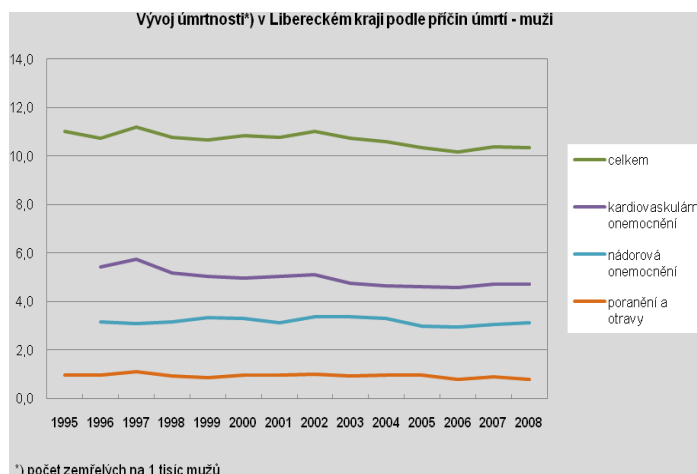

Graf č. 14: Specifická úmrtnost (zemřelí na 1 tisíc obyvatel) v LK

Graf č. 15: Vývoj úmrtnosti obyvatel ve věku 0–14 let

Dlouhodobý klesající trend úmrtnosti se po roce 2005 zastavil. Je to patrné u celkových čísel úmrtnosti i u úmrtnosti na kardiovaskulární choroby, méně u zhoubných nádorů.

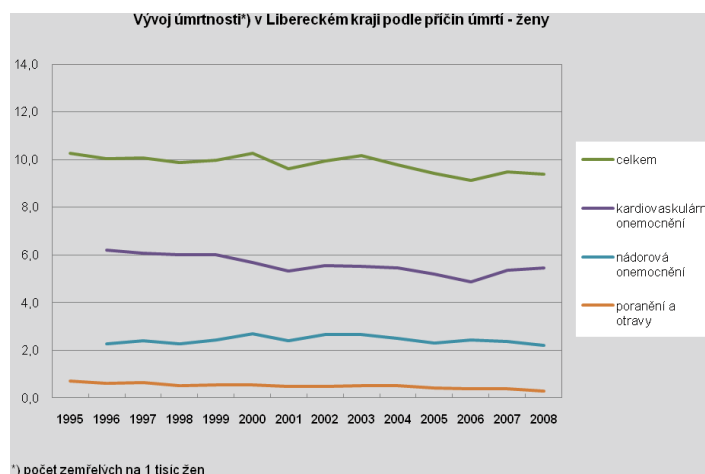

Graf č. 16: Vývoj úmrtnosti obyvatel ve věku 15–64 let

Graf č. 17: Vývoj úmrtnosti obyvatel ve věku 65 a více let

Vývoj úmrtnosti ve věkových skupinách naznačuje, že pokles celkové úmrtnosti a strmý nárůst střední délky života v 90. letech byl dán zejména poklesem kojenecké a novorozenecké úmrtnosti, zatímco nynější pomalé narůstání střední délky života je dáno snížením úmrtnosti ve věkové skupině nad 65 let při současné stagnaci a vysoké úmrtnosti v produktivním věku, o čemž svědčí i ztracené roky života.

1.3.2 ÚMRTNOST DLE HLAVNÍCH PŘÍČIN



Graf č. 18: Vývoj úmrtnosti podle příčin – muži

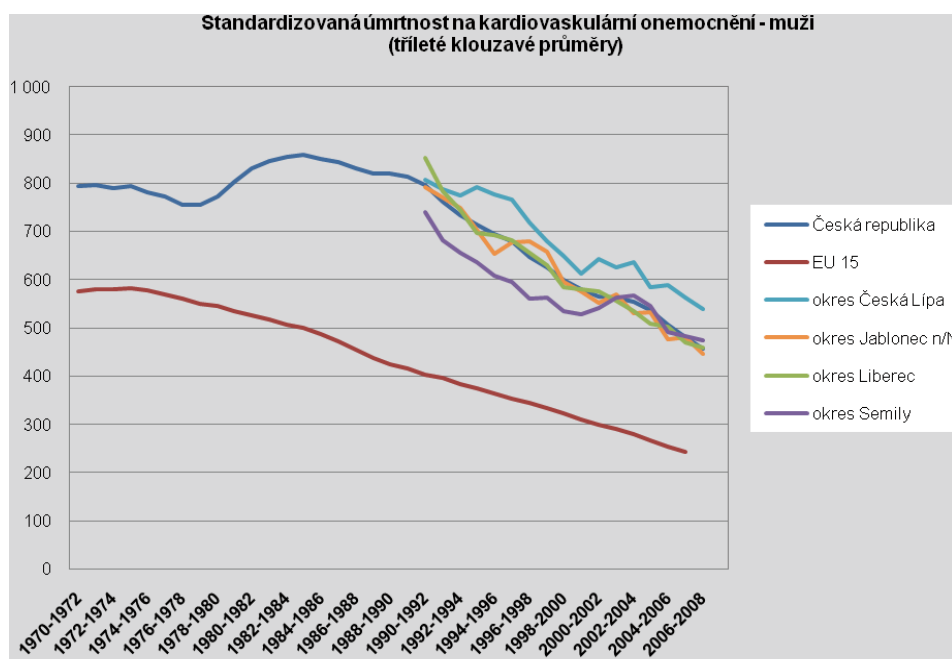


Graf č. 19: Vývoj úmrtnosti podle příčin – ženy

U populace mužů došlo po roce 2005 k zastavení poklesu úmrtnosti resp. k mírnému zvýšení u kardiovaskulárních chorob i zhoubných nádorů.

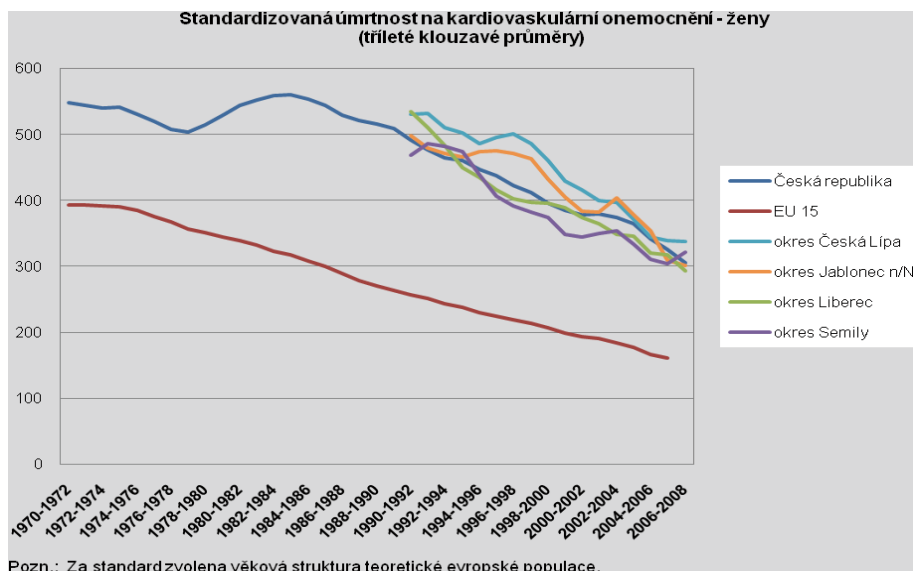
U žen se po roce 2005 úmrtnost na kardiovaskulární choroby zvýšila výrazněji než u mužů, zatímco úmrtnost na zhoubné nádory u nich nadále mírně klesala.

1.3.3 ÚMRTNOST NA KARDIOVASKULÁRNÍ ONEMOCNĚNÍ



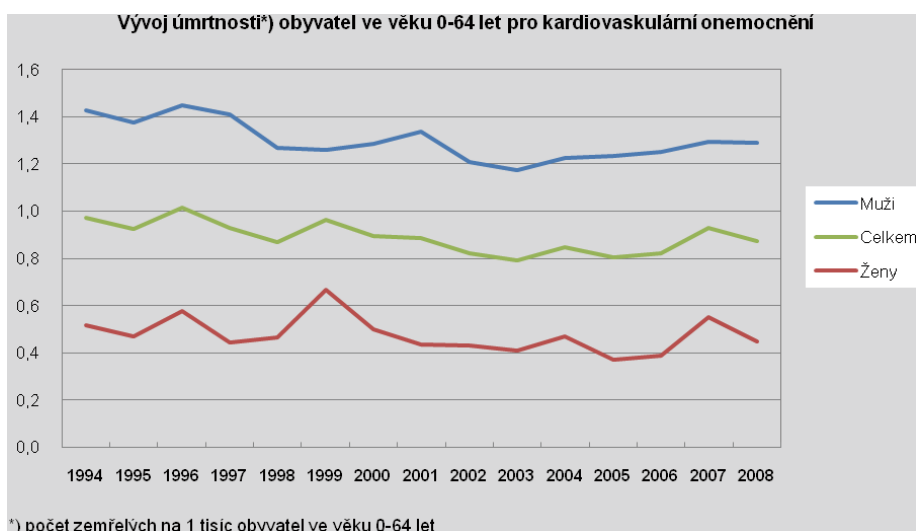
Pozn.: Za standard zvolena věková struktura teoretické evropské populace.

Graf č. 20: Standardizovaná úmrtnost na kardiovaskulární onemocnění – muži



Graf č. 21: Standardizovaná úmrtnost na kardiovaskulární onemocnění – ženy

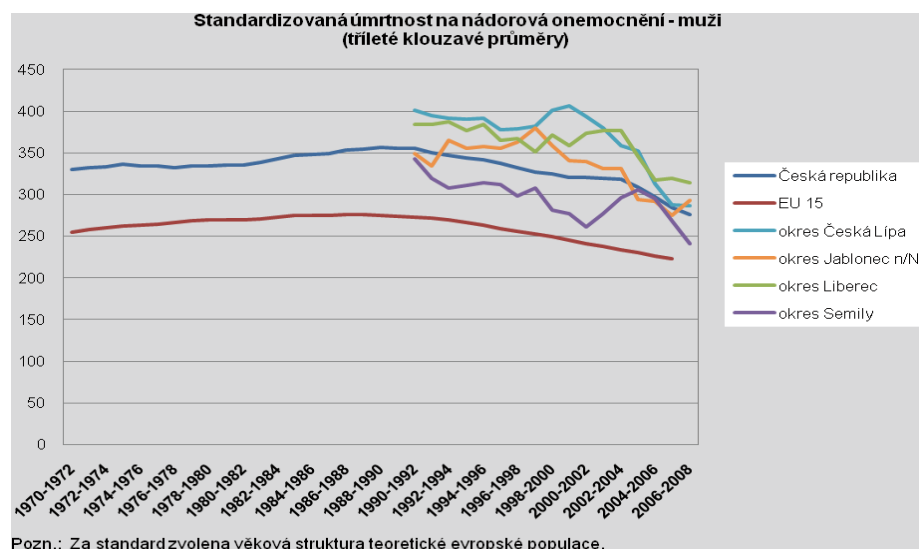
Standardizovaná úmrtnost na kardiovaskulární choroby u mužů v EU15 i v ČR trvale klesá, v ČR je však podstatně vyšší než v EU15. Podstatně vyšší než v EU15 je i v Libereckém kraji, přičemž nejvyšší je v okrese Česká Lípa. Analogická je situace u žen, jejich úmrtnost na kardiovaskulární nemoci je však výrazně nižší než úmrtnost mužů. Celkový pokles úmrtnosti na KVO v Libereckém kraji se netýká produktivního věku!



Graf č. 22: Vývoj úmrtnosti obyvatel ve věku 0–64 let pro kardiovaskulární onemocnění

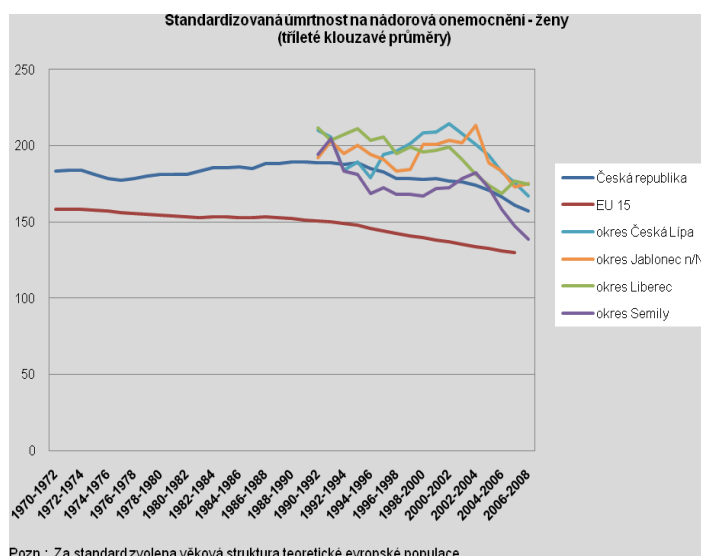
Úmrtnost na kardiovaskulární choroby u populace do 64 let věku klesala, od poloviny současné dekády však dochází k zastavení tohoto trendu a dokonce ke vzestupu úmrtnosti.

1.3.4 ÚMRTNOST NA NÁDORY

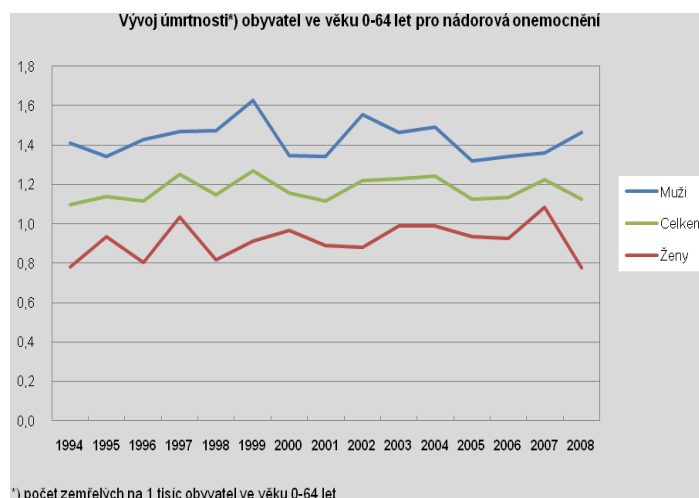


Graf č. 23: Standardizovaná úmrtnost na nádorová onemocnění – muži

Standardizovaná úmrtnost mužů na nádorová onemocnění je v ČR výrazně vyšší než v zemích EU15. Od 90. let v EU15 i v ČR trvale klesá. V Libereckém kraji je vyšší než průměr ČR v okresech Česká Lípa a Liberec, v posledních letech však klesala rychleji a přiblížila se průměru ČR.



Graf č. 24: Standardizovaná úmrtnost na nádorová onemocnění – ženy

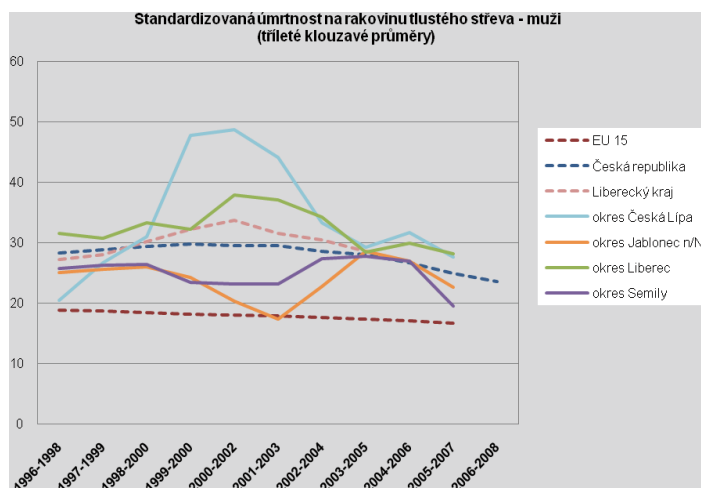


Graf č. 25: Vývoj úmrtnosti obyvatel ve věku 0–64 let pro nádorová onemocnění

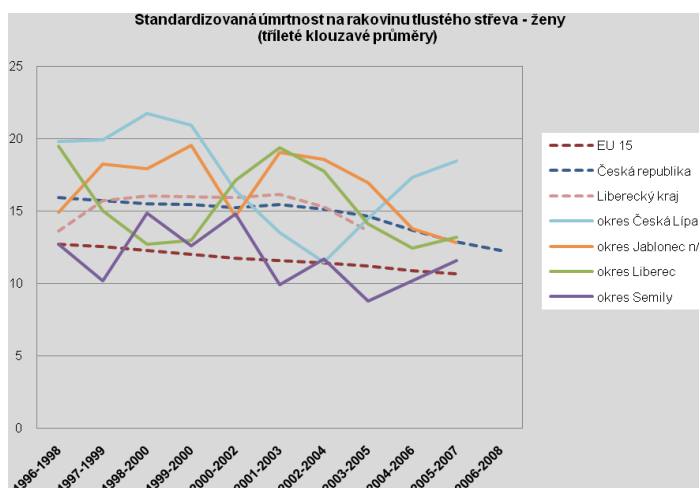
Standardizovaná úmrtnost žen na nádorová onemocnění je v ČR významně nižší než úmrtnost mužů. Úmrtnost žen na tyto nemoci v EU je významně nižší než v ČR. Od 90. let dochází v ČR k poklesu, který je v ČR o něco rychlejší než v EU. V okresech Libereckého kraje je vyšší úmrtnost v okresech Česká Lípa a Jablonec n. N.

Úmrtnost na zhoubné nádory u věkové skupiny 0–64 let od poloviny 90. let kolísala bez zřetelného trendu. Mezi roky 2007–08 je u žen výrazný pokles, u mužů naopak vzestup úmrtnosti.

1.3.4.1 ÚMRTNOST NA JEDNOTLIVÉ DRUHY NÁDORŮ



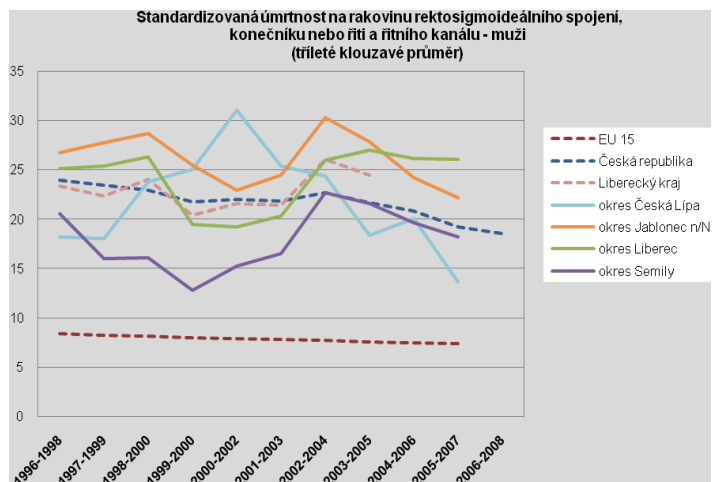
Graf č. 26: Standardizovaná úmrtnost na rakovinu tlustého střeva - muži



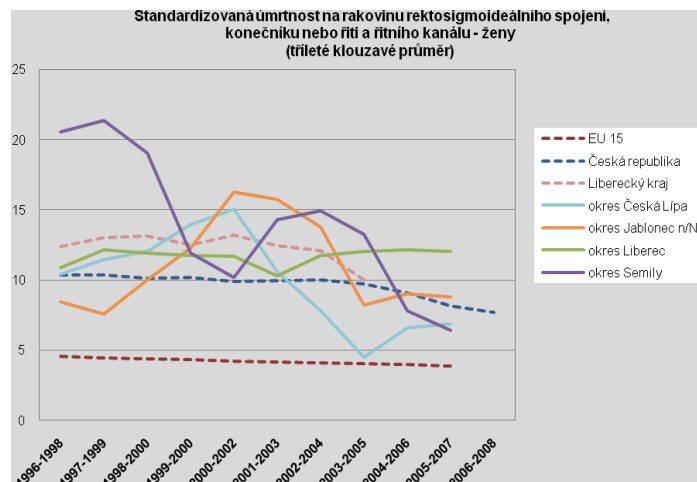
Graf č. 27: Standardizovaná úmrtnost na rakovinu tlustého střeva - ženy

Standardizovaná úmrtnost mužů na rakovinu tlustého střeva je v ČR vyšší než v zemích EU15. V Libereckém kraji byla shodná s průměrem ČR, nižší úmrtnost byla v okresech Liberec a Jablonec n. N, vyšší byla několik roků v okrese Česká Lípa.

Standardizovaná úmrtnost žen na rakovinu tlustého střeva je v ČR vyšší než v EU15 a má klesající trend, který byl v posledních letech o něco rychlejší než v EU15. Úmrtnost žen je nižší než úmrtnost mužů. Trvale nižší úmrtnost než je průměr ČR má okres Semily, kde se v některých letech pohybovala okolo průměru EU15.

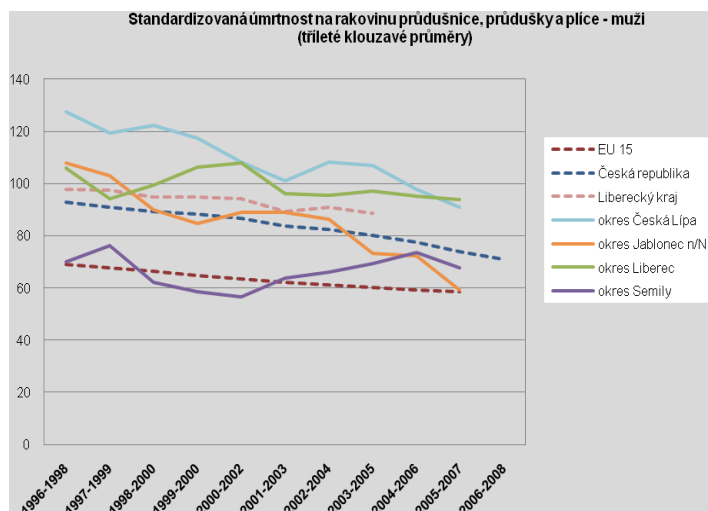


Graf č. 28: Standardizovaná úmrtnost na rakovinu rektosigmoideálního spojení, konečníku nebo řiti a řitního kanálu – muži

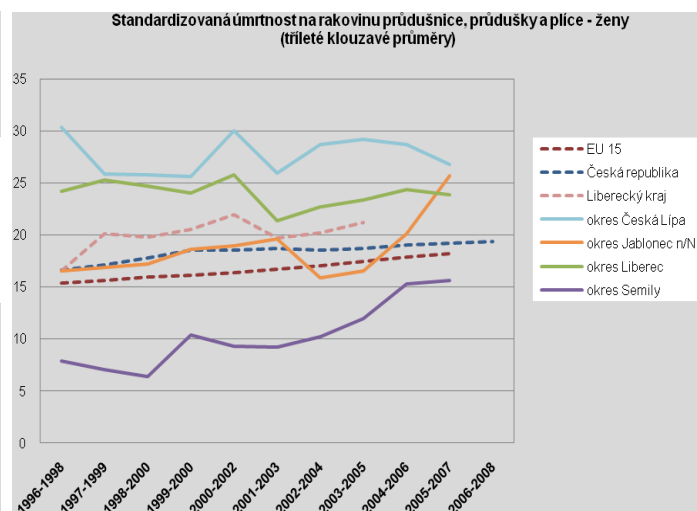


Graf č. 29: Standardizovaná úmrtnost na rakovinu rektosigmoideálního spojení, konečníku nebo řiti a řitního kanálu – ženy

Standardizovaná úmrtnost na rakovinu rektosigmoideálního spojení (dolní část tlustého střeva) a konečníku je v ČR vyšší než ve státech EU15, rozdíl je větší u mužů než u žen.



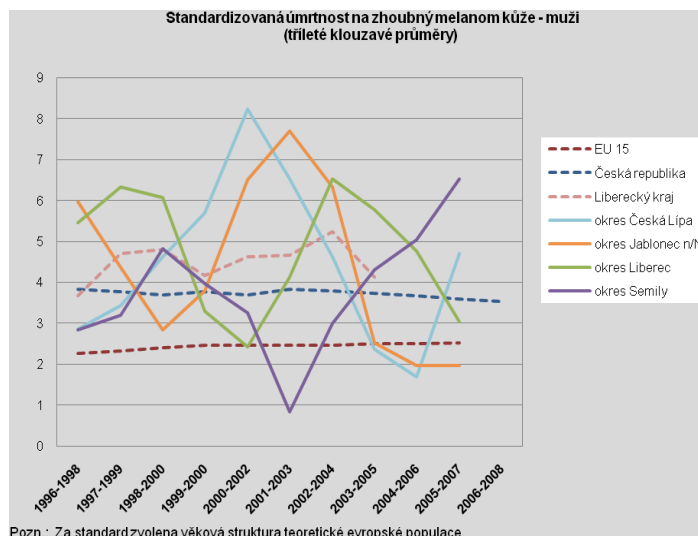
Graf č. 30: Standardizovaná úmrtnost na rakovinu průdušnice, průdušky a plic – muži



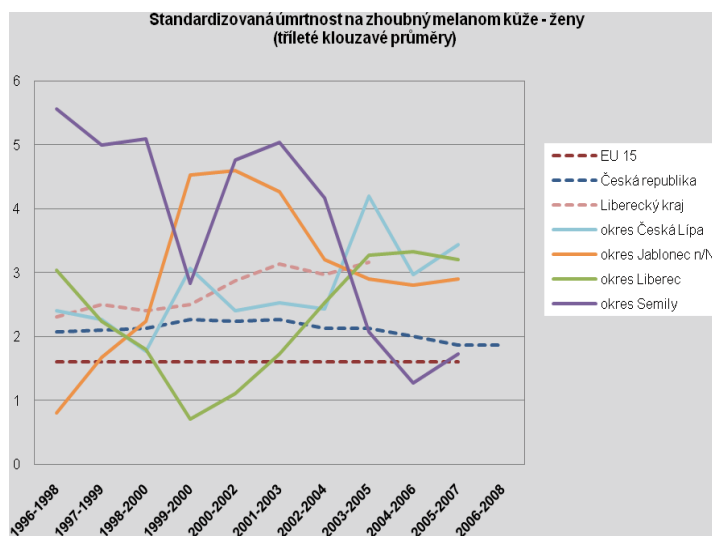
Graf č. 31: Standardizovaná úmrtnost na rakovinu průdušnice, průdušky a plic – ženy

Standardizovaná úmrtnost na rakovinu plic a průdušek je u mužů v ČR vyšší než v EU15 a má klesající trend v EU15 i v ČR, kde je poněkud rychlejší. Okresy Libereckého kraje se pohybují okolo průměru ČR, vyšší úmrtnost měly okresy Česká Lípa a Liberec, okres Semily se pohyboval okolo průměru EU15, od počátku současné dekády se však zde úmrtnost zvýšila.

Standardizovaná úmrtnost na rakovinu plic a průdušek u žen je výrazně nižší než u mužů, průměr ČR je blízký průměru EU15, průměr úmrtnosti je v Libereckém kraji vyšší. V ČR i EU15 je trend úmrtnosti žen, na rozdíl od mužů, vzestupný. Výrazně vyšší úmrtnost má v Libereckém kraji okres Česká Lípa a Liberec, nižší okres Semily.

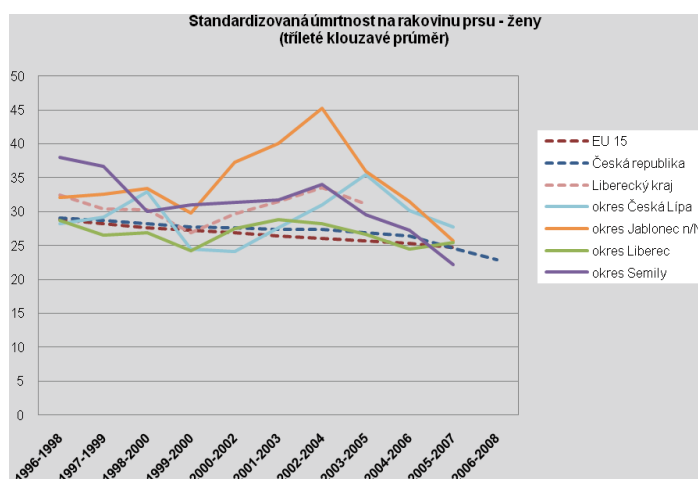


Graf č. 32: Standardizovaná úmrtnost na zhoubný melanom kůže – muži

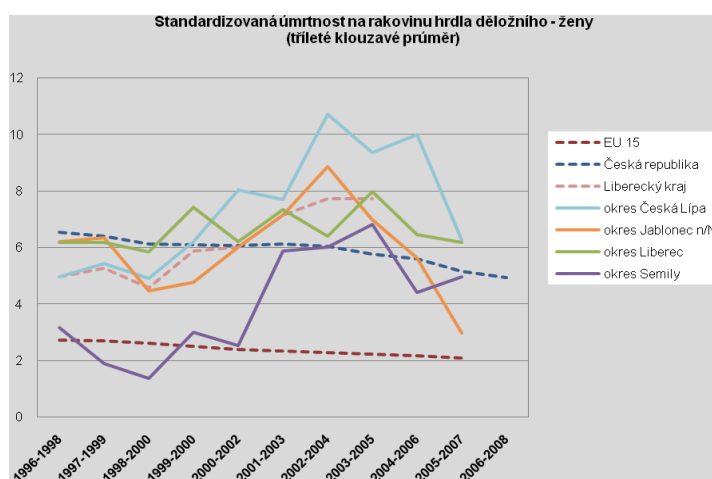


Graf č. 33: Standardizovaná úmrtnost na zhoubný melanom kůže – ženy

Standardizovaná úmrtnost na zhoubný melanom kůže je oproti jiným zhoubným nádorům relativně nízká, u českých mužů i žen je však vyšší než v EU15 a v Libereckém kraji byla vyšší než je průměr ČR. Trend úmrtnosti byl v ČR u mužů klesající, u žen tomu bylo naopak.



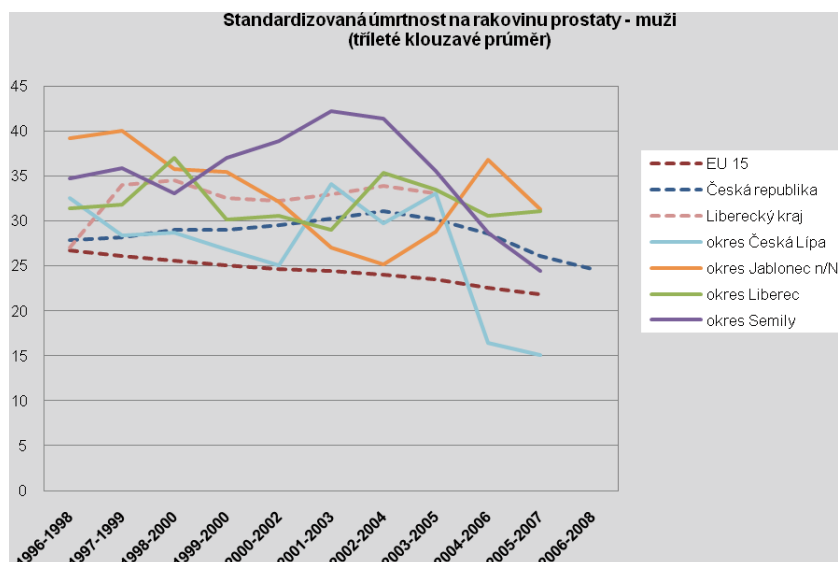
Graf č. 34: Standardizovaná úmrtnost na rakovinu prsu – ženy



Graf č. 35: Standardizovaná úmrtnost na rakovinu hrdla děložního – ženy

Standardizovaná úmrtnost na rakovinu prsu žen má v ČR dlouhodobě klesající trend, který je téměř shodný s trendem zemí EU15. Obdobná je i úroveň úmrtnosti v ČR a EU15. V Libereckém kraji byla úmrtnost o něco vyšší než je průměr ČR, rychlé snižování v posledních letech však vedlo k dosažení úrovně EU15 a ČR. Zřetelně vyšší úmrtností se vyznačoval okres Jablonec n. N., i zde však došlo k poklesu na úroveň průměru ČR.

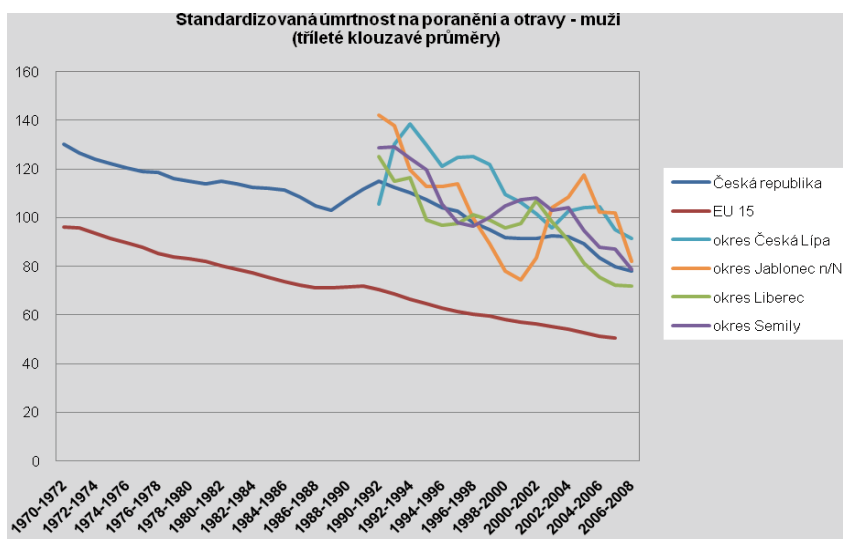
Standardizovaná úmrtnost na rakovinu děložního hrdla je v ČR podstatně vyšší než ve státech EU15 a v ČR i EU15 trvale klesá. V Libereckém kraji byl naopak až do roku 2002 stoupající trend úmrtnosti, který způsobil překročení průměru ČR.



Graf č. 36: Standardizovaná úmrtnost na rakovinu prostaty – muži

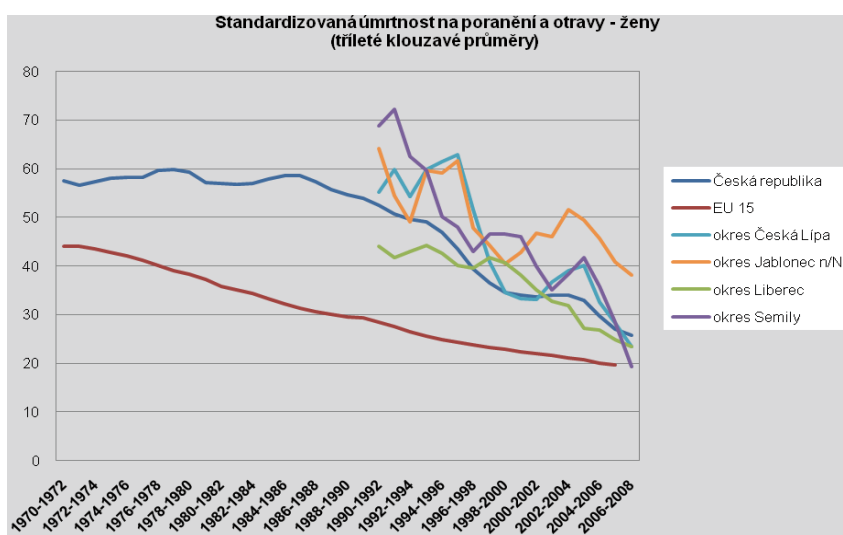
Standardizovaná úmrtnost na rakovinu prostaty mužů má v zemích EU15 dlouhodobě klesající trend, v ČR naproti tomu úmrtnost do r. 2003 stoupala, a až poté začala klesat. Dosud však je v ČR vyšší než v EU15. Hodnocení situace v okresech Libereckého kraje nedovoluje velká časová variabilita úmrtnosti v okresech, kraj však měl úmrtnost vyšší, než byl průměr ČR a zemí EU15.

1.3.5 ÚMRTNOST NA ÚRAZY, PORANĚNÍ A ÚMYSLNĚ SEBEPOŠKOZENÍ



Graf č. 37: Standardizovaná úmrtnost na poranění a otravy – muži

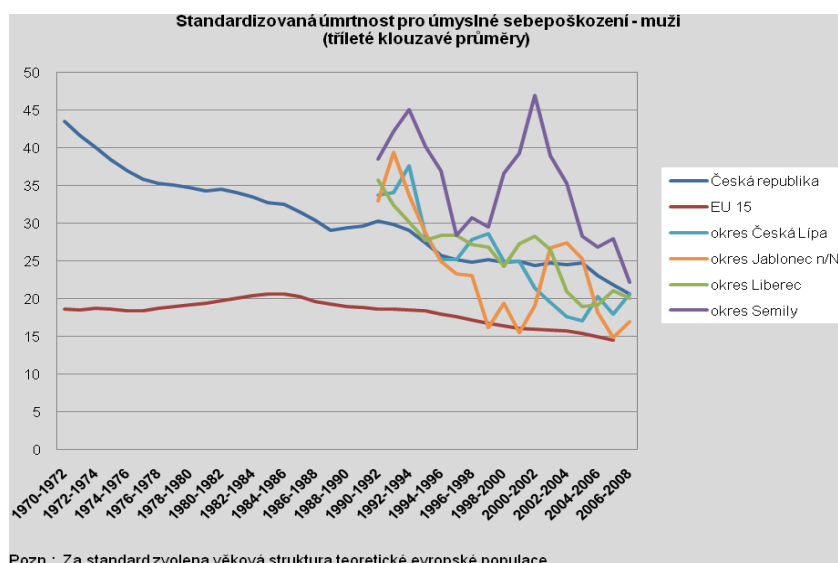
Pozn.: Za standard zvolena věková struktura teoretické evropské populace.



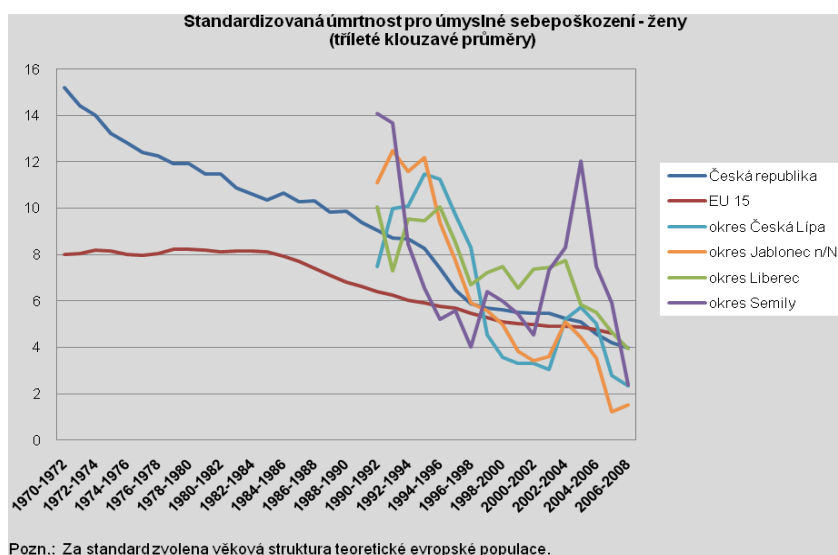
Graf č. 38: Standardizovaná úmrtnost na poranění a otravy – ženy

Pozn.: Za standard zvolena věková struktura teoretické evropské populace.

Standardizovaná úmrtnost na poranění a otravy v ČR i EU15 trvale klesá a u mužů v ČR i EU15 je dvojnásobná oproti úmrtnosti žen. Rychlejší pokles úmrtnosti žen v ČR než byl trend v zemích EU15 znamenal, že se úmrtnost v ČR u žen přiblížila EU15. Okres Semily této úrovně dosáhl, nad průměrem ČR a EU15 naopak zůstal v úmrtnosti žen okres Jablonec n. N. Muži z okresů Libereckého kraje mají úmrtnost o něco vyšší než je průměr ČR a značně vyšší než průměr zemí EU15.



Graf č. 39: Standardizovaná úmrtnost pro úmyslné sebepoškození – muži



Graf č. 40: Standardizovaná úmrtnost pro úmyslné sebepoškození – ženy

Standardizovaná úmrtnost pro úmyslné sebepoškození má u mužů i žen dlouhodobě sestupný trend v ČR i v zemích EU15. V ČR se okolo roku 2000 trend na několik let zastavil a od roku 2005 začal znovu klesat, rychleji než v EU15. Obdobná situace je v okresech Libereckého kraje, kde převyšuje průměr ČR okres Semily.

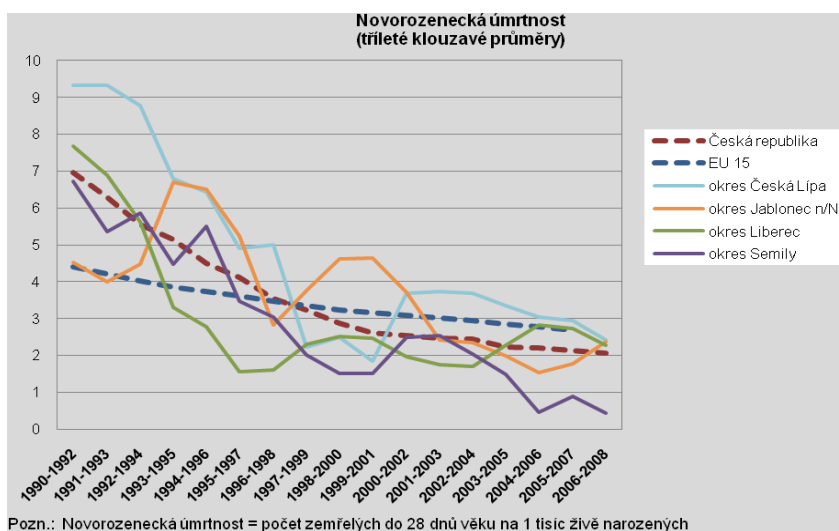
1.3.6 ÚMRTNOST NA INFEKČNÍ NEMOCI

Úmrtnost na infekční nemoci nepatří mezi hlavní příčiny úmrtí prakticky již od zavedení očkování a vynálezu antibiotik. Tomu odpovídají i statistiky za minulé období, kdy následkem infekčního onemocnění zemřelo: **v roce 2005 15 osob, v roce 2006 20 osob, 2007 12 osob, 2008 38 osob a v roce 2009 29 osob.** Mezi nejčastěji zastoupené diagnózy patřily septicémie a to zejm. nozokomiální. Dále pak invazivní pneumokoková onemocnění, průjemová onemocnění způsobená *Clostridium difficile*, *Salmonella Enteritidis*. Mezi další infekční onemocnění, která skončila úmrtím nemocného patřila onemocnění vyvolané *Listeria monocytogenes*, virová hepatitida B a C a tuberkulóza.

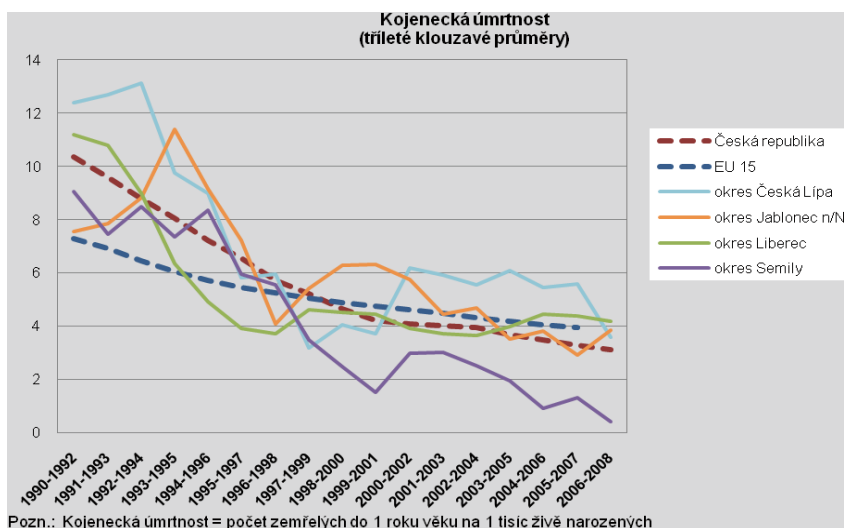
Přes relativně velmi nízká statisticky vykázaná čísla úmrtnosti, ovlivňují infekční onemocnění celkovou úmrtnost i nadále velmi významně, a to zejména u oslabených jedinců zhoršením průběhu a prognózy základního neinfekčního onemocnění.

Do určité míry jsou pak velmi nízká čísla zkreslena i desinterpretací základní příčiny úmrtí, kdy infekční onemocnění typu chřipky bývají zakryta jinými diagnózami.

1.3.7 NOVOROZENECKÁ A KOJENECKÁ ÚMRTNOST



Graf č. 41: Novorozenecká úmrtnost



Graf č. 42: Kojenecká úmrtnost

Novorozenecká a kojenecká úmrtnost v ČR i v zemích EU15 trvale klesají a ČR má od konce 90. let oba ukazatele nižší než EU15. Z okresů Libereckého kraje má tyto hodnoty výrazně nižší než průměr ČR i EU15 okres Semily.

1.4 NEMOCNOST

1.4.1 KARDIOVASKULÁRNÍ ONEMOCNĚNÍ

1.4.1.1 PRACOVNÍ NESCHOPNOST NA KVO

Rok	Počet případů pracovní neschopnosti na 100 000 nemocensky pojištěných			Průměrné trvání jednoho případu		
	celkem	muži	ženy	celkem	muži	ženy
2000	2 470	2 565	2 369	61,8	70,5	51,6
2001	2 522	2 649	2 387	57,9	66,5	47,8
2002	2 562	2 650	2 467	61,7	71,1	50,8
2003	2 638	2 809	2 450	67,1	77,0	54,6
2004	2 357	2 471	2 231	69,9	79,3	58,5
2005	2 668	2 872	2 438	71,4	79,5	60,7
2006	2 254	2 360	2 133	68,7	78,4	56,3
2007	2 206	2 355	2 040	71,1	82,0	57,0
2008	2 238	2 458	1 990	70,3	77,5	60,4

Tabulka č. 1: Ukončené případy pracovní neschopnosti

Počet případů pracovní neschopnosti mužů pro kardiovaskulární onemocnění v období 2000–2008 zpočátku stoupal, ale po roce 2005 výrazně klesl. Počet pracovních neschopností pro kardiovaskulární onemocnění byl v uvedeném období zřetelně nižší u žen než u mužů a podobně jako u mužů stoupal, ale po roce 2005 se výrazně snížil. Trvání pracovní neschopnosti bylo u žen okolo 20 dnů kratší.

1.4.1.2 DISPENZARIZACE PRO KVO

Vybraná diagnóza rok 2004	Počet dispenzari- zovaných	z toho ve věku (absolutně)		Celkový počet na 1 tisíc obyvatel
		45-64 let	65 a více let	
	Liberecký kraj			
Hypertenzní nemoci	62 143	29 115	24 846	145,1
Ischemické nemoci srdeční	34 743	13 951	18 531	81,1
- z toho akutní infarkt myokardu	4 121	2 242	1 658	9,6
Cévní nemoci mozku	9 824	3 131	6 423	22,9
	Česká republika			
Hypertenzní nemoci	1 474 016	678 787	609 075	144,0
Ischemické nemoci srdeční	845 894	340 269	458 122	82,7
z toho akutní infarkt myokardu	90 283	41 173	44 524	8,8
Cévní nemoci mozku	280 775	85 679	188 952	27,4

Tabulka č. 2: Pacienti dispenzarizovaní pro kardiovaskulární onemocnění z evidencí praktických lékařů pro dospělé v roce 2004

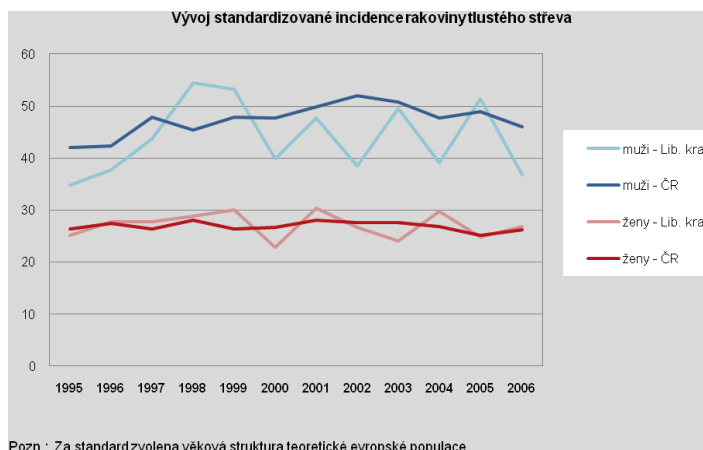
Vybraná diagnóza rok 2008	Počet dispenzari- zovaných	z toho ve věku (absolutně)		Celkový počet na 1 tisíc obyvatel
		45-64 let	65 a více let	
	Liberecký kraj			
Hypertenzní nemoci	70 408	31 472	28 841	161,6
Ischemické nemoci srdeční	36 446	15 026	18 627	83,6
- z toho akutní infarkt myokardu	4 667	2 293	2 048	10,7
Cévní nemoci mozku	10 647	3 489	6 894	24,4
	Česká republika			
Hypertenzní nemoci	1 612 697	728 946	674 433	154,6
Ischemické nemoci srdeční	797 282	309 888	440 168	76,4
- z toho akutní infarkt myokardu	85 276	37 707	42 986	8,2
Cévní nemoci mozku	265 783	76 738	183 324	25,5

Tabulka č. 3: Pacienti dispenzarizovaní pro kardiovaskulární onemocnění z evidencí praktických lékařů pro dospělé v roce 2008

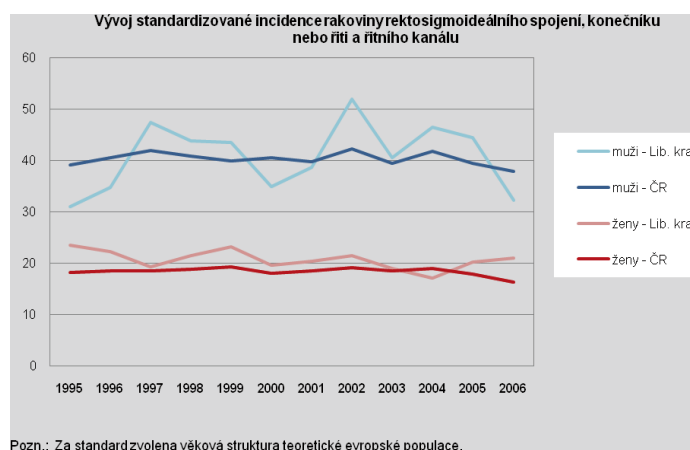
Počet dispenzarizovaných nemocných s hypertenzí na 1000 obyvatel se v roce 2008 oproti roku 2004 zvýšil v ČR i v Libereckém kraji; zvýšení zde bylo větší. Počet dispenzarizovaných na 1000 obyvatel pro ischemickou chorobu srdce v uvedené době v ČR mírně klesl, v Libereckém kraji se mírně zvýšil. Počet dispenzarizovaných na 1000 obyvatel pro cévní onemocnění mozku v tomto období v ČR i v Libereckém kraji zůstal stejný.

1.4.2 NÁDOROVÁ ONEMOCNĚNÍ

1.4.2.1 STANDARDIZOVANÉ INCIDENCE VYBRANÝCH ZHOUBNÝCH NOVOTVARŮ



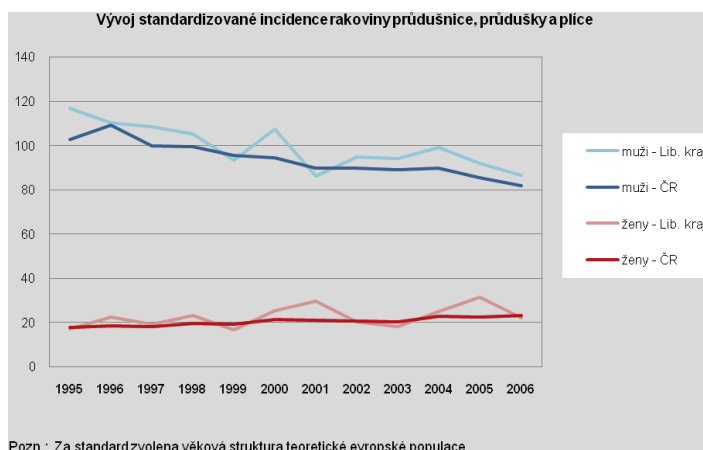
Graf č. 43: Standardizovaná incidence rakoviny tlustého střeva



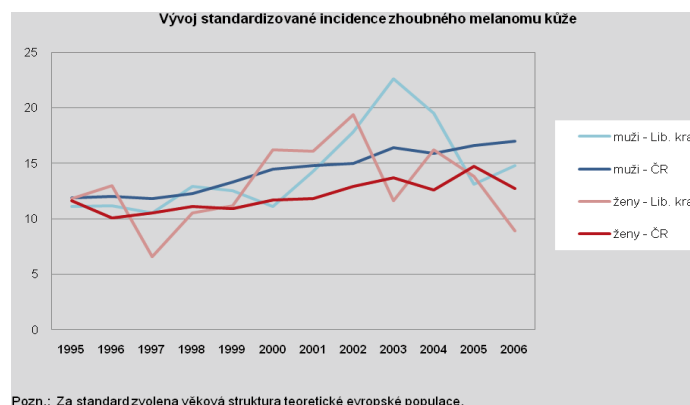
Graf č. 44: Standardizovaná incidence rakoviny rektosigmoideálního spojení, konečníku nebo řiti a řitního kanálu

Standardizovaná incidence rakoviny tlustého střeva od poloviny 90. let u mužů v ČR mírně stoupala, od roku 2002 se trend začal snižovat, zejména u mužů. U žen byl výskyt v Libereckém kraji výrazně nižší, na úrovni průměrů ČR, u mužů se pohyboval mírně pod průměrem ČR.

Standardizovaná incidence rakoviny rektosigmoidea a konečníku u mužů od poloviny 90. let měla setrvalý trend s náznakem poklesu incidence po roce 2004 u mužů i žen. Incidence mužů v Libereckém kraji byla oproti ženám dvojnásobná a shodná s průměry ČR.



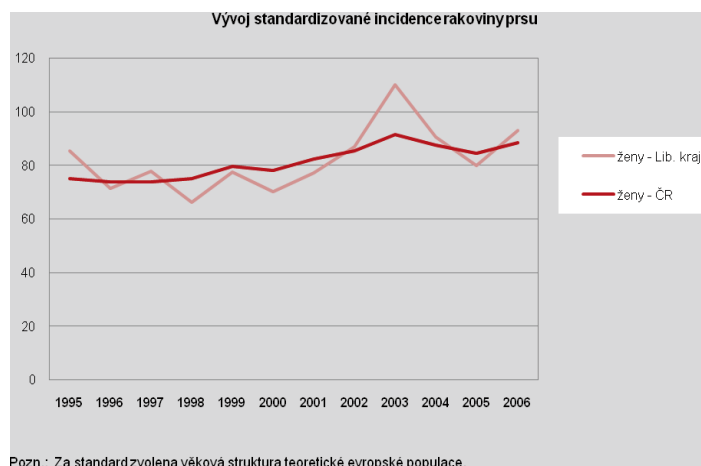
Graf č. 45: Standardizovaná incidence rakoviny průdušnice, průdušky a plic



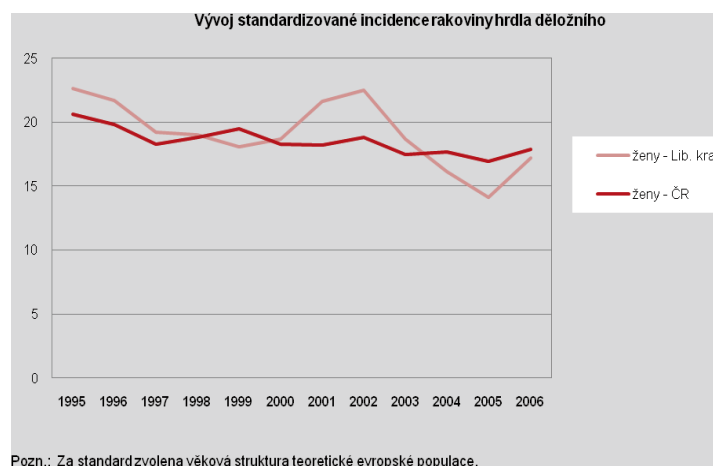
Graf č. 46: Standardizovaná incidence zhoubného melanomu kůže

Standardizovaná incidence rakoviny plic a průdušek mužů v letech 1995–2006 klesla asi o 1/5. Příznivý trend u mužů odpovídá situaci ve vyspělých zemích. U žen tento trend nenastal, incidence naopak o několik procent vzrostla, je však stále výrazně nižší než u mužů. Průměrné hodnoty za Liberecký kraj i ČR jsou si blízké.

Standardizovaná úmrtnost u zhoubného melanomu kůže u mužů i žen v Libereckém kraji i v ČR v letech 1995 – 2005 zřetelně stoupala, incidence u mužů byla zhruba o 1/3 vyšší než u žen. V Libereckém kraji byla incidence zhoubného melanomu obdobná s průměry ČR.

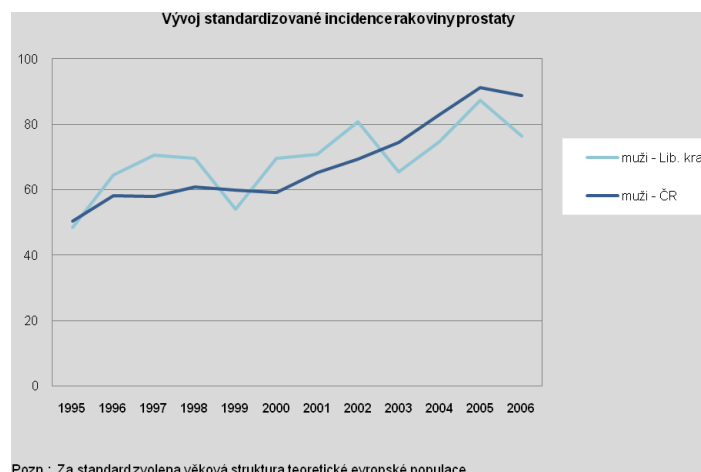


Graf č. 47: Standardizovaná incidence rakoviny prsu



Graf č. 48: Standardizovaná incidence rakoviny hrdla děložního

Standardizovaná incidence rakoviny prsu žen v letech 1995–2006 trvale mírně stoupala v Libereckém kraji i v ČR, naproti tomu rakoviny děložního hrdla v uvedeném období ubývalo. Situace v Libereckém kraji byla obdobná s průměry ČR.



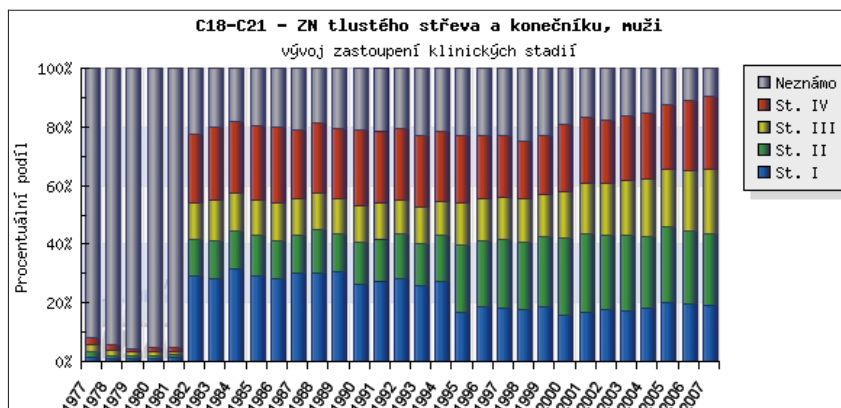
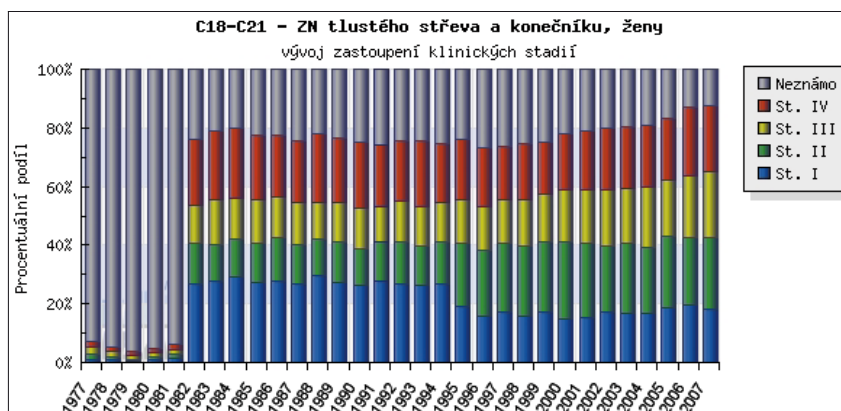
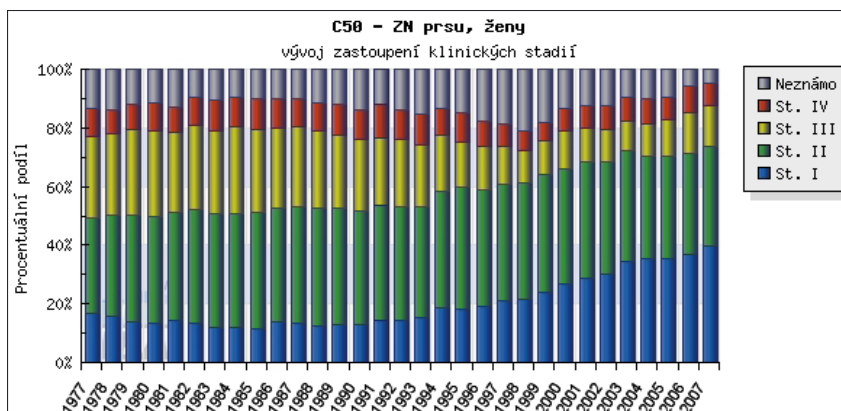
Graf č. 49: Standardizovaná incidence rakoviny prostaty

Standardizovaná incidence rakoviny prostaty v letech 1995–2006 výrazně stoupala. V posledním roce tohoto období se snad objevil náznak obratu. Vývoj incidence v Libereckém kraji byl obdobný s průměry ČR.

1.4.2.2 KLINICKÁ STADIA VYBRANÝCH ZHOUBNÝCH NOVOTVARŮ

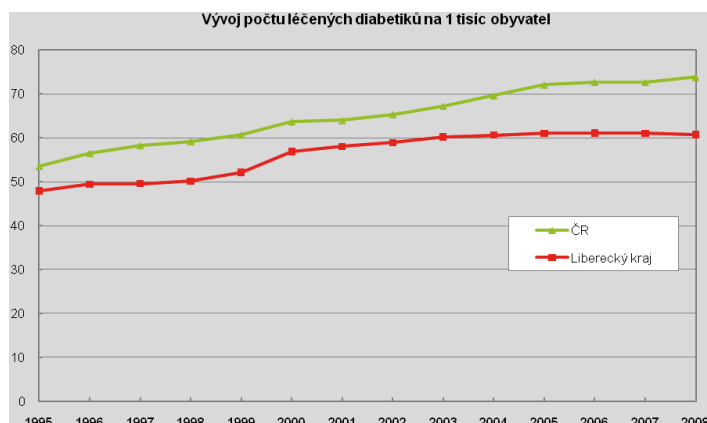
Pro úspěšnost léčby nádoru je rozhodující jeho objevení v časných stádiích vývoje. Z tohoto pohledu je:

nepříznivá úroveň zachytu karcinomu tlustého střeva a konečníku až v pozdních stádiích, naproti tomu se daří zachytit stále větší podíl karcinomu prsu v časných stádiích vývoje.

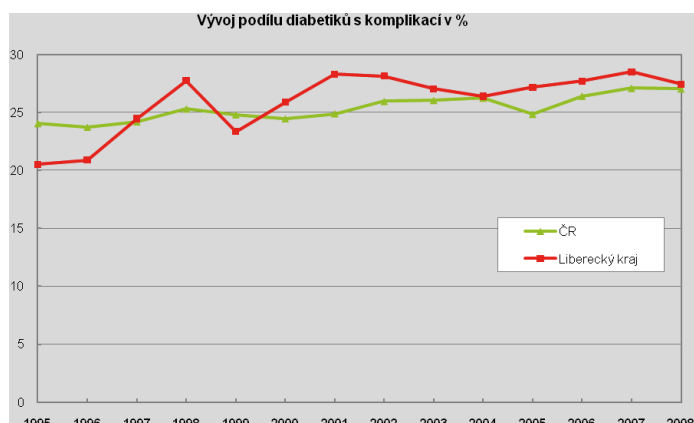

Graf č. 50: Klinická stadia rakoviny tlustého střeva a konečníku – muži

Graf č. 51: Klinická stadia rakoviny tlustého střeva a konečníku – ženy

Graf č. 52: Klinická stadia rakoviny prsu

1.4.3 DIABETES MELLITUS

1.4.3.1 POČET LÉČENÝCH DIABETIKŮ


Graf č. 53: Vývoj počtu léčených diabetiků

1.4.3.2 KOMPLIKACE DIABETU


Graf č. 54: Vývoj podílu diabetiků s komplikací

Liberecký kraj

Rok	Počet diabetiků celkem (k 31.12.)	podle komplikací v %							komplikace celkem
		diabet. nefropatie	z toho	diabet. retinopatie	z toho		diabet. noha	z toho	
			renální insuficience		proliferativní	slepota		s amputací	
1995	20 565	4,8	1,0	10,4	3,2	0,5	5,3	1,2	20,5
1996	21 221	5,7	1,1	9,9	2,9	0,4	5,2	1,3	20,9
1997	21 267	7,2	1,9	11,1	3,1	0,4	6,1	1,6	24,5
1998	21 530	7,5	2,0	14,3	3,4	0,5	6,0	1,6	27,7
1999	22 363	6,5	1,8	10,8	3,2	0,5	6,0	1,0	23,3
2000	24 421	8,5	2,3	11,2	3,0	0,5	6,1	1,2	25,9
2001	24 810	9,8	2,9	11,8	3,4	0,5	6,6	1,1	28,3
2002	25 176	10,6	3,2	11,3	3,1	0,5	6,3	1,1	28,1
2003	25 755	10,5	3,3	11,4	2,4	0,4	5,2	1,3	27,0
2004	25 915	9,9	3,1	11,8	3,0	0,5	4,7	1,1	26,4
2005	26 178	10,3	3,4	11,9	3,1	0,4	4,9	1,1	27,2
2006	26 320	10,1	3,5	12,1	3,0	0,3	5,5	1,1	27,7
2007	26 482	10,3	3,6	12,6	2,7	0,3	5,6	1,3	28,5
2008	26 581	9,8	3,5	12,6	2,5	0,2	5,0	0,9	27,4

Tabulka č. 4: Počet léčených diabetiků podle typů komplikací – LK

Česká republika

Česká republika									
Rok	Počet diabetiků celkem (k 31.12.)	podle komplikací v %							
		diabet. nefropatie	z toho	diabet. retinopatie	z toho		diabet. noha	z toho	komplikace celkem
			renální insuficience		proliferativní	slepota		s amputací	
1995	552 236	6,3	1,4	10,9	2,2	0,3	6,9	0,8	24,0
1996	582 426	6,4	1,6	11,0	2,2	0,3	6,3	0,9	23,7
1997	600 306	6,7	1,7	10,8	2,2	0,3	6,7	0,9	24,2
1998	609 030	7,2	1,9	11,1	2,2	0,3	7,0	0,9	25,3
1999	624 086	7,1	2,1	11,2	2,4	0,4	6,4	0,9	24,8
2000	654 164	7,4	2,1	11,3	2,5	0,3	5,8	0,9	24,4
2001	653 418	7,9	2,3	11,4	2,5	0,3	5,6	0,9	24,9
2002	667 135	8,5	2,5	11,8	2,5	0,3	5,7	1,0	26,0
2003	686 865	8,7	2,7	11,8	2,5	0,3	5,5	1,0	26,0
2004	712 079	8,9	2,7	11,8	2,6	0,3	5,6	1,0	26,2
2005	739 305	9,0	2,5	10,7	2,4	0,3	5,2	1,0	24,8
2006	748 528	9,3	2,9	11,6	2,7	0,3	5,5	1,0	26,4
2007	754 961	9,8	3,2	11,7	2,8	0,3	5,6	1,0	27,1
2008	773 561	9,8	3,4	11,7	2,8	0,3	5,6	1,1	27,0

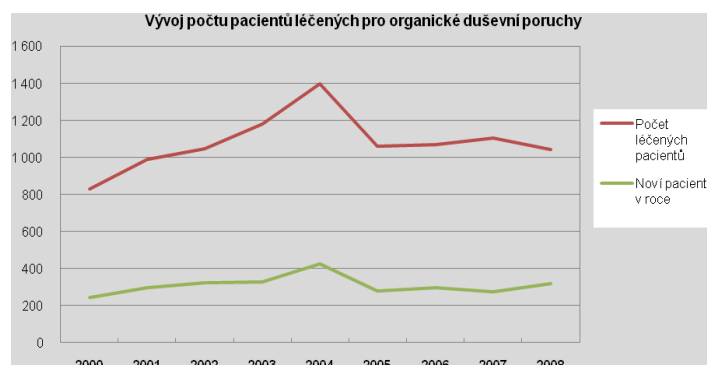
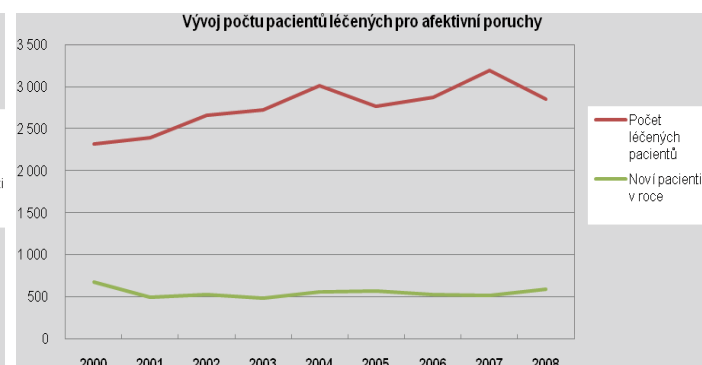
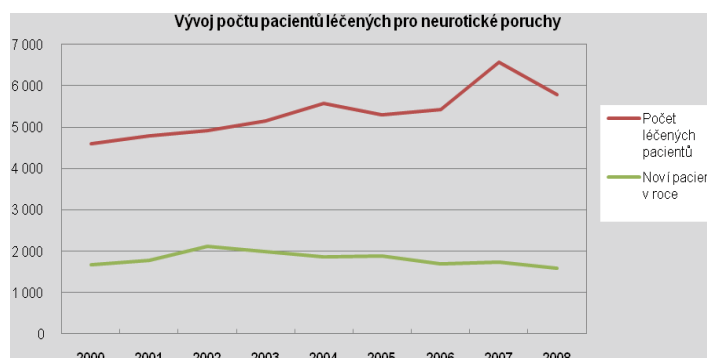
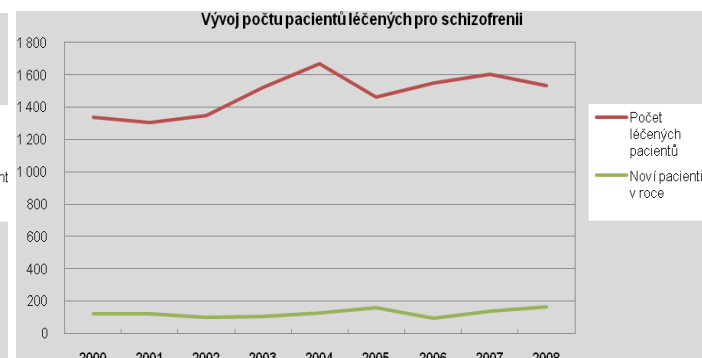
Tabulka č. 5: Počet léčených diabetiků podle typů komplikací – ČR

Pokračuje epidemie diabetes mellitus. V Libereckém kraji je počet léčených diabetiků menší než v ČR, i tak však překračuje 6 % populace. Kromě nárůstu celkového počtu diabetiků roste i počet a procento komplikací, zejména nefro a retinopatie. Tyto komplikace má až 28 % pacientů.

Příčinou neklesajícího počtu komplikací je nízká úspěšnost v dosažení optimální metabolické kompenzace diabetiků daná zřejmě jak nedostatečným využitím potenciálu léčby, tak nekázní či nízkou zainteresovaností pacientů.

1.4.4 PORUCHY DUŠEVNÍ A PORUCHY CHOVÁNÍ

Nemocnost na duševní poruchy a poruchy chování v Libereckém kraji kopíruje úroveň ČR. Naznačený trend vzestupu organických duševních poruch souvisí se stárnutím populace a bude tedy s největší pravděpodobností pokračovat. K jeho vývoji přispívá i vysoká konzumace alkoholu a nelze vyloučit ani dopady stresových situací v souvislosti s povodněmi.


Graf č. 55: Organické duševní poruchy

Graf č. 56: Afektivní poruchy

Graf č. 57: Neurotické poruchy

Graf č. 58: Schizofrenie

1. 4.5 ORÁLNÍ ZDRAVÍ

	Procento dětí s intaktním chrupem				
	1994	1997	2000	2003	2006
ČR	23,9	24,7	29,8	41,6	42,2
Severočeský kraj	.	.	30,4	.	.
Liberecký kraj	.	.	.	37,6	38,5

Tabulka č. 6: Děti ve věku 5 let bez zubního kazu

	Průměrná hodnota KPE (zkažený, chybějící nebo zaplombovaný zub)				
	1994	1997	2000	2003	2006
ČR	3,1	3,2	3,1	3,0	5,0
Severočeský kraj	.	.	3,3	.	.
Liberecký kraj	.	.	.	3,1	5,1

Tabulka č. 7: Kazivost chrupu dětí ve věku 12 let

Zatímco do 5 let věku stoupá procento dětí s intaktním chrupem, se školním věkem se vývoj obrací a dochází ke zhoršení orálního zdraví – 12 leté děti mají již více než 5 zkažených zubů. Tento stav chrupu je horší než ve vyspělých evropských zemích.

		Česká republika	Liberecký kraj	okres			
				Česká Lípa	Jablonec n. N.	Liberec	Semily
Počet vyšetřených osob		39 478	1 425	305	282	548	290
Procento osob	s alespoň 20 zuby bez indikace k extrakci	95,6	95,2	94,1	95,4	94,9	96,6
	s intaktním chrupem se sanovaným chrupem	0,1	0,1	0,0	0,4	0,0	0,3
	potřebujících extrakci	35,2	↑ 39,4	43,3	43,3	40,0	↓ 30,4
	potřebujících jen konzervační ošetření	10,7	↓ 9,1	7,2	8,9	↑ 11,7	6,6
	potřebujících jen konzervační ošetření	53,9	↓ 51,3	49,5	47,5	48,3	↑ 62,6
Zuby s neošetřeným kazem (K)		1,59	↓ 1,42	1,34	4,41	4,43	1,47
Zuby s výplní (P)		12,45	12,61	↓ 12,03	13,12	↓ 12,16	↑ 13,57
Zuby extrahované (E)		3,39	3,29	3,58	3,23	3,18	3,25
KPE zuby		17,43	17,31	16,95	17,76	↓ 16,77	↑ 18,29
Vlastní zuby bez indikace k extrakci		27,61	.	27,43	27,84	27,68	27,83
Procento osob bez parod. chobotu a s alespoň třemi sextanty s CPI = 0		35,0	↑ 38,1	40,0	↓ 31,8	↑ 42,6	33,4

Tabulka č. 8: Stav chrupu a parodontu u osob ve věku 35 až 44 let v roce 2006

↑↓ statisticky významný rozdíl proti zbytku ČR ↑ ↓ proti ostatním okresům

		Česká republika	Liberecký kraj	okres			
				Česká Lípa	Jablonec n. N.	Liberec	Semily
Počet vyšetřených osob		24 867	807	152	145	338	172
Procento osob	s alespoň 20 zuby bez indikace k extrakci	29,4	28,1	↓ 20,4	33,8	28,4	29,7
	s intaktním chrupem se sanovaným chrupem	52,2	↑ 57,0	64,1	55,8	60,4	↓ 45,9
	potřebujících extrakci	16,6	13,9	10,3	15,0	13,6	16,4
	potřebujících jen konzervační ošetření	31,2	29,1	25,6	29,2	26,0	↑ 37,7
	potřebujících jen konzervační ošetření	31,2	29,1	25,6	29,2	26,0	↑ 37,7
Zuby s neošetřeným kazem (K)		0,87	0,84	↓ 0,50	0,69	0,79	↑ 1,32
Zuby s výplní (P)		9,40	9,45	↓ 7,95	↑ 11,50	9,61	8,79
Zuby extrahované (E)		16,21	16,39	17,66	↓ 13,73	16,56	17,09
KPE zuby		26,56	26,68	26,11	25,93	26,96	27,20
Vlastní zuby bez indikace k extrakci		15,12	14,94	13,92	↑ 17,61	14,69	14,15

Tabulka č. 9: Stav chrupu u osob ve věku 65 let a více v roce 2006

↑↓ statisticky významný rozdíl proti zbytku ČR ↑ ↓ proti ostatním okresům

Rok	Liberecký kraj		Česká republika	
	Počet ošetření (vyšetření) na 100 obyvatel	Podíl preventivních prohlídek na počtu ošetření (v %)	Počet ošetření (vyšetření) na 100 obyvatel	Podíl preventivních prohlídek na počtu ošetření (v %)
2001	186	39,1	191	36,7
2002	184	39,3	190	37,5
2003	185	39,1	189	37,3
2004	181	40,5	188	40,2
2005	178	44,2	186	41,1
2006	173	44,7	181	41,6
2007	173	45,0	179	43,3
2008	182	43,2	188	39,8

Tabulka č. 10: Počet ošetření a podíl preventivních prohlídek u praktických zubních lékařů

Stav chrupu dospělých v Libereckém kraji koresponduje s ČR. Ve středním věku je průměrný počet 17 zkažených zubů, ve věku nad 65 let pak 27 zkažených či chybějících zubů. Jsou rozdíly ve stavu chrupu mezi okresy Libereckého kraje, nejhorší stav je v okrese Semily. Pozitivní je skutečnost, že stoupá podíl preventivních vyšetření a že tento podíl je vyšší než průměr ČR.

1.4.6 NEMOCNOST NA INFEKČNÍ NEMOCI

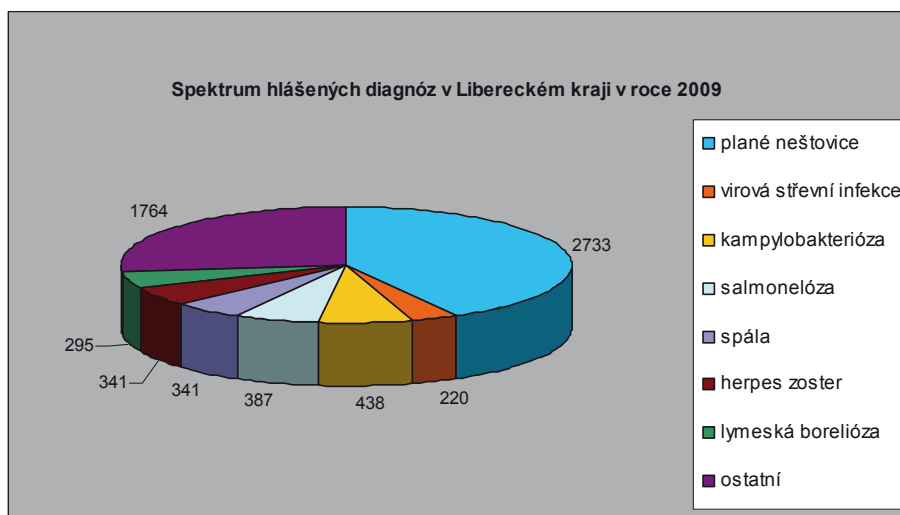
Hlášení infekčních onemocnění vychází v České republice z díky zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů v platném znění. Dle tohoto zákona, osoba poskytující péči, která zjistí infekční onemocnění, podezření na takové onemocnění nebo úmrtí na ně je povinna toto ohlásit příslušnému orgánu ochrany veřejného zdraví. Údaje o individuálně hlášených onemocněních jsou evidovány v celostátním systému hlášení infekčních nemocí EpiDat. **U některých, zejména lehce probíhajících infekcí, představují hlášené případy pouze vrchol ledovce a skutečný počet nemocných je daleko vyšší.** V počtech hlášených infekcí se rovněž odráží aktivní činnost pracovníků orgánu ochrany veřejného zdraví při vyhledávání případů onemocnění. **Systém hlášení přes všechny možné chyby umožňuje sledovat trendy výskytu infekčních onemocnění.**

V Libereckém kraji bylo v roce 2009 evidováno v registru EpiDat 6 519 povinně hlášených infekčních onemocnění (1 519 na 100 000 obyvatel kraje). Podle pohlaví: 3 279 mužů a 3 240 žen. V období předchozích 8 let, postupně od roku 2001 – 4 279, 2002 – 5 337, 2003 – 4 861, 2004 – 6 627, 2005 – 6 448, 2006 – 5 107, 2007 – 7 069, 2008 – 5 594 případů těchto nemocí.

V okrese Liberec bylo hlášeno v roce 2009 2 082 případů – 31,9 % všech hlášených nálezů v kraji, **v okrese Jablonec nad Nisou** 1 635 – 25,1 %, **v okrese Česká Lípa** 1 599 – 24,5 % a **v okrese Semily** 1 203 nálezů – 18,5 %.

Nejvyšší nemocnost byla v roce 2009 hlášena v okrese Jablonec nad Nisou (1 849 na 100 000 obyvatel), pak následují Semily (1 593 na 100 000 obyvatel), Česká Lípa (1 513 na 100 000 obyvatel) a Liberec (1 305 na 100 000 obyvatel).

I když výskyt některých dříve obávaných nemocí se u nás snížil, a to zejména infekcí, u kterých je zavedeno povinné očkování, výskyt jiných infekcí se v současnosti zvyšuje a objevují se nové infekční nemoci např. SARS, chřipka H5N1, chřipka pandemic (H1N1) 2009. Přibývá těžce probíhajících infekcí, které postihují osoby se sníženou obranyschopností. Nově se setkáváme s exotickými a tropickými infekcemi, které jsou importovány cestovateli ze zahraničí.



Graf č. 59: Spektrum hlášených diagnóz v LK v roce 2009

Sedm infekčních diagnóz bylo hlášeno ve vyšší četnosti než 200 případů za rok: plané neštovice, kampylobakteriíza, salmonelóza, herpes zoster, spála, lymeská borelióza a virové střevní infekce.

S výjimkou chřipky pandemic (H1N1) 2009 se jednalo o nemoci očekávané. Nebyla registrována žádná z nálezů, která by významně ohrožovala nebo podstatně změnila předpokládanou epidemiologickou situaci v kraji.

Vzdušné nákazy byly zastoupeny nejvíce – 54 %, z toho 77 % představovaly plané neštovice.

Alimentární nákazy se podílely 19 %, z nichž 66 % představovaly salmonelózy a kampylobakteriízy. Nejčastějším vehikulem jsou vejce a drůbeží maso, v menší míře pak cukrářské výrobky. V provozovnách společného stravování hraje podstatnou roli při vzniku onemocnění tzv. selhání lidského faktoru, tedy porušení hygienických zásad při přípravě pokrmů, zejména záměna pracovních ploch, nedodržování skladovacích teplot, nedodržení technologických postupů nebo společné skladování neslučitelných druhů potravin.

Výskyt salmonelóz i kampylobakterií je v Libereckém kraji pod průměrem ČR.

Na vzestupu jsou virové gastroenteritidy, což je způsobeno zaváděním laboratorní diagnostiky.

Infekce s jinou cestou přenosu nálezů se na celkovém počtu hlášených infekčních nemocí podílely 27 %, z nich nejvíce byl zastoupen **herpes zoster** (20 %).

1.4.6.1 ALIMENTÁRNÍ NÁKAZY

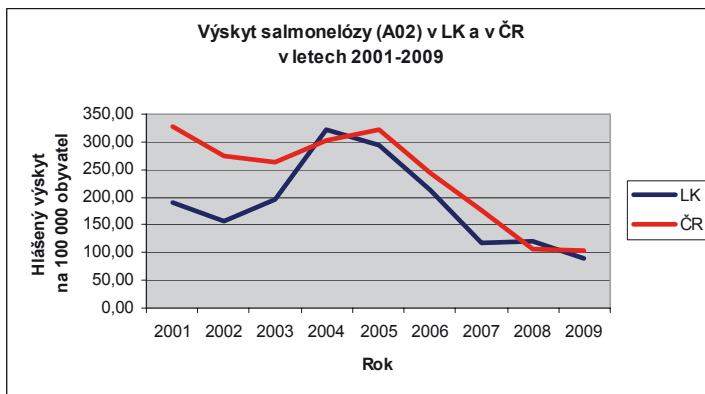
Tyfus abdominalis – dg.A01.0

Břišní tyfus není v současné době epidemiologickým problémem. V Libereckém kraji byli v evidenci pouze 4 nosiči břišního tyfu. V celé ČR 39. **Ojedinelé případy nových onemocnění se objevují pouze jako importovaná onemocnění.**

Salmonelózy – dg.A02

V roce 2009 bylo hlášeno 387 případů (90,2 na 100 000 obyvatel), v roce 2008 522 případů. Nejvyšší nemocnost byla v okrese Semily (180,1 na 100 000 obyvatel). Onemocnělo 179 mužů a 208 žen. Nejpočetněji zastoupenou věkovou skupinou byly děti 1–4 roky – celkem 118 onemocnění (30,5 % všech salmonelóz). Nejčastěji zastoupeným agens byla *S. Enteritidis* (v 344 případech, tj. 88,9 %). **Z konzumovaných potravin nemocní nejvíce udávali vejce a drůbeží maso.** V souvislosti se salmonelózou jsme v Libereckém kraji zaznamenali 2 epidemie (32 případů *S. Typhimurium* a 15 případů *S. Enteritidis*).

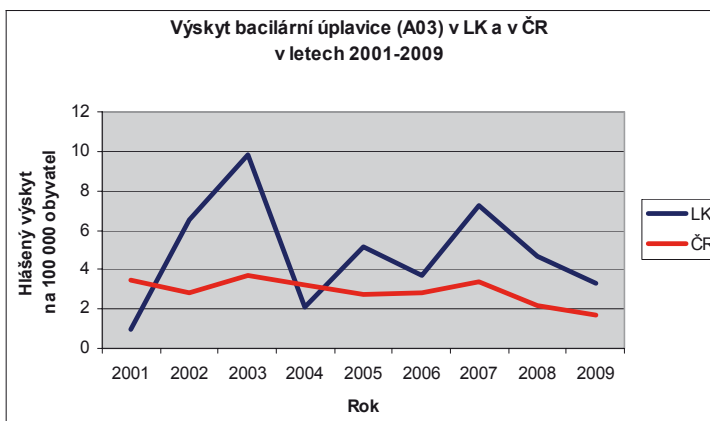
V celé ČR v roce 2009 bylo hlášeno 10 805 případů (tj. 103,2 na 100 000 obyvatel).



Graf č. 60: Výskyt salmonelózy v LK a v ČR v letech 2001–2009

Bacilární úplavice – dg.A03

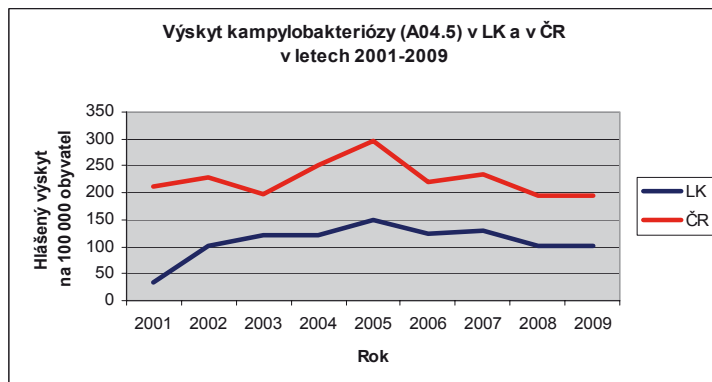
Příznivá zůstává situace u „nemoci špinavých rukou“ – **bacilární úplavice**. V roce 2009 jsme zaznamenali 14 onemocnění (3,3 na 100 000 obyvatel, v celé ČR 178 případů, tj. 1,7 na 100 000 obyvatel), v roce 2008 20 onemocnění. Věkové rozmezí: 1–43 let, nejpočetněji zastoupená věková skupina: 1–4 let (5 případů, tj. 35,7 %). Dle okresů – 10 případů Jablonec n. N a 4 Liberec, dle pohlaví – 5 mužů a 9 žen. Ve všech případech byla původcem *Shigella sonnei*. Ve 3 případech šlo o importovaná onemocnění (1x Egypt a 2x Bulharsko). Deset nemocných bylo z jednoho ohniska v okrese Jablonec n. N, ze sociálně slabé komunity.



Graf č. 61: Výskyt bacilární úplavice v LK a v ČR v letech 2001–2009

Kampylobakteriáza – dg.A04.5

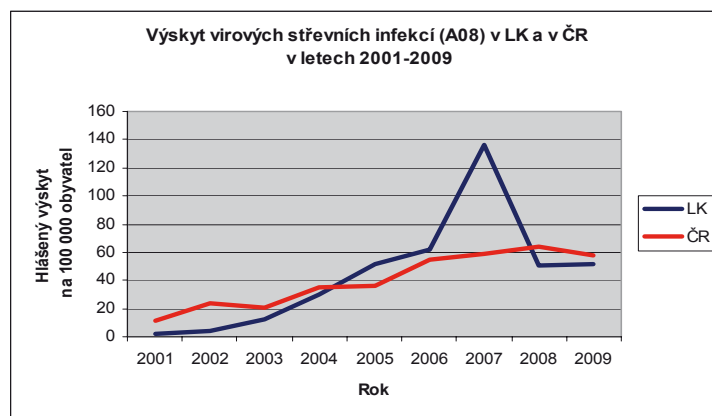
V roce 2009 bylo hlášeno 438 onemocnění (102,0 na 100 000 obyvatel), v roce 2008 442 onemocnění, v celé ČR v roce 2009 – 20 371 onemocnění, tj. 194,6 na 100 000 obyvatel. Dle pohlaví: muži 245, ženy 193. Nejvíce postižených bylo registrováno ve věkové skupině 1–4 letých (94 případů, tj. 21,5 %), nejvyšší nemocnost (172,1 na 100 000 obyvatel) byla evidována v okrese Semily. **V anamnéze uváděna nejčastěji konzumace drůbežího masa.**


Graf č. 62: Výskyt kamylobakterií v LK a v ČR v letech 2001–2009

Virové střevní infekce – dg.A08

V roce 2009 bylo hlášeno 220 případů virové enteritidy (51,3 na 100 000 obyvatel), v roce 2008 219 onemocnění. Onemocnělo 88 mužů a 132 žen ve věku 0–93 let, nejpočetněji zastoupenou věkovou skupinou byla kategorie 75+ let (58 onemocnění, tj. 26,4 % všech nemocných). Etiologicky – **noroviry 65x, rotaviry 140x a adenoviry 15x**. Laboratorní diagnostika rotavirů byla v LK zavedena již v roce 1994, adenovirů v květnu 2003 a norovirů v listopadu 2006.

83 onemocnění, tj. 38 %, bylo vykázáno ve 2 epidemiích (původci – *rotaviry* 33x a *noroviry* 50x). V ČR v roce 2009 byla nemocnost 58,0 na 100 000 obyvatel.

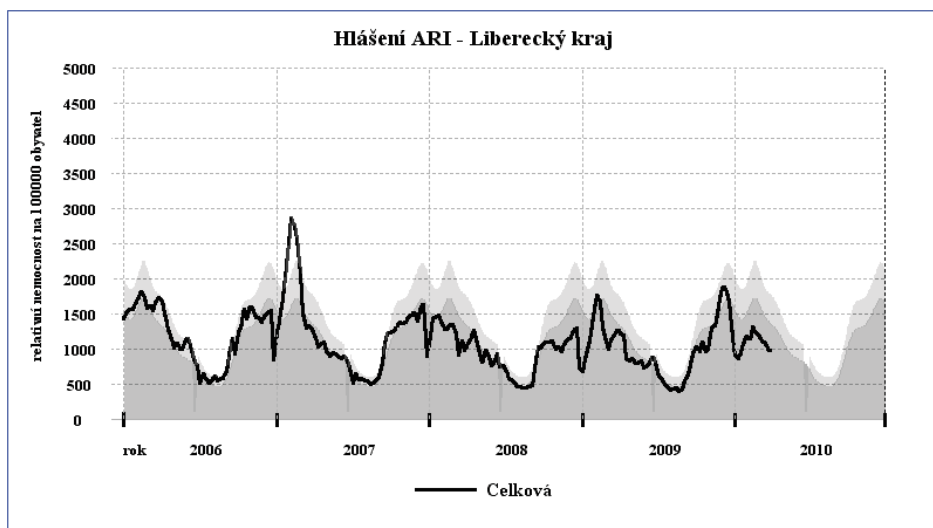

Graf č. 63: Výskyt virových střevních infekcí v LK a v ČR v letech 2001–2009

1.4.6.2 VZDUŠNÉ NÁKAZY

Akutní respirační infekce (ARI) včetně chřipky

Sběr dat o nemocných je prováděn odlišně od ostatních infekcí vykazovaných do EpiDat. Hlášení provádí praktičtí lékaři pro děti a dorost a praktičtí lékaři pro dospělé. Hlásí se počty nemocných, které se pak přepočítávají na 100 000 obyvatel. Epidemický práh je pro ČR stanoven 2 000 nemocných na 100 000 obyvatel.

V Libereckém kraji, stejně jako v České republice, Evropě i ve světě proběhla v sezóně 2009/10 pandemie chřipky. Celková nemocnost v Libereckém kraji významně nepřekročila epidemický práh, velmi závažný průběh byl ve 13 případech, v 7 případech došlo k úmrtí. Dominujícím kmenem byl pandemic (H1N1) 2009.


Graf č. 64: Hlášení ARI v LK

Difterie – Záškrt – dg.A36

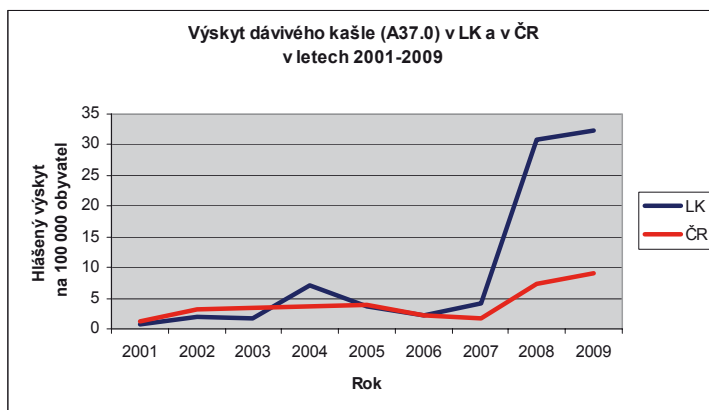
V ČR ani v Libereckém kraji nebylo hlášeno žádné onemocnění.

Pertussis – Černý kašel – dg.A37.0

V roce 2009 bylo hlášeno 139 případů pertuse (s nemocností 32,4 na 100 000 obyvatel byl Liberecký kraj 2. nejpoštěnějším krajem v ČR), v roce 2008 132 případů. Nejvyšší nemocnost byla v okrese Česká Lípa (68,1 na 100 000 obyvatel). Dle pohlaví – 46 mužů a 93 žen. Věk nemocných: 0–74 let, nejvíce ve věkové skupině 10–14 let (celkem 69 případů, tj. 50 % z celkového počtu) – viz graf č. 65. Očkováno bylo 133 osob, tj. 95,7 % všech nemocných. Za závažné je považováno onemocnění 2 kojenců. U jednoho očkování ještě nebylo zahájeno, u dalšího podána 1. dávka hexavakcíny.

V celé ČR 955 případů (9,1 na 100 000 obyvatel).

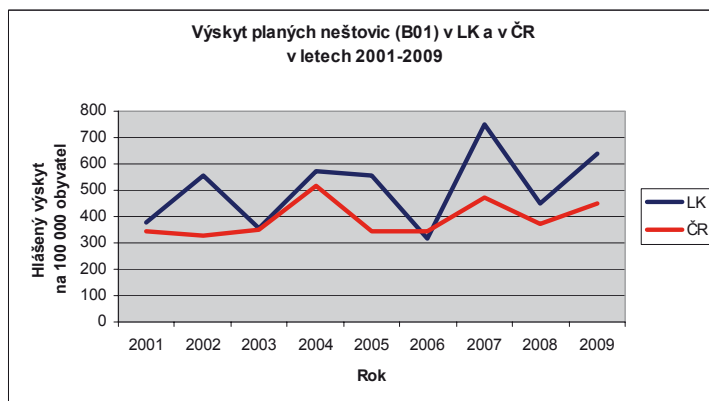
Problémem je zvyšující se počet případů dávivého kašle u očkováných jedinců.



Graf č. 65: Výskyt dávivého kašle v LK a v ČR v letech 2001–2009

Varicella – Plané neštovice – dg.B01

V roce 2009 onemocnělo varicellou celkem 2 733 osob (636,8 na 100 000 obyvatel – druhá nejvyšší nemocnost v rámci ČR), v roce 2008 bylo hlášeno 1 936 onemocnění planými neštovicemi. Dle pohlaví: muži 1 442, ženy 1 291. Nejčastěji onemocněly děti ve věku 1–4 let (1 159, tj. 42 %) a 5–9 let (1 169, tj. 43 %). 1 271 dětí (tj. 46 %) navštěvovalo kolektivy mateřských škol. Největší nemocnost zaznamenal okres Jablonec nad Nisou (1 201,1 na 100 000 obyvatel). V celé ČR 47 192 případů (450,8 na 100 000 obyvatel).



Graf č. 66: Výskyt planých neštovic v LK a v ČR v letech 2001–2009

Herpes zoster – Pásový opar – dg.B02

V roce 2009 bylo v Libereckém kraji hlášeno 341 případů herpes zoster (79,4 na 100 000 obyvatel), žen 137, mužů 204. Nejpočetněji zastoupena byla věková skupina 55–64 let (89 nemocných, tj. 26 %). Nejvyšší nemocnost (161,5 na 100 000 obyvatel) byla v okrese Semily. V roce 2008 319 případů. V ČR bylo v roce 2009 hlášeno 6 082 případů (58,1 na 100 000 obyvatel).

Morbilli – Spalničky – dg. B05

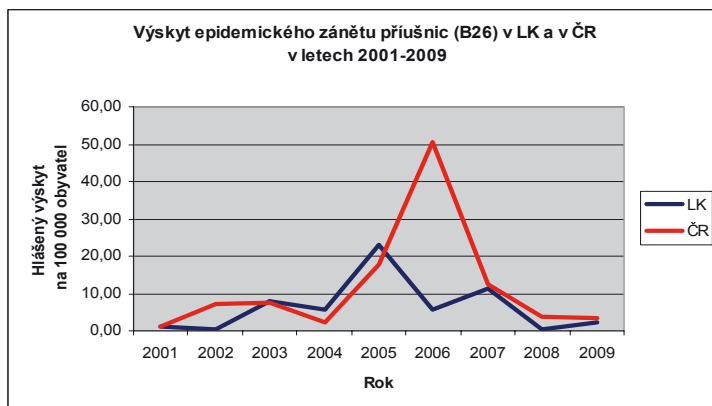
V Libereckém kraji nebylo hlášeno v letech 2001–2009 žádné onemocnění. V ČR bylo registrováno v roce 2009 5 případů (0,1 na 100 000 obyvatel).

Rubeola – Zarděnky – dg. B06

Byly hlášeny 2 případy (0,5 na 100 000 obyvatel), v roce 2008 žádný. V celé ČR 6 případů (0,1 na 100 000 obyvatel).

Parotitis epidemica – Příušnice – dg. B26

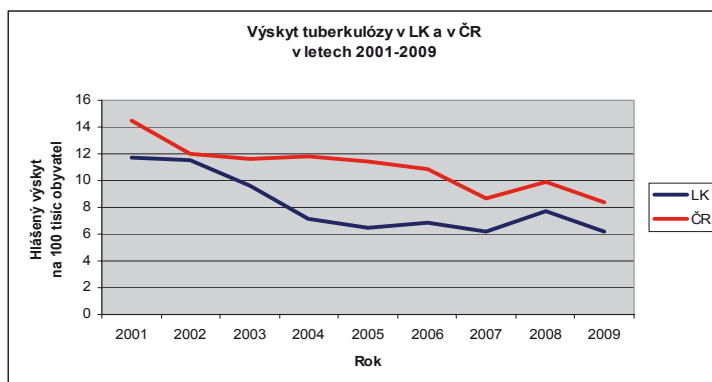
V roce 2009 bylo evidováno 9 případů parotitidy (2,1 na 100 000), v roce 2008 2 onemocnění. Onemocnělo 6 mužů a 3 ženy, ve věk. skupinách: 5–9 2x, 10–14 2x, 20–24 4x, 25–34 let 1x. Dle okresů: Jablonec n. N a Liberec po 4 případech, Česká Lípa 1. Nejvyšší nemocnost byla v okrese Jablonec n. N (4,5 na 100 000 obyvatel). **Ve 2 případech byl průběh komplikován orchitidou (neočkovaní muži 20–24 a 25–34 let) a 2x meningitidou (žena a muž věk. sk. 20–24 let, v minulosti neočkovaní).** V ČR v roce 2009 bylo zaznamenáno 357 případů (tj. 3,4 na 100 000 obyvatel).



Graf č. 67: Výskyt epidemického zánětu příušnic v LK a v ČR v letech 2001–2009

Tuberkulóza

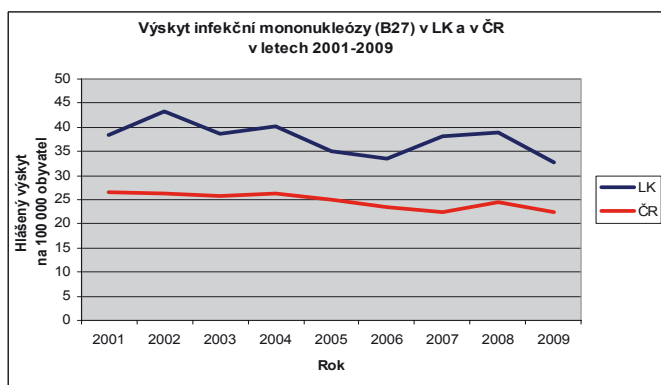
V roce 2009 onemocnělo tuberkulózou v Libereckém kraji 27 osob (6,2 na 100 000 obyvatel, v roce 2008 34 osob) s nejvyšší nemocností v okrese Liberec (8,1 na 100 000 obyvatel). Převažovali muži – 17 případů (63 %), maximum nemocných bylo ve věkové kategorii 65+ let (11 případů, tj. 41 %). V 5 případech se jednalo o cizí státní příslušníky (2x Vietnam a po 1 případu Ukrajina, Mongolsko a Slovensko). Nejčastěji se vyskytovala diagnóza tuberkulóza plic, ověřená kultivací – 9 případů (33 %), jako etiologické agens bylo u 17 osob potvrzeno *M. tuberculosis* (63 %). U 93 % osob – 25 případů – bylo vyšetření provedeno v souvislosti s obtížemi. Očkování proti tuberkulóze bylo zjištěno u 8 osob (30 %), 2 osoby (7 %) neočkované, u 17 (63 %) nezjištěno. Onemocnění netuberkulózní mykobakteriální infekcí bylo hlášeno u 3 nemocných (11 %). **V roce 2009 v Libereckém kraji 2 pacienti na tuberkulózu zemřeli** (mikroskopicky ověřená TBC plic u muže 55–64 let a akutní miliární TBC více lokalizací u muže 65+ let).



Graf č. 68: Výskyt tuberkulózy v LK a v ČR v letech 2001–2009

Infekční mononukleóza – dg. B27

V roce 2009 bylo v Libereckém kraji hlášeno 141 onemocnění infekční mononukleózou (32,8 na 100 000 obyvatel, v ČR nemocnost 22,3 na 100 000 obyvatel), s nejvyšší nemocností v okrese Semily (54,3 na 100 000 obyvatel); onemocnělo 75 mužů a 66 žen, nejvíce případů zahrnovala věková skupina 15–19 let (44 případů, tj. 31 %). V roce 2008 bylo v LK hlášeno 167 onemocnění.



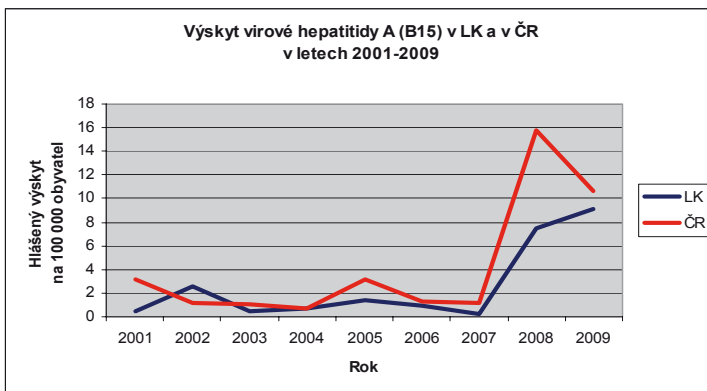
Graf č. 69: Výskyt infekční mononukleózy v LK a v ČR v letech 2001–2009

1.4.6.3 VIROVÉ HEPATITIDY

Virový zánět jater typu A – Hepatitis A – dg.B15

U **virové hepatitidy typu A** došlo v ČR k mírnému poklesu oproti roku 2008 (kdy bylo evidováno 1 655 případů; 15,9 na 100 000 obyvatel) – na 1 104 případů (10,6 na 100 000 obyvatel). V Libereckém kraji, s 32 případy v roce 2008, však k poklesu nedošlo – v roce 2009 bylo hlášeno 39 případů (9,1 na 100 000 obyvatel). Dle pohlaví: 16 mužů a 23 žen ve věku 1–64 let, nejvíce případů ve věkové skupině 5–9 let (9 případů, tj. 23,1% všech onemocnění). Dle okresů: Česká Lípa 15, Jablonec n. N. 14, Liberec 9 a Semily 1 případ. Nejvyšší nemocnost byla v okrese Jablonec n. N. (15,8 na 100 000 obyvatel). Po 10 případech bylo hlášeno v epidemiích v České Lípě a ve Velkých Hamrech.

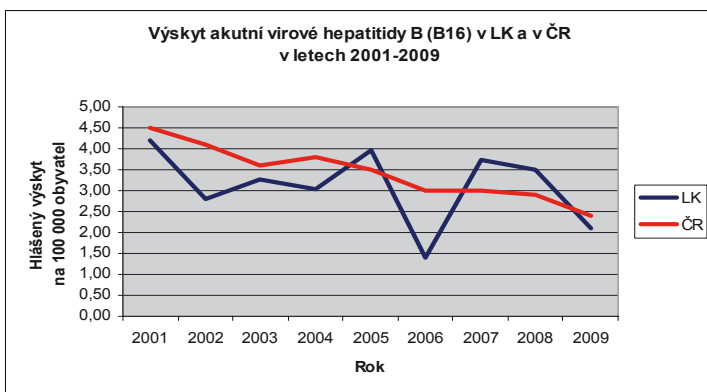
V celé ČR bylo v roce 2009 hlášeno 1104 případů (10,6 na 100 000 obyvatel).



Graf č. 70: Výskyt virové hepatitidy A v LK a v ČR v letech 2001–2009

Virový zánět jater typu B akutní – Hepatitis B – dg.B16

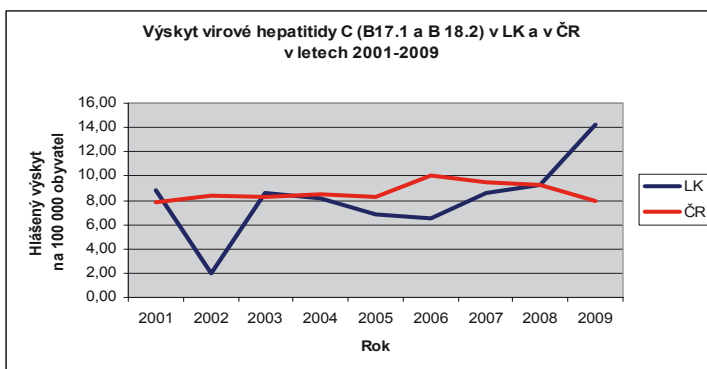
V roce 2009 bylo hlášeno 9 onemocnění (2,1 na 100 000 obyvatel), v roce 2008 15. Pět z okresu Liberec (zde nejvyšší nemocnost – 3,1 na 100 000 obyvatel), 2 z okresu Semily a po 1 z okresů Jablonec n/N a Česká Lípa. Věk nemocných – 6 mužů a 3 žen – byl v rozmezí 21–57 let, 20–24 2x, 25–34 3x, 35–44 3x a 55–64 let 1x. V celé ČR bylo zaznamenáno v roce 2009 247 případů (2,4 na 100 000 obyvatel).



Graf č. 71: Výskyt akutní virové hepatitidy B v LK a v ČR v letech 2001–2009

Virový zánět jater typu B chronický – dg.B18.1

V roce 2009 bylo hlášeno 44 onemocnění (10,2 na 100 000 obyvatel – nejvyšší nemocnost ze všech krajů v rámci ČR), v roce 2008 – 19 onemocnění. Počet vykázaných onemocnění je velmi závislý na aktivním pátrání epidemiologů v ohnisku nákazy. Dle okresů – Liberec – 23; Semily – 11; Česká Lípa – 7; okres Jablonec n/N – 3. Dle pohlaví – 27 mužů a 17 žen. Věk: 4–89 let. Nejvíce případů, 11 (tj. 25 %), bylo z věkové skupiny 45–54 let. **V roce 2009 se HBsAg pozitivním matkám narodilo 20 dětí, v roce 2008 16 dětí.**

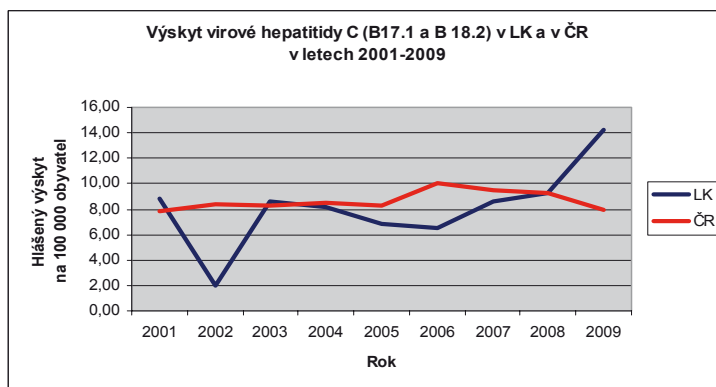


Graf č. 72: Výskyt chronické virové hepatitidy B v LK a v ČR v letech 2001–2009

Virový zánět jater typu C akutní – Hepatitis C – dg.B17.1

Epidemiologickým problémem je zvyšující se počet nemocných hepatitidou C podobně jak je tomu v jiných zemích.

V roce 2009 bylo hlášeno 10 případů (2,3 na 100 000 obyvatel – druhá nejvyšší nemocnost v rámci krajů ČR), v roce 2008 9 případů. Dle okresů – Jablonec n. N – 6 případů (současně nejvyšší nemocnost 6,8 na 100 000 obyvatel); Liberec – 3 případy; Česká Lípa – 1 případ. Nemocní (9 mužů a 1 žena) byli ve věku 15–50 let, dle věk. sk.: 15–19 2x, 20–24 2x, 25–34 2x, 35–44 2x, 45–54 1x a 55–64 let 1x. V 1 případě hlášena duální infekce s HIV onemocněním – anti-HCV reaktivita společně s anti-HIV reaktivitou zjištěna při komerčním dárcovství plazmy. V ČR 141 případů akutní VHC (1,3 na 100 000 obyvatel).



Graf č. 73: Výskyt virové hepatitidy C v LK a v ČR v letech 2001–2009

Virový zánět jater typu C chronický – dg.B18.2

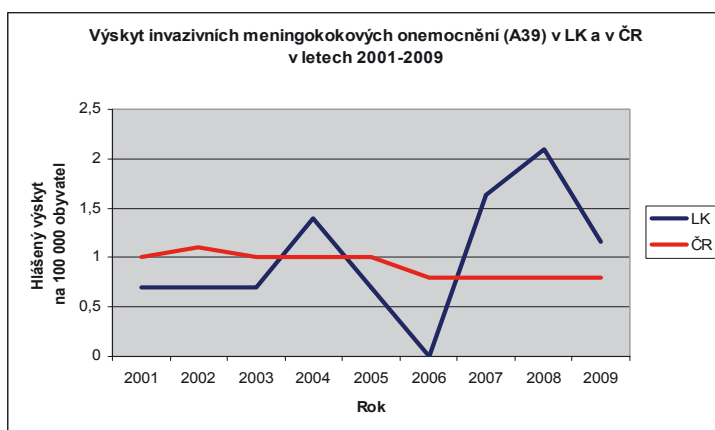
V roce 2009 bylo hlášeno 51 onemocnění (11,9 na 100 000 obyvatel), v roce 2008 31 onemocnění. 31 bylo evidováno v okrese Liberec (zde nejvyšší nemocnost – 18,3 na 100 000 obyvatel), po 9 případech okresy Semily a Jablonec n. N a 2 okresy Česká Lípa. Dle pohlaví – 31 mužů a 20 žen ve věku 16–77 let, nejvíce případů, 17 (tj. 33 %), bylo ve věkové skupině 25–34 let. Osm osob zjištěno při vyšetření v rámci komerčního dárcovství krevní plazmy. U 15 nemocných v anamnéze i.v. drogy. V ČR v roce 2009 hlášeno 702 (6,7 na 100 000 obyvatel) případů chronické VHC.

Virový zánět jater typu E akutní – dg.B17.2

V roce 2009 byla hlášena 3 onemocnění (0,7 na 100 000 obyvatel), v roce 2008 5 onemocnění.

1.4.6.4 NEUROINFEKCE**Invazivní meningokoková onemocnění – dg.A39.0, A39.1, A39.2**

V roce 2009 bylo hlášeno 5 onemocnění (1,2 na 100 000 obyvatel). Dle okresů: 2 případy Liberec, 2 Jablonec n. N a 1 Česká Lípa. Dle pohlaví: 3 ženy, věk. sk. 15–19 let 2x, 35–44, 2 chlapci věk. sk. 1–4 let 1x. Ve všech 5 N. meningitidis sk. B. V ČR v roce 2009 hlášeno 85 případů invazivního meningokokového onemocnění (0,8 na 100 000 obyvatel).



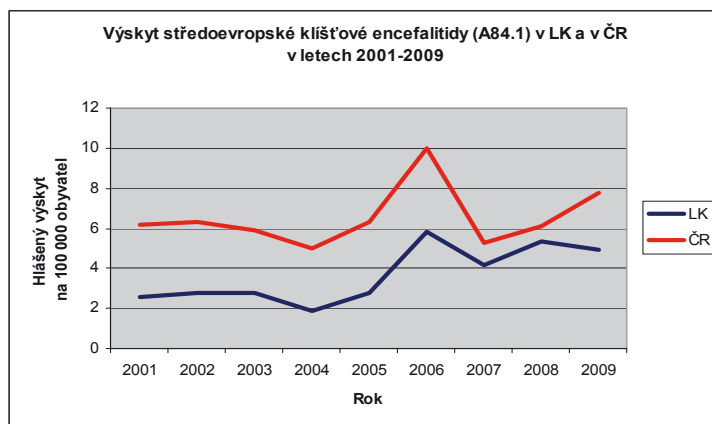
Graf č. 74: Výskyt invazivních meningokokových onemocnění v LK a v ČR v letech 2001–2009

Středoevropská encefalitida přenášená klíšťaty – dg.A84.1

V roce 2009 bylo hlášeno 21 onemocnění (4,9 na 100 000 obyvatel). Jako místo nákazy byla uvedena Česká Lípa, Nový Bor, Liberec, 1x nákaza importována (Chorvatsko).

Nikdo z nemocných KE, jejichž počet narůstá, nebyl v minulosti proti KE očkovan.

V ČR v roce 2009 816 případů (7,8 na 100 000 obyvatel).

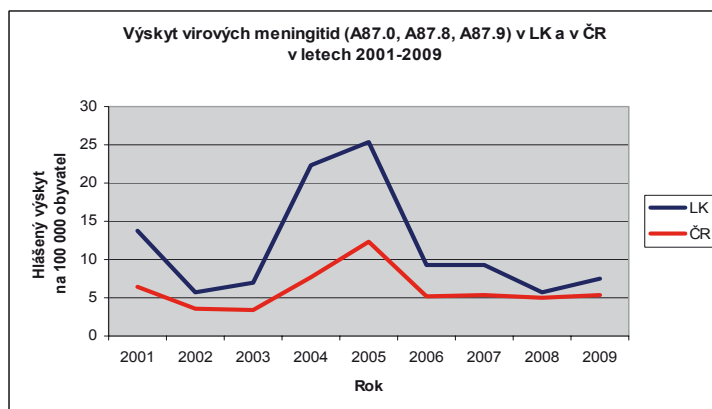


Graf č. 75: Výskyt středoevropské klíšťové encefalitidy v LK a v ČR v letech 2001–2009

Virové meningitidy – dg.A87.0, A87.8, A87.9

V roce 2009 onemocnělo virovou meningitidou 32 osob (7,5 na 100 000 obyvatel), v roce 2008 25 osob. Nejvyšší nemocnost byla zaznamenána v okrese Česká Lípa (10,4 na 100 000 obyvatel), absolutní počet onemocnění – Liberec 14, Česká Lípa 11, Semily 4 a Jablonec n. N 3. Nejvíce případů – 6 (tj. 19 %) bylo ve věkové skupině 25–34 let. Dle pohlaví: 21 mužů a 11 žen.

V ČR bylo v roce 2009 evidováno 563 případů (5,4 na 100 000 obyvatel).



Graf č. 76: Výskyt virových meningitid v LK a v ČR v letech 2001–2009

Bakteriální meningitidy – dg.G00

V roce 2009 bylo evidováno 6 případů purulentní meningitidy (1,4 na 100 000 obyvatel, v ČR 1,5 na 100 000 obyvatel). Věk nemocných 30–64 let, dle věkové skupiny: 25–34 1x, 35–44 1x, 45–54 1x, 55–64 let 3x. Dle pohlaví 3 ženy a 3 muži. Dle okresů – po 2 případech Liberec, Semily a Česká Lípa.

Etiologicky prokázán 3x *Str. pneumoniae* (sérotyp 6B, 10A, ve 3. případě neurčeno), 1x *E. coli* (nosokomiální infekce), 1x *Klebsiella sp.* A 1x plasmakoaguláza negativní stafylokok a *Pseudomonas aeruginosa*.



Graf č. 77: Výskyt bakteriální meningitidy v LK a v ČR v letech 2001–2009

1.4.6.5 ANTROPOZOONÓZY

Tularémie – dg.A21

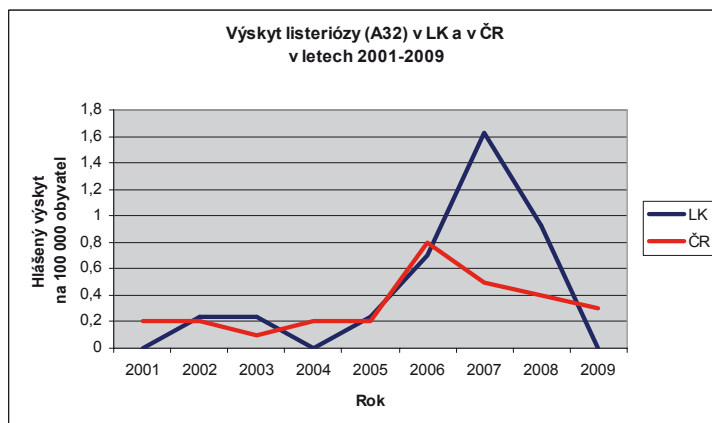
V roce 2009 onemocněly tularémií 3 osoby (0,7 na 100 000 obyvatel, v ČR v roce 2009 0,6 na 100 000 obyvatel).

Leptospiroza – dg.A27

V roce 2009 ani 2008 nebyla nahlášena, v roce 2007 2 případy. V ČR v roce 2009 32 případů (0,3 na 100 000 obyvatel).

Listerióza – dg.A32

Nehlášena, v roce 2008 – 4 případy. V celé ČR bylo v roce 2009 32 případů (0,3 na 100 000 obyvatel).

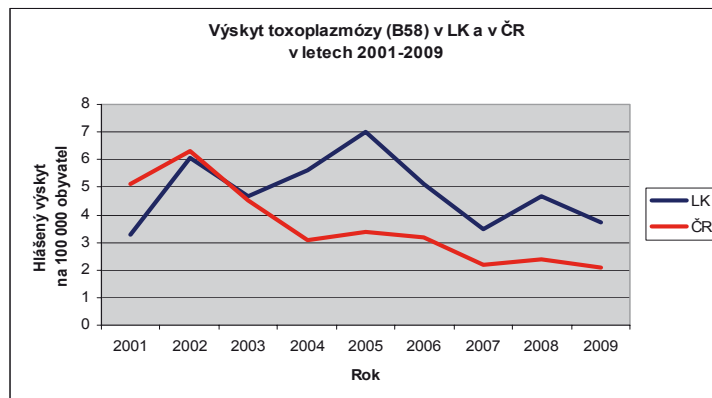


Graf č. 78: Výskyt listeriózy v LK a v ČR v letech 2001–2009

Toxoplazmóza – dg. B58

Hlášeno 16 onemocnění (3,7 na 100 000 obyvatel). Dle okresů – Jablonec nad Nisou – 8 případů; Česká Lípa – 4 případy a okresy Liberec a Semily po 2 případech. Nejvyšší nemocnost byla v okrese Jablonec n. N (9,0 na 100 000 obyvatel). Dle pohlaví: ženy 11, muži 5. Nejvíce případů hlášeno ve věkové skupině 35–44 let (5, tj. 31 %). **Nemocní nejčastěji udávali kontakt s kočkou a konzumaci syrového masa nebo práci s hlínou.** Převažovala forma uzlinová – 11x (69 %), 2x hlášena forma oční (12,5 %), po 1 případě (6,3 %) se jednalo o primoinfekci v graviditě, inaparentní nebo jinou formu.

V celé ČR byla nemocnost v roce 2009 2,1 na 100 000 obyvatel.



Graf č. 79: Výskyt toxoplazmózy v LK a v ČR v letech 2001–2009

Vzteklina – Rabies – dg.A82

Od roku 2004 je území ČR vztekliny prosté. Vzteklina netopýrů je považována za specifickou variantu nákazy a jejím výskytem není dotčen statut vztekliny prostého státu.

1.4.6.6 NÁKAZY PŘENÁŠENÉ ČLENOVCI

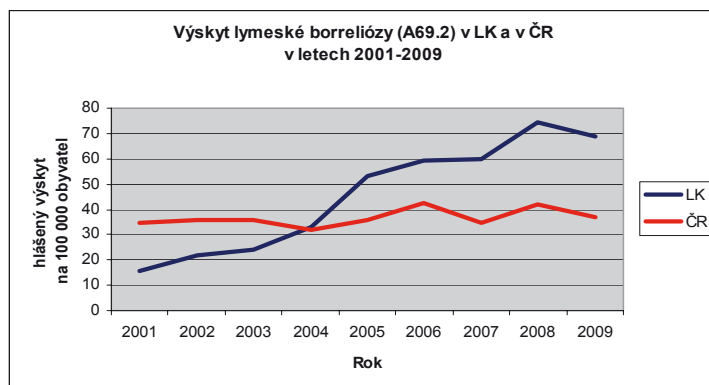
Lymeská borrelióza – dg.A69.2

V roce 2009 bylo v Libereckém kraji hlášeno 295 (68,7 na 100 000 obyvatel).

V Libereckém kraji je vykazována nejvyšší nemocnost lymeskou borreliózou ze všech krajů ČR.

V celé ČR 3 863 (36,9 na 100 000 obyvatel). Dle okresů – Liberec – 99, Semily – 82, Česká Lípa – 67 a Jablonec n. N – 47; dle pohlaví 131 mužů a 164 žen, ve věku 2–86 let. Nejvyšší nemocnost byla v okrese Semily (108,6 na 100 000 obyvatel). Nejčastěji zastoupenou věkovou skupinou byla kategorie 55–64 let, kde bylo hlášeno 66 případů (tj. 20 %).

Z klinických příznaků bylo nejčastěji pozorováno erythema migrans 1 ložisko – 229x (78 %). V anamnéze je uvedeno přisátí klíštěte 204x (69 %) a pobodání hmyzem 39x (13 %). Nejčastěji byl jako místo nákazy uveden Liberec (39x, tj. 13 %), Česká Lípa (32x, tj. 11 %) a Turnov (22x, tj. 7 %). Zvyšující se počet hlášených onemocnění souvisí se zlepšujícím se systémem hlášení v Libereckém kraji.



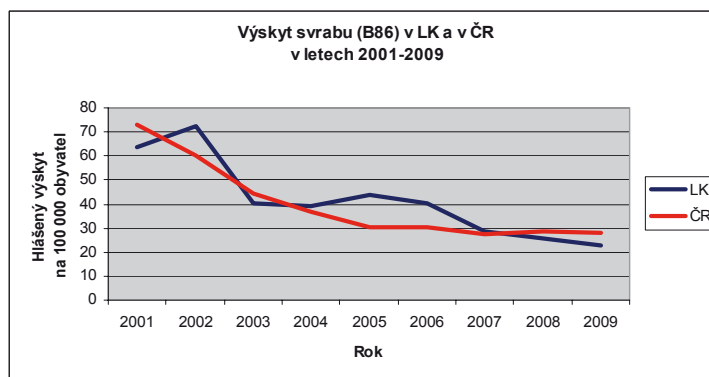
Graf č. 80: Výskyt lymeské borreliózy v LK a v ČR v letech 2001–2009

Hlístové a parazitární nákazy, mezi které patří např. Giardióza – dg.A07.1, Enterobiasis dg.B80, Toxokaróza – dg.B83.0 se vyskytují pouze výjimečně.

Svrab – Scabies – dg.B86

V roce 2009 onemocnělo 97 osob (22,6 na 100 000 obyvatel), v roce 2008 111 osob. Dle pohlaví – 48 mužů a 49 žen ve věku 0–82 let, nejčastěji zastoupenou věkovou skupinou byla 25–34 let (16 případů), nejvyšší nemocnost v okrese Česká Lípa (64,3 na 100 000 obyvatel).

Výskyt sporadický či rodinný. V ČR bylo v roce 2009 evidováno 2 935 případů (28,0 na 100 000 obyvatel).



Graf č. 81: Výskyt svrabu v LK a v ČR v letech 2001–2009

1.4.6.7 POHLAVNÍ NÁKAZY

HIV – dg. B24

V Libereckém kraji evidujeme k 31. 12. 2009 celkem 34 HIV pozitivních osob. V pořadí krajů tento počet představuje střed.

KRAJ / OKRES*	ZPŮSOB PŘENOSU A POHLAVÍ								CELKEM		
	HO	ID	IH	TR	HT	MD	NO	NE	celkem	muži	ženy
Liberecký kraj	8M	3M 2Ž	1M	0	8M 9Ž	1Ž	0	1M 1Ž	34	21M	13Ž
Česká Lípa	3M	2M	0	0	1M 1Ž	0	0	1Ž	8	6M	2Ž
Jablonec nad Nisou	2M	0	0	0	3M 4Ž	1Ž	0	0	10	5M	5Ž
Liberec	2M	1M 1Ž	1M	0	3M 3Ž	0	0	1M	12	8M	4Ž
Semily	1M	1Ž	0	0	1M 1Ž	0	0	0	4	2M	2Ž
CELKEM	16M	6M 4Ž	2M		16M 18Ž	2Ž		2M 2Ž			

Vysvětlivky

Pohlaví:

M - muž, Ž - žena

Způsob přenosu:

HO - homosexuální / bisexuální

TR - příjemci krve a krevních přípravků

NO - nozokomiální

ID - injekční uživatelé drog

HT - heterosexuální

IH - injekční uživatelé drog + homo/bisex.

MD - z matky na dítě

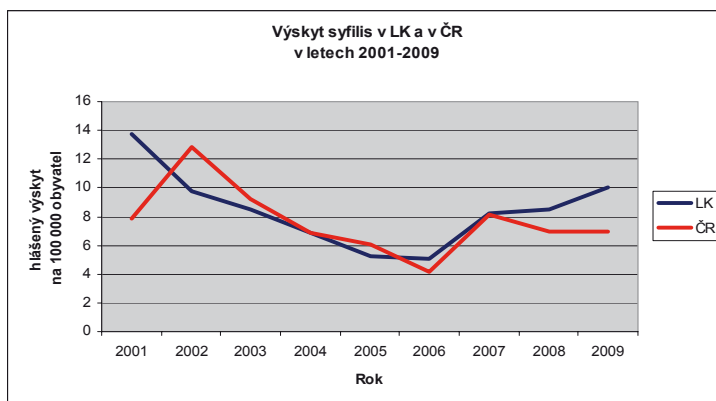
NE - nezjištěný / jiný

Kraj / okres: trvalé či přechodné bydliště v době prvního zachytu HIV/AIDS

Tabulka č. 11: Způsob přenosu HIV a rozložení dle pohlaví

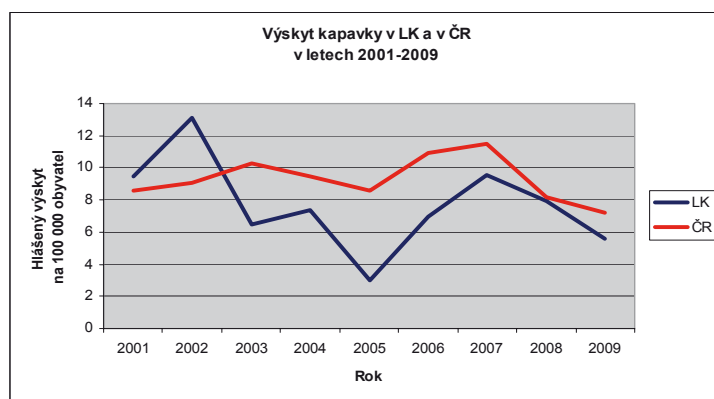
Syfilis – Příjice – Lues

V roce 2009 onemocnělo v Libereckém kraji 30 osob (7,0 na 100 000 obyvatel), což je o 3 % méně než v roce 2008, nejvíce v okrese Liberec (13x, tj. 43 % případů), nejvyšší nemocnost byla evidována v okrese Česká Lípa (10,4 na 100 000 obyvatel). Poměr pohlaví – muži 16 a ženy 14. Šest případů (20 %) bylo hlášeno u cizích státních příslušníků (3x Ukrajina, 2x Polsko a 1x Mongolsko). Nejvíce nemocných bylo ve věkové skupině 25 až 34 let (15, tj. 50 %). Nejčastěji se vyskytovala diagnóza primární genitální syfilis – 6 případů (20 %). U 53 % – 16 případů bylo onemocnění zjištěno náhodně. 5x bylo onemocnění diagnostikováno u gravidních žen. Jedna osoba (diagnóza latentní syfilis neurčená) byla zároveň HIV pozitivní. Hospitalizováno bylo 29 nemocných (97 %).


Graf č. 82: Výskyt syfilis v LK a v ČR v letech 2001–2009

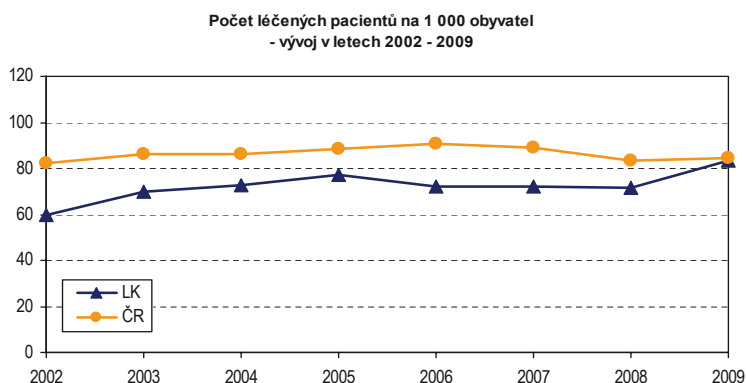
Kapavka – Gonokoková infekce

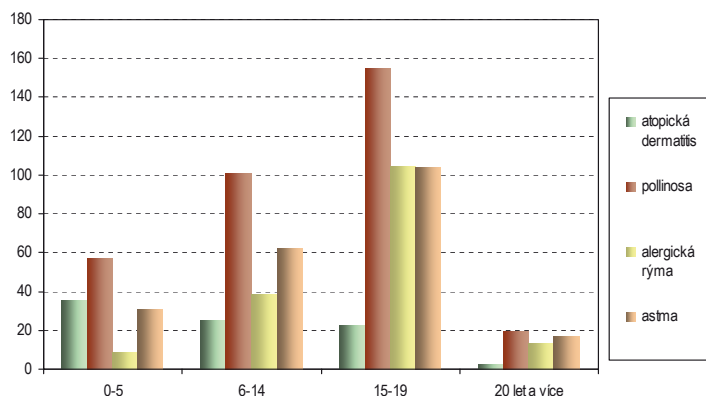
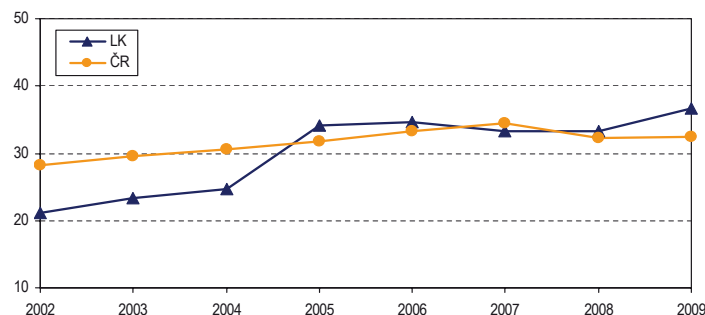
V roce 2009 onemocnělo 24 osob (5,6 na 100 000 obyvatel), což je o 29 % méně než v roce 2008. Nejvíce v okrese Liberec (11 případů), kde byla současně nejvyšší nemocnost (6,9 na 100 000 obyvatel). Obě pohlaví postižena shodně – po 12 případech. Většina nemocných byla ve věku od 15–24 let – 13 případů (tj. 54 %). V 1 případě se jednalo o cizince (Slovensko). U 54 % – 13 případů – bylo onemocnění zjištěno na základě typických potíží. Jedna osoba byla zároveň HIV pozitivní. Léčba probíhala ve všech 24 případech ambulantně.


Graf č. 83: Výskyt kapavky v LK a v ČR v letech 2001–2009

1.4.7 ALERGIE

Alergie neboli přecitlivělost je v podstatě pozměněná či inadekvátní reakce imunitního systému člověka, která má pro jeho organismus různé, avšak vždy nepříznivé následky. Přestože u řady alergických onemocnění se předpokládá vztah k dědičnosti, je alergie zároveň odrazem životního stylu, způsobu výživy či expozice alergenům životního prostředí.


Graf č. 84: Počet léčených pacientů na 1 000 obyvatel – vývoj v letech 2002–2009

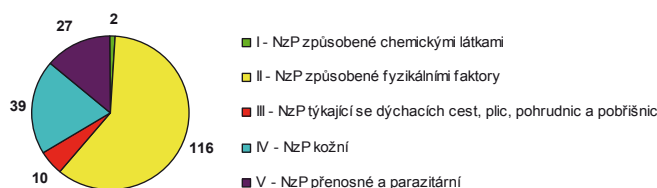
Počet dispenzarizovaných pacientů podle věkových skupin
na 1 000 obyvatel téže věkové skupiny - rok 2009**Graf č. 85: Počet dispenzarizovaných pacientů dle věkových skupin na 1000 obyvatel téže věkové skupiny – rok 2009**Počet dispenzarizovaných pacientů pro pollinosu
na 1 000 obyvatel - vývoj v letech 2002 - 2009**Graf č. 86: Počet dispenzarizovaných pacientů pro pollinosu na 1000 obyvatel – vývoj v letech 2002–2009**

Počet alergických onemocnění v Libereckém kraji stoupá, v roce 2009 dosáhl úrovně České republiky. V mladších věkových skupinách trpí alergií přes 30 % populace. Nejčastějšími projevy alergie jsou pollinosa (senná rýma), alergická rýma, astma a atopická dermatitida.

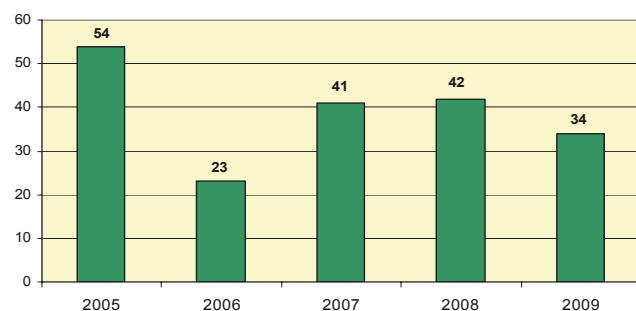
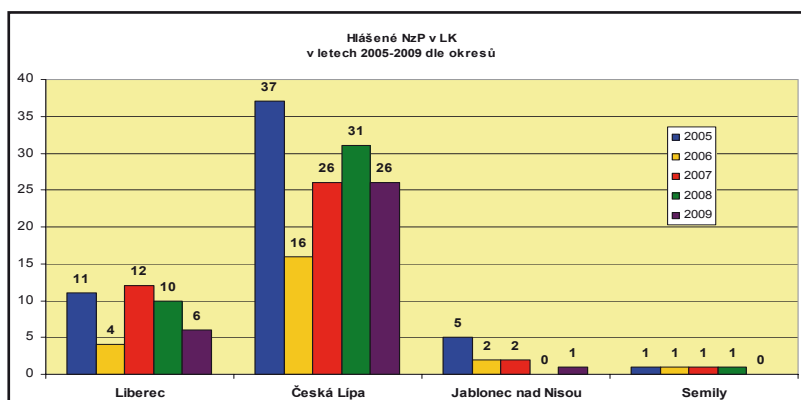
1.4.8 NEMOCI Z POVOLÁNÍ

V průběhu 5 let bylo celkem 116 nemocí z povolání způsobeno fyzikálními faktory, z toho 4 případy profesionální nedoslýchavosti z hluku, 5 případů nemocí periferních nervů z vibrací, 22 onemocnění šlach, šlachových pochev z jednostranné nadměrné zátěže, 85 onemocnění periferních nervů z jednostranné nadměrné zátěže. 10 nemocí z povolání se týkalo dýchacích cest, z toho 5x astma, 2x alergická rýma, 2x silikóza, 1x silikotuberkulóza. Kožních nemocí bylo celkem 39 jednalo se o kontaktní alergické ekzémy a iritativní dermatitidy. Nemocí přenosných bylo celkem 27, z toho 20x svrab, 3x plané neštovice, 1x tuberkulóza, 1x žloutenka, 1x leptospiroza.

Výskyt NzP v letech 2005 - 2009

**Graf č. 87: Výskyt nemocí z povolání v LK v letech 2005–2009**

NzP v LK v letech 2005 - 2009

**Graf č. 88: Nemoci z povolání v LK v letech 2005–2009**Hlášené NzP v LK
v letech 2005-2009 dle okresů**Graf č. 89: Hlášené nemoci z povolání v LK v letech 2005–2009 dle okresů**

Největší výskyt nemocí z povolání v okrese Česká Lípa souvisí se strukturou průmyslu. Je zde zastoupeno množství prací s lokální svalovou zátěží, které jsou příčinou většího počtu nemocí z přetížení.

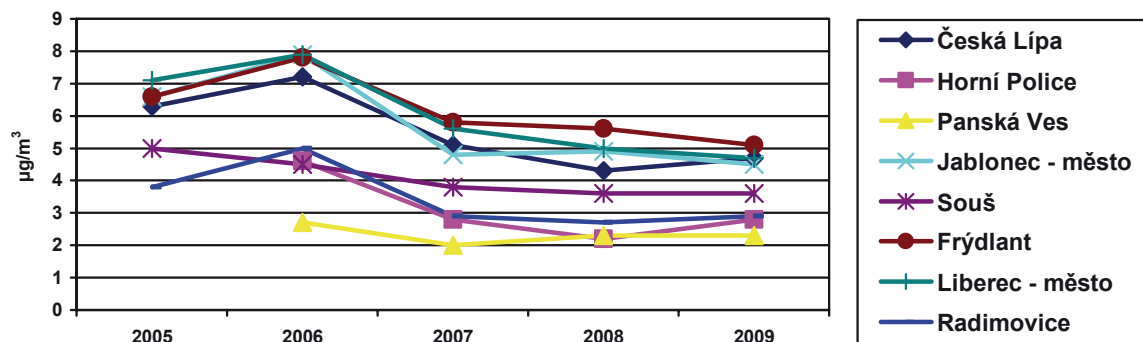
Mezi nemocemi z povolání v Libereckém kraji dominuje onemocnění nervů z jednostranné, dlouhodobé a nadměrné zátěže. Liberecký kraj se celkovým počtem nemocí z povolání řadí mezi kraje s nejnižším výskytem.

2 DETERMINANTY ZDRAVÍ

2.1 ŽIVOTNÍ PROSTŘEDÍ

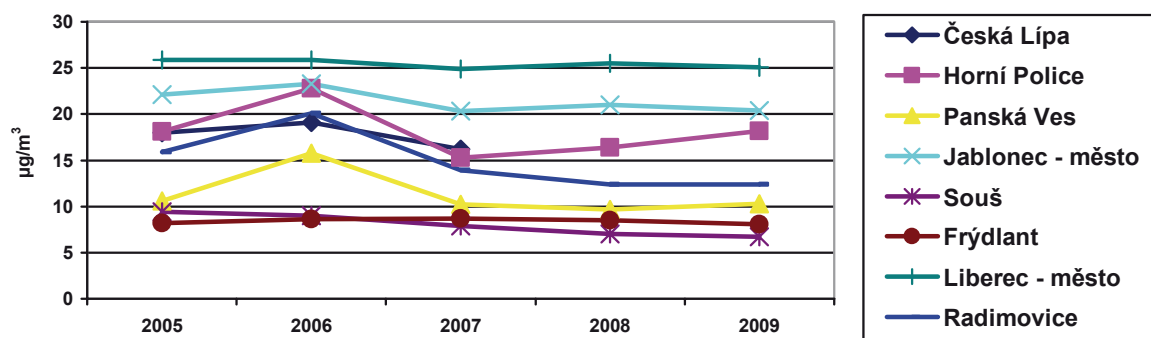
2.1.1 OVZDUŠÍ

2.1.1.1 VÝSLEDKY MONITORINGU



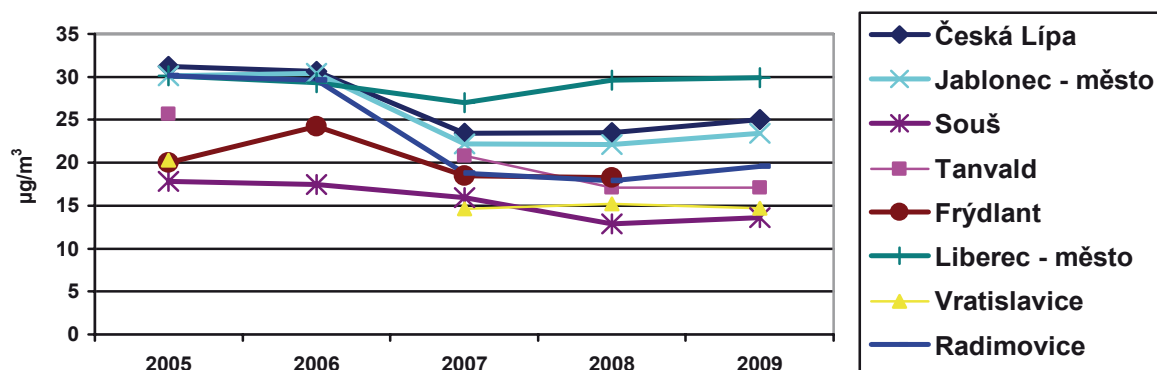
Graf č. 90: Roční aritmetické průměry oxidu siřičitého v monitorovací síti LK, 2005–2009

Ani jedna hodnota nepřekročila roční limitní koncentraci 20 µg.m⁻³.



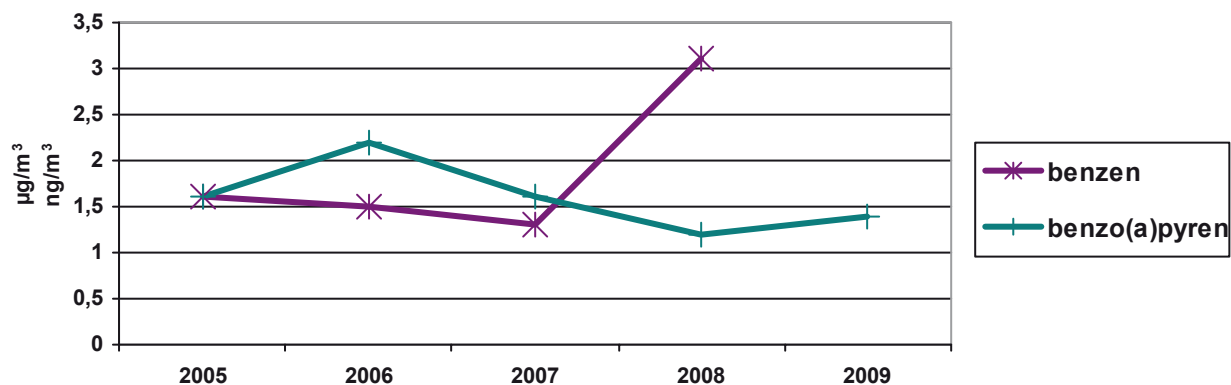
Graf č. 91: Roční aritmetické průměry oxidu dusičitého v monitorovací síti LK, 2005–2009

Ani jedna hodnota nepřekročila roční limitní koncentraci 40 µg.m⁻³.



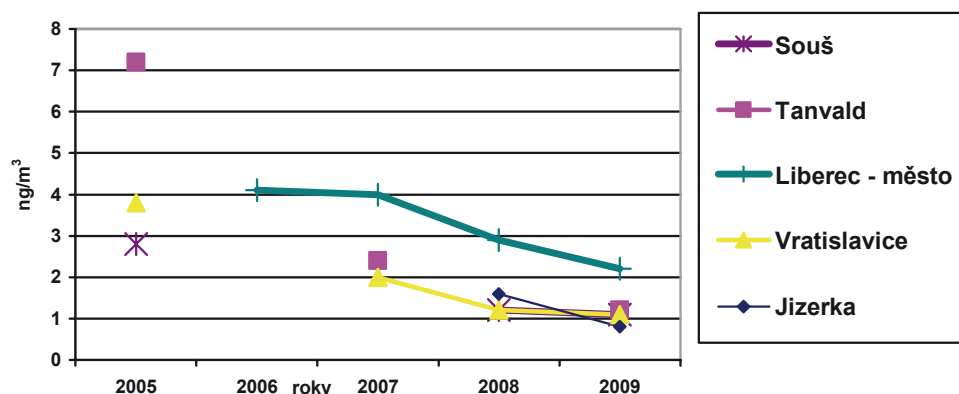
Graf č. 92: Roční aritmetické průměry poletavého prachu v monitorovací síti LK, 2005–2009

Ani jedna hodnota nepřekročila roční limitní koncentraci 40 µg.m⁻³.



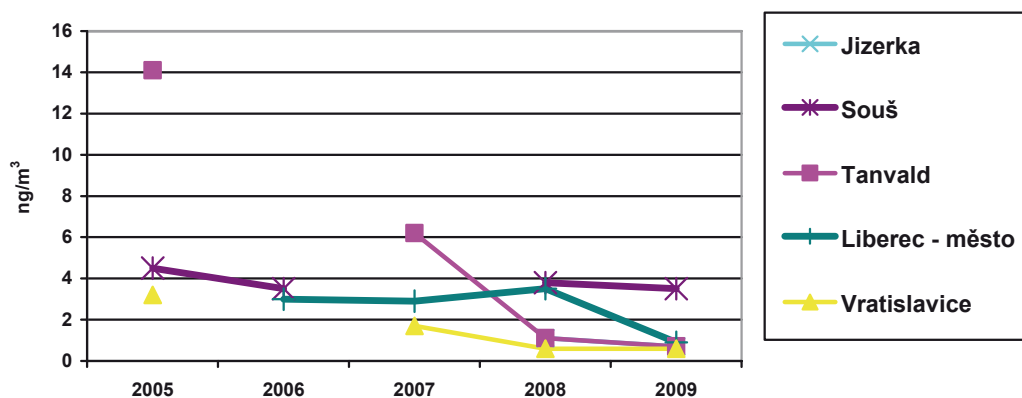
Graf č. 93: Roční aritmetické průměry benzenu a benzo(a)pyrenu na stanici Liberec, město, 2005–2009

Benzo(a)pyren ve všech letech překročil roční cílový imisní limit 1 ng.m⁻³. Ani jedna hodnota benzenu nepřekročila roční imisní limit 5 µg.m⁻³.



Graf č. 94: Roční aritmetické průměry arsenu v monitorovací síti Libereckého kraje, 2005–2009

Jedna hodnota překročila roční cílový imisní limit 6 µg.m⁻³.



Graf č. 95: Roční aritmetické průměry kadmia v monitorovací síti LK, 2005–2009

Dvě hodnoty překročily roční cílový imisní limit 6 µg.m⁻³.

V Libereckém kraji jsou z hlediska limitů kvality ovzduší problémy s arsenem, kadmíem a benzo(a)pyrenem.

Pylový monitoring

Pylový kalendář sestavený na základě dat z pylového monitoringu v Liberci

ALERGENNÍ PYLY	BŘEZEN	DUBEN	KVĚTEN	ČERVEN	ČERVENEC	SRPEN	ZÁŘÍ	ŘÍJEN	poznámka
AMBRÓZIE									jednoletá, 10-150cm vysoká bylina, kvete srpen - říjen, roste na rumiškách, skládkách, hojněji se vyskytuje v teplejších oblastech, do našeho kraje se dostává díky jižnímu proudění
BŘÍZA									pro uvolňování pylu jsou nutné teploty nad 15°C, slunečné počasí a mírný vítr, pyl výborně létá a může se vyskytovat ve velké koncentraci i desítky km daleko od zdroje
BOROVICE									kvetou v dubnu až červnu po dosažení věku 15 až 20 let, pyl se vyskytuje v hojném počtu, ale je málo alergenní
BUK									bukové jehnědy kvetou v květnu, buky najdeme především v Jizerských horách
DUB									z jara můžeme najít na dubech květy, zkrácenou reaktivitou prodlužuje sezónu brzy
JITROCEL									vytrvalá bylina, roste na polích, u cest, na lukách, na ladech ležící půdě a v travnatých příkopech, kvete od května do září
KOPŘIVA									vytrvalá bylina rozšířena jako vytrvalý plevel, indikátor vyššího obsahu dusíku v půdě, kvete od června do září, je málo alergenní
LÍSKA									kvete brzy od února do dubna ještě před vyrašením listů, startuje pylovou sezónu
PELYŇEK									vytrvalá hoře aromatická bylina, vytváří bohatá květenství od července do října, vyskytuje se roztroušeně, v teplejších oblastech více
ŠŤOVÍK									vytrvalá bylina, květy vytvářejí shluky nad posledními listy, kvete od léta až do podzimu
TRÁVY									sezóna trav má několik vrcholů díky druhové rozmanitosti a kosení travníků, po kterém opakovaně vykvétají

2.1.1.2 HODNOCENÍ ZDRAVOTNÍCH RIZIK ZDRAVOTNĚ VÝZNAMNÝCH ŠKODLIVIN

Pyly	Pylové alergie, tzv. pollinózy, mají charakteristicky sezónní charakter - v jarním období dominují pyly dřevin, v létě pyly travin a na podzim pyly vysokobylinných plevelů. Mezi projevy pollinózy patří: svědění očí, rýma, bolest hlavy, dušnost, ekzém.
Spory plísní	Spory plísní, jsou menší než pylová zrnka (řádově měří jen několik mikrometrů), proto se snadno dostávají až do periferních průdušinek a vyvolávají obávané astma.

Tabulka č. 12: Zdravotní rizika pylů a plísní

Oxid dusičitý

Účinky krátkodobé expozice – dominantní účinek na člověka je dráždivý. Koncentrace kolem 380–560 µg/m³ je považována za nejvyšší, při které byly pozorovány nepříznivé účinky na člověka. Metaanalýza epidemiologických studií ale naznačila, že se mohou objevit změny reaktivity dýchacích cest i při nižších koncentracích, již od 200 µg/m³.

Účinky opakované anebo dlouhodobé expozice – pro děti znamenají zvýšené riziko onemocnění dýchacího ústrojí v důsledku snížené obranyschopnosti organismu vůči infekci a snížení plicních funkcí.

Účinek	% výskyt symptomu proti čistému ovzduší	% výskyt osob se symptomem v populaci	Očekávaný počet osob se symptomem v populaci	Očekávaný počet osob se symptomem v populaci způsobené NO ₂	Prostonané dny způsobené NO ₂
Riziko chronických respiračních symptomů u dětí	8	3,25	2130	162	59033
Riziko astmatických obtíží u dětí	26	2,52	1651	339	123692

Tabulka č. 13: Riziko chronických respiračních symptomů a astmatických obtíží u dětí, v Libereckém kraji v roce 2008 pro 437 325 exponovaných osob

Poznámka: Vypočítáno pro průměrnou koncentraci 14,36 µg/m³ z měřících stanic Horní Police, Jablonec – město, Panská Ves, Souš, Liberec – město, Frýdlant a Radimovice.

Poletavý prach

Mezi prokázané účinky **krátkodobé expozice** vysokým imisním koncentracím patří zhoršení respiračních a kardio-vaskulárních potíží, vyšší počet akutních hospitalizací, vyšší spotřeba léků a zvýšení úmrtnosti.

Pro hodnocení **dlouhodobých účinků** na základě ročních průměrných koncentrací existuje podstatně méně podkladů. Pozorované účinky se většinou týkají snížení plicních funkcí při spirometrickém vyšetření u dětí i dospělých, výskytu symptomu chronické bronchitidy a spotřeby léků pro rozšíření průdušek při dýchacích obtížích a zkrácení očekávané délky života.

Ukazatel	Atributivní riziko
Celková úmrtnost	
Počet úmrtí u populace ve věku nad 30 let	273
Nemocnost – celá populace	
Hospitalizace pro srdeční onemocnění	35
Hospitalizace pro respirační onemocnění	57
Nemocnost - dospělí	
Nové případy chronické bronchitidy	183
Počet dní s příznaky u chronických nemocných	269 650
Počet dní s léčbou u astmatiků	33 383
Počet dní s omezenou aktivitou	366 854
Nemocnost – děti	
Počet dní s respiračními příznaky	226 945
Počet dní s léčbou u astmatických dětí	21 963

Tabulka č. 14: Zdravotní riziko imisí PM10 v Libereckém kraji v roce 2008 (ukazatel atributivního rizika za 1 rok pro 437 325 exponovaných osob)

Poznámka: Vypočítáno pro průměrnou koncentraci 18,6 µg/m³ z měřicích stanic Česká Lípa, Jizerka, Jablonec – město, Tanvald, Souš, Liberec – město, Frýdlant, Radimovice a Vratislavice.

Těžké kovy

Arsen

Chronická otrava nejčastěji zahrnuje kontaktní alergické dermatitidy a ekzémy. Časté je poškození nervového systému, trávicího ústrojí, cévního systému i krvetvorby. V epidemiologických studiích byla pozorována zvýšená úmrtnost na kardiovaskulární choroby. U exponovaných osob byly zjištěny chromosomální aberace periferních lymfocytů. Anorganické sloučeniny arsenu jsou klasifikovány jako lidský karcinogen. Kritickým účinkem po expozici vdechováním je rakovina plic.

Nikl

Vdechování všech typů sloučenin niklu vyvolává podráždění a poškození dýchacích cest, různé imunologické odezvy včetně zvýšení počtu alveolárních makrofágů a imunosupresi. Nikl proniká placentární bariérou, takže je schopen ovlivnit prenatální vývoj přímým působením na embryo. U člověka byla popsána akutní otrava tetrakarbonylniklem, alergická kožní reakce, astma a podráždění sliznic. Sloučeniny niklu jsou klasifikovány IARC jako prokázaný lidský karcinogen ve skupině 1 (po inhalaci), kovový nikl jako možný karcinogen ve skupině 2B.

Kadmium

Kriticky ohroženým tělesným orgánem po dlouhodobých expozicích nízkým koncentracím jsou ledviny a odhaduje se, že selhání funkce ledvin může být spojeno s koncentrací kadmia v kůře ledvin okolo 200 mg/kg čerstvé hmotnosti. Zvýšená zátěž organismu kadmii se může projevit poškozením metabolismu zinku, které může způsobit nedostatek zinku u plodu. Kadmium klasifikovala organizace IARC jako karcinogen skupiny 2B se závěrem, že existují dostatečné důkazy karcinogenity pro zvířata. Vzhledem k neexistenci referenční hodnoty pro ovzduší jej nelze zhodnotit.

Kov	Karcinogenní riziko (ILCR)
Arsen	3,08E-06
Nikl	6,54E-07

Tabulka č. 15: Hodnoty zdravotního rizika pro jednotlivé kovy, 2008

Poznámka: Pro arsen vypočítáno pro průměrnou koncentraci 2,05 ng/m³ z měřicích stanic Liberec – město a Vratislavice. Pro nikl vypočítáno pro průměrnou koncentraci 1,72 ng/m³ z měřicích stanic Jizerka, Souš, Tanvald, Liberec – město a Vratislavice.

Za ještě přijatelné karcinogenní riziko je v současné době v ČR všeobecně považováno celoživotní zvýšení pravděpodobnosti vzniku nádorového onemocnění ve výši 1x10⁻⁶, tedy jeden případ onemocnění na milion exponovaných osob. Prakticky vzhledem k nejistotě odhadu expozice i vlastního stanovení referenční hodnoty je možné za přijatelné hraniční akceptovatelné rozmezí považovat řádovou úroveň pravděpodobnosti 10⁻⁶.

Z toho vyplývá, že karcinogenní riziko arsenu a niklu je přijatelné.

Benzo(a)pyren

Polycyklické aromatické uhlovodíky (PAU) patří mezi endokrinní disruptory, ovlivňují porodní váhu a růst plodu. Působí imunosupresivně, snížením hladin IgG a IgA. Ve velmi vysokých koncentracích mohou mít dráždivé účinky. PAU patří mezi nepřímo působící genotoxické sloučeniny. Vlivem biotransformačního systému organismu vznikají postupně metabolity s karcinogenním a mutagenním účinkem. V praxi je nejvíce používaným zástupcem PAU při posuzování karcinogenity benzo(a)pyren (BaP). BaP je z hlediska klasifikace karcinogenity zařazen do skupiny 2A – podezřelý karcinogen (IARC 1987).

Benzen

Benzen má nízkou akutní toxicitu, při dlouhodobé expozici má účinky hematotoxické, genotoxické, imunotoxické a karcinogenní. Nejzávažnějším účinkem benzenu je jeho karcinogenní působení. Byly popsány nádory jater, prsu, nosní dutiny a leukémie.

Kov	Karcinogenní riziko (ILCR)
Arsen	3,08E-06
Nikl	6,54E-07

Tabulka č. 16: : Hodnoty zdravotního rizika pro benzo(a)pyren a benzen, 2008

Poznámka: Vypočítáno pro roční průměrnou hodnotu naměřenou v roce 2008 na měřicí stanici Liberec – město.

Karcinogenní riziko benzo(a)pyrenu není přijatelné. Karcinogenní riziko benzenu je přijatelné.

Reálné zdravotní riziko z ovzduší plyne z expozice oxidem dusičitým, poletavým prachem, benzo(a)pyrenem a z alergenního znečištění. Obezřetně je nutné přistupovat ke kadmíu.

Kadmium je otázkou, protože vzhledem k neexistenci referenční hodnoty pro ovzduší jej nelze zhodnotit, a je proto třeba ke koncentracím, které překračují v současné době limit přistupovat obezřetně.

2.1.2 VODA

2.1.2.1. VODA PITNÁ

Zdravotní riziko nastává zejména v případech, kdy jsou překračovány povolené či doporučené limity jednotlivých látek. V těchto případech, které vyžadují většinou náročná a dlouhodobá řešení, orgány ochrany veřejného zdraví (KHS) vydají provozovateli vodovodu výjimku na dobu určitou, během které musí uvést kvalitu vody do souladu s limity, a na základě vyhodnocení zdravotního rizika jsou jednotlivé exponované skupiny obyvatelstva informovány a přijímána či doporučena náhradní řešení.

Hodnocení situace v Libereckém kraji a hodnocení rizik zdravotně významných ukazatelů

Arsen

Vodovod	Okres	Maximální hodnota [µg/l]	Průměrná hodnota [µg/l]	Počet vzorků	Časové období	Mírnější limit [µg/l]	Výjimka do
Příchovice -Hvězda	JB	53	22,4	17	30.10.2007 do 25.2.2010	17	28.2.2011
Tuláčkův Dvůr - Kruh	SM	64	34,45	8	9.7.2007 do 17.3.2010	70	1.6.2013
DESMO a.s. - Víchová	SM	79	64	4	17.9.2007 do 18.5.2010	80	31.12.2010
Bistro u Coufalů	SM	-	-	-	-	20	31.8.2012
Dolní Mísečky - Tesla	SM	-	-	-	-	20	31.5.2013
Dolní Mísečky - Flora	SM	-	-	-	-	70	31.5.2013

Tabulka č. 17: Udělené mírnější hygienické limity pro ukazatel arsen, 2010

Poznámka: Mírnější hygienický limit pro Dolní Mísečky byl udělen 1. 6. 2010 a tudíž nejsou k dispozici ještě výsledky rozborů.

Kritický účinek	Citlivé skupiny populace	Nejistoty
toxická - postižení kůže a periferních cév u lidí; karcinogenita (negenotoxická) - rakovina kůže, plic, močového měchýře a ledvin	kojenci a malé děti, těhotné ženy	reprodukční a vývojová toxicita, narušení intelektuálního vývoje u dětí

Vodovod/studna	Skupina populace	Pitná voda	Potrava	Celkem
Příchovice -Hvězda	max. koncentrace 53 µg/l			
	Kojenci do 12 měsíců	6,02	0,29	6,31
	Děti 1 až 3 roky	3,63	0,29	3,92
	Děti 4 až 10 let	2,54	0,29	2,83
	Ženy	1,54	0,09	1,63
	prům. koncentrace 22,4 µg/l			
	Kojenci do 12 měsíců	2,55	0,29	2,84
	Děti 1 až 3 roky	1,53	0,29	1,82
	Děti 4 až 10 let	1,07	0,29	1,36
	Ženy	0,65	0,09	0,74
Tuláčkův Dvůr - Kruh	max. koncentrace 64 µg/l			
	Zaměstnanci – ženy*	0,81	0,09	0,9
	Studenti – ženy**	0,04	0,09	0,13
	prům. koncentrace 34,45 µg/l			
	Zaměstnanci - ženy	0,43	0,09	0,52
	Studenti - ženy	0,02	0,09	0,11
DESMO a.s. - Víchová	max. koncentrace 79 µg/l			
	Zaměstnanci – ženy***	0,82	0,09	0,91
	prům. koncentrace 64 µg/l			
	Zaměstnanci - ženy	0,66	0,09	0,75

Tabulka č. 18: Kvocient nebezpečí pro příjem arsenu

* doba pobytu 300 dní v roce

** doba pobytu 7 dní v roce

** doba pobytu 250 dní v roce

Kde je kvocient nebezpečí větší než 1, očekává se nepříznivé riziko zdravotních účinků u jednotlivých skupin populace. **V těchto případech vydala KHS LK rozhodnutí, kterým zakázala bezodkladně používání nejakostní vody k pití a k vaření.**

Dusičnany

Vodovod	Okres	Maximální hodnota [mg/l]	Průměrná hodnota [mg/l]	Počet vzorků	Časové období	Mírnější limit [mg/l]	Výjimka do
Liberec – Pekařka*	LB	58,4	44,59	25	28.6.2007 do 16.3.2010	60	30.6.2010
Rynoltice – zdroj Jitrava	LB	66,9	47,254	12	5.6.2008 do 14.10.2010	60	31.5.2011
Dětrichov	LB	52,3	43,86	22	27.8.2007 do 24.5.2010	60	24.9.2010
Frýdlant	LB	68,2	57,48	98	24.9.2004 do 24.5.2010	70	24.9.2010
TREVOS – Mašov	SM	120	65,13	24	14.9.2005 do 4.5.2010	70	31.12.2010
Kotelsko	SM	64,6	57,6	7	19.7.2007 do 10.5.2010	65	31.3.2013
Záhoří - Proseč	SM	80,3	72,13	18	10.10.2005 do 14.4.2010	75	30.5.2011

Tabulka č. 19: Udělené mírnější hygienické limity pro ukazatel dusičnany, 2010

* ukončeno přepojením na oblastní vodovod Liberec

Kritický účinek	Citlivé skupiny populace	Nejistoty
akutní účinek - methemoglobinémie chronický účinek - systémová toxicita u zvířat	kojenci a malé děti, těhotné ženy	karcinogenita prostřednictvím N- nitrosloúčenin, chronická toxicita, reprodukční a vývojová toxicita u člověka

Vodovod/studna	Skupina populace	Chronický účinek	Akutní účinek
Vodovod Liberec – Pekařka*	Kojenci do 12 měsíců	1,37	0,95
	Děti 1 až 3 roky	0,83	0,57
	Děti 4 až 10 let	0,58	0,40
	Ženy	0,35	0,24
Vodovod Rynoltice – zdroj Jitrava	Kojenci do 12 měsíců	1,45	1,09
	Děti 1 až 3 roky	0,87	0,65
	Děti 4 až 10 let	0,61	0,46
	Ženy	0,37	0,28
Dětrichov	Kojenci do 12 měsíců	1,35	1,11
	Děti 1 až 3 roky	0,81	0,67
	Děti 4 až 10 let	0,57	0,47
	Ženy	0,34	0,28
Frýdlant	Kojenci do 12 měsíců	1,77	1,11
	Děti 1 až 3 roky	1,06	0,67
	Děti 4 až 10 let	0,74	0,47
	Ženy	0,45	0,28
TREVOS – Mašov	Zaměstnanci - ženy	0,37	0,36
	Ženy	0,51	0,50
Kotelsko	Kojenci do 12 měsíců	1,77	1,05
	Děti 1 až 3 roky	1,07	0,63
	Děti 4 až 10 let	0,75	0,44
	Ženy	0,45	0,27
Záhoří - Proseč	Kojenci do 12 měsíců	2,22	1,30
	Děti 1 až 3 roky	1,34	0,79
	Děti 4 až 10 let	0,93	0,55
	Ženy	0,57	0,33

Tabulka č. 20: Kvocient nebezpečí pro příjem dusičnanů

Kde je kvocient nebezpečí větší než 1, očekává se nepříznivé riziko zdravotních účinků u jednotlivých skupin populace. V rámci určení mírnějšího hygienického limitu byla u těchto skupin doporučena k pití balená voda.

Hliník

Vodovod	Okres	Maximální hodnota [mg/l]	Průměrná hodnota [mg/l]	Počet vzorků	Časové období	Mírnější limit [mg/l]	Výjimka do
Rynoltice – zdroj Polesí	LB	0,34	0,201	119	5.2.2007 do 20.5.2010	0,4	31.12.2012
Benecko – zdroj Zátíši	SM	0,41	0,225	11	3.6.2008 do 26.5.2010	0,5	30.4.2011
Harrachov	SM	1,4	0,237	99	8.9.2004 do 16.6.2010	0,7	31.12.2010

Tabulka č. 21: Udělené výjimky pro ukazatel hliník, 2010

Kritický účinek	Citlivé skupiny populace	Nejistoty
reprodukční toxicita a vývojová neurotoxicita u zvířat	kojenci a malé děti	karcinogenita při perorálním příjmu

Vodovod/studna	Skupina populace	Pitná voda	Potrava	Celkem
Vodovod Rynoltice – zdroj Polesí	max. koncentrace 0,34 mg/l			
	Kojenci do 12 měsíců	0,28	0,32	0,6
	Děti 1 až 3 roky	0,17	0,89	1,06
	Děti 4 až 10 let	0,12	0,89	1,01
	Ženy	0,07	0,24	0,31
	prům. koncentrace 0,201 mg/l			
	Kojenci do 12 měsíců	0,16	0,32	0,48
	Děti 1 až 3 roky	0,10	0,89	0,99
	Děti 4 až 10 let	0,07	0,89	0,96
	Ženy	0,04	0,24	0,28
Benecko – zdroj Zátíší	max. koncentrace 0,41 mg/l			
	Kojenci do 12 měsíců	0,33	0,32	0,65
	Děti 1 až 3 roky	0,20	0,89	1,09
	Děti 4 až 10 let	0,14	0,89	1,03
	Ženy	0,09	0,24	0,33
	prům. koncentrace 0,225 mg/l			
	Kojenci do 12 měsíců	0,18	0,32	0,5
	Děti 1 až 3 roky	0,11	0,89	1,0
	Děti 4 až 10 let	0,8	0,89	1,69
	Ženy	0,5	0,24	0,74
Harrachov	max. koncentrace 1,4 mg/l			
	Kojenci do 12 měsíců	1,14	0,32	1,46
	Děti 1 až 3 roky	0,68	0,89	1,57
	Děti 4 až 10 let	0,48	0,89	1,37
	Ženy	0,29	0,24	0,53
	prům. koncentrace 0,237 mg/l			
	Kojenci do 12 měsíců	0,19	0,32	0,51
	Děti 1 až 3 roky	0,12	0,89	1,01
	Děti 4 až 10 let	0,08	0,89	0,97
	Ženy	0,05	0,24	0,29

Tabulka č. 22: Kvocient nebezpečí pro příjem hliníku

Dominantním zdrojem expozice hliníkem je strava. S výjimkou maximální hodnoty pro Harrachov, obsah hliníku v pitné vodě nepředstavuje zdravotní riziko toxických účinků.

Kritický účinek	Citlivé skupiny populace	Nejistoty
mangan		
možná neurotoxicita u člověka při perorálním příjmu	kojenci a malé děti	neurotoxicita při příjmu pitnou vodou
hexazinon		
pokles tělesné hmotnosti, hepatotoxicita	kojenci a malé děti, těhotné ženy	reprodukční a vývojová toxicita, možná karcinogenita u člověka
atrazin		
narušení hormonální regulace, reprodukční a vývojová toxicita, negenotoxická karcinogenita u zvířat	kojenci a malé děti, těhotné ženy	hormonální účinky a karcinogenita u člověka
simazin		
pokles tělesné hmotnosti, hematologické změny a nádory mléčné žlázy u pokusných zvířat	kojenci a malé děti	hormonální účinky a karcinogenita u člověka
železo		
zažívací potíže při suplementaci toxicita u zvířat	osoby s vrozenou poruchou metabolismu železa a některými formami anémie	možný oxidační stres

Tabulka č. 23: Charakteristika ukazatelů pitné vody u kterých byla udělena výjimka nebo mírnější hygienický limit, ale které nepředstavují zdravotní riziko toxických účinků, 2010

Vodovod	Okres	Maximální hodnota [µg/l]	Průměrná hodnota [µg/l]	Počet vzorků	Časové období	Mírnější limit [µg/l]	Výjimka do
suma atrazin a desethylatrazin							
Všelibice - Vrtky	LB	0,86	0,282	24	23.1.2006 do 1.3.2010	0,5	31.12.2011
Zdislava	LB	2,1002	0,9644	15	28.8.2006 do 2.11.2009	2,2	31.12.2011
Velká Javorská	ČL	0,4793	0,237	17	3.4.2006 do 19.4.2010	0,5	31.3.2011
Záhoří - Proseč	SM	0,327	0,217	11	1.9.2008 do 22.3.2010	0,4	30.5.2011
Dubá - Nedamov	ČL	0,3469	0,216	21	18.4.2005 do 15.3.2010	0,3	31.3.2011
Drchlava	ČL	2,261	1,251	12	30.6.2007 do 26.4.2010	2,2	31.12.2010
Valteřice*	ČL	1,065	0,343	17	23.1.2006 do 11.1.2010	-	-
Kotelsko*	SM	0,486	0,486	1	10.5.2010	0,9	31.3.2013
Rovensko – zdroj Václaví	SM	0,6235	0,247	35	25.7.2005 do 31.5.2010	0,5	31.12.2010
Roudný	SM	0,4006	0,253	3	17.3.2008 do 26.4.2010	0,5	31.12.2010
atrazin							
Valteřice	ČL	0,2282	0,085	17	23.1.2006 do 11.1.2010	0,2	31.12.2010
Kotelsko	SM	0,188	0,188	1	10.5.2010	0,35	31.3.2013
desethylatrazin							
Valteřice	ČL	0,82	0,238	17	23.1.2006 do 11.1.2010	05	31.12.2010
Kotelsko	SM	0,298	0,298	1	10.5.2010	0,55	31.3.2013
Bukovina u Čisté	SM	0,222	0,143	21	12.5.2008 do 22.3.2010	0,25	28.2.2011
hexazinon							
Benecko – zdroj Plánka	SM	0,49	0,206	11	11.8.2008 do 31.5.2010	0,3	30.6.2011
mangan							
Vodovod Rynoltice – zdroj Polesí	LB	0,157	0,0873	104	22.6.2004 do 20.5.2010	0,15	31.12.2012
simazin							
Rovensko – zdroj Václaví	SM	0,3396	0,152	35	25.7.2005 do 31.5.2010	0,4	31.12.2010
Roudný	SM	0,3129	0,111	3	17.3.2008 do 26.4.2010	0,4	31.12.2010
pesticidní látky celkem							
Rovensko – zdroj Václaví	SM	0,6235	0,247	35	25.7.2005 do 31.5.2010	0,9	31.12.2010
Roudný	SM	0,7135	0,263	3	17.3.2008 do 26.4.2010	0,9	31.12.2010
železo							
Vodovod Liberec – Hrádek n.N.	LB	0,34	0,154	49	15.1.2008 do 16.6.2010	0,6	31.12.2010
Vodovod Liberec – Pekařka + Uhelná	LB	0,65	0,192	62	7.1.2008 do 20.5.2010	0,6	31.12.2010
Vodovod Rynoltice – zdroj Polesí	LB	1,7	0,177	119	22.6.2004 do 20.5.2010	0,5	31.12.2012
SV Jablonec – vodojem Krásna	JB	2,1	0,31	137	10.10.2006 do 7.6.2010	0,5	31.12.2010
SV Jablonec – Rádlo	JB	0,47	0,208	9	30.10.2007 do 25.2.2010	0,7	31.7.2010
SV Jablonec – Jiřetín pod Bukovou	JB	0,38	0,203	11	15.12.2009 do 9.6.2010	0,5	31.12.2011
SV Jablonec – oblast Tanvald - Šumburk - Desná - Pustiny	JB	0,3	0,138	33	21.10.2009 do 3.6.2010	0,5	31.12.2011
Turnov -Ohrázenice- Přepče- Rakousy- Kacanovy - Olešnice	SM	0,74	0,145	27	26.5.2008 do 1.6.2010	0,5	30.4.2011
Semily – Benešov – Chuchelna, zdroj Chuchelna	SM	0,35	0,156	15	19.1.2009 do 28.4.2010	0,5	31.12.2012
Harrachov	SM	0,91	0,182	119	8.9.2004 do 16.6.2010	0,5	28.12.2009

Tabulka č. 24: Výjimky nebo udělené mírnější hygienické limity pro látky, kde obsah kontaminantu nepředstavuje zdravotní riziko toxických účinků, 2010

* pesticidní látky celkem

Riziko toxických účinků pitné vody je naprosto výjimečné a týká se pouze několika zasažených vodovodů v kraji, potenciálně hrozí zejména dusičnany a arsen. Do doby technického vyřešení problému je zajištěna informovanost obyvatelstva a přijata náhradní opatření.

2.1.2.2 VODA KE KOUPÁNÍ

Riziko	Konkretizace
Hrozící nebezpečí ve vodě	úrazy (nejčastěji poranění páteře) a utonutí
Slunce	riziko mdlob z horka, tepelného vyčerpání, křečí z horka, úpalu, úžehu
UV záření	<i>obecně:</i> šedý zákal, poškození DNA <i>akutní účinek:</i> olupování kůže, otoky, spálení pokožky, předčasné stárnutí <i>chronický účinek:</i> povolení podkožního vaziva, suchost kůže, pigmentové skvrny, tvorba vrásek, předčasné stárnutí kůže a celého organismu, karcinomy
Sinice	produkují toxiny, které způsobují alergie, po pobytu ve vodě se mohou objevit u člověka vyrážky, zarudlé oči, rýma
Infekční onemocnění	nejčastějším onemocněním jsou střevní a žaludeční potíže. Dalšími projevy mohou být různá horečnatá onemocnění a zánětlivá onemocnění uší a očí. Onemocnění způsobují viry, bakterie či prvoci.

Tabulka č. 25: Rizika spojená s koupáním

Koupací sezóna 2005

V Libereckém kraji byla vydána tři rozhodnutí o zákazu používání povrchové vody na koupalištích. Jednalo se o přírodní koupaliště Dubice (8. 7. 2005), Hamr na Jezeře (12. 8. 2005) a v Heřmanicích u Jablonného (12. 8. 2005).

Koupací sezóna 2006

Provozovateli byla označena zákazem koupání tři přírodní koupaliště – Dubice, Hamr na Jezeře a Autocamp Sedmihorky (rybník Bažantník) z důvodu překročení limitní hodnoty sinic a venkovní bazén s recirkulací v Novém Boru – dočasně z důvodu zvýšeného výskytu plžů a podezření na přítomnost cercárií. Po vyšetření odebraného vzorku plžů v Národní referenční laboratoři pro tkáňové helminty se výskyt cercárií nepotvrdil.

Koupací sezóna 2007

V tomto roce byly na území Libereckého kraje vyhlášeny 4 zákazy koupání. Již na začátku sezóny (22. 5. 2007) byl provozovatelem zařízení vyhlášen zákaz koupání na koupališti Dubice pro výskyt sinic. Na základě nevyhovujících rozborů vody (výskyt sinic) označil provozovatel zákazem koupání koupaliště Heřmanice v Podještědí (od 9. 7. 2007) a koupaliště v Zákupech bylo uzavřeno dne 24. 7. 2007 (výskyt sinic). Dále bylo označeno zákazem koupání koupaliště Sedmihorky, na základě nevyhovujících rozborů vody (výskyt sinic) ze dne 11. 7. 2007 a následně potvrzeným odběrem ze dne 1. 8. 2007.

Koupací sezóna 2008

Zákaz koupání na koupališti Dubice – pro značný výskyt sinic již na začátku sezóny provoz nebyl zahájen. Na koupališti v Heřmanicích v Podještědí vyhlášen zákaz koupání od 7. 8. 2008 do konce sezóny z důvodu výskytu sinic.

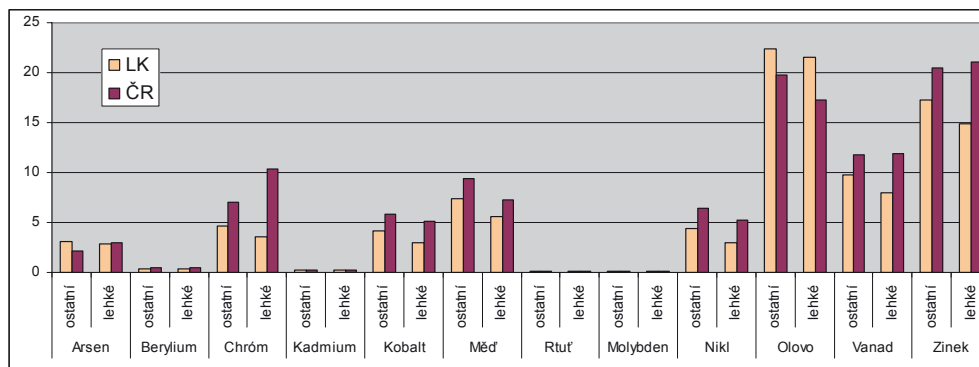
Koupací sezóna 2009

V tomto roce byly vyhlášeny dva zákazy koupání, a to na koupališti v Zákupech pro zvýšený výskyt plžů a podezření na přítomnost cercárií a výskyt sinic. Na konci sezóny byl vyhlášen zákaz a zároveň ukončení sezóny v Sedmihorkách pro výskyt sinic, zvýšený chlorofyl a celkový fosfor.

Nejčastějším zdravotním rizikem z koupacích vod v kraji jsou sinice a jejich produkty.

2.1.3 PŮDA

Situace v Libereckém kraji



Graf č. 96: Průměrná koncentrace kontaminantů (v mg.kg-1) v půdě v LK a ČR, 1990–2009

Hodnocení zdravotních rizik

Hodnocení zdravotních rizik bylo provedeno u kontaminantů, které přesáhly limit stanovený ve vyhlášce č. 13/1994 Sb., v platném znění a u nichž existuje referenční hodnota.

Kontaminant	Typ půdy	Koncentrace mg.kg ⁻¹	Počet nadlimitních vzorků	Kvociant nebezpečí
Arsen	ostatní	3,12	54	0,1431
	lehké	2,83	9	0,1304
Berylium	ostatní	0,36	1	0,0083
	lehké	0,33	0	0,0076
Kadmium	ostatní	0,29	21	0,0133
	lehké	0,22	19	0,0101
Olovo	ostatní	22,42	13	0,2866
	lehké	21,51	9	0,2750
Nikl	ostatní	4,36	15	0,0100
	lehké	2,96	3	0,0068
Rtut'	ostatní	0,13	8	0,0267
	lehké	0,12	0	-
Zinek	ostatní	17,23	3	0,0026
	lehké	14,86	4	0,0023

Tabulka č. 26: Kvociant nebezpečí pro příjem kovů z půdy

Průměr obsahu těžkých kovů v půdě v ČR překračuje Liberecký kraj u arsenu a olova. Koncentrace těchto ani dalších kovů v půdě však nepředstavují riziko zdravotně nepříznivých účinků.

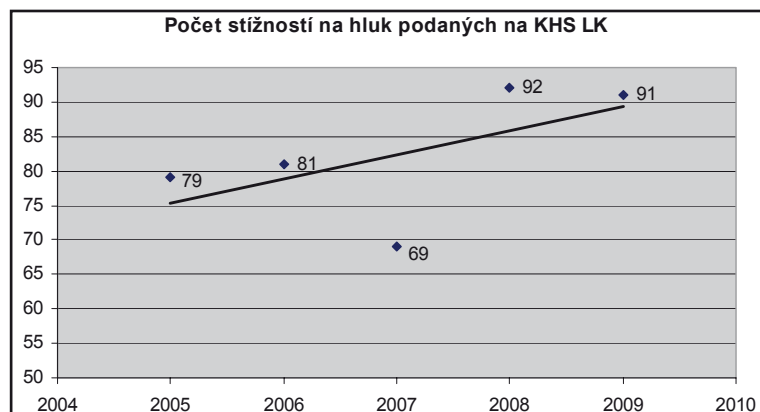
2.1.4 HLUK**Situace v Libereckém kraji**

Na rozdíl od pracovního prostředí, v němž dominuje specifický účinek hluku na sluchový orgán, je pro životní prostředí typický zdravotní účinek nespecifický, který lze charakterizovat jako významný stresový faktor. Konkrétní zdravotní dopad (viz níže) v tomto případě pak odvisí zejména od charakteru hluku (jeho fyzikálních vlastností tj. intenzitě zvuku a frekvenci tónu) a od trvání hlukové expozice. Nejrizikovější zejména tzv. liniové zdroje hluku (doprava) jsou zmapovány a v režimu časově omezené výjimky jsou nařízena opatření ke snížení hluku:

Číslo komunikace	Termín ukončení povolení	Počet zasažených obydlí	Počet exponovaných obyvatel	Opatření ke snížení hluku
I/10	31.12.2010	11	463	výhledově přeložka komunikace, individuální protihluková opatření na objektech
I/35	31.12.2012	11	61	individuální protihluková opatření na objektech
I/14	31.10.2010	38	519	přeložka silnice I/14 Liberec - Kunratice, individuální protihluková opatření na objektech
I/65	31.12.2010	10	93	individuální protihluková opatření na objektech
I/9	31.12.2012	13	44	realizace nových staveb pozemních komunikací města Česká Lípa a Nový Bor, do té doby individuální protihluková opatření na objektech
I/13	31.12.2011	5	36	obchvat Frýdlantu, individuální protihluková opatření na objektech

Tabulka č. 27: Udělené výjimky pro starou hlukovou zátěž, 2005

Kromě liniových zdrojů hluku jsou trvalým zdrojem stížností občanů zejména hudební produkce, průmyslová výroba či hlučné chování. Přestože na rozdíl od liniových zdrojů hluku se většinou jedná o hluk jednorázový či krátkodobý, svým charakterem a především vyhnutelností a emočním vnímáním přináší nejen obtěžování, ale i významný zdravotní efekt.



Graf č. 97: Stížnosti na hluk evidované a řešené orgánem ochrany veřejného zdraví v letech 2005–2009

Hodnocení zdravotních rizik

Nepříznivý účinek	dB /A/					
	35-40	40-45	45-50	50-55	55-60	>60
Zhoršená nálada, výkonnost, ps. poruchy						
Hypertenze, kardiovaskulární účinky						
Vnímaná horší kvalita spánku						
Zvýšení pohybů ve spánku						
Zvýšené užívání sedativ a léků						
Pocit mírného obtěžování hlukem						

Tabulka č. 28: Prahové hodnoty prokázaných nepříznivých účinků hluku v noční době (LAeq 22–6 h)

Nepříznivý účinek	dB /A/						
	40-45	45-50	50-55	55-60	60-65	65-70	>70
Sluchové postižení							
Zhoršené osvojení řeči a čtení u dětí							
Ischemická choroba srdeční včetně IM							
Zhoršená komunikace řeči							
Silné obtěžování							
Mírné obtěžování							

Tabulka č. 29: Prahové hodnoty prokázaných nepříznivých účinků hluku v denní době (LAeq 6–22 h)

Zdravotně významná expozice hluku ze životního prostředí je velmi široká svým spektrem zdrojů a charakterů hluku, narůstá a přináší legislativně, technicky i finančně náročná řešení.

2.1.5 ODPADY
Situace v Libereckém kraji

Rok	2005	2006	2007	2008	2009
Produkce (t)	711677,021	663632,553	813126,681	1049736,714	1070250,693

Tabulka č. 30: Produkce odpadů v Libereckém kraji (t), 2005–2009

Liberecký kraj má průmyslový charakter a z toho pramení i skladba produkováných odpadů. Kraj má rozvinutý průmysl skla a bižuterie, výrobu a zpracování plastů, strojírenství a odvětví zpracovatelského průmyslu s úzkou vazbou na výrobu automobilů. V posledním období však dochází k útlumu především v průmyslu skla a bižuterie.

Největší podíl materiálově využitelných složek z komunálních odpadů tvoří papír a lepenka, sklo, plasty, kovy a biologicky rozložitelný odpad. Naopak nejmenší podíl na materiálově využitelných složkách mají elektrozařízení, baterie a akumulátory.

Hodnocení zdravotních rizik

Odpady jsou zařazovány dle svých vlastností do kategorie ostatní nebo nebezpečné. Nebezpečné vlastnosti odpadů jsou: výbušnost, oxidační schopnost, vysoká hořlavost, hořlavost, dráždivost, škodlivost zdraví, toxicita, karcinogenita, žíravost, infekčnost, teratogenita, mutagenita, schopnost uvolňovat vysoce toxické a toxické plyny ve styku s vodou, vzduchem nebo kyselinami, schopnost uvolňovat nebezpečné látky do životního prostředí při nebo po jejich odstraňování a ekotoxita. Odpady pokud nejsou odstraněny, přitahují živočichy a hmyz (možné nositele původců nemocí), mohou kontaminovat vodní zdroje a zvyšovat riziko přenosu nemocí, znečišťovat ovzduší (zápach) a kontaminovat půdu.

V hodnoceném období (2005–2009) nebylo prokázáno ovlivnění zdravotního stavu obyvatelstva nakládáním s odpady ať už havarijní situací či dlouhodobým působením. Toto konstatování nijak nesnižuje rizikový potenciál této oblasti životního prostředí.

2.1.6 IONIZUJÍCÍ ZÁŘENÍ

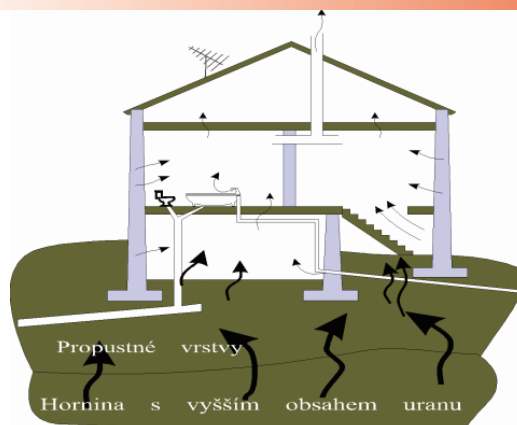
Nejzávažnějším zdrojem přírodního záření je radon Rn-222 a jeho dceřinné produkty radioaktivní přeměny, které způsobují téměř polovinu radiační zátěže obyvatelstva.

Radon je ve formě radioaktivního plynu přítomen v různé míře téměř ve všech horninách jako stopový prvek půdního vzduchu a podzemní vody.

V rámci tzv. vyhledávacího programu bylo prováděno ve vybraných bytech a ve zdravotnických a školských zařízeních roční měření koncentrace radonu, výsledky pak byly doplňovány do stávající mapy radonového rizika. Cílem programu je najít domy, v nichž je nepřiměřeně překročena expozice radonu a ozdravit je a souběžně zajistit, aby nadále nedocházelo k výstavbě domů s nepřijatelným radonovým rizikem.

Radon se do budovy může dostat :

- z podloží
- ze stavebního materiálu
- s dodávanou vodou



Název obce	Počet změřených objektů	Počet objektů nad 400 Bq/m ³	Počet objektů nad 1000 Bq/m ³	Aritmetický průměr [Bq/m ³]	Geometrický průměr [Bq/m ³]
Benecko	43	3	1	188	143
Bílý Potok	85	25	1	328	243
Desná	35	4	1	253	200
Dlouhý Most	8	4	1	572	423
Harrachov	127	33	12	388	249
Hejnice	122	64	11	575	367
Jablonec nad Nisou	368	55	5	228	161
Janov nad Nisou	30	10	1	433	353
Jestřabí v Krkonoších	5	1	1	369	198
Josefův Důl	15	6	1	407	316
Kořenov	21	8	1	376	255
Liberec	1295	362	88	358	206
Lučany nad Nisou	39	11	1	354	274
Mníšek	89	11	3	258	202
Nová Ves	5	3	1	587	366
Nová Ves n. N.	17	5	1	349	283
Nová Ves n. P.	27	1	1	133	101
Nové Město p.S.	24	5	1	288	215
Oldřichov v Hájích	102	62	19	702	519
Rádlo	14	5	2	531	425
Rychnov u Jablonce n.N	22	2	1	188	142
Skuhrov	13	1	1	240	182
Smržovka	25	5	1	284	215
Stráž nad Nisou	176	53	2	347	287
Svor	114	6	1	137	98
Tanvald	85	11	3	252	191
Zlatá Olešnice	5	3	1	706	501

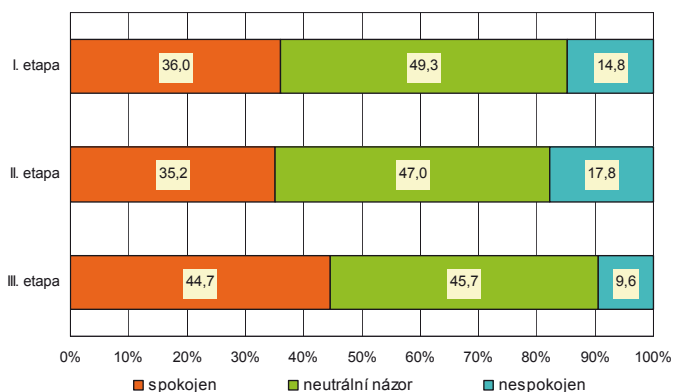
Tabulka č. 31: Výsledky měření radonu v obcích Libereckého kraje v letech 1981–2009

Nad 400 Bq/m³ – střední zátěž, nad 1000 Bq/m³ – vysoká zátěž ionizujícím zářením.

Expozice Rn-222, která se nachází v Libereckém kraji v oblasti střední i vysoké zátěže, odůvodňuje provádění rozsáhlých protiradonových opatření.

2.1.7. SUBJEKTIVNÍ HODNOCENÍ ŽIVOTNÍHO PROSTŘEDÍ

Názor občanů na své životní prostředí byl opakovaně zjišťován v letech 2000, 2005 a 2010. Přestože tento názor je motivován řadou naprosto odlišných aspektů, tedy nejen vědomím možného zdravotního působení, pozitivní trend a relativně nízké procento nespokojených ukazuje, že zlepšení životního prostředí nemusí mít jen relativní základ.

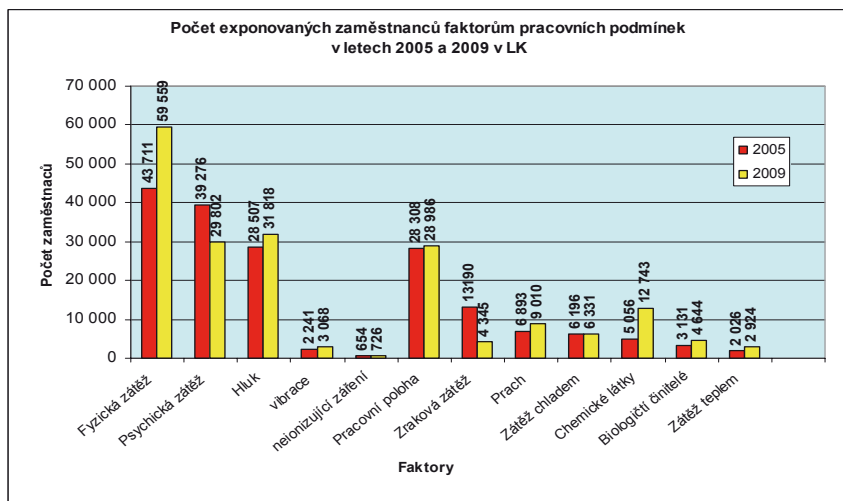

Graf č. 98: Subjektivní hodnocení životního prostředí

V Libereckém kraji přibývá lidí spokojených se svým životním prostředím.

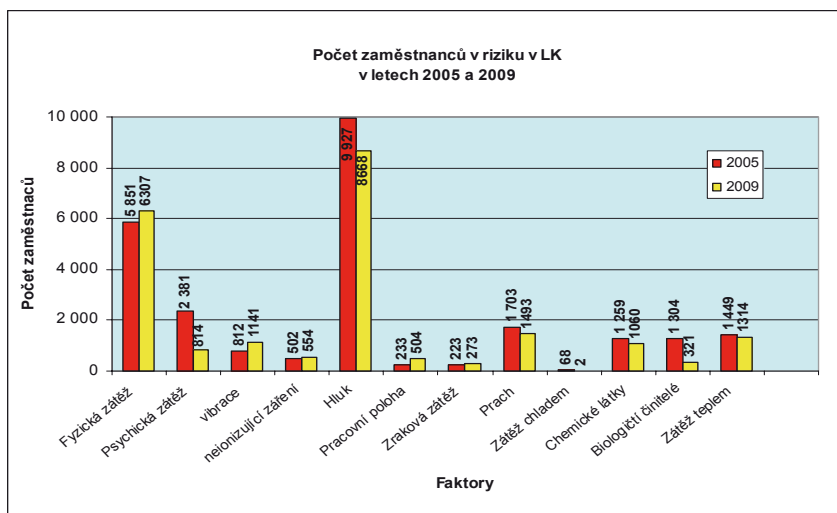
2.2 PRACOVNÍ PROSTŘEDÍ

Práce a pracovní prostředí jsou jednou z hlavních determinant zdravotního stavu.

Graf č. 99 znázorňuje počty zaměstnanců v Libereckém kraji v letech 2005 a 2009, kteří jsou exponováni nepříznivým faktorům pracovních podmínek.


Graf č. 99: Počet exponovaných zaměstnanců faktorům pracovních podmínek v letech 2005 a 2009 v LK

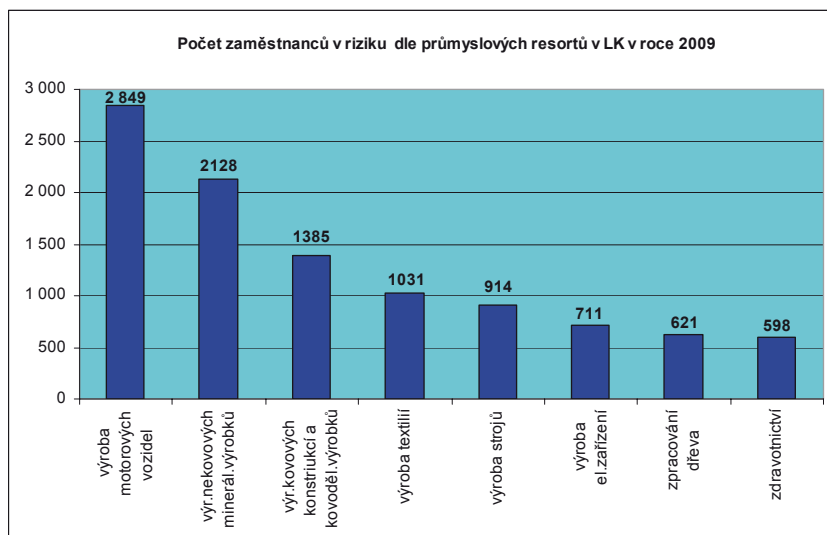
Níže uvedený graf č. 100 znázorňuje počty zaměstnanců, kteří byli v letech 2005 a 2009 exponováni rizikovým faktorům, které překračují přípustné hygienické limity a které si vyžadují náhradní opatření k ochraně zdraví – přestávky, ochranné pomůcky atd.


Graf č. 100: Počet zaměstnanců v riziku v LK v letech 2005 a 2009

Zaměstnavatelé mají zákoníkem práce stanovenou povinnost vyhledávat a hodnotit rizikové faktory a přijímat opatření k jejich minimalizaci. Z výše uvedených grafů vyplývá, že

u celé řady rizikových faktorů pracovního prostředí, přestože došlo v průběhu let k nárůstu počtu exponovaných pracovníků, se počty zaměstnanců v riziku choroby z povolání snížily (tomu odpovídá i vývoj chorob z povolání)

např. u prachu, chemických látek, hluku, zátěže teplem, chladem, u biologických činitelů. Naopak ke zvýšení počtu pracovníků v riziku fyzické zátěže, pracovní polohy, vibrací a neionizujícího záření došlo v souvislosti s nárůstem počtu akreditovaných laboratoří, které jsou schopny tyto rizikové faktory objektivizovat.



Graf č. 101: Počet zaměstnanců v riziku dle průmyslových resortů v LK v roce 2009

Z výše uvedených grafů vyplývá, že

nejvíce zaměstnanců v riziku je v resortu výroby motorových vozidel, která zahrnuje i výrobu elektrického a elektronického zařízení pro motorová vozidla a výrobu ostatních dílů a příslušenství, nejčastějším rizikem je hluk a nadměrná, dlouhodobá či jednostranná fyzická zátěž.

2.3. ŽIVOTNÍ STYL

2.3.1 VÝŽIVA

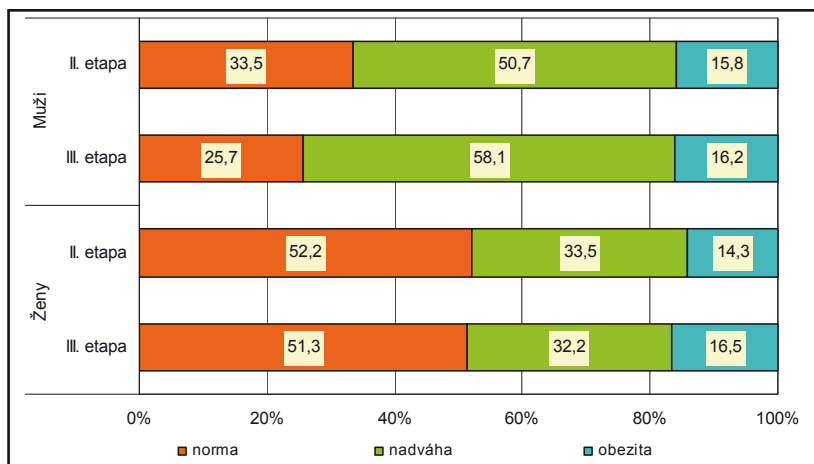
Výživa ovlivňuje zdravotní stav:

- a) absencí některých složek stravy vedoucí ke specifické nemoci (např. hypovitaminózy, nedostatek minerálů atd.),
- b) rizikem infekčního onemocnění, tzv. alimentární nákazy (viz bod 2.4.6.1.),
- c) rizikem toxického poškození (otravami),
- d) nadbytkem potravy, jejích jednotlivých složek a nadměrným energetickým příjmem.

Problémem obyvatel Libereckého kraje, stejně tak jako celé ČR i většiny civilizovaného světa, je právě bod d). Kromě přímého vlivu, např. nadměrného příjmu solí na nárůst hypertenze, nadměrného příjmu jednoduchých cukrů na nárůst zubního kazu či cukrovky 2. typu nebo saturovaných tuků na nárůst hypercholesterolemie a aterosklerózy, je rozhodujícím dopadem špatné výživy do zdravotního stavu našich obyvatel obezita. Nemoc vyvolávající nemoci další – kardiovaskulární nemoci, především ischemická choroba srdeční, diabetes mellitus, dnu, poruchy pohybového aparátu, některá nádorová onemocnění jako např. karcinom prsu atd.

Jak vypadá výživa obyvatel Libereckého kraje z pohledu výskytu obezity a nadváhy zkoumala již zmíněná studie Prevence a zdraví: **V roce 2005 trpělo nadváhou 44 % obyvatel věkové skupiny 18–65 let, obezitou 9,3 % obyvatel.**

Negativní trend tohoto faktoru zdraví v dlouhodobém vývoji i s ohledem na věk člověka ukazují výstupy z již také zmíněné studie HELEN z let 2005 a 2010 popisující obezitu a nadváhu ve věkové skupině 45–54 let:


Graf č. 102: Obezita a nadváha obyvatel v LK ve věkové skupině 45–54 let

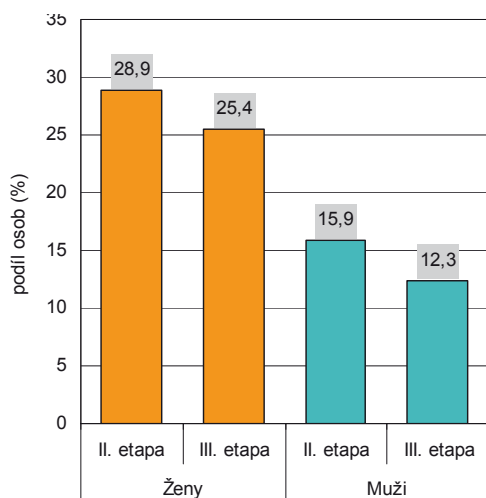
Podobně neradostnou situaci popisuje i studie provedená v roce 2010 v Libereckém kraji na základních školách.

Pohlaví	Počet	Podváha	Norma	Nadváha	Obezita
Chlapci	49,3%	5,1%	63,20%	12,40%	19,30%
Dívky	50,7%	4,9%	61,00%	13,10%	21,00%

Tabulka č. 32: Obezita a nadváha žáků ZŠ LK

Téměř polovina dospělé populace a přes 30 % dětí v Libereckém kraji trpí nadváhou a obezitou a tento negativní jev se dále prohlubuje.

Z pohledu popsaného vývoje není překvapivé, že právě protektivních složek stravy – vitamínů, vlákniny, antioxidantů či důležitých minerálů obsažených v zelenině se nám nedostává. To opět potvrzuje studie z let 2005 a 2010: **Pouze 25 % libereckých žen a 12 % mužů věkové kategorie 45–54 let konzumuje denně dostatečné množství ovoce a zeleniny** (alespoň 500g včetně brambor).


Graf č. 103: Příjem protektivních a životně důležitých složek stravy mužů a žen LK

Příjem ovoce a zeleniny jako důležitých zdrojů protektivních a životně důležitých složek stravy je nedostatečný a dochází k jeho snižování.

Studie provedená v roce 2010 na základních školách Libereckého kraje ukazuje také na další nepříznivý jev v oblasti výživy a to je: **Snížená četnost stravy**, která je opět jedním z faktorů podílejících se na nárůstu obezity.

Snídaně	2.třída		4.třída		6.třída		8.třída	
	ANO	NE	ANO	NE	ANO	NE	ANO	NE
	85%	15%	72%	28%	69%	31%	51%	49%

Svačina	2.třída		4.třída		6.třída		8.třída	
	ANO	NE	ANO	NE	ANO	NE	ANO	NE
	90%	10%	81%	19%	74%	26%	61%	39%

Svačina	2.třída	4.třída	6.třída	8.třída
z domu	88%	82%	65%	46%
koupená v bufetu	12%	18%	35%	54%

Oběd	2.třída	4.třída	6.třída	8.třída
ve škole	75%	88%	76%	69%
doma	26%	16%	10%	4%
fastfood/bufet	0%	2%	10%	19%
vůbec	1%	2%	4%	8%

Tabulka č. 33: Stravování žáků ZŠ LK

S věkem dětí se zhoršuje režim stravování. Přibývá dětí, které vynechávají jedno z pravidelných jídel, případně ho nahrazují stravou z fastfoodů a bufetů.

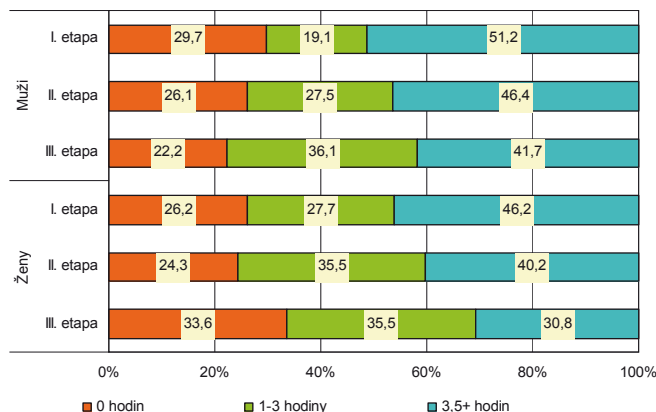
2.3.2 POHYBOVÁ AKTIVITA

Vedle výživy je pohybová aktivita dalším významným faktorem, který může posílit a upevnit zdraví na straně jedné, či na straně druhé v případě nedostatku pohybové aktivity zdraví významně poškodit.

Tělesná aktivita omezuje vznik obezity, snižuje krevní tlak, posiluje kardiopulmonální systém, redukuje riziko aterosklerózy, ischemické choroby srdeční, diabetes mellitus a osteoporózy, posiluje kosterní a svalový aparát a zlepšuje mobilitu, v neposlední řadě snižuje stres, depresi i agresivitu.

Z pohledu využití potenciálu pohybové aktivity k ovlivnění zdraví je velmi nepříznivé zjištění studie Prevence a zdraví, že **v mezidobí let 1997–2005 došlo u občanů Liberce věkové kategorie 18–65 let ke statisticky významnému nárůstu pasivního trávení volného času: nad 28 hod. týdně 17 % a nad 14 hod. týdně 66% občanů. Naopak ve stejném období došlo k 8 % poklesu osob trávících volný čas tělesnou aktivitou – v roce 2005 pouze 69 % trávilo více jak 7 hodin týdně tělesnou aktivitou.**

Tento trend bohužel potvrzuje i další zjištění potvrzené studií HELEN: **Ve věkové kategorii 45–54 let se mezi lety 2000, 2005 a 2010 u žen i mužů snížil podíl libereckých občanů, kteří se sportu věnují více než 3,5 hod. týdně, u žen pak dokonce došlo v této věkové kategorii k nárůstu skupiny, která se sportu nevěnuje vůbec.**



Graf č. 104: Pohybová aktivita občanů LK

Situace i trendy pohybové aktivity v dospělé populaci se bohužel budou ještě zhoršovat, a to s ohledem na rozsah pohybové aktivity a tedy i vypěstovaný návyk mezi žáky základních škol Libereckého kraje:

2. třída		4. třída		6. třída		8. třída	
Divky	Chlapci	Divky	Chlapci	Divky	Chlapci	Divky	Chlapci
Kladná odpověď na pravidelnou fyzickou aktivitu? (mimo školní TV)							
52%	73%	81%	68%	69%	45%	56%	20%
Kladná odpověď na denní užití PC více jak 2 hod							
14%	40%	29%	43%	27%	57%	67%	85%
Kladná odpověď na denní sledování TV							
63%	71%	79%	82%	65%	85%	83%	100%

Tabulka č. 34: Pohybová aktivita žáků ZŠ LK

V každém ročníku min. 15 % žáků se zcela vyhýbá pohybové aktivitě. Ze zdravotních důvodů (určeno lékařem) je to však pouze z 5 %.

Ubývá tělesné aktivity, klesá podíl volného času věnovaného sportu v žádoucí míře a narůstá pasivní způsob trávení volného času napříč věkovými skupinami.

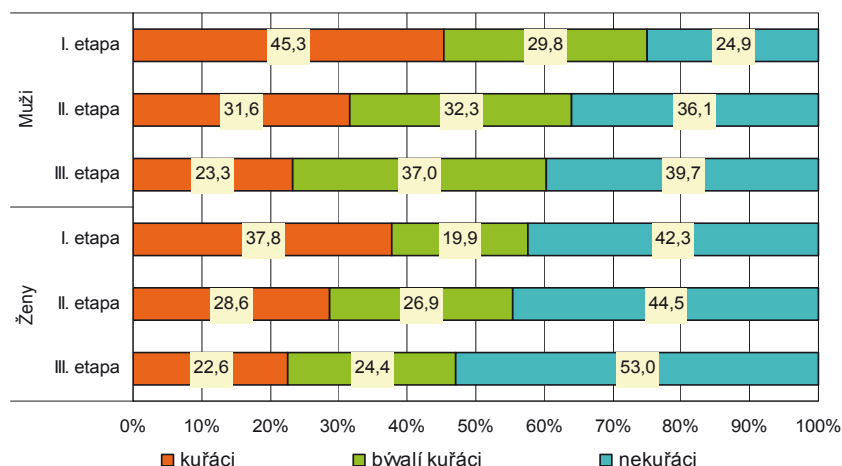
2.3.3 KOUŘENÍ

Kouření je nejčastější příčinou předčasných úmrtí, stojí za 90 % případů rakoviny plic, 30 % všech dalších nádorů, 95 % ischemické choroby dolních končetin, zdvojnásobuje riziko kardiovaskulárních onemocnění, kuřáci trpí 8x častěji chronickou obstrukční nemocí plic, 1,7x častěji vředovou chorobou, infekcemi, astmatem atd.

Mírně pozitivním zjištěním je skutečnost, že **v období od roku 1997 do roku 2005 došlo v Liberci ke statisticky nevýznamnému, ale přece jen poklesu počtu kuřáků ve věkové kategorii 18–65 let. Přesto:**

37 % podíl kuřáků v liberecké populaci zásadním způsobem ovlivňuje zdravotní stav obyvatel kraje.

Trend mírného poklesu podílů kuřáků v dospělé (!) populaci potvrzuje i studie HELEN. **V období let 2000, 2005 a 2010 došlo ve věkové kategorii 45–54 let u libereckých mužů i žen k poklesu počtu kuřáků.**



Graf č. 105: Prevalence kouření ve věkové kategorii 45–54 let

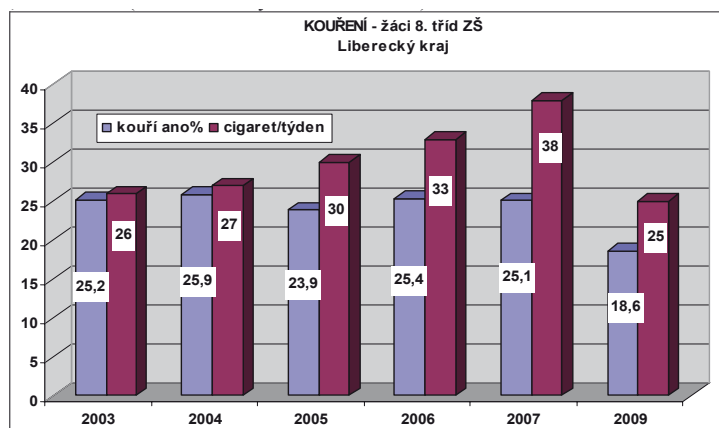
Tato relativně pozitivní zjištění jsou ovšem zastíněna negativním faktem, že:

mírný pokles kuřáctví v liberecké populaci se netýká mladších věkových kategorií zejména 18–30 let, kde došlo naopak mezi roky 1997–2005 k navýšení počtu kuřáků na 40,2 %, a setrvává i vysoká prevalence kuřáctví ve školním věku.

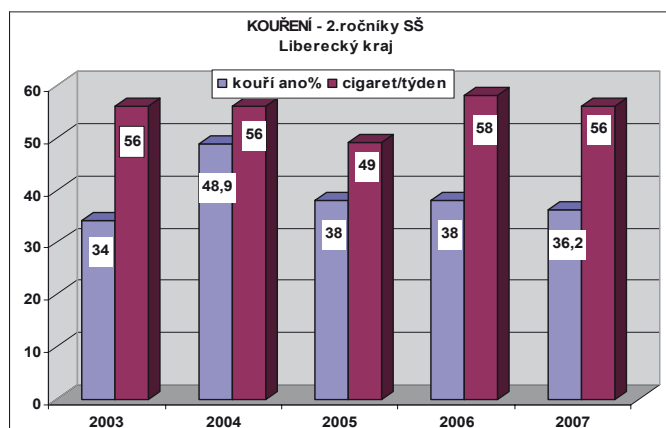
Ze sledovaných žáků 8. tříd ZŠ v LK zkusilo někdy kouřit 64,2 % dětí (o 10 % méně než v roce 2007) – 60,4 % dívek (o 14 % méně než v r. 2007) a 68,3 % chlapců (o necelých 6 % méně než v r. 2007). Věková hranice, kdy děti poprvé zkouší kouřit se nemění, i v roce 2009 byla v průměru 11,2 let.

V roce 2009 kouřilo v osmých třídách libereckých škol 18,6 % dětí, což je o 6,5 % méně než v roce 2007 – podle pohlaví je to 19,3 % dívek (o 8,1 % méně než v r. 2007) a 17,7 % chlapců (o 5,3 % méně než v r. 2007).

Sledované děti – **kuřáci vykouří v průměru 25 cigaret za týden** (o 13 ks méně než v r. 2007) – dívky vykouří v průměru 20 cigaret (o 14 ks méně než v r. 2007), chlapci 31 ks (o 12 ks méně než v r. 2007). Maximum vykouřených cigaret za týden bylo udáno 80 a to jak u chlapců, tak u dívek (v roce 2007 vykouřili až 270 ks).



Graf č. 106: Kouření – žáci 8. tříd ZŠ v LK



Graf č. 107: Kouření – studenti 2. ročníků SŠ v LK

Ve 2. ročnících středních škol (výsledky z r. 2007) zkusilo někdy kouřit 85,4 % studentů – 84,6 % dívek a 86,6 % chlapců. **Na otázku, zda kouří nyní, odpovědělo kladně 36,2 % studentů středních škol Libereckého kraje.** Podle pohlaví kouří 34,3 % sledovaných dívek a 38,7 % chlapců.

V průměru vykouří 56 cigaret týdně – dívky v průměru 42 cigaret týdně (max. 140 ks), chlapci 74 cigaret týdně (max. 280 ks).

Obdobné výsledky prokazuje i další studie (ESPAD), tentokrát u populace 16letých:

- kouřit někdy v životě zkusilo 78 % dotázaných studentů (76 % chlapců, 80 % dívek)
- více než ¼ dotázaných získala první zkušenosti s kouřením již ve věku 11 let nebo dříve
- kouření s denní frekvencí se nejčastěji objevuje mezi 14.–15. rokem
- dřívější začátek kouření vůbec a dřívější začátek denního kouření je spojen s vyšším výskytem silného kouření (11 a více cig./den)

	LK	ČR	Poznámka
denních kuřáků	25,1%	25,2% (23,4% chlapců, 26,8% dívek)	LK na 4. místě v ČR (Karlovarský kraj – 30,5%, Ústecký kraj – 29%, Olomoucký kraj – 26,3%)
silných kuřáků (11 a více cig./den)	8,6%	3,9 – 11%	LK na 3.-4. místě s Jihomoravským krajem (Ústecký kraj – 11,1%, Olomoucký kraj – 10,7%)

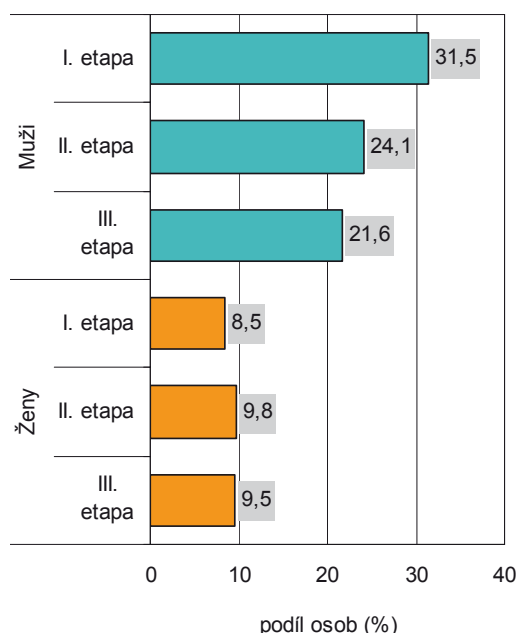
Tabulka č. 35: Srovnání prevalence kouření 16letých v ČR

2.3.4 ALKOHOL

Spektrum negativních účinků alkoholu je nesmírně široké a zcela převyšuje nepopíratelný pozitivní efekt mírného pití (méně než 1 jednotka 10g denně) na rozvoj KVO. Alkohol přináší v první řadě somatická rizika jako jsou např. akutní otrava, jaterní cirhóza, vysoký tlak, rakovina trávicího traktu, záněty žaludku či slinivky atd. Stejně významná jsou ale i duševní a sociální rizika – rodinné rozvraty, problémy v zaměstnání, úrazy či kriminální činnost.

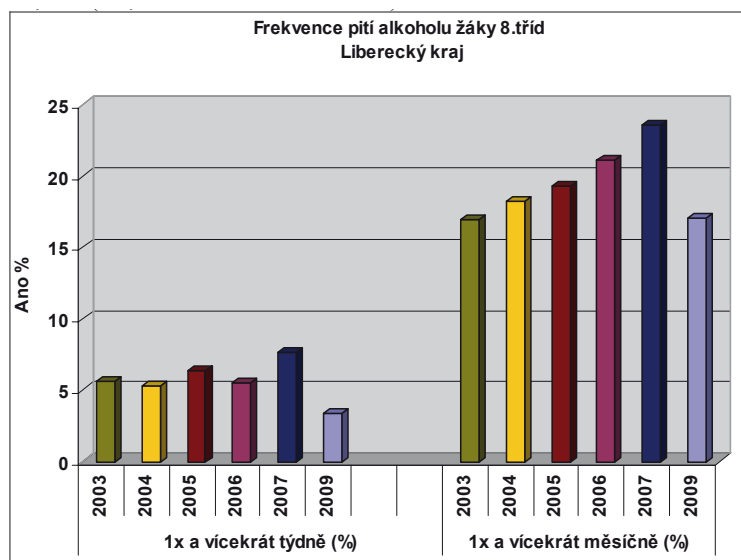
Česká republika patří ve spotřebě alkoholu k zemím s nejvyšší spotřebou s více než 10l čistého alkoholu na osobu a rok. Liberecký kraj tuto statistiku potvrzuje.

Nadměrně konzumuje v Libereckém kraji alkohol dlouhodobě téměř 10 % žen a více než 20 % mužů ve věkové skupině 45 až 54 let. Snižuje se průměrný věk pití alkoholu a zvyšuje se excesivní pití u dětí – v posledním měsíci bylo opito 41 % studentů druhých ročníků středních škol.



Graf č. 108: Nadměrná konzumace alkoholu 2000, 2005, 2010 (muži více než 30 jednotek týdně, ženy více než 20 jednotek týdně)

Příprava na toto vrcholné evropské pití probíhá už od raného dětství. V osmých třídách libereckých škol zkusilo někdy pít alkohol 92,8 % dětí – 92,1 % dívek, 93,5 % chlapců. Průměrný věk, kdy děti poprvé pily alkohol byl 10,9 let (v r. 2007 – 11,2 let) – děvčata 11,1 let a chlapci 10,6 let (o 0,5 roku méně než v r. 2007).



Graf č. 109: Alkohol – žáci 8. tříd ZŠ LK

Dvakrát a vícekrát za život bylo dle odpovědí opilých 11,1 % dětí – 5,4 % dívek a 17,2 % chlapců.

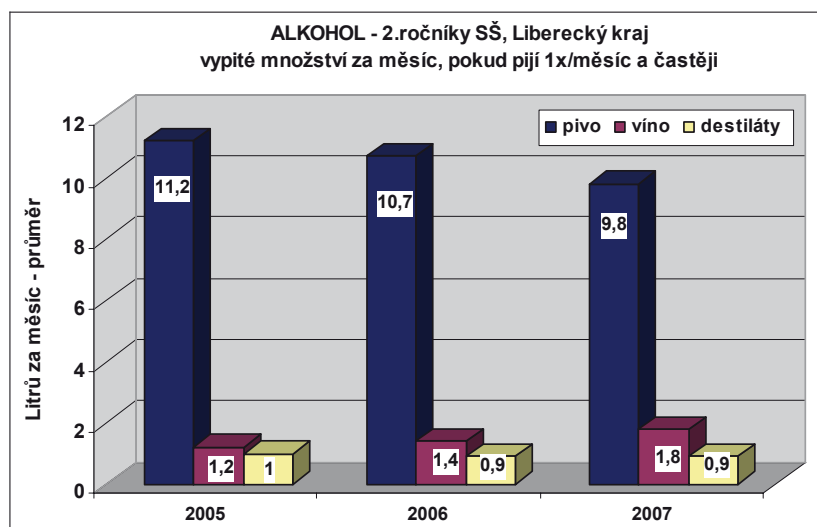
Opilých za poslední měsíc bylo 6,7% dětí – 2,5 % dívek a 11,3 % chlapců, opilých za poslední týden 2,3 % dětí – 1 % dívek a 3,8% chlapců.

Průměrný věk, kdy se děti poprvé opily, je 12,1 let, což odpovídá výsledkům z předchozích let.

Studenti 2. ročníků libereckých středních škol zkusili pít téměř všichni – 99 % dívek a 99,3 % chlapců.

Jednou a vícekrát **týdně pije alkohol 28,3 % studentů** (jedná se opět o výsledky z r. 2007) – 21,4 % dívek a 38 % chlapců.

Jednou a vícekrát za **měsíc pije alkohol 45,2 % studentů** (postupný nárůst z 34,8 % v r. 2004) – 49,3 % dívek a 39,4 % chlapců.



Graf č. 110: Alkohol – studenti 2. ročníků SŠ v LK

Již 2x a vícekrát za život bylo opilých 66,2 % studentů 2. ročníků – 62,2 % dívek a 71,8 % chlapců.

Opilých za poslední měsíc bylo 40,8 % studentů – 37,8 % dívek a 45,1 % chlapců.

Opilost za poslední týden uvedlo 21,9 % studentů – 17,4 % dívek a 28,2 % chlapců.

Průměrný věk, kdy se poprvé opili, je 14,5 let (tato věková hranice se nemění) – 14,5 let u dívek a 14,3 let u chlapců.

Výše uvedené výsledky potvrzuje i studie ESPAD u studentů o rok mladších – 16letí v prvních ročnících středních škol, která ukazuje i situaci v rámci ČR

- jakýkoliv alkoholický nápoj pilo v životě 97,4 % studentů,
- v posledním měsíci alkohol konzumovalo 75,6 % studentů.

	LK	ČR	Poznámka
5x a vícekrát v posledních 30 dnech	25,4%	24,3%	LK na 6. místě v ČR
nadměrné pití 3x a vícekrát v posl. 30 dnech	19,2%	19,7%	LK na 9. místě v ČR
opilost 3x a vícekrát v posledních 30 dnech	3,7%		LK na 6. místě v ČR

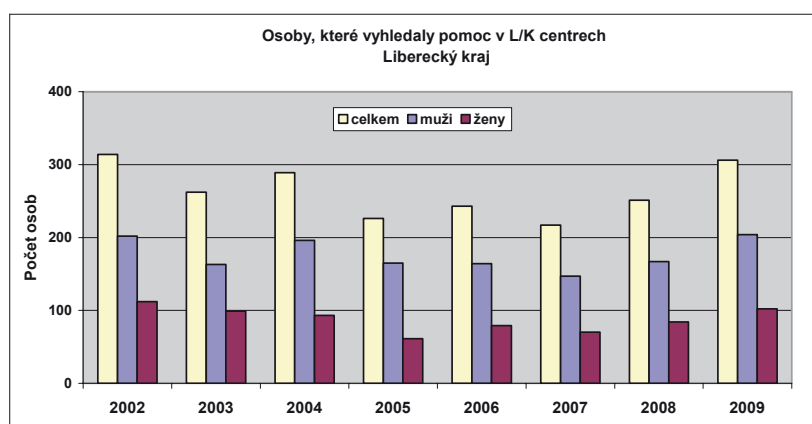
Tabulka č. 36: Srovnání konzumace alkoholu 16letých v ČR

2.3.5 DROGY

Zdravotní i zdravotně sociální účinek tzv. nelegálních drog je velmi široký, sahá od akutních intoxikací, přes ovlivnění psychiky, včetně rozvoje duševních poruch, přes významný nárůst infekčních onemocnění až po drogové chování, spojené s krádežemi, promiskuitou, rozpadem rodiny a sociálním vyloučením.

2.3.5.1 PREVALENCE A INCIDENCE UŽIVATELŮ DROG

V roce 2009 vyhledalo ve 12 L/K místech Libereckého kraje pomoc celkem **306 uživatelů drog** (o 55 více než v r. 2008) - **204 mužů** (66,7%) a **102 žen** (33,3%).



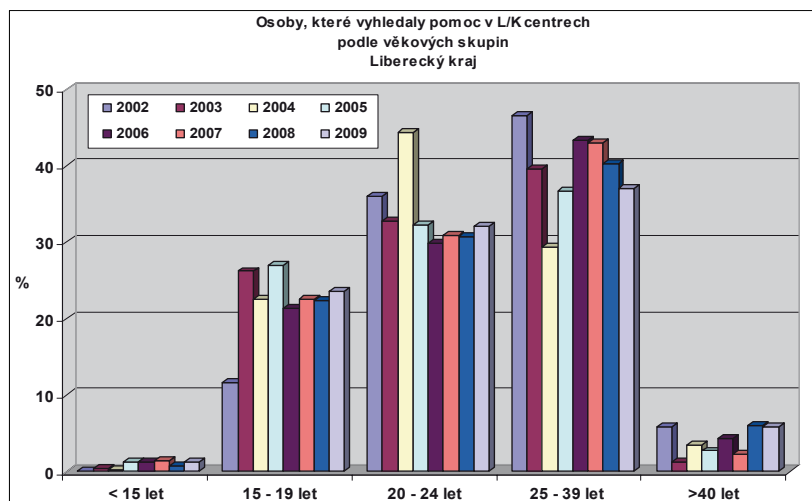
Graf č. 111: Počty osob, které vyhledaly pomoc v L/K centrech LK

Z hlediska **charakteru kontaktu 176 osob (120 mužů) nebylo dosud nikde léčeno – incidence**, 77 osob (54 mužů) navštívilo již jiné L/K místo, 34 osob (19 mužů) v minulosti kontaktovalo toto L/K místo, u 12 osob (7 mužů) se jednalo o opakovaný záchyt v rámci ČR ve sledovaném období, u 7 osob (4 mužů) údaj není znám. Bydliště v LK uvádělo 243 osob (79,4%) – 156 mužů a 87 žen.

Věková struktura

Nejvíce kontaktů (37%) tvořila skupina uživatelů ve věku 25–39 let, dále **skupina 20–24 letých (32,1 %) a mladistvých ve věku 15–19 let (23,6 %)**. Do 15 let bylo 1,3 % uživatelů (4), nad 40 let 5,9 % (18).

Podle pohlaví: muži – ve věkové skupině do 15 let byli 3 (1,5 %), ve skupině 15–19 let 42 mužů (20,7 %), ve skupině 20–24 let 65 mužů (32 %), **ve skupině 25–39 let 78 mužů (38,4 %)** a nad 40 let 15 mužů (7,4 %). **Ženy** – ve věkové skupině do 15 let byla 1 žena (1 %), ve skupině 15–19 let 30 žen (29,4 %), ve skupině 20–24 let 33 žen (32,4 %), **ve skupině 25–39 let 35 žen (34,3 %)** a nad 40 let 3 ženy (2,9 %).



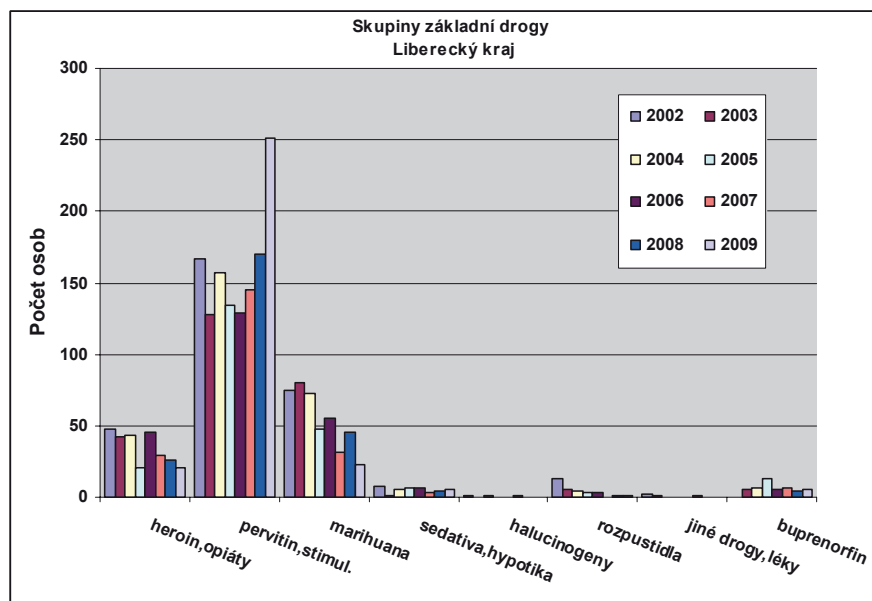
Graf č. 112: Osoby, které vyhledaly pomoc v L/K centrech v LK podle věkových skupin

Průměrný věk uživatelů v LK byl v r. 2009 24,9 let (v r. 08 – 25,3 let, r. 07 – 24,7 let, r. 06 – 24,3 let, r. 05 – 23,9 let).

Podle pohlaví: *průměrný věk mužů* byl v r. 2009 25,4 let (12–58 let) a *průměrný věk žen* 23,9 let (11–58 let).

Průměrný věk i. v. uživatelů drogy v r. 2009 byl 25,5 let – u mužů 26,5 let (15–48 let) a u žen 23,5 let (15–34 let).

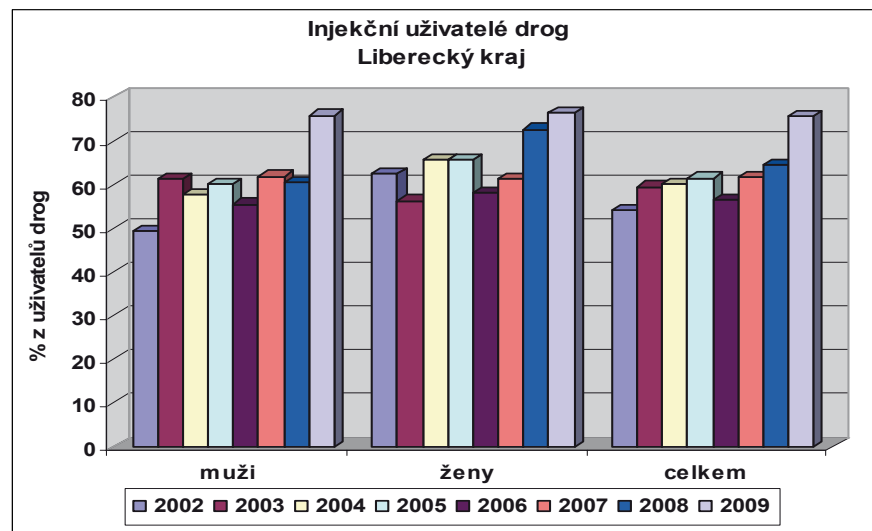
Průměrný věk prvního užití drogy se snížil, v r. 2009 byl 15,6 let (r. 08 – 16,4 let, r. 07 – 16,1 let, r. 06 – 16,2 let, r. 05 – 16 let, r. 04 – 16,3 let) – **15,5 let u mužů** (6–44 let), **15,9 let u žen** (8–56 let). **Průměrný věk první injekční aplikace drogy byl 18,7 let: 19,2 let u mužů** (v rozmezí 8–47 let) a **17,9 let u žen** (11–29 let).



Graf č. 113: Skupiny základní drogy LK

Průměrný věk uživatelů marihuany byl **17,7 let – 18,3 let u mužů** (12–25 let) a **16,2 let u žen** (11–20 let). Průměrný věk uživatelů **pervitinu** byl **24,8 let – 25,6 let u mužů** (15–48 let) a **23,2 let u žen** (15–44 let). Průměrný věk uživatelů **heroinu** byl **30,7 let – 31,2 let u mužů** (22–58 let) a **28,8 let u žen** (25–31 let).

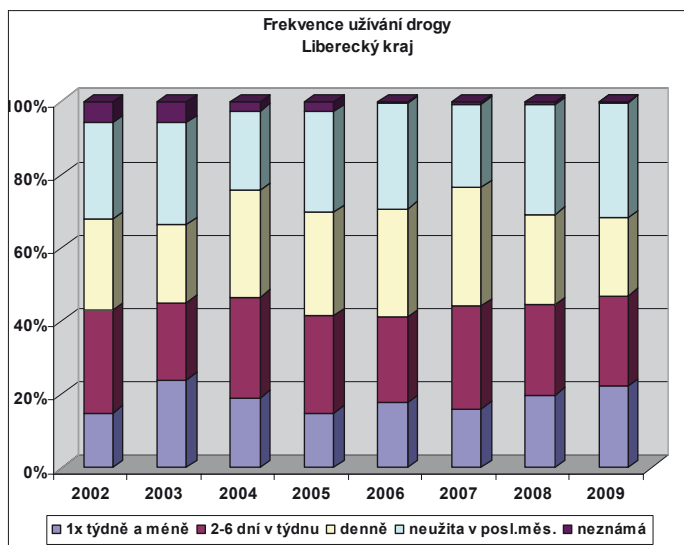
Nejužívanější drogou byl stále **pervitin, v r. 2009 ho užívalo již 81 % (248) uživatelů** (v r. 08 – 67,3 %, r. 07 – 66,8 %, r. 06 – 52,7 %, r. 05 – 58,8 %), dále **marihuana – 7,5 %** (v r. 08 – 18,3 %, r. 07 – 14,3 %, r. 06 – 22,6 %, r. 05 – 21,2 %) a **heroin – 6,9 % uživatelů** (v r. 08 – 10,4 %, r. 07 – 11,5 %, r. 06 – 14,4 %, r. 05 – 8 %).



Graf č. 114: Injekční uživatelé drog v LK

Injekčně si v r. 2009 aplikovalo drogu 75,8 % (232) uživatelů (r. 08 – 64,5 %, r. 07 – 61,8 %, r. 06 – 56,4 %, r. 05 – 61,5 %) – podle pohlaví **75,5 % (154) mužů** (r. 08 – 60,5 %, r. 07 – 61,9 %, r. 06 – 55,5 %, r. 05 – 60 %) a **76,5 % (78) žen** (r. 08 – 72,6 %, r. 07 – 61,4 %, r. 06 – 58,2 %, r. 05 – 65,6 %).

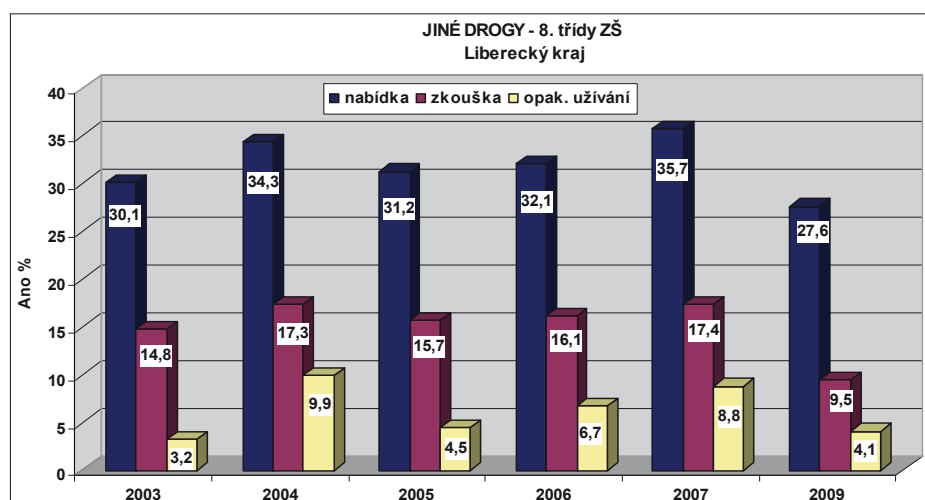
Tímto způsobem si aplikuje drogu **83,5 % uživatelů pervitinu, 90,5 % uživatelů heroinu a 100 % uživatelů buprenorfinu a speedu**.



Graf č. 115: Frekvence užívání drogy v LK

2.3.5.2 DROGY MEZI DĚTMI

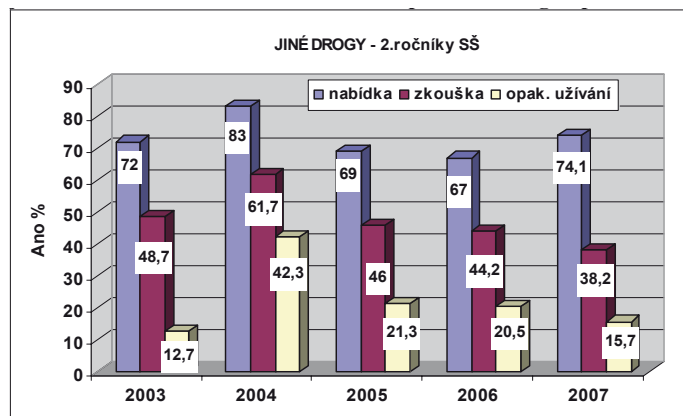
Droga byla **nabíduta 27,6 % dětí** – žáků 8. tříd – o 8,1 % méně než v r. 2007. Nabízena byla z více stran, nejčastěji kamarádem (57,9 %), cizí osobou (25,2 %), někým z blízkého okolí (20,6 %), spolužákem (10,3 %), někým v rodině (6,5 %). Drogu někdy zkusilo 9,5 % dětí (v r. 2007 – 17,4%) **Průměrný věk, kdy drogu děti zkusily, byl 12,8 let** – o 0,5 roku nižší než v r. 2007 a vůbec nejnižší od počátku sledování (průměrný věk zkoušky drogy nikdy neklesl pod 13 let). Nejčastěji děti zkusily marihuanu.



Graf č. 116: Jiné drogy – žáci 8. tříd ZŠ LK

Opakované užití drogy potvrdilo 4,1 % dětí.

Užívání nelegálních drog pokračuje a narůstá na středních školách, kde zkusilo drogu již téměř 40 % studentů a více než 15 % pak bere drogu opakovaně.



Graf č. 117: Jiné drogy – studenti 2. ročníků SŠ okresu Liberec

Pozn.: do roku 2004 jsou údaje za okres Liberec, od roku 2005 za celý LK

Pokud užívají drogu jednou za měsíc a častěji, pak **víkendové užívání** potvrdilo 15 studentů (27,8 % z opak. uživatelů) a **kdykoliv je příležitost** 12 studentů, tj. 22,2 % z opak. uživatelů.

Z těch, co drogu vyzkoušeli, si **46,6 %** studentů myslí, že ji určitě nebo **pravděpodobně zkusí znovu**.

Stejný rozsah užití drog dokládá i další studie, tentokrát u 16letých studentů – **jakoukoliv nelegální drogu užilo v životě 46,6 % dotázaných (49,4 % chlapců, 44 % dívek)**. Nejčastěji užívanou nelegální drogou mezi 16letými studenty jsou konopné látky (marihuana, hašiš).

	LK	ČR	Poznámka
celoživotní prevalence	43,6%	46,6%	LK na 10. místě v ČR (40 – 55,2%)
prevalence v posledních 12 měsících	33,8%		LK na 10. místě v ČR (30,5 – 41,8%)
prevalence v posledních 30 dnech	19,6%		LK na 5. místě v ČR (12,4 – 23,1%)

Tabulka č. 37: Užívání nelegálních drog

Dlouhodobě neklesá počet uživatelů drog, snižuje se věk prvního užití, stoupá podíl injekčních uživatelů a přetrvává vysoká nabídka drogy dětem.

2.3.6 STRES

Stres je nepochybně dalším faktorem, jehož dopad do zdraví lze jednoznačně dokumentovat. Ať už na rozvoji duševních chorob, psychosomatických chorob jako vysoký krevní tlak, vředová choroba či somatických nemocí jako KVO, infarkt myokardu, ale i poruch imunity. Méně snadné na úrovni regionu je měřit míru stresu. Jedním z takových pokusů je opakovaná studie školní a všeobecné úzkosti u dětí 7. tříd základních škol Libereckého kraje:

Všeobecná úzkost – ANX G

V pásmu vážných poruch všeobecné úzkosti je více jak polovina sledovaných dětí. V pásmu bez poruch pouze necelých 6 % dětí, o 1 % pokles oproti předchozímu šetření. Celkové výsledky **ANX G ve srovnání s rokem 2002 a rokem 2004 zůstaly v roce 2007 přibližně stejné.**

	Žádné poruchy			Mírné poruchy			Vážné poruchy		
	2002	2004	2007	2002	2004	2007	2002	2004	2007
Chlapci	3,4	5,4	6,1	43,6	48,2	43,8	53,0	46,5	50,1
Dívky	7,1	8,4	4,5	37,3	36,0	32,9	55,6	55,6	62,6
Celkem	5,3	6,9	5,4	40,3	42,0	39,0	54,4	51,1	55,7

Tabulka č. 38: ANX G – všeobecná úzkost v %

Školní úzkost – ANX S

Vážnými poruchami školní úzkosti trpí 25 % chlapců a 27 % děvčat. Bez poruch školní úzkosti je pak 21 % chlapců a 21 % dívek. **Počet chlapců bez poruch se od roku 2004 do roku 2007 zvýšil o 3 %.**

U děvčat se výskyt vážných poruch školní úzkosti a počet bez poruch oproti r. 2004 nezměnil.

Ve výsledcích školní úzkosti jsou opět značné rozdíly mezi sledovanými školami. Na jedné straně je škola s 0% vážných poruch, na druhé straně škola s 61 %.

	Žádné poruchy			Mírné poruchy			Vážné poruchy		
	2002	2004	2007	2002	2004	2007	2002	2004	2007
Chlapci	22,8	17,7	20,7	51,7	57,5	54,5	25,5	24,8	24,8
Dívky	28,4	21,4	20,4	50,3	58	52,6	21,3	20,6	27
Celkem	25,8	19,6	20,6	50,9	57,7	53,7	23,3	22,7	25,8

Tabulka č. 39: ANX S – školní úzkost v %

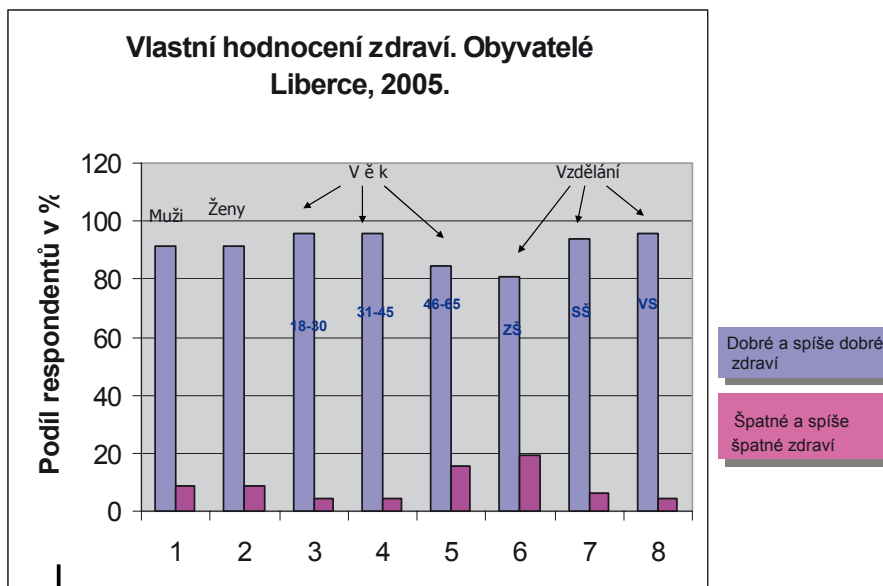
Úzkostné stavy pociťuje polovina školních dětí, vážnými poruchami školní úzkosti trpí 26 % dětí. Významné rozdíly mezi školami naznačují řešení.

2.4 SOCIÁLNĚ EKONOMICKÉ FAKTORY ZDRAVÍ

Sociálně ekonomické faktory – sociální status, sociální opora a kontakty, vzdělání, HDP, příjem a jeho difference ve společnosti, zaměstnanost, sociální vyloučení, to všechno jsou faktory, které s největší pravděpodobností rozhodují o zdravotním stavu obyvatelstva více než všechny ostatní faktory dohromady. Jejich dopad možná není tak přímočarý, mnohdy působí zprostředkovaně, o to více ale je nutné s jejich potenciálem k ovlivnění zdraví počítat, ať už při eliminaci negativních dopadů či podpoře jejich pozitivních účinků.

Na úrovni regionu jen složitě hledáme bezprostřední důkazy vlivu těchto faktorů. Přesto si je pokusme ukázat např. prostřednictvím několika výstupů ze studie Prevence a zdraví, provedené opakovaně v našem kraji.

2.4.1 VLASTNÍ HODNOCENÍ ZDRAVÍ



Poznámka: Oproti roku 1997 se počet osob, které hodnotily svůj zdravotní stav jako dobrý zvýšil o 7%.

Graf č. 118: Vlastní hodnocení zdraví, Liberec 2005

Lidé s vyšším vzděláním hodnotí lépe svůj zdravotní stav.

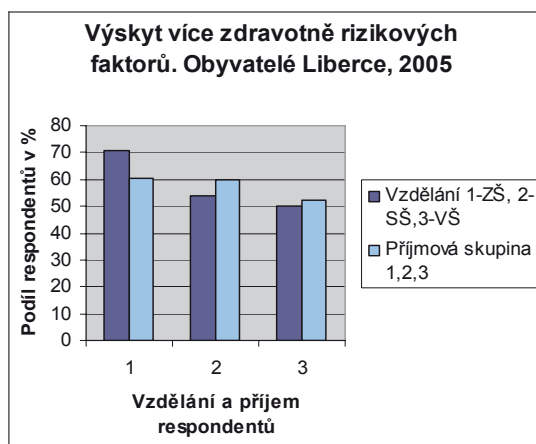
2.4.2 ČERPÁNÍ PREVENTIVNÍ PÉČE



Graf č. 119: Návštěvy lékaře pro preventivní prohlídky

Lidé s vyššími příjmy více využívají preventivní péči.

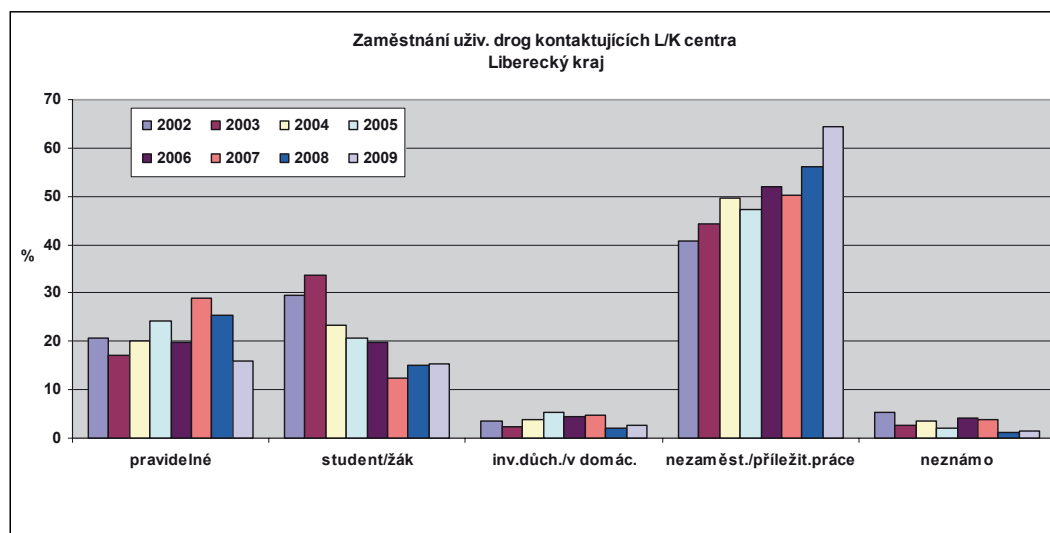
2.4.3 VÝSKYT RIZIKOVÝCH FAKTORŮ



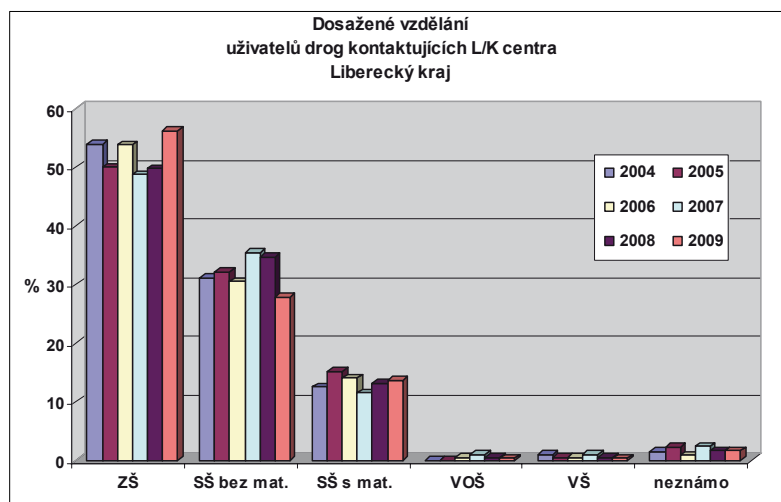
Graf č. 120: Výskyt zdravotně rizikových faktorů v závislosti na vzdělání a příjmu

Jako rizikové faktory pro účel studie Prevence a zdraví byly označeny: vybraná choroba v anamnéze (vysoký krevní tlak, diabetes mellitus 2. typu, jiná srdeční cévní choroba), BMI přes 25, kouření a kombinace těchto faktorů.

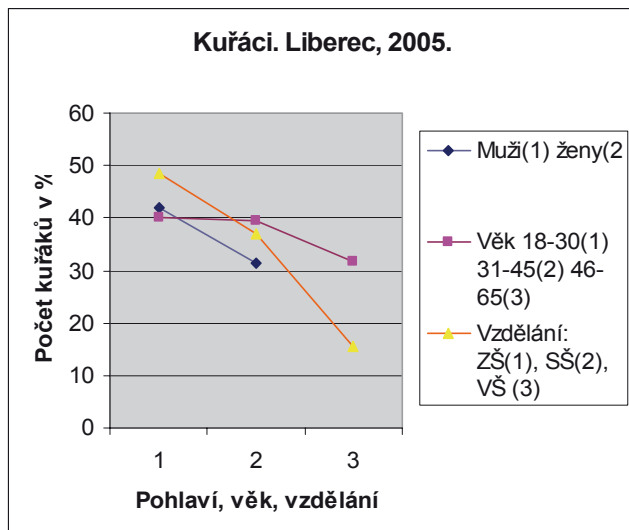
2.4.4 UŽÍVÁNÍ DROGY



Graf č. 121: Zaměstnání uživatelů drog kontaktujících L/K centra v LK



Graf č. 122: Dosažené vzdělání uživatelů drog kontaktujících L/K centra v LK



Graf č. 123: Kuřáci, Liberec 2005

Zaměstnaní lidé s vyšším vzděláním a příjmem mají zdravější životní styl, např. méně kouří.

Z tohoto úhlu pohledu o to více musíme i při hodnocení zdravotního stavu vnímat stav i vývoj zásadních socioekonomických ukazatelů jako jsou:

2.4.5 VÝVOJ NEZAMĚSTNANOSTI

Ukazatel	2005	2006	2007	2008	2009
Uchazeči o zaměstnání	18923	17258	14566	16605	26273
z toho ženy	10056	9257	8027	8577	13043
Volná pracovní místa	2425	3648	4612	2279	1201
Registr.míra nezam.	7,7%	7,0%	6,1%	7,0%	11,2%

Tabulka č. 40: Nezaměstnanost v LK v letech 2005–2009

Úroveň míry nezaměstnanosti je v posledních 3 vykázaných letech v Libereckém kraji významně vyšší než průměr ČR (rok 2009 – 9,24% v ČR oproti 11,2% v LK).

2.4.6 VÝVOJ HRUBÉHO DOMÁCÍHO PRODUKTU (HDP)

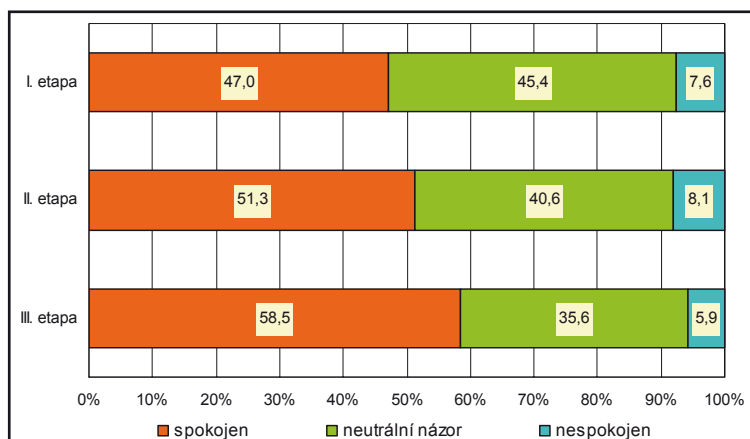
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Hrubý domácí produkt (mil. Kč)	81 807	86 416	90 367	87 322	94 693	104 689	109 657	114 090	114 121	
na 1 obyvatele (Kč)	190	201	211	204	221	244	255	264	261	
na 1 obyvatele (ČR = 100 %)	89,5	87,7	87,5	80,9	80,3	83,8	81,3	77,1	74,0	
Vývoj HDP ve stálých cenách (předchozí rok = 100)	104,0	100,7	102,7	95,7	105,3	112,3	105,1	101,3	101,3	
Hrubá přidaná hodnota (mil. Kč)	74 119	78 339	82 141	79 392	85 102	93 861	98 947	102 555	102 749	
podíl terciárního sektoru (%)	48,9	47,1	48,7	50,8	48,6	47,6	49,5	49,7	52,5	
Tvorba hrubého fixního kapitálu (mil. Kč)	22 739	19 264	23 598	26 645	27 047	24 303	21 385	23 054	.	
na 1 obyvatele (Kč)	52 990	44 999	55 211	62 386	63 284	56 747	49 754	53 352	.	
na 1 obyvatele (ČR = 100 %)	88,9	69,8	83,1	92,6	88,8	78,3	64,1	61,9	.	
Čistý disponibilní důchod domácností (mil. Kč)	46 667	49 192	51 142	52 540	55 091	57 817	62 180	67 600	72 802	
na 1 obyvatele (Kč)	108	114	119	123	128	135	144	156	167	
na 1 obyvatele (ČR = 100 %)	95,9	95,9	95,5	93,9	94,2	93,9	93,2	92,4	91,9	
Vývoz (mil. Kč)	.	.	.	66 215	82 609	92 912	93 794	100 699	89 771	79 094
z toho do EU (%)	.	.	.	77,7	79,8	78,1	79,2	81,5	82,7	84,0

Tabulka č. 41: Vybrané údaje za LK - makroekonomika

Vývoj HDP Libereckého kraje v hodnoceném období tj. od roku 2005 vykazuje jen minimální přírůstky a klesá z 84% v roce 2005 na 74% HDP/obyv. v ČR. v roce 2008.

Kromě negativního vývoje i vlivu některých vybraných socioekonomických faktorů na zdraví lidí v kraji nelze opominout složitost jejich působení ani kompenzační, **pozitivní potenciál dalších soc. ekonom. faktorů jako jsou relativně vysoká soudržnost, nízká příjmová diferenciacce, omezené sociální vyloučení, působení občanské společnosti či vzdělanost, které v našem kraji ovlivňují zdraví naopak velmi pozitivně a vedou mimo jiné např. k rostoucí úrovni spokojenosti se životem našich občanů.**

2.4.7 SPOKOJENOST SE ŽIVOTEM



Graf č. 124: Spokojenost se životem v letech 2000, 2005, 2010 v LK

Není účelem této zprávy popsat socioekonomickou situaci Libereckého kraje, ale upozornit na dopady tohoto faktoru do zdraví obyvatel regionu.

I na úrovni regionu nacházíme důkazy o vlivu sociálních faktorů na zdraví – zaměstnaní lidé s vyššími příjmy a vyšším vzděláním mají zdravější životní styl, méně rizikových faktorů, více využívají preventivní péči a také subjektivně hodnotí své zdraví jako lepší. O to závažnější je vývoj základních socioekonomických ukazatelů jako jsou nezaměstnanost, HDP a řada dalších. Kompenzační, pozitivní vliv dalších sociálně ekonomických faktorů vede přesto u občanů našeho kraje k nárůstu spokojenosti se životem.

3 ZÁVĚRY

PRŮMĚRNÁ DÉLKA ŽIVOTA

Střední délka života se v letech 2000–2008 prodloužila, vzestupný trend byl obdobný u mužů i žen, v Libereckém kraji byl paralelní s trendem ČR i EU15. V zemích EU15 však je střední délka života delší o cca 4 roky než v ČR a Libereckém kraji.

Střední délka života se v okresech Libereckého kraje liší. Nejnižší je u mužů i žen v okrese Česká Lípa. Střední délka života se prodlužovala rychleji u mužů než u žen, které se však dožívají o 6 let delšího věku.

Populace starších lidí ve věku nad 65 let má naději dožít se dalších 14–21 let. Více let, cca o 3 roky, se dožijí ženy. Více let se dožijí senioři v EU15 než lidé v ČR. Senioři v Libereckém kraji se dožívají o něco nižšího věku než senioři v ČR.

Většina lidí prožije významnou část života bez nemocí, ve zdraví. Delší dobu prožijí ve zdraví ženy, kratší muži. Za celý (průměrný) život činí doba prožitá ve zdraví v ČR v průměru okolo 60 let.

Potenciálně ztracená léta jsou odhad průměrných let, která by člověk prožil, kdyby nezemřel předčasně, tj. před 70. rokem života. V evropských státech se „ztracená léta života“ snižují díky posunu úmrtí do let po sedmdesátce. Na 100 tis. obyvatel připadá okolo 3000 ztracených let a číslo se ve vyspělých státech trvale snižuje. V ČR je stále vyšší než ve většině zemí EU15. Ztracená léta života jsou výrazně vyšší u mužů než u žen.

V důsledku kardiovaskulárních nemocí ztrácejí ženy okolo 400 roků života na 100 000 žen, muži okolo 1200 roků. ČR má vyšší čísla ztracených let života než státy EU15. Významné snižování let života ztracených u žen předčasnými úmrtími na kardiovaskulární choroby v letech 1986–2004 se od roku 2004 výrazně zpomalilo. Totéž platí pro muže s tím, že počet ztracených let života je u nich podstatně vyšší.

V důsledku nádorů ztrácejí české ženy 900 roků života na 100 000 žen, muži 1 300. ČR má vyšší hodnoty ztracených let než mají státy EU 15.

ÚMRTNOST

Celková standardizovaná úmrtnost je v ČR u mužů trvale vyšší než úmrtnost mužů v zemích EU15. Platí to i pro Liberecký kraj, kde nejvyšší úmrtnost mužů je v okrese Česká Lípa. Podobná situace je u žen, jejich úmrtnost však je oproti úmrtnosti mužů podstatně nižší.

Dlouhodobý klesající trend úmrtnosti se po roce 2005 zastavil. Je to patrné u celkových čísel úmrtnosti i u úmrtnosti na kardiovaskulární choroby, méně u zhoubných nádorů.

Vývoj úmrtnosti ve věkových skupinách naznačuje, že pokles celkové úmrtnosti a strmý nárůst střední délky života v 90. letech byl dán zejména poklesem kojenecké a novorozenecké úmrtnosti, zatímco nynější pomalé narůstání střední délky života je dáno snížením úmrtnosti ve věkové skupině nad 65 let při současné stagnaci a vysoké úmrtnosti v produktivním věku, o čemž svědčí i ztracené roky života.

U populace mužů došlo po roce 2005 k zastavení poklesu úmrtnosti resp. k mírnému zvýšení u kardiovaskulárních chorob i zhoubných nádorů.

U žen se po roce 2005 úmrtnost na kardiovaskulární choroby zvýšila výrazněji než u mužů, zatímco úmrtnost na zhoubné nádory u nich nadále mírně klesala.

Standardizovaná úmrtnost na kardiovaskulární choroby u mužů v EU15 i v ČR trvale klesá, v ČR je však podstatně vyšší než v EU15. Podstatně vyšší než v EU15 je i v Libereckém kraji, přičemž nejvyšší je v okrese Česká Lípa. Analogická je situace u žen, jejich úmrtnost na kardiovaskulární nemoci je však výrazně nižší než úmrtnost mužů. Celkový pokles úmrtnosti na KVO v Libereckém kraji se netýká produktivního věku!

Standardizovaná úmrtnost mužů na nádorová onemocnění je v ČR výrazně vyšší než v zemích EU15. Od 90. let v EU15 i v ČR trvale klesá. V Libereckém kraji je vyšší než průměr ČR v okresech Česká Lípa a Liberec, v posledních letech však klesala rychleji a přiblížila se průměru ČR.

Standardizovaná úmrtnost žen na nádorová onemocnění je v ČR významně nižší než úmrtnost mužů. Úmrtnost žen na tyto nemoci v EU je významně nižší než v ČR. Od 90. let dochází v ČR k poklesu, který je v ČR o něco rychlejší než v EU. V okresech Libereckého kraje je vyšší úmrtnost v okresech Česká Lípa a Jablonec n. N.

Standardizovaná úmrtnost mužů na rakovinu tlustého střeva je v ČR vyšší než v zemích EU15. V Libereckém kraji byla shodná s průměrem ČR, nižší úmrtnost byla v okresech Liberec a Jablonec n. N., vyšší byla několik roků v okrese Česká Lípa.

Standardizovaná úmrtnost žen na rakovinu tlustého střeva je v ČR vyšší než v EU15 a má klesající trend, který byl v posledních letech o něco rychlejší než v EU 15. Úmrtnost žen je nižší než úmrtnost mužů. Trvale nižší úmrtnost než je průměr ČR má okres Semily, kde se v některých letech pohybovala okolo průměru EU15.

Standardizovaná úmrtnost na rakovinu rektosigmoideálního spojení (dolní část tlustého střeva) a konečníku je v ČR vyšší než ve státech EU15, rozdíl je větší u mužů než u žen.

Standardizovaná úmrtnost na rakovinu plic a průdušek je u mužů v ČR vyšší než v EU15 a má klesající trend v EU15 i v ČR, kde je poněkud rychlejší. Okresy Libereckého kraje se pohybují okolo průměru ČR, vyšší úmrtnost měly okresy Česká Lípa a Liberec, okres Semily se pohyboval okolo průměru EU15, od počátku současné dekády se však zde úmrtnost zvýšila.

Standardizovaná úmrtnost na rakovinu plic a průdušek u žen je výrazně nižší než u mužů, průměr ČR je blízký průměru EU15, průměr úmrtnosti je v Libereckém kraji vyšší. V ČR i EU15 je trend úmrtnosti žen, na rozdíl od mužů, vzestupný. Výrazně vyšší úmrtnost má v Libereckém kraji okres Česká Lípa a Liberec, nižší okres Semily.

Standardizovaná úmrtnost na zhoubný melanom kůže je oproti jiným zhoubným nádorům relativně nízká, u českých mužů i žen je však vyšší než v EU15 a v Libereckém kraji byla vyšší než je průměr ČR. Trend úmrtnosti byl v ČR u mužů klesající, u žen tomu bylo naopak.

Standardizovaná úmrtnost na rakovinu prsu žen má v ČR dlouhodobě klesající trend, který je téměř shodný s trendem zemí EU15. Obdobná je i úroveň úmrtnosti v ČR a EU15. V Libereckém kraji byla úmrtnost o něco vyšší než je průměr ČR, rychlé snižování v posledních letech však vedlo k dosažení úrovně EU15 a ČR. Zřetelně vyšší úmrtností se vyznačoval okres Jablonec n. N., i zde však došlo k poklesu na úroveň průměru ČR.

Standardizovaná úmrtnost na rakovinu děložního hrdla je v ČR podstatně vyšší než ve státech EU15 a v ČR i EU15 trvale klesá. V Libereckém kraji byl naopak až do roku 2002 stoupající trend úmrtnosti, který způsobil překročení průměru ČR.

Standardizovaná úmrtnost na rakovinu prostaty mužů má v zemích EU15 dlouhodobě klesající trend, v ČR naproti tomu úmrtnost do r. 2003 stoupala, a až poté začala klesat. Dosud však je v ČR vyšší než v EU15. Hodnocení situace v okresech Libereckého kraje nedovoluje velká časová variabilita úmrtnosti v okresech, kraj však měl úmrtnost vyšší, než byl průměr ČR a zemí EU15.

Standardizovaná úmrtnost na poranění a otravy v ČR i EU15 trvale klesá a u mužů v ČR i EU15 je dvojnásobná oproti úmrtnosti žen. Rychlejší pokles úmrtnosti žen v ČR než byl trend v zemích EU15 znamenal, že se úmrtnost v ČR u žen přiblížila EU15. Okres Semily této úrovně dosáhl, nad průměrem ČR a EU15 naopak zůstal v úmrtnosti žen okres Jablonec n. N. Muži z okresů Libereckého kraje mají úmrtnost o něco vyšší než je průměr ČR a značně vyšší než průměr zemí EU15.

Standardizovaná úmrtnost pro úmyslné sebepoškození má u mužů i žen dlouhodobě sestupný trend v ČR i v zemích EU15. V ČR se okolo roku 2000 trend na několik let zastavil a od roku 2005 začal znovu klesat, rychleji než v EU15. Obdobná situace je v okresech Libereckého kraje, kde převyšuje průměr ČR okres Semily.

Přes relativně velmi nízká statisticky vykázaná čísla úmrtnosti, ovlivňují infekční onemocnění celkovou úmrtnost i nadále velmi významně, a to zejména u oslabených jedinců zhoršením průběhu a prognózy základního neinfekčního onemocnění.

Novorozenecká a kojenecká úmrtnost v ČR i v zemích EU15 trvale klesají a ČR má od konce 90. let oba ukazatele nižší než EU15. Z okresů Libereckého kraje má tyto hodnoty výrazně nižší než průměr ČR i EU15 okres Semily.

NEMOCNOST

Počet případů pracovní neschopnosti mužů pro kardiovaskulární onemocnění v období 2000–2008 zpočátku stoupal, ale po roce 2005 výrazně klesl. Počet pracovních neschopností pro kardiovaskulární onemocnění byl v uvedeném období zřetelně nižší u žen než u mužů a podobně jako u mužů stoupal, ale po roce 2005 se výrazně snížil. Trvání pracovní neschopnosti bylo u žen okolo 20 dnů kratší.

Počet dispenzarizovaných nemocných s hypertenzí na 1000 obyvatel se v roce 2008 oproti roku 2004 zvýšil v ČR i v Libereckém kraji; zvýšení zde bylo větší. Počet dispenzarizovaných na 1000 obyvatel pro ischemickou chorobu srdce v uvedené době v ČR mírně klesl, v Libereckém kraji se mírně zvýšil. Počet dispenzarizovaných na 1000 obyvatel pro cévní onemocnění mozku v tomto období v ČR i v Libereckém kraji zůstal stejný.

Standardizovaná incidence rakoviny tlustého střeva od poloviny 90. let u mužů v ČR mírně stoukala, od roku 2002 se trend začal snižovat, zejména u mužů. U žen byl výskyt v Libereckém kraji výrazně nižší, na úrovni průměru ČR, u mužů se pohyboval mírně pod průměrem ČR.

Standardizovaná incidence rakoviny rektosigmoidea a konečníku u mužů od poloviny 90. let měla setrvalý trend s náznakem poklesu incidence po roce 2004 u mužů i žen. Incidence mužů v Libereckém kraji byla oproti ženám dvojnásobná a shodná s průměry ČR.

Standardizovaná incidence rakoviny plic a průdušek mužů v letech 1995–2006 klesla asi o 1/5. Příznivý trend u mužů odpovídá situaci ve vyspělých zemích. U žen tento trend nenastal, incidence naopak o několik procent vzrostla, je však stále výrazně nižší než u mužů. Průměrné hodnoty za Liberecký kraj i ČR jsou si blízké.

Standardizovaná úmrtnost u zhoubného melanomu kůže u mužů i žen v Libereckém kraji i v ČR v letech 1995 – 2005 zřetelně stoukala, incidence u mužů byla zhruba o 1/3 vyšší než u žen. V Libereckém kraji byla incidence zhoubného melanomu obdobná s průměry ČR.

Standardizovaná incidence rakoviny prsu žen v letech 1995–2006 trvale mírně stoukala v Libereckém kraji i v ČR, naproti tomu rakoviny děložního hrdla v uvedeném období ubývalo. Situace v Libereckém kraji byla obdobná s průměry ČR.

Standardizovaná incidence rakoviny prostaty v letech 1995–2006 výrazně stoukala. V posledním roce tohoto období se snad objevil náznak obratu. Vývoj incidence v Libereckém kraji byl obdobný s průměry ČR.

Je nepříznivá úroveň zachytu karcinomu tlustého střeva a konečníku až v pozdních stádiích, naproti tomu se daří zachytit stále větší podíl karcinomu prsu v časných stádiích vývoje.

Pokračuje epidemie diabetes mellitus. V Libereckém kraji je počet léčených diabetiků menší než v ČR, i tak však překračuje 6 % populace. Kromě nárůstu celkového počtu diabetiků roste i počet a procento komplikací, zejména nefro a retinopatie. Tyto komplikace má až 28 % pacientů.

Nemocnost na duševní poruchy a poruchy chování v Libereckém kraji kopíruje úroveň ČR. Naznačený trend vzestupu organických duševních poruch souvisí se stárnutím populace a bude tedy s největší pravděpodobností pokračovat. K jeho vývoji přispívá i vysoká konzumace alkoholu a nelze vyloučit ani dopady stresových situací v souvislosti s povodněmi.

Zatímco do 5 let věku stoupá procento dětí s intaktním chrupem, se školním věkem se vývoj obrací a dochází ke zhoršení orálního zdraví – 12 leté děti mají již více než 5 zkažených zubů. Tento stav chrupu je horší než ve vyspělých evropských zemích.

Stav chrupu dospělých v Libereckém kraji koresponduje s ČR. Ve středním věku je průměrný počet 17 zkažených zubů, ve věku nad 65 let pak 27 zkažených či chybějících zubů. Jsou rozdíly ve stavu chrupu mezi okresy Libereckého kraje, nejhorší stav je v okrese Semily. Pozitivní je skutečnost, že stoupá podíl preventivních vyšetření a že tento podíl je vyšší než průměr ČR.

I když výskyt některých dříve obávaných nemocí se u nás snížil, a to zejména infekcí, u kterých je zavedeno povinné očkování, výskyt jiných infekcí se v současnosti zvyšuje a objevují se nové infekční nemoci např. SARS, chřipka H5N1, chřipka pandemic (H1N1) 2009. Přibývá těžce probíhající infekcí, které postihují osoby se sníženou obranyschopností. Nově se setkáváme s exotickými a tropickými infekcemi, které jsou importovány cestovateli ze zahraničí.

Sedm infekčních diagnóz bylo hlášeno ve vyšší četnosti než 200 případů za rok: plané neštovice, kampylobakteriíza, salmonelóza, herpes zoster, spála, lymeská borelióza a virové střevní infekce.

Výskyt salmonelóz i kampylobakterií je v Libereckém kraji pod průměrem ČR.

Problémem je zvyšující se počet případů dávivého kašle u očkovanych jedinců.

Epidemiologickým problémem je zvyšující se počet nemocných hepatitidou C podobně jak je tomu v jiných zemích.

Nikdo z nemocných klíšťovou encefalitidou, jejichž počet narůstá, nebyl v minulosti proti ní očkován.

V Libereckém kraji je vykazována nejvyšší nemocnost lymeskou borreliózou ze všech krajů ČR.

Počet alergických onemocnění v Libereckém kraji stoupá, v roce 2009 dosáhl úrovně České republiky. V mladších věkových skupinách trpí alergií přes 30 % populace. Nejčastějšími projevy alergie jsou pollinosa (senná rýma), alergická rýma, astma a atopická dermatitida.

Mezi nemocemi z povolání v Libereckém kraji dominuje onemocnění nervů z jednostranné, dlouhodobé a nadměrné zátěže. Liberecký kraj se celkovým počtem nemocí z povolání řadí mezi kraje s nejnižším výskytem.

ŽIVOTNÍ PODMÍNKY

V Libereckém kraji jsou z hlediska limitů kvality ovzduší problémy s arsenem, kadmíem a benzo(a)pyrenem.

Reálné zdravotní riziko z ovzduší plyne z expozice oxidem dusičitým, poletavým prachem, benzo(a)pyrenem a z alergenního znečištění. Obezřetně je nutné přistupovat ke kadmiu.

Riziko toxických účinků pitné vody je naprosto výjimečné a týká se pouze několika zasažených vodovodů v kraji, potenciálně hrozí zejména dusičnany a arsen. Do doby technického vyřešení problému je zajištěna informovanost obyvatelstva a přijata náhradní opatření.

Nejčastějším zdravotním rizikem z koupacích vod v kraji jsou sinice a jejich produkty.

Průměr obsahu těžkých kovů v půdě v ČR překračuje Liberecký kraj u arsenu a olova. Koncentrace těchto ani dalších kovů v půdě však nepředstavují riziko zdravotně nepříznivých účinků.

Zdravotně významná expozice hluku ze životního prostředí je velmi široká svým spektrem zdrojů a charakterů hluku, narůstá a přináší legislativně, technicky i finančně náročná řešení.

V hodnoceném období (2005–2009) nebylo prokázáno ovlivnění zdravotního stavu obyvatelstva nakládáním s odpady ať už havarijní situací či dlouhodobým působením. Toto konstatování nijak nesnižuje rizikový potenciál této oblasti životního prostředí.

Expozice Rn-222, která se nachází v Libereckém kraji v oblasti střední i vysoké zátěže, odůvodňuje provádění rozsáhlých protiradonových opatření.

V Libereckém kraji přibývá lidí spokojených se svým životním prostředím.

PRACOVNÍ PROSTŘEDÍ

U celé řady rizikových faktorů pracovního prostředí, přestože došlo v průběhu let k nárůstu počtu exponovaných pracovníků, se počty zaměstnanců v riziku choroby z povolání snížily (tomu odpovídá i vývoj chorob z povolání).

Nejvíce zaměstnanců v riziku je v rezortu výroby motorových vozidel, která zahrnuje i výrobu elektrického a elektronického zařízení pro motorová vozidla a výrobu ostatních dílů a příslušenství, nejčastějším rizikem je hluk a nadměrná, dlouhodobá či jednostranná fyzická zátěž.

ŽIVOTNÍ STYL

Téměř polovina dospělé populace a přes 30 % dětí v Libereckém kraji trpí nadváhou a obezitou a tento negativní jev se dále prohlubuje.

Příjem ovoce a zeleniny jako důležitých zdrojů protektivních a životně důležitých složek stravy je nedostatečný a dochází k jeho snižování.

S věkem dětí se zhoršuje režim stravování. Přibývá dětí, které vynechávají jedno z pravidelných jídel, případně ho nahrazují stravou z fastfoodů a bufetů.

Ubývá tělesné aktivity, klesá podíl volného času věnovaného sportu v žádoucí míře a narůstá pasivní způsob trávení volného času napříč věkovými skupinami.

37% podíl kuřáků v liberecké populaci zásadním způsobem ovlivňuje zdravotní stav obyvatel kraje.

Mírný pokles kuřáctví v liberecké populaci se netýká mladších věkových kategorií zejména 18–30 let, kde došlo naopak mezi roky 1997–2005 k navýšení počtu kuřáků na 40,2 %, a setrvává i vysoká prevalence kuřáctví ve školním věku.

Nadměrně konzumuje v Libereckém kraji alkohol dlouhodobě téměř 10 % žen a více než 20 % mužů ve věkové skupině 45 až 54 let. Snižuje se průměrný věk pití alkoholu a zvyšuje se excesivní pití u dětí – v posledním měsíci bylo opito 41 % studentů druhých ročníků středních škol.

Dlouhodobě neklesá počet uživatelů drog, snižuje se věk prvního užití, stoupá podíl injekčních uživatelů a přetrvává vysoká nabídka drogy dětem.

Úzkostné stavy pociťuje polovina školních dětí, vážnými poruchami školní úzkosti trpí 26 % dětí. Významné rozdíly mezi školami naznačují řešení.

SOCIÁLNĚ EKONOMICKÉ PODMÍNKY A SUBJEKTIVNÍ HODNOCENÍ VLASTNÍHO ZDRAVÍ

I na úrovni regionu nacházíme důkazy o vlivu sociálních faktorů na zdraví – zaměstnaní lidé s vyššími příjmy a vyšším vzděláním mají zdravější životní styl, méně rizikových faktorů, více využívají preventivní péči a také subjektivně hodnotí své zdraví jako lepší. O to závažnější je vývoj základních socioekonomických ukazatelů jako jsou nezaměstnanost, HDP a řada dalších. Kompenzační, pozitivní vliv dalších sociálně ekonomických faktorů vede přesto u občanů našeho kraje k nárůstu spokojenosti se životem.

ZDROJE DAT

Agentura ochrany životního prostředí, USA (US EPA)

Agentura pro sledování toxických látek a nemocí, USA (ATSDR)

Český hydrometeorologický ústav

Český statistický úřad

Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách – výsledky průzkumu v ČR v roce 2007 – ESPAD (PhDr. L. Csémy, Mgr. P. Chomynová, PhDr. P. Sadílek)

Krajská hygienická stanice Libereckého kraje se sídlem v Liberci

- informační systémy
- Studie Prevence a zdraví
- Drogová epidemiologie
- Šetření životního stylu dětí a mládeže (zkušenosti a postoje v oblasti kouření, alkoholu a drog)

Krajský úřad Libereckého kraje

Nizozemský ústav pro zdraví a životní prostředí

Projekt Změna tělesných proporcí školních dětí (Ing. H. Střítecká, Ph.D.; Univerzita Obrany, Fakulta vojenského zdravotnictví, Hradec Králové)

Státní zdravotní ústav v Praze

Státní úřad pro jadernou bezpečnost

Světová zdravotnická organizace (WHO)

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR

Ústřední kontrolní a zkušební ústav zemědělský

Úřad práce v Liberci

Úřad pro hodnocení zdravotních rizik z prostředí, USA (OEHHA)

Zdravotní ústav se sídlem v Liberci

Autor: MUDr. Vladimír Valenta, Ph.D. a kolektiv
Krajská hygienická stanice Libereckého kraje se sídlem v Liberci
Husova 64, 460 31 Liberec 1
www.khslbc.cz

Vydal: Geoprint, s.r.o.
www.geoprint.cz

ISBN: 978-80-86777-06-1

Liberec 2010

KVALITA péče, KOMFORT pro pacienty, SERVIS pro lékaře

**Záleží vám na kvalitní a dostupné péči?
Čekání v ordinacích není nic pro vás?
Vyhovuje vám rychlá a snadná komunikace?
Nový program AKORD šetří váš čas i peníze.**

AKORD PŘINESE

- úsporu času
- nabídku odborníků
- on-line komunikaci lékaře s VZP
- vzájemnou informovanost lékařů

AKORD ODSTRANÍ

- dlouhé čekání v ordinacích
- nejistotu při výběru lékaře
- zdlouhavé objednávání
- nadbytečná vyšetření



VZP

POJIŠŤOVNA NA CELÝ ŽIVOT

infolinka: 844 117 777
www.vzp.cz



Severočeské vodovody a kanalizace, a.s.
www.scvk.cz • 840 111 111

**Váš dodavatel
pitné vody**