

Příloha č. 1

Zpráva o zdraví v Libereckém kraji 2015

Zpracovatelský tým:

PhDr. Alena Riegerová	předsedkyně pracovní skupiny pro realizaci Zdravotní politiky Libereckého kraje, vedoucí odboru zdravotnictví KÚ LK
Ing. Giljan Dobrevová	analytička zdravotní péče, Regionální pobočka VZP Ústí nad Labem, pobočka pro Liberecký a Ústecký kraj
MUDr. Věra Tučková	Krajská hygienická stanice Libereckého kraje se sídlem v Liberci
Mgr. Blanka Ptáčková	Krajský úřad Libereckého kraje
MUDr. Jana Prattingerová	Krajská hygienická stanice Libereckého kraje se sídlem v Liberci
Ing. Jana Loosová, Ph.D.	Krajská hygienická stanice Libereckého kraje se sídlem v Liberci
Ing. Dagmar Dvořáková	Krajská správa Českého statistického úřadu v Liberci
Bc. Stanislava Riegerová	Krajská správa Českého statistického úřadu v Liberci

Zprávu o zdraví v Libereckém kraji 2015 vzalo na vědomí Zastupitelstvo Libereckého kraje usnesením č. **XX/15/ZK** ze dne 27. 10. 2015.

Obsah

Úvod	5
1. Ukazatele zdravotního stavu	6
1.1. Subjektivní hodnocení zdraví.....	6
1.2. Střední délka života	8
1.2.1. Střední délka života prožitá ve zdraví.....	9
1.3. Úmrtnost	11
1.3.1. Celková úmrtnost	12
1.3.2. Úmrtnost dle hlavních příčin	13
1.3.3. Úmrtnost na kardiovaskulární onemocnění.....	16
1.3.4. Úmrtnost na nádorová onemocnění	17
1.3.5. Úmrtnost na úrazy, poranění a úmyslné sebepoškození	20
1.3.6. Úmrtnost na infekční nemoci	22
1.3.7. Kojenecká a novorozenecká úmrtnost.....	22
1.4. Nemocnost	23
1.4.1. Kardiovaskulární onemocnění.....	23
1.4.2. Nádorová onemocnění	25
1.4.3. Diabetes mellitus	32
1.4.4. Poruchy duševní a poruchy chování.....	33
1.4.5. Orální zdraví.....	34
1.4.6. Infekční onemocnění	36
1.4.7. Alergie.....	54
1.4.8. Nemoci z povolání	55
2. Determinanty zdraví.....	57
2.1. Životní prostředí	57
2.1.1. Ovzduší	57
2.1.2. Voda.....	67
2.1.3. Půda.....	71
2.1.4. Hluk.....	72
2.2. Životní styl	73
2.2.1. Výživa.....	73
2.2.2. Pohybová aktivita	75
2.2.3. Kouření	77
2.2.4. Alkohol.....	79
2.2.5. Drogy	81
2.2.6. Stres.....	83

2.3. Sociálně ekonomické faktory zdraví.....	83
Závěry	86
Zdroje dat	88
Seznam zkratek a pojmů	89

Úvod

„Zdraví je vzácná věc, je to vpravdě jediná věc, která zaslouží, abychom úsilí o ni obětovali nejen čas, pot, námahu, jmění, ale i život; tím spíše, že bez něho se pro nás život stává trápením a strastí. Není-li zdraví, potemní a vyprchají i rozkoš, moudrost, učenost a ctnost.“

Michel de Montaigne

Důležitým kritériem pro hodnocení úspěšného rozvoje společnosti je kromě hrubého národního produktu i zdravotní stav populace. Pojem zdravotní stav obyvatel bývá někdy definován pouze jako stav zdraví jedinců či skupin, jindy pak do sebe zahrnuje i determinanty zdraví, tedy faktory, které zdraví ovlivňují. Při hodnocení zdravotního stavu populace se měřítkem stává nejvyšší dosažitelná úroveň zdraví v daném regionu či na světě. Kritérium tedy není neměnné, absolutní, ale mění se s vyspělostí lidstva.

Zpráva o zdraví 2015, v pořadí již čtvrtá (2001, 2005, 2010 a každoroční aktualizace v mezidobí) sumarizuje fakta a popisuje trendy vývoje zdraví obyvatel v Libereckém kraji, a to včetně determinant. Determinanty zdraví jsou propojeny komplexem velmi složitých vzájemných vztahů životního stylu, životního a pracovního prostředí, rozvoje zdravotnictví a biologického základu jedince. Především determinanta životního stylu je pak z 70% ovlivňovaná socio-ekonomickými podmínkami, které se významně podílejí na vzniku nemoci a potřebě lékařské péče. Sociálně-ekonomické determinanty, jako např. chudoba, sociální vyloučení, rodinná situace, nezaměstnanost či nevyhovující bydlení, silně korelují se zdravotním stavem a přispívají k nerovnostem ve zdraví. Pro jejich cílené ovlivnění musíme bezpodmínečně tyto determinanty znát.

Hodnoty uváděných indikátorů ve zprávě jsou rutinně sledovanými hodnotami, především Ústavem zdravotnických informací a statistiky, Českého statistického úřadu apod., doplněné dalšími cílenými průzkumy. Mají za úkol poskytnout zdravotníkům, politikům i veřejnosti aktuální, přesná a srovnatelná data o stavu zdraví. Zároveň mají vypovídat o prioritách a problémech zdravotního stavu i efektivitě zdravotních služeb a zdravotní politiky.

Zpráva by tedy měla plnit nejenom informační funkci, ale je především východiskem pro aktivity programu zdravotní politiky kraje ovlivňující zdraví obyvatel našeho regionu.

PhDr. Alena Riegerová

předsedkyně pracovní skupiny pro realizaci Zdravotní politiky Libereckého kraje

1. Ukazatele zdravotního stavu

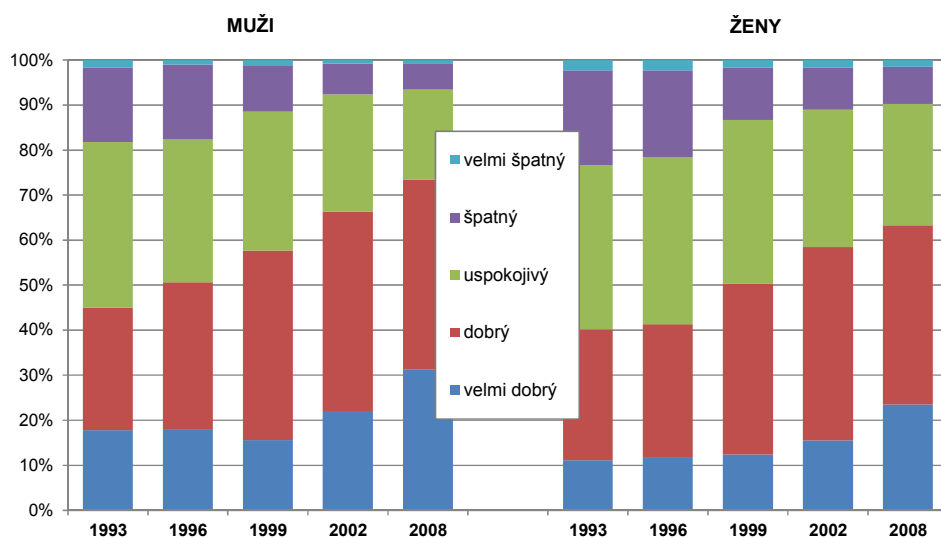
1.1. Subjektivní hodnocení zdraví

Spokojenost obyvatel České republiky se svým zdravotním stavem stoupá, v Libereckém kraji jsou lidé se svým životem celkově nadprůměrně spokojeni.

Subjektivní vnímání zdravotního stavu je bezpochyby neméně důležité jako zdraví samo. Sledováním jeho úrovně mezi populací se v České republice na národní úrovni dlouhodobě zabývá Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS ČR) prostřednictvím výběrového šetření o zdravotním stavu obyvatel. Do roku 2002 byla tato šetření označována jako HISCR (Health Interview Survey, Czech Republic), od roku 2008 je pak dle jednotné evropské metodiky prováděno Evropské výběrového šetření o zdravotním stavu – EHIS (European Health Interview Survey). Naposledy proběhlo toto šetření v roce 2014, s přesahem sběru dat do roku 2015, proto ještě nejsou výsledky z tohoto šetření zpracovány.

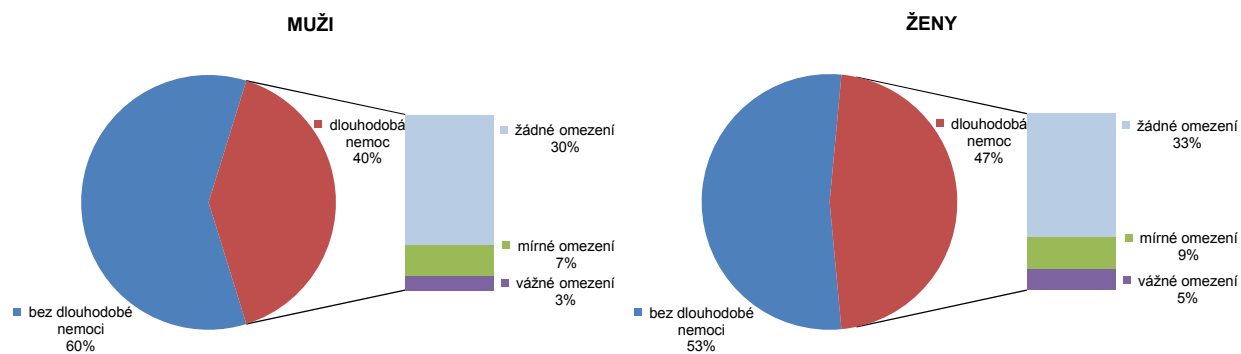
V grafu č. 1 je znázorněn vývoj subjektivně hodnoceného zdravotního stavu obyvatel ČR starších 15ti let v letech 1993–2008. Je odpovědí na otázku „Jak se celkově zdravotně cítíte?“, přičemž střední kategorie „uspokojivě“ by měla být chápána spíše jako neutrální. Je zde vidět jednoznačný nárůst ve spokojenosti občanů se svým zdravotním stavem.

Graf č. 1: Subjektivně hodnocený zdravotní stav obyvatel ČR ve věku 15+ (v %)



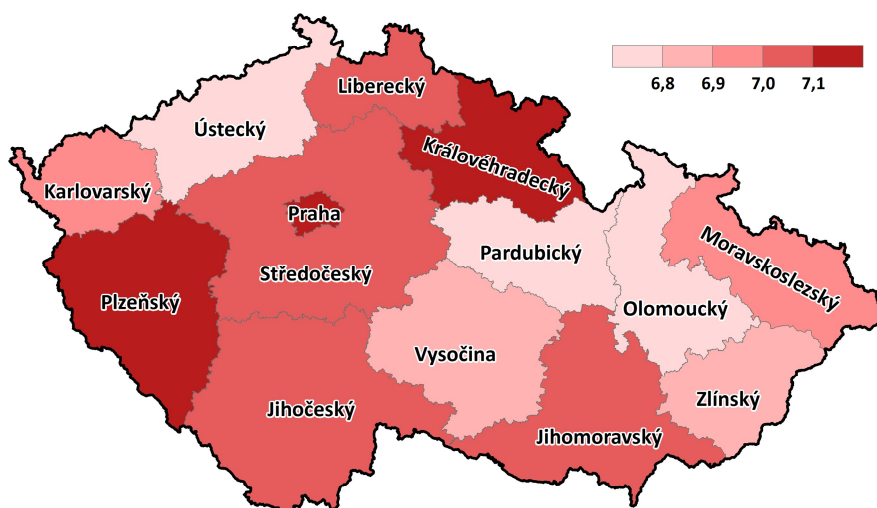
Zdroj dat: ÚZIS ČR, HIS CR 1993-2002, EHIS 2008

Na otázku „Máte nějakou dlouhodobou nemoc nebo zdravotní potíže?“ odpovědělo kladně 40 % mužů a 47 % žen. Rozdíl mezi muži a ženami v souhrnu nebyl statisticky významný. I přes poměrně vysoký podíl „nemocných“ mužů a žen nepředstavují tato onemocnění pro většinu z nich skutečná omezení v běžných činnostech, což koresponduje s velice dobře hodnoceným subjektivním zdravím.

Graf č. 2: Podíl osob 15+ s dlouhodobou nemocí a omezení v běžných aktivitách

Zdroj dat: ÚZIS ČR – EHIS 2008

Základní informace spokojenosti obyvatel sleduje také Český statistický úřad (ČSÚ) prostřednictvím výběrového šetření o příjmech a životních podmínkách domácností EU-SILC (European Union – Statistics on Income and Living Conditions). V roce 2013 provedl Český statistický úřad (ČSÚ) toto národní šetření pod názvem Životní podmínky 2013. Respondenti byli mimo jiné dotazováni na to, jak jsou spokojeni se svým životem jako celkem i s jeho vybranými oblastmi (bydlením, finanční situací, se zaměstnáním, osobními vztahy, životním prostředím atd.). Odpovídali na stupnici od 0 do 10, kdy 0 znamenala zcela nespokojen a 10 zcela spokojen. Liberecký kraj se s průměrným hodnocením 7,1 zařadil mezi kraje, jejichž obyvatelé jsou se svým životem nejspokojenější (čtvrté nejvyšší ohodnocení po Praze, Královéhradeckém a Plzeňském kraji). Míra spokojenosti se životem v jednotlivých krajích ČR je vyjádřena na mapě č. 1.

Mapa č. 1: Průměrná známka spokojenosti s životem v krajích ČR, 2013

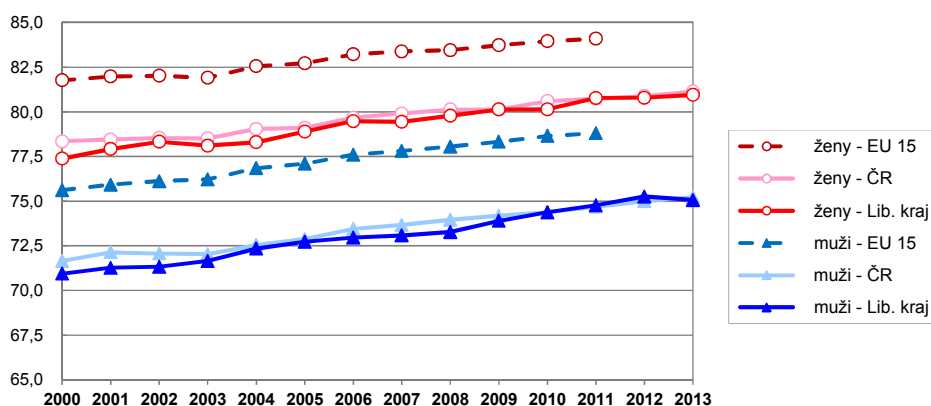
Zdroj: ČSÚ - SILC 2013

1.2. Střední délka života

Střední délka života trvale roste, v současnosti dosahuje v Libereckém kraji u žen 80 let a u mužů 75 let, což odpovídá celorepublikovému průměru. Z toho jsou 3 roky u mužů a necelých 5 let u žen prožité s vážným omezením.

Střední délka života, někdy též nazývána naděje dožití, se v posledních letech výrazně prodloužila. V Libereckém kraji bývala lehce pod celorepublikovým průměrem jak u žen, tak u mužů, v současnosti se již tomuto průměru zcela vyrovnala. V období let 2012-2013 (pro kraje počítána vždy za dvouleté období) dosáhla v Libereckém kraji u žen téměř 81 let a u mužů lehce nad 75 let. Stále je zde však prostor pro růst. Obdobných hodnot dosahovali muži v původních patnácti zemích EU už v roce 2000, dnes mají v těchto státech naděje dožití o téměř 4 roky delší. Střední délka života žen v zemích EU15 byla 81 let už v roce 1997 a dnes je o 3 roky delší.

Graf č. 3: Střední délka života při narození - vývoj v letech 2000-2013

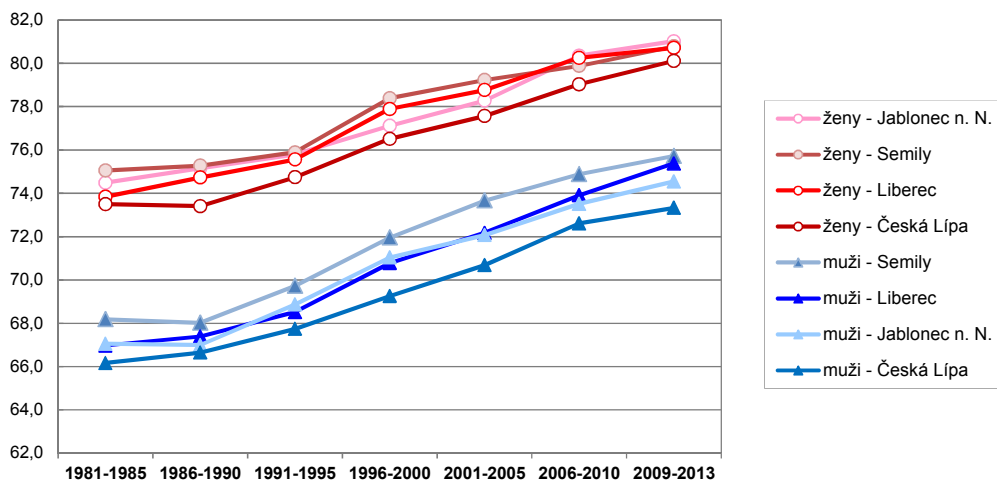


Pozn.: Údaje za Liberecký kraj jsou počítány jako dvouletý průměr.

Zdroj dat: ČSÚ a WHO (databáze HFA-DB)

Při počítání naděje dožití za menší soubory je vliv náhodných odchylek na úmrtnostní poměry v jednotlivých letech příliš velký, proto se okresní ukazatele střední délky života konstruují zpravidla jako pětiletý průměr. Mezi okresy Libereckého kraje jsou viditelné rozdíly. V okrese Česká Lípa se muži dožívají dlouhodobě o více než 2 roky méně než v okrese Semily. U žen je na tom okres Česká Lípa také nejhůře, rozdíl však už není tak výrazný (zhruba 1 rok).

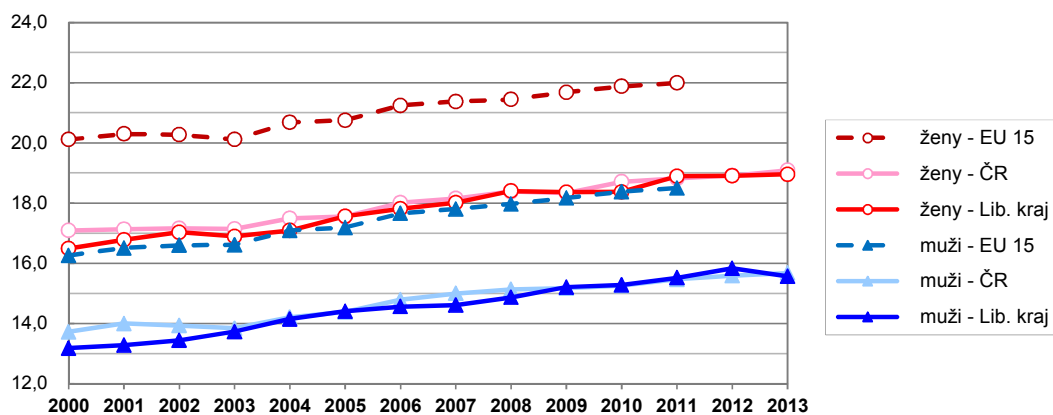
Graf č. 4: Střední délka života při narození - vývoj v letech 2000-2013



Zdroj dat: ČSÚ

Pokud se ženy v Libereckém kraji stejně tak jako v celé ČR dožijí 65ti let, je jejich střední délka života dalších 19 let. Je tedy stejná jako u mužů v původních patnácti zemích EU, kde se ovšem ženy dožívají dalších 22 let.

Graf č. 5: Střední délka života ve věku 65 let - vývoj v letech 2000 - 2013



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

Zdroj dat: ČSÚ a WHO (databáze HFA-DB)

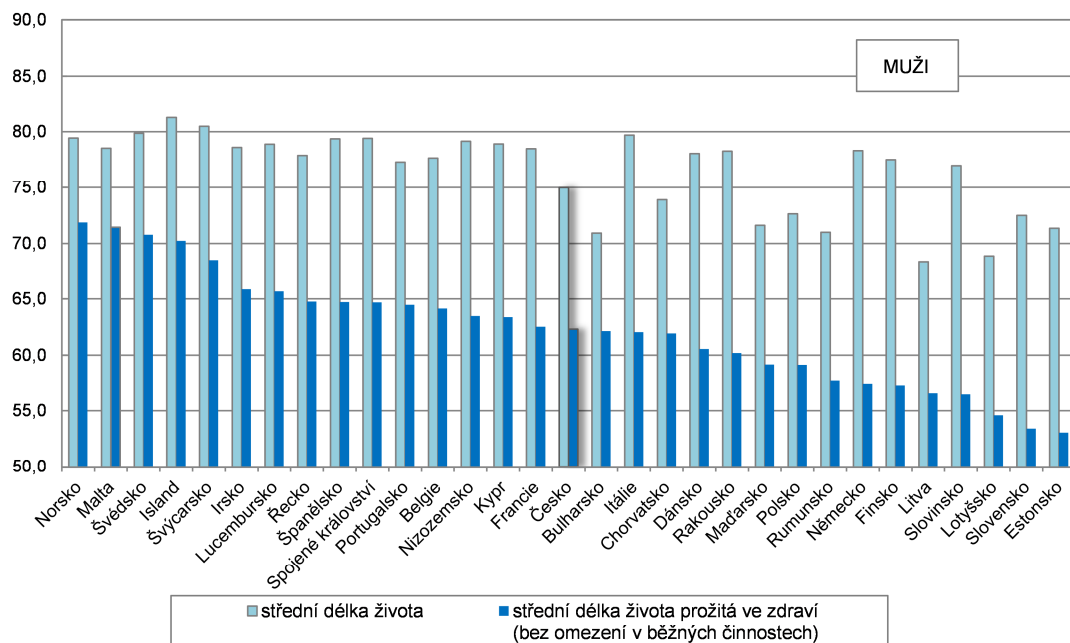
1.2.1. Střední délka života prožitá ve zdraví

Prodlužováním délky života nabírá na významu otázka kvality života. Z toho důvodu se v posledních letech konstruuje ukazatel „střední délka života prožitá ve zdraví“ (HLY – Healthy Life Years), někdy též nazývaný „zdravá délka života“. Její hodnoty jsou počítány na základě výběrových šetření otázkou na subjektivní hodnocení zdraví, což je vhodné mít při mezinárodním srovnání na zřeteli. Další významnou okolností je skutečnost, že do těchto populačních šetření nejsou zahrnuty osoby žijící v institucionální péči, u kterých lze očekávat horší úroveň zdraví.

Aby bylo možno zjistit regionální ukazatele zdravé délky života, musela by být prováděna výběrová šetření s mnohem větším rozsahem, než je tomu nyní. Proto jsou v současnosti dostupné jen údaje za celou ČR. Vzhledem k tomu, že střední délka života v Libereckém kraji odpovídá celorepublikovému průměru a spokojenost se životem je v Libereckém kraji nadprůměrná, lze očekávat, že hodnoty zdravé délky života zde nebudou horší než v celé ČR.

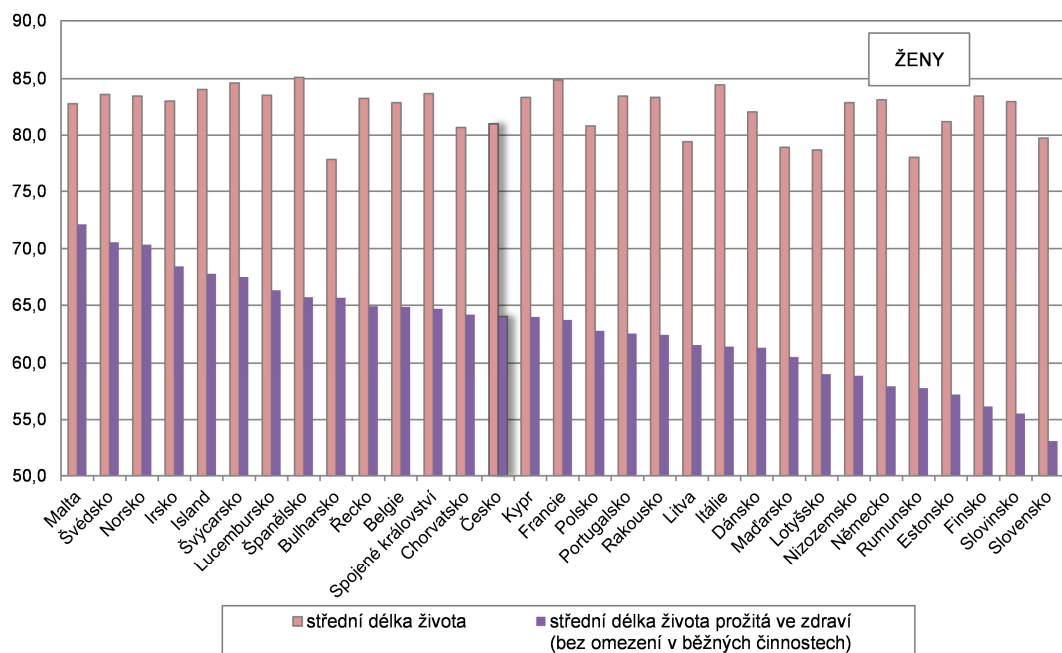
Pokud by zůstaly zachovány úmrtnostní poměry z roku 2012, dožili by se muži v České republice v průměru 75 let, z toho by bylo 62 let bez omezení v běžných činnostech. Ženy by se pak za stejných podmínek dožily v průměru 81 let, přičemž 64 let by bylo ve zdraví. Z pohledu celé Evropy jsou to průměrné hodnoty (viz graf č. 6 a 7).

Graf č. 6: Střední délka života a střední délka života prožitá ve zdraví při narození v ČR a státech Evropy - rok 2012



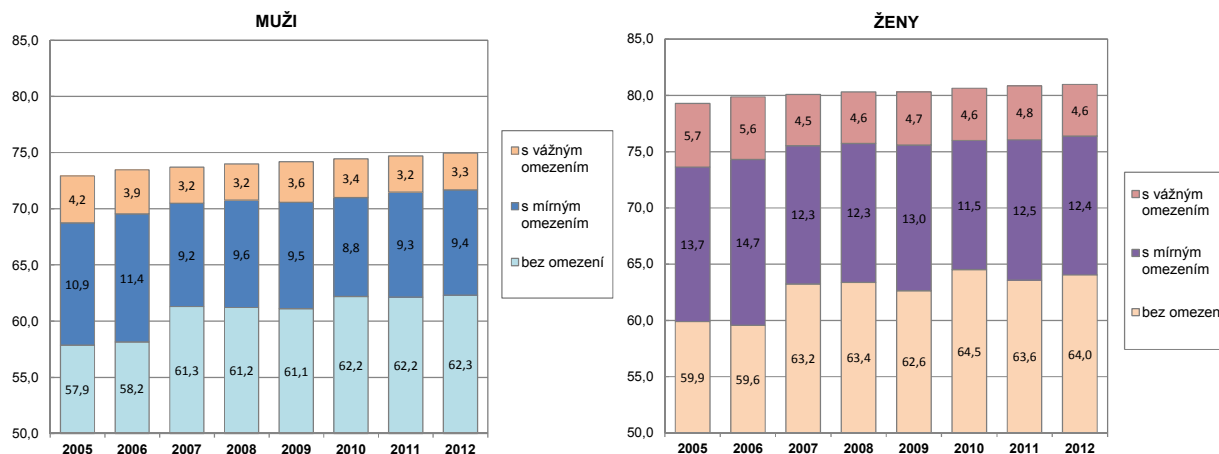
Zdroj dat: EurOhex (SILC/ metoda EHEMU - zdravotní omezení v běžných činnostech)

Graf č. 7: Střední délka života a střední délka života prožitá ve zdraví při narození v ČR a státech Evropy - rok 2012



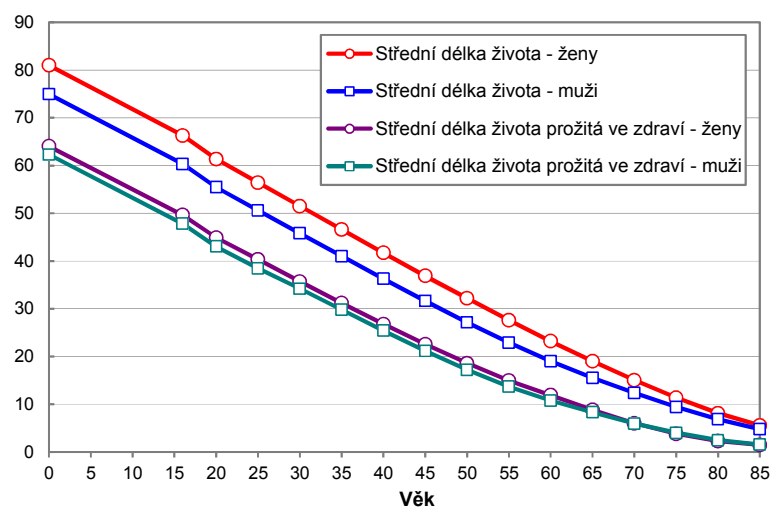
Zdroj dat: EurOhex (SILC/ metoda EHEMU - zdravotní omezení v běžných činnostech)

Následující graf znázorňuje vývoj délky života dle úrovně omezení v běžných činnostech. Je vidět, že dochází k trvalému zlepšování, doba prožitá s vážným omezením je v současnosti u mužů v průměru jen lehce přes 3 roky, u žen pak méně než 5 let.

Graf č. 8: Vývoj střední délky života při narození dle úrovně omezení běžných aktivit v České republice

Zdroj dat: EurOhex (SILC/ metoda EHEMU - zdravotní omezení v běžných činnostech)

Podíl střední délky života prožité ve zdraví je samozřejmě závislý na věku. Čím vyššího věku se člověk dožije, tím spíše ho očekávají léta prožitá s omezením v běžných činnostech. Závislost délek života na věku znázorňuje následující graf.

Graf č. 9: Střední délka života a střední délka života prožitá ve zdraví v ČR - v roce 2012

Zdroj dat: EurOhex (SILC/ metoda EHEMU - zdravotní omezení v běžných činnostech)

1.3. Úmrtnost

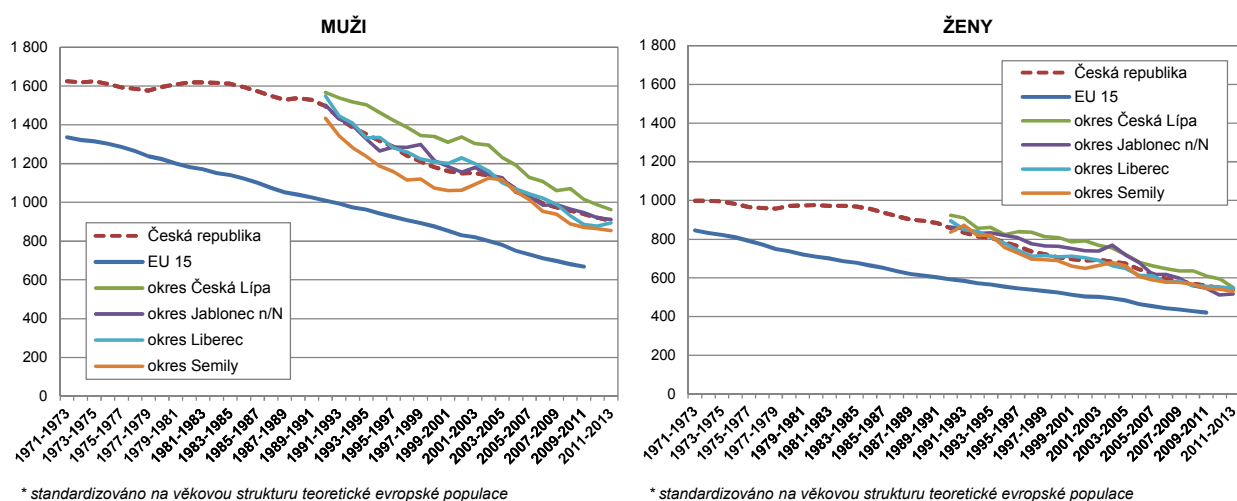
Standardizovaná úmrtnost v Libereckém kraji i v celé ČR dlouhodobě klesá, stále je však nad průměrem původních 15ti zemí EU. Nejčastější příčinou úmrtí jsou nemoci oběhové soustavy, druhou nejčastější pak novotvary následované vnějšími příčinami smrti. Na kardiovaskulární onemocnění po vyloučení vlivu věku umírají muži v mnohem větší míře než ženy, pozitivní skutečností je, že tato úmrtnost klesá a rozdíly mezi pohlavími se zmenšují. Stejná charakteristika platí i pro úmrtnost na nádorová onemocnění a pro úmrtnost pro poranění, otravy a další následky vnějších příčin. Výjimkou je úmrtnost pro úmyslná sebeпоškození, která v ČR také dlouhodobě klesala, po roce 2008 však dochází k opětovnému růstu.

1.3.1. Celková úmrtnost

Další charakteristikou zdraví populace jsou počty zemřelých a příčiny jejich úmrtí. Úmrtnostní poměry jsou kromě zdraví ovlivňovány zejména věkem populace. Z toho důvodu se konstruují standardizované ukazatele úmrtnosti, které eliminují vliv věkové struktury populace.

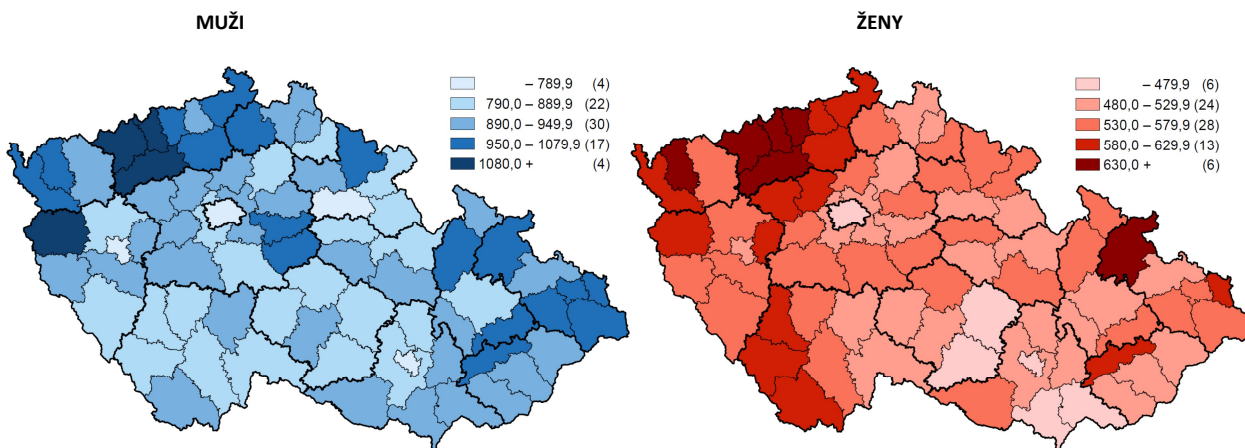
Standardizovaná úmrtnost obyvatel v České republice dlouhodobě klesá, stále je však nad průměrem zemí EU15. A to jak u mužů, jejichž úmrtnost je výrazně vyšší, tak u žen. V Libereckém kraji jako celku je situace podobná jako v celé ČR, mezi okresy jsou však z hlediska úmrtnosti rozdíly. Úmrtnost mužů v okrese Česká Lípa je dlouhodobě nejvyšší v kraji a i z celorepublikového hlediska patří k okresům s vysokou úmrtností, naopak muži z okresu Semily umírají méně. Potěšující skutečností je, že se tyto rozdíly pozvolna smývají a okres Česká Lípa patří mezi okresy s nejvyšším poklesem úmrtnosti za posledních 10 let v celé České republice (viz mapa č. 3).

Graf č. 10: Vývoj standardizované úmrtnosti (na 100 000 osob) - tříleté klouzavé průměry



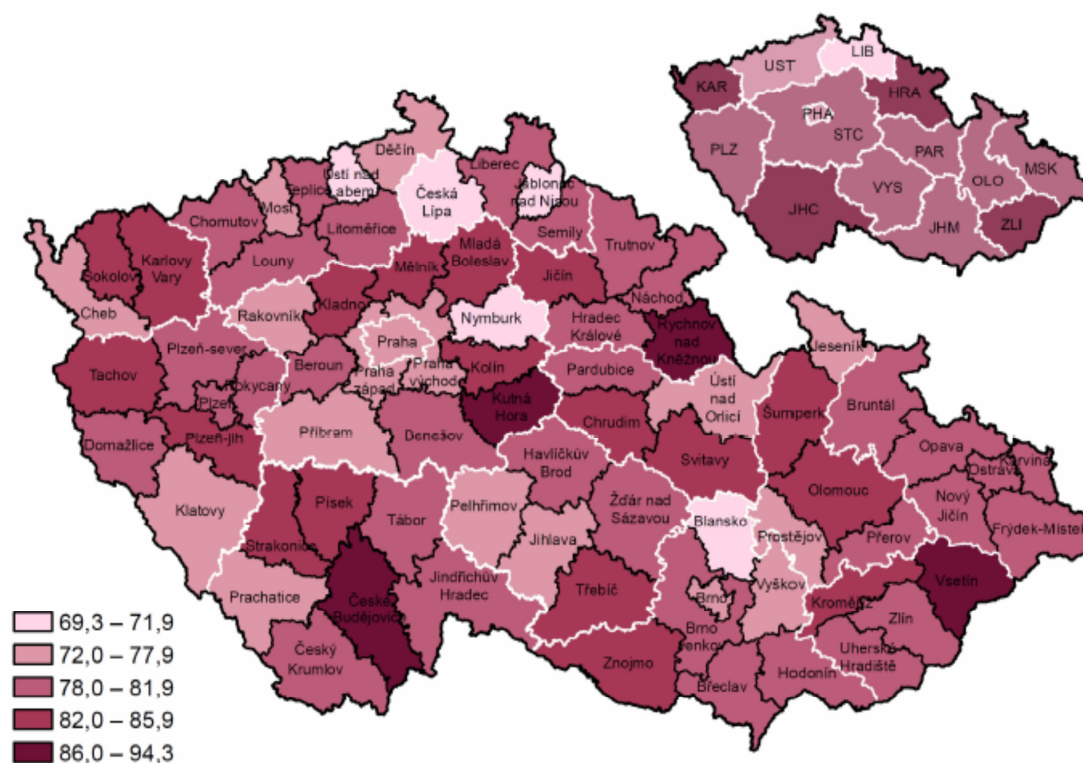
Zdroj dat: ÚZIS ČR (databáze DPS) a WHO (databáze HFA-DB)

Mapa č. 2: Standardizovaná úmrtnost mužů a žen v roce 2013



Zdroj: ÚZIS ČR (Zdravotnická ročenka ČR 2013)

Mapa č. 3: Index změny standardizované úmrtnosti mezi lety 2002 až 2012 (2002 = 100 %)

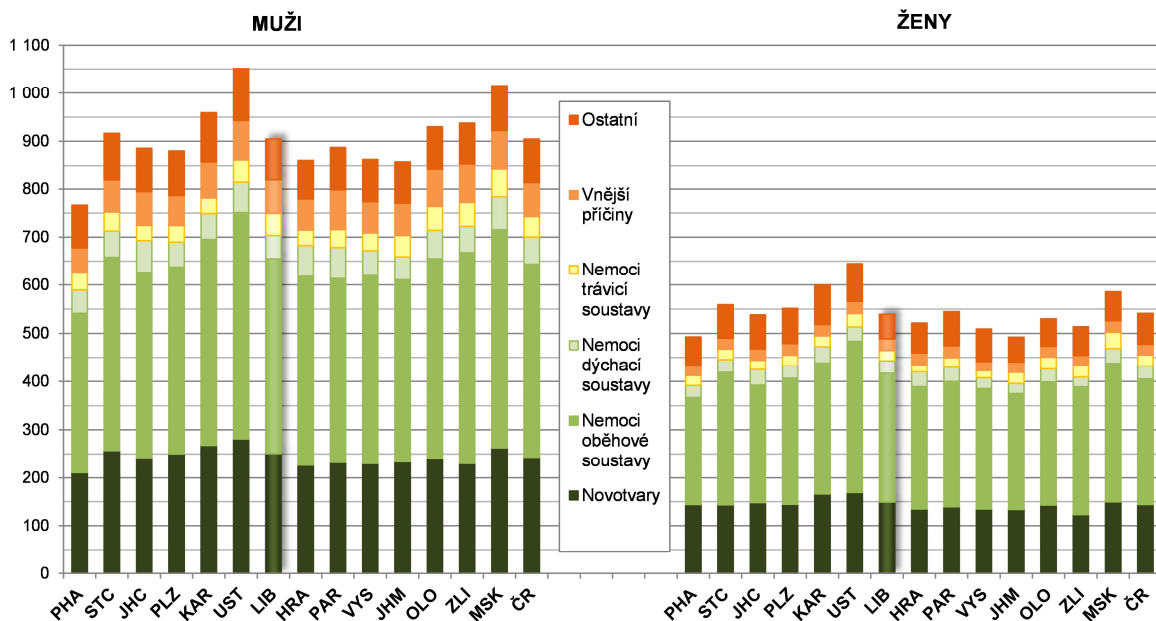


Zdroj: ÚZIS ČR (Zemřelí 2012)

1.3.2. Úmrtnost dle hlavních příčin

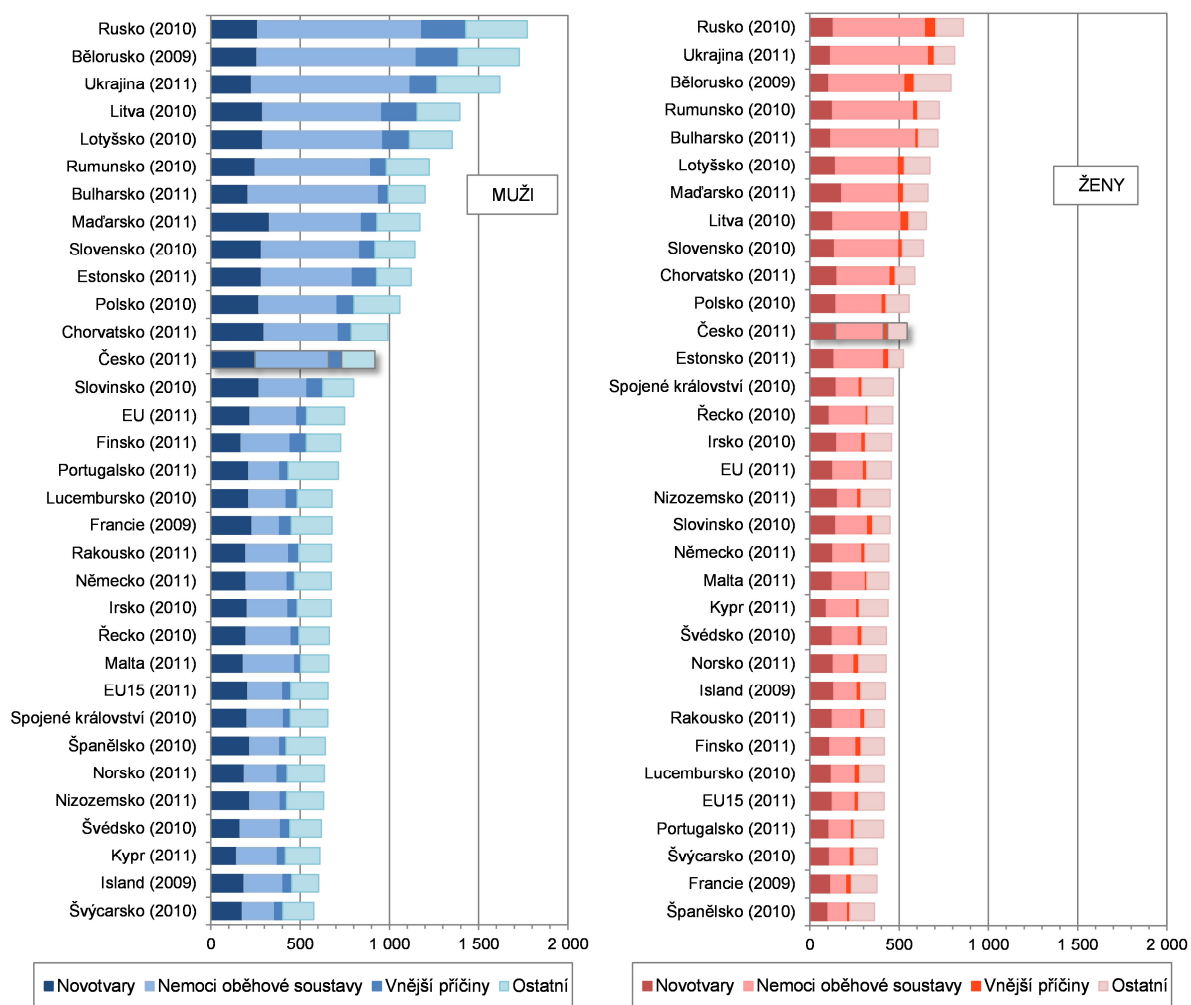
Nejčastější příčinou úmrtí jsou nemoci oběhové soustavy, druhou nejčastější pak novotvary následované vnějšími příčinami smrti. Situace v Libereckém kraji kopíruje jak u mužů, tak u žen průměr České republiky. Z pohledu celé Evropy se zde úmrtnost přibližuje státům západní Evropy. Z bývalé komunistického bloku je na tom lépe jen Slovinsko.

Graf č. 11: Standardizovaná úmrtnost podle příčin smrti a kraje bydliště (na 100 tis. osob) - průměr let 2011-2013



Zdroj dat: ÚZIS ČR (databáze DPS)

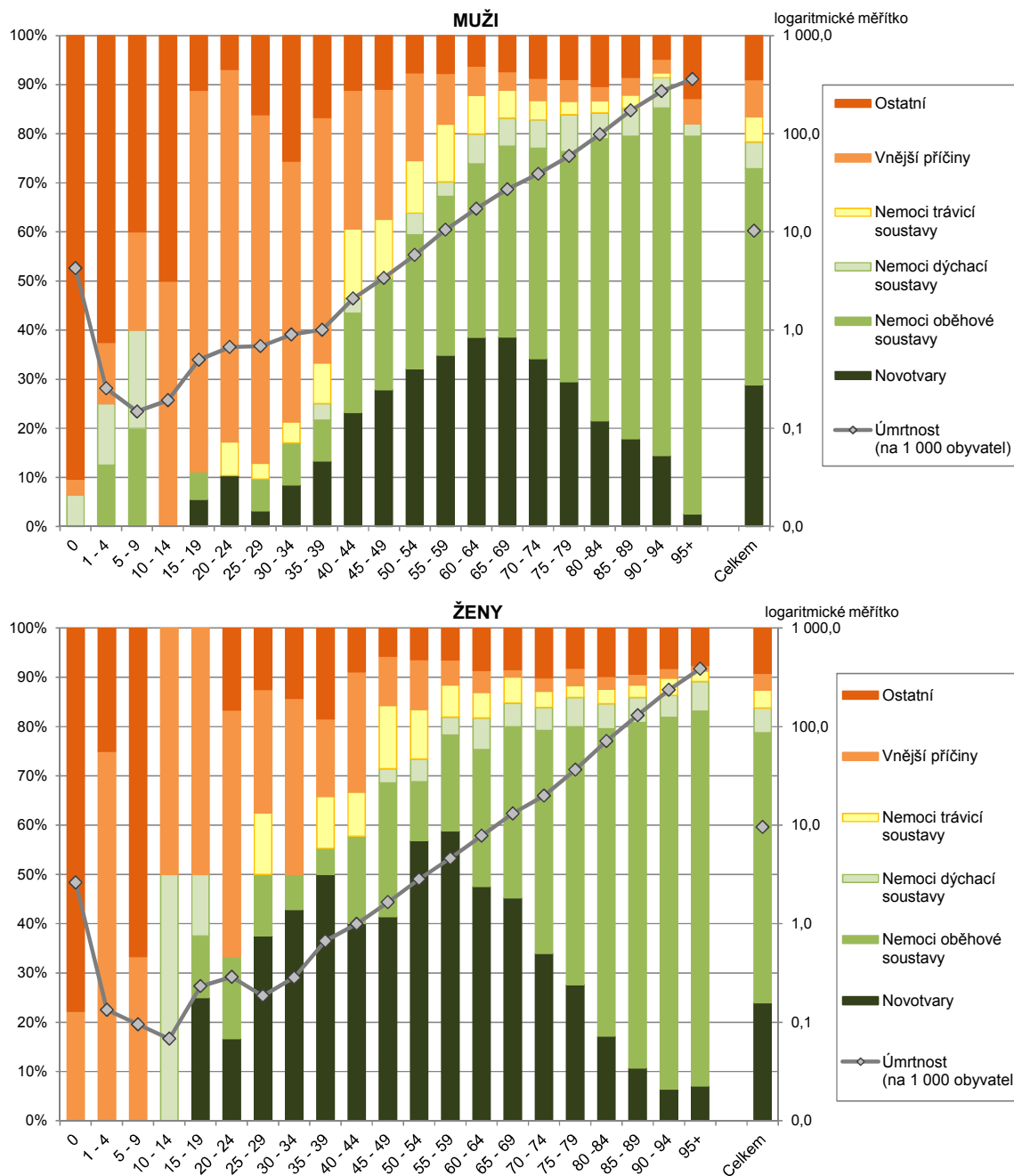
Graf č. 12: Standardizovaná úmrtnost mužů ve vybraných státech podle příčin smrti (na 100 000 osob)



Zdroj dat: WHO (databáze HFA-DB)

Následující grafy znázorňují strukturu příčin smrti v závislosti na věku. V dětství a mládí převažují úmrtí v důsledku úrazů, případně nemocí dýchací soustavy. V dorosteneckém věku nastupují novotvary, které tvoří u žen v produktivním věku nejčastější příčinu úmrtí, u mužů jejich podíl snižují úrazy. Ve věku 40 let a výše nastupují nemoci oběhové soustavy, které jsou později tou nejčastější příčinou smrti.

Graf č. 13: Struktura zemřelých podle příčin smrti a věku v Libereckém kraji - průměr z let 2011-2013

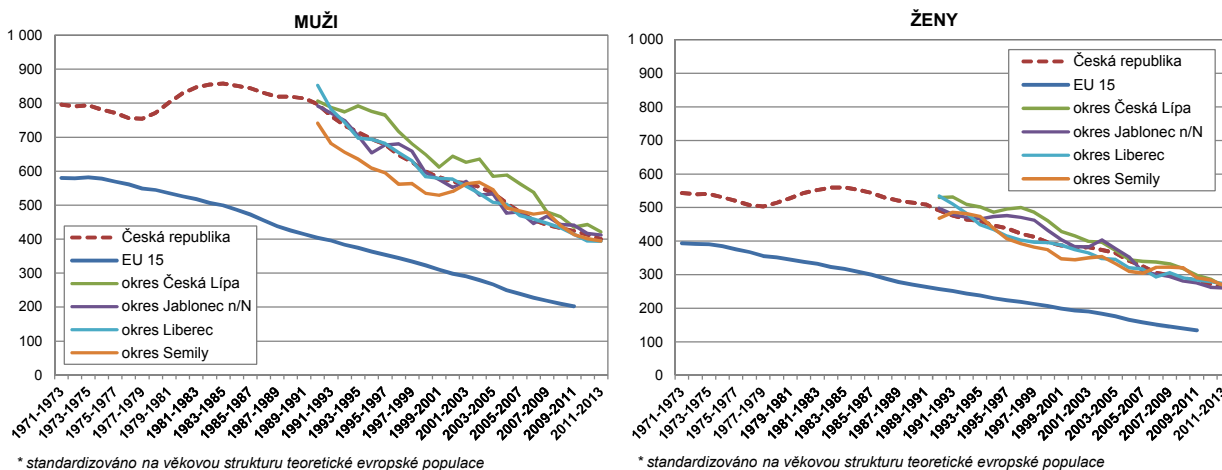


Zdroj dat: ČSÚ

1.3.3. Úmrtnost na kardiovaskulární onemocnění

Úmrtnost na kardiovaskulární onemocnění dlouhodobě klesá, stále je však výrazně nad průměrem původních patnácti zemí EU. Stejných hodnot zde standardizovaná úmrtnost dosahovala už na začátku devadesátých let. V Libereckém kraji byla tato úmrtnost u mužů i u žen nejvyšší v okrese Česká Lípa. V posledních dekádě však na českolipsku klesala nejrychleji, a tak v současné době nejsou patrné mezi jednotlivými okresy Libereckého kraje výraznější rozdíly.

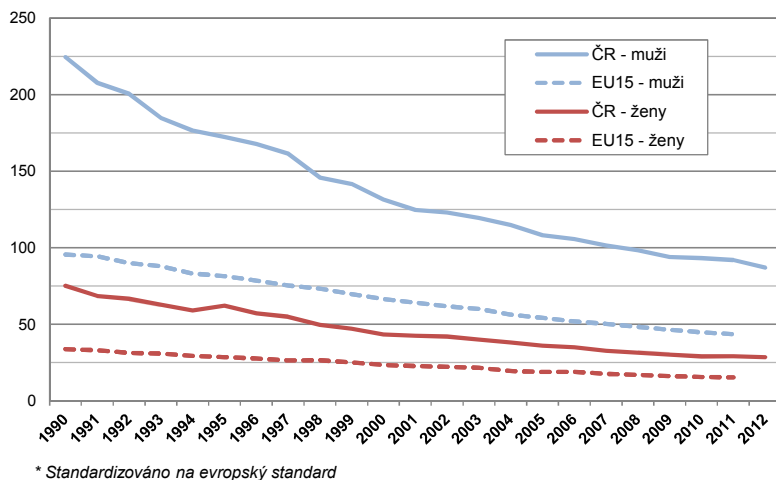
Graf č. 14: Vývoj stand. úmrtnosti na kardiovaskulární onemocnění (na 100 tis. osob) - tříleté klouzavé průměry



Zdroj dat: ÚZIS ČR (databáze DPS) a WHO (databáze HFA-DB)

Obecná úmrtnost na kardiovaskulární onemocnění v populaci ČR ve věku do 64 let neklesá, ale po vyloučení vlivu věkové struktury už je sestupující trend patrný. Standardizovaná úmrtnost je výrazně vyšší u mužů než u žen, v České republice je rozdíl mezi oběma pohlavími výrazně větší než v zemích EU15, což je způsobeno vysokými hodnotami úmrtnosti mužů. Pozitivní skutečností je, že se rozdíly zmenšují. I když po etapě strmého poklesu mužské úmrtnosti v devadesátých letech se tento pozitivní vývoj přibrzdil.

Graf č. 15: Vývoj standardizované úmrtnosti pro kardiovaskulární onemocnění ve věku 0-64 let

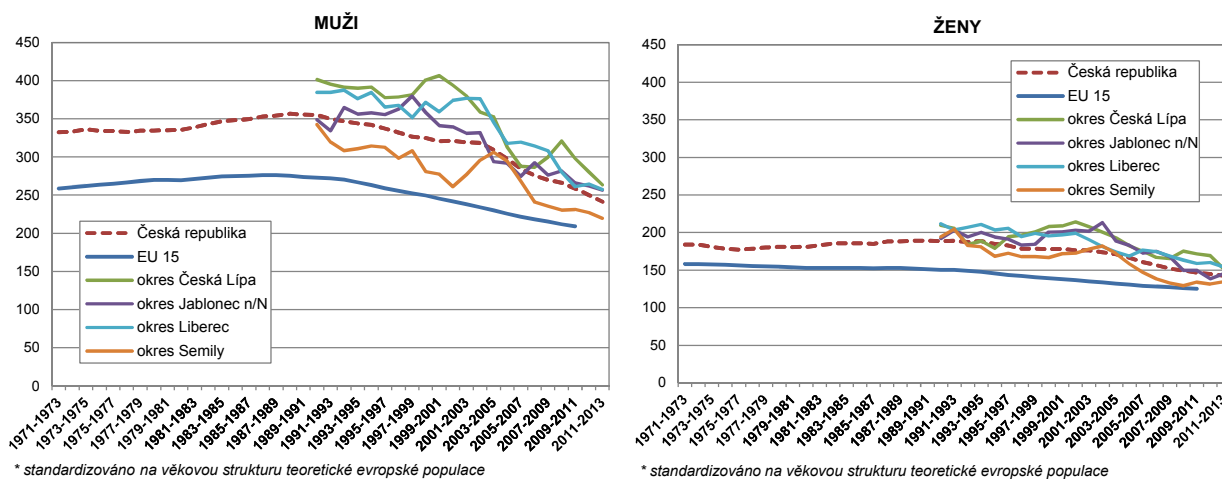


Zdroj dat: WHO (databáze HFA-DB)

1.3.4. Úmrtnost na nádorová onemocnění

Také úmrtnost na nádorová onemocnění je v České republice výrazně nad průměrem původních patnácti zemí EU a vyšší je u mužů než u žen. Trend je však příznivý, od devadesátých let trvale sestupný. Mezi okresy Libereckého kraje jsou patrné rozdíly, dlouhodobě nejnižší je úmrtnost na novotvary u mužů i žen v okrese Semily.

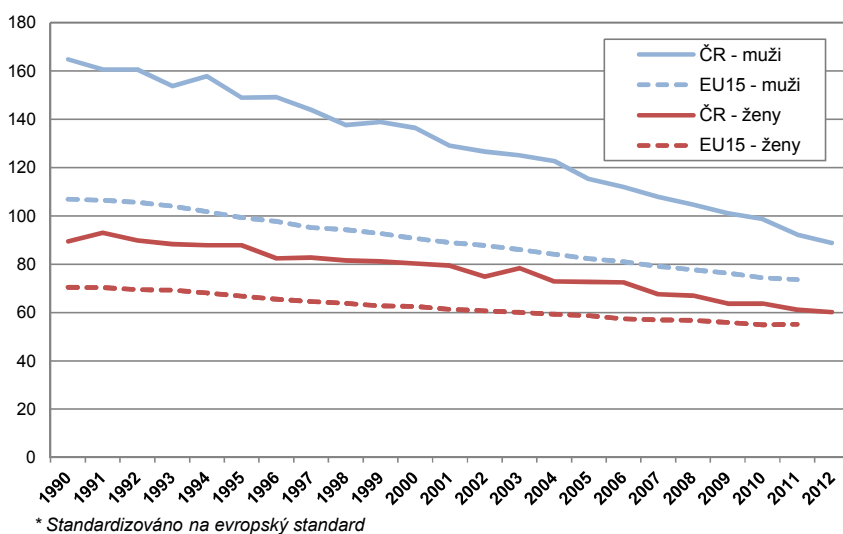
Graf č. 16: Vývoj standardizované úmrtnosti na novotvary (na 100 000 osob) - tříleté klouzavé průměry



Zdroj dat: ÚZIS ČR (databáze DPS) a WHO (databáze HFA-DB)

Ve věku do 64 let je patrný trend postupného stírání rozdílů mezi pohlavími i mezi ČR a přibližování se k průměru EU15.

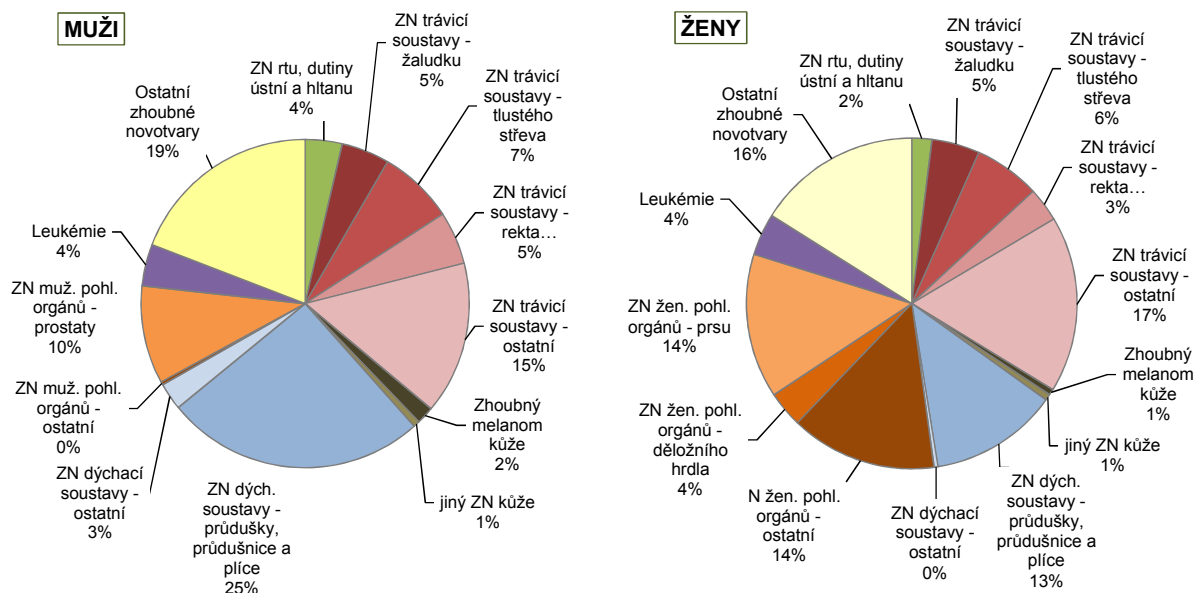
Graf č. 17: Vývoj standardizované úmrtnosti pro nádorová onemocnění ve věku 0-64 let



Zdroj dat: WHO (databáze HFA-DB)

Nejčastějším typem nádorového onemocnění, pro který umírají muži, jsou zhoubné novotvary průdušek, průdušnic a plic. U žen byla úmrtí na onkologická onemocnění rozdělena rovnoměrněji. Mezi častá úmrtí u žen patřily vedle ZN průdušek, průdušnic a plic také ZN prsu a ostatních pohlavních orgánů. Bez rozdílu pohlaví patřily mezi velmi časté příčiny úmrtí také zhoubné novotvary trávicí soustavy.

Graf č. 18: Struktura zemřelých na zhoubné novotvary podle skupin příčin úmrtí v Libereckém kraji v roce 2013



Zdroj dat: ČSÚ

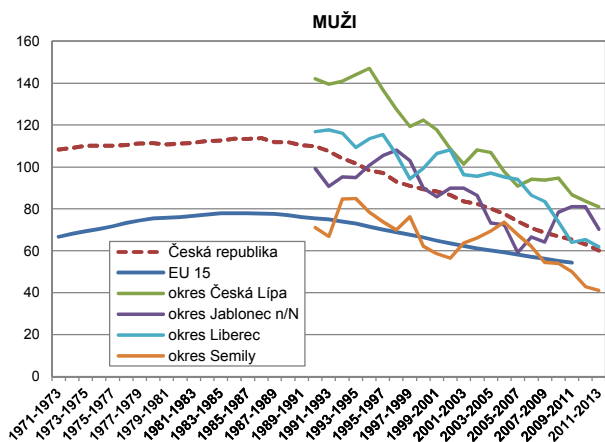
1.3.4.1 Úmrtnost na jednotlivé druhy nádorů

Standardizovaná úmrtnost na rakovinu průdušky, průdušnice a plice u mužů byla dlouhodobě vysoko nad průměrem zemí EU15. Od začátku devadesátých let však trvale klesá a tento pokles je rychlejší než v původních patnácti zemích EU, a tak se v současnosti přibližuje k jejich úrovni. Mezi okresy Libereckého kraje je zřetelný rozdíl. V okrese Semily se úmrtnost dlouhodobě pohybuje na úrovni průměru EU15, oproti tomu situace v okrese Česká Lípa je výrazně i nad průměrem ČR.

Úmrtnost žen na rakovinu průdušky, průdušnice a plice je výrazně nižší než u mužů, ale trend je nepříznivý. Standardizovaná úmrtnost trvale roste, takže zatímco v osmdesátých letech minulého století byla u žen více než 10krát nižší než u mužů, v současnosti je nižší pouze třikrát.

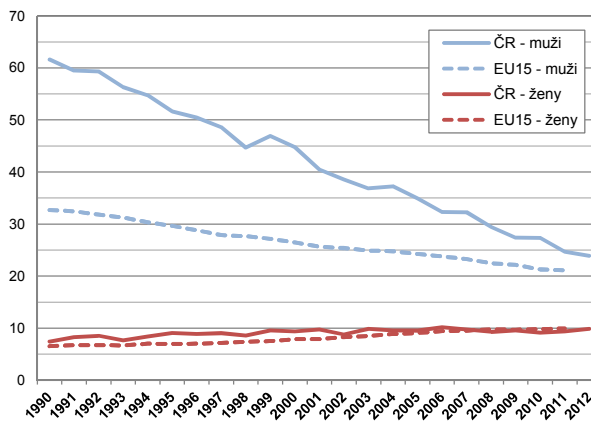
V současné době umírají ročně v České republice na tuto rakovinu necelé 3 tisíce mužů a více než 1,5 tisíce žen, v Libereckém kraji je to téměř stovka žen a přes 170 mužů. Ve věku do 64 let jich je u obou pohlaví třetina.

Graf č. 19: Vývoj standardizované úmrtnosti na rakovinu průdušky, průdušnice a plíce - tříleté klouzavé průměry



* standardizováno na věkovou strukturu teoretické evropské populace

Graf č. 20: Vývoj standardizované úmrtnosti pro rakovinu průdušky, průdušnice a plíce ve věku 0-64 let



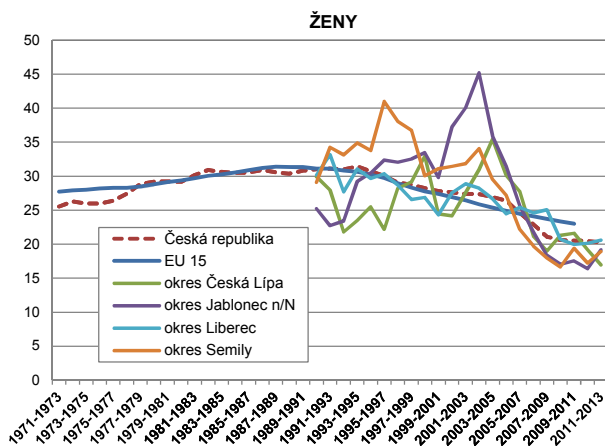
* Standardizováno na evropský standard; dg. C33-C34

Zdroj dat: ÚZIS ČR (databáze DPS) a WHO (databáze HFA-DB)

Standardizovaná úmrtnost na rakovinu prsu žen má od začátku devadesátých let klesající trend, v České republice je tento pokles výraznější, a tak je od roku 2007 úroveň standardizované úmrtnosti pod průměrem zemí EU15.

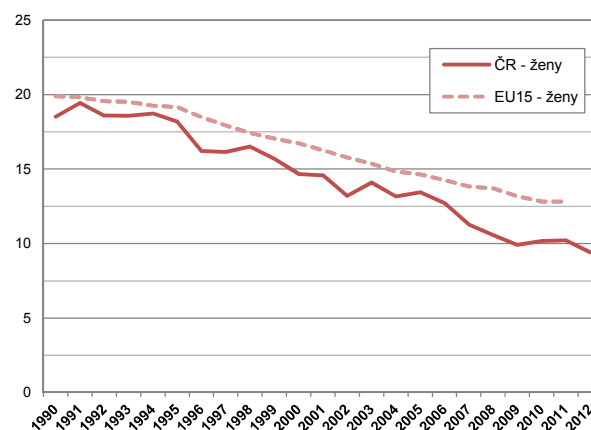
V absolutních počtech zemře v České republice na rakovinu prsu kolem 2 tisíc žen, v Libereckém kraji jich je méně než sto. Necelá třetina jich je ve věku do 64 let, v ČR je tento podíl o něco nižší než v Libereckém kraji.

Graf č. 21: Vývoj standardizované úmrtnosti na zhoubný novotvar prsu - tříleté klouzavé



* standardizováno na věkovou strukturu teoretické evropské populace

Graf č. 22: Vývoj standardizované úmrtnosti na zhoubný novotvar prsu ve věku 0-64 let



* Standardizováno na evropský standard; dg. C50

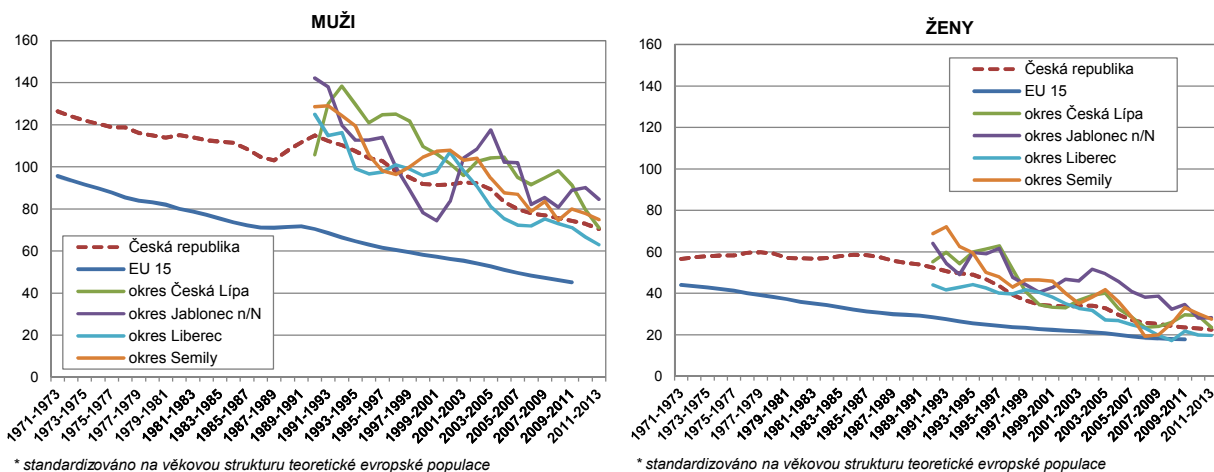
Zdroj dat: ÚZIS ČR (databáze DPS) a WHO (databáze HFA-DB)

1.3.5. Úmrtnost na úrazy, poranění a úmyslné sebepoškození

Standardizovaná úmrtnost pro vnější příčiny úmrtí v České republice stejně jako v původních patnácti zemích EU trvale klesá, a to jak u mužů, tak u žen. Úroveň úmrtnosti je České republice vyšší než v EU15, u žen se však v posledních letech tento rozdíl srovnává.

Okresy Libereckého kraje se s výjimkou Liberce výši této úmrtnosti pohybují nad celorepublikovým průměrem.

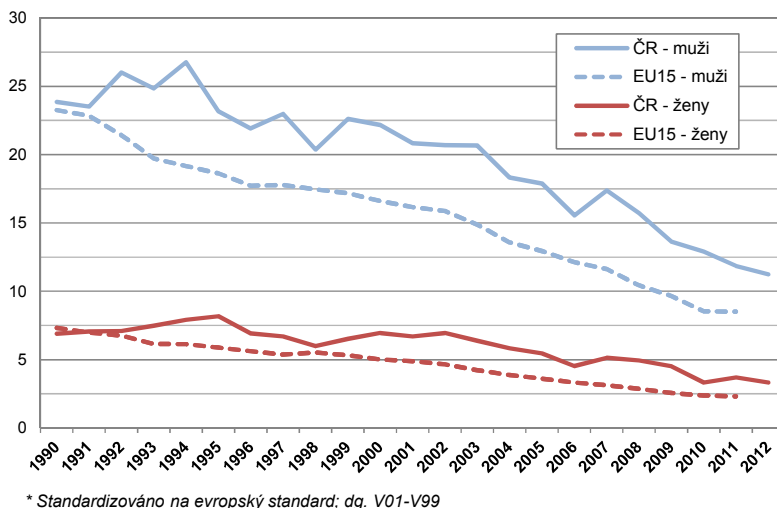
Graf č. 23: Vývoj stand. úmrtnosti pro poranění, otravy a další následky vnějších příčin - tříleté klouzavé průměry



Zdroj dat: ÚZIS ČR (databáze DPS) a WHO (databáze HFA-DB)

Pozitivní skutečností je trvalý pokles standardizované úmrtnosti pro dopravní nehody, v České republice je však její výše nad průměrem zemí EU15.

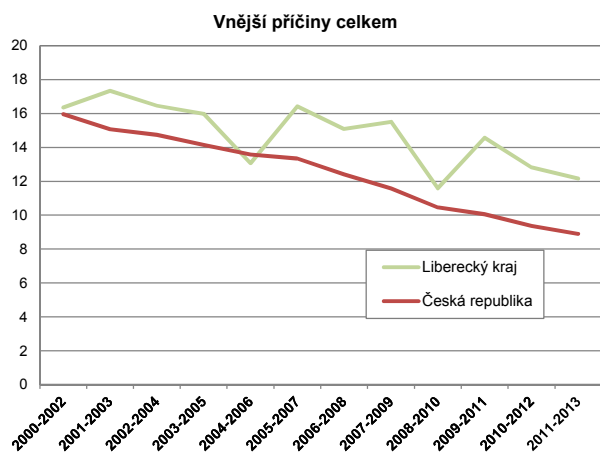
Graf č. 24: Vývoj standardizované úmrtnosti pro dopravní nehody



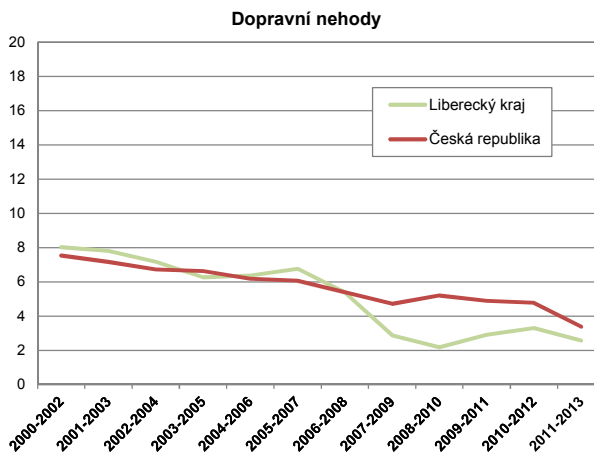
Zdroj dat: WHO (databáze HFA-DB)

Stejně tak u dětí a mladistvých počty zemřelých pro dopravní úrazy i vnější příčiny celkem klesají. V absolutním počtu zemře v České republice v současné době méně než 200 dětí a mladistvých v důsledku poranění, otrav a dalších následků vnějších příčin, v Libereckém kraji se jedná o jednotky případů nepřesahující 20 osob tohoto věku.

Graf č. 25: Vývoj úmrtnosti dětí a mladistvých (0-19 let) v důsledku poranění, otravy a dalších následků vnějších příčin (počet zemřelých na 100 tisíc obyvatel)



Graf č. 26: Vývoj úmrtnosti dětí a mladistvých (0-19 let) v důsledku dopravních nehod (počet zemřelých na 100 tisíc obyvatel)

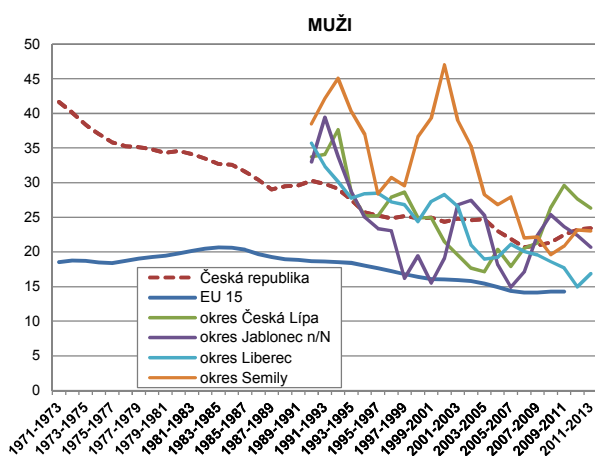


Zdroj dat: ČSÚ

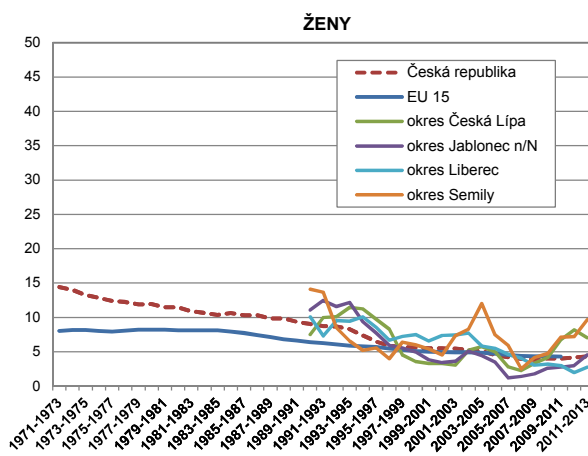
Úmrtnost pro úmyslná sebepoškození v České republice dlouhodobě klesala, po roce 2008 však dochází k opětovnému růstu. Rostou počty zemřelých mužů, úmrtí u žen spíše kolísají.

Při vyhodnocování okresních údajů je třeba mít na zřeteli, že se jedná v absolutním měřítku o malá čísla, na která mají náhodné odchylky velký vliv.

Graf č. 27: Vývoj standardizované úmrtnosti pro úmyslné sebepoškození - tříleté klouzavé průměry



* standardizováno na věkovou strukturu teoretické evropské populace



* standardizováno na věkovou strukturu teoretické evropské populace

Zdroj dat: ÚZIS ČR (databáze DPS) a WHO (databáze HFA-DB)

1.3.6. Úmrtnost na infekční nemoci

V souvislosti s infekčním onemocněním zemřelo v roce 2014 v Libereckém kraji 28 osob (v roce 2013 to bylo 37 osob), 19 mužů a 9 žen. Nejčastěji se jednalo o pacienty ve věku 65-74 let (18), jeden pacient byl z věkové skupiny 35-44 let, 5 osob zemřelo ve věku 55-64 let a 4 úmrtí byla z věkové kategorie 75+. Největší počet úmrtí bylo hlášeno v okrese Česká Lípa (15 osob), dále následovaly okresy Semily (7 osob), Liberec (5 osob) a v Jablonci nad Nisou zemřela pro infekční nemoci v roce 2014 jedna osoba.

Nejvíce zastoupenou diagnózou byla septikémie, celkem bylo evidováno 17 úmrtí. V hemokultuře bylo prokázáno: *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis*, *Serratia marcescens*, *E. coli*, *Klebsiella pneumoniae*, *Proteus mirabilis*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Streptococcus sk. A* a *Streptococcus pneumoniae (typ 11A, 19F a 35B)*. Vedle toho bylo zaznamenáno 6 úmrtí osob s infekčním průjmovým onemocněním (toxin *Clostridium difficile*), 1 úmrtí osoby s nákazou s ojedinělým výskytem - Creutzfeldtova-Jakobova nemoc, u 2 osob bylo hlášeno úmrtí v souvislosti s chřipkou (typ A) a u 2 osob úmrtí s tuberkulózou.

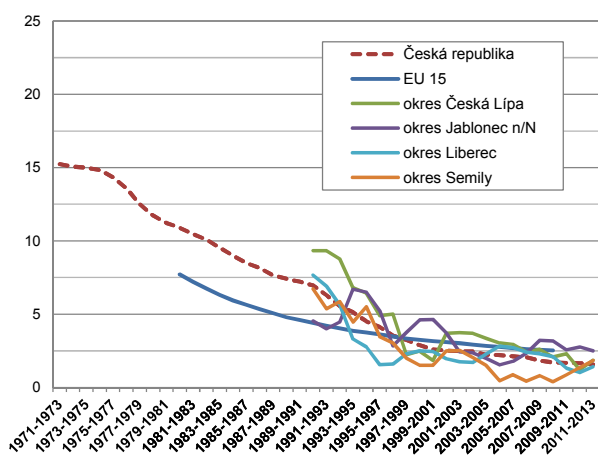
1.3.7. Kojenecká a novorozenecká úmrtnost

Novorozeneckou úmrtností je počet zemřelých dětí do 28 dnů věku na 1 tisíc živě narozených. Kojeneckou úmrtností se pak rozumí počet zemřelých do 1 roku na 1 tisíc živě narozených.

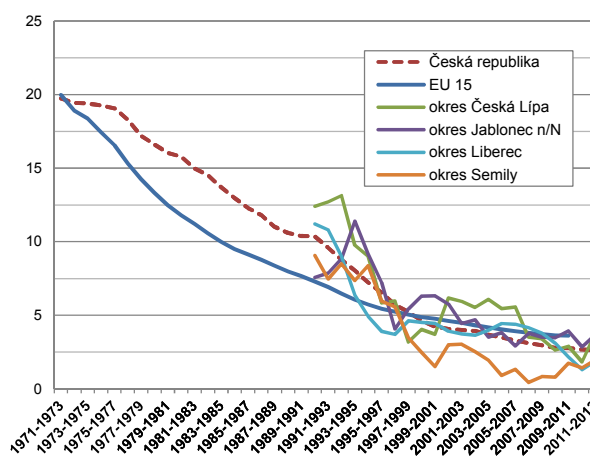
Novorozenecká i kojenecká úmrtnost v České republice i původních patnácti zemí EU trvale klesá, od konce devadesátých let je úroveň obou úmrtností v ČR nižší než je průměr EU15. Konkrétní srovnání evropských zemí nabízí graf č. 30.

Při vyhodnocování okresních údajů je třeba mít na zřeteli, že se jedná v absolutním měřítku o malá čísla, na která mají náhodné odchylky velký vliv. I tak je zřetelná nižší úmrtnost v okrese Semily.

Graf č. 28: Vývoj novorozenecké úmrtnosti - tříleté klouzavé průměry

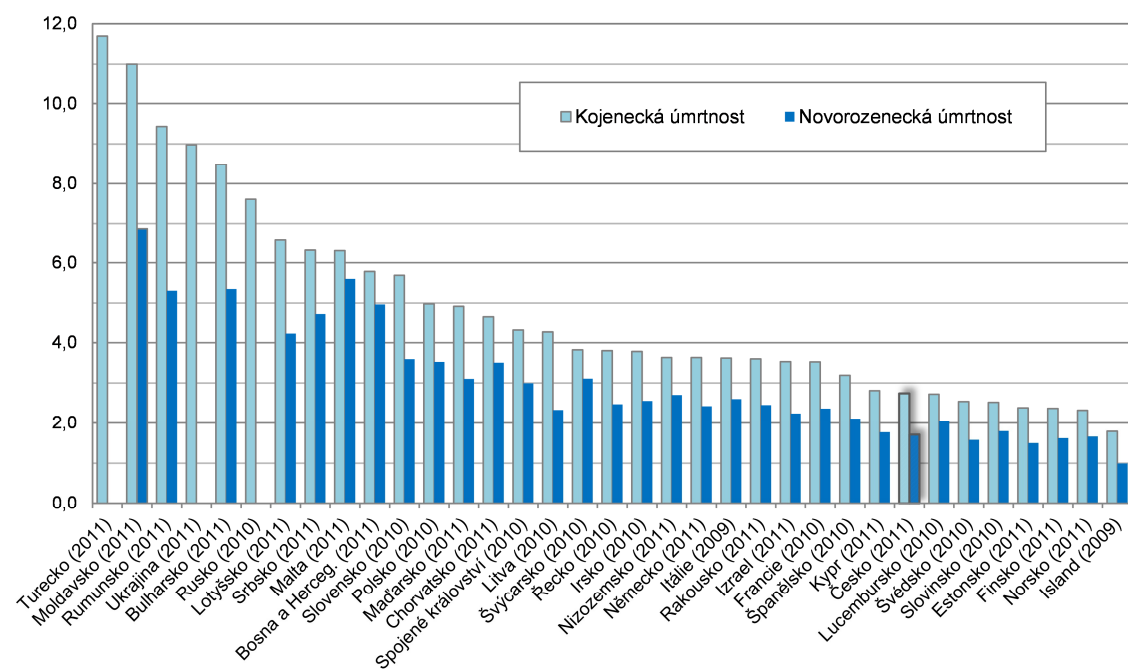


Graf č. 29: Vývoj kojenecké úmrtnosti - tříleté klouzavé průměry



Zdroj dat: ÚZIS ČR (databáze DPS) a WHO (databáze HFA-DB)

Graf č. 30: Kojenecká a novorozenecká úmrtnost v České republice a státech Evropy (roky uvedeny v závorce)



Zdroj dat: WHO (databáze HFA-DB)

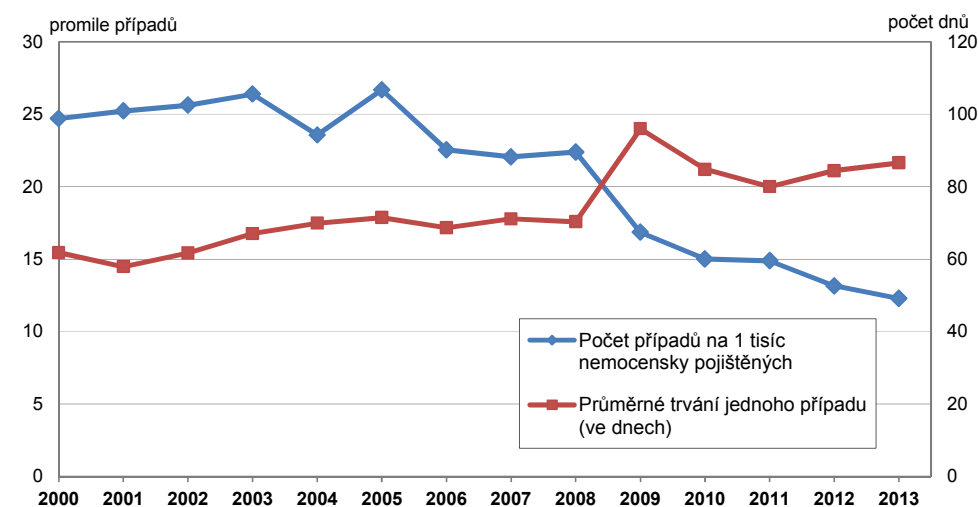
1.4. Nemocnost

1.4.1. Kardiovaskulární onemocnění

Počet dispenzarizovaných s hypertenzí v Libereckém kraji stejně jako v celé ČR roste. Podíl podchycených hypertoniků mezi dospělými přesahuje 20 %.

Statistika o pracovní neschopnosti je ovlivněna také dalšími faktory než samotnou nemocností. Podstatný vliv na počet případů mají legislativní změny v oblasti nemocenského pojištění (nejprve snížení denního vyměřovacího základů v roce 2004, poté od roku 2009 nevyplácení dávek v prvních třech dnech nemoci).

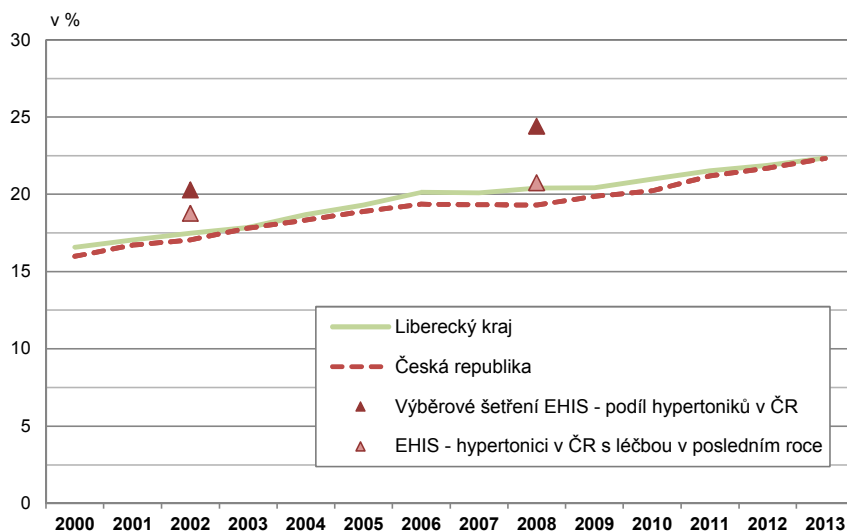
Graf č. 31: Vývoj pracovní neschopnosti pro kardiovaskulární onemocnění v Libereckém kraji



Zdroj dat: ÚZIS ČR

Z evidencí praktických lékařů pro dospělé vyplývá, že počet dispenzarizovaných s hypertenzí v Libereckém kraji stejně jako v celé ČR roste. Podíl podchycených hypertoniků mezi dospělými přesahuje 20 %. Tato čísla odpovídají i zjišťováním prostřednictvím výběrových šetření o zdravotním stavu populace HIS 2002, resp. EHIS 2008. Z dotazovaných obyvatel ČR ve věku 15 let a výše jich v roce 2008 téměř 25 % uvedlo, že trpí vysokým krevním tlakem. Avšak 15 % z těchto hypertoniků svůj vysoký krevní tlak v posledním roce neléčilo.

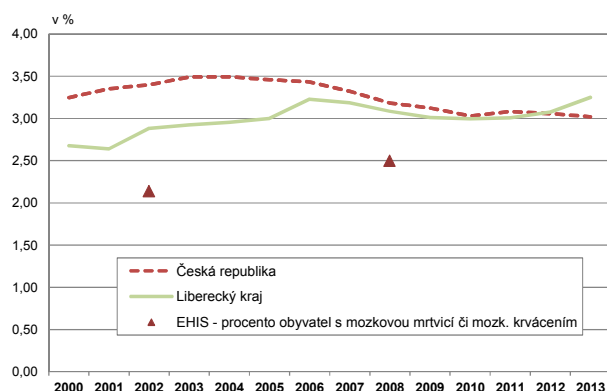
Graf č. 32: Podíl dispenzarizovaných hypertoniků (z evidencí PL pro dospělé) na 100 obyvatel ve věku 20+



Zdroj dat: ÚZIS ČR

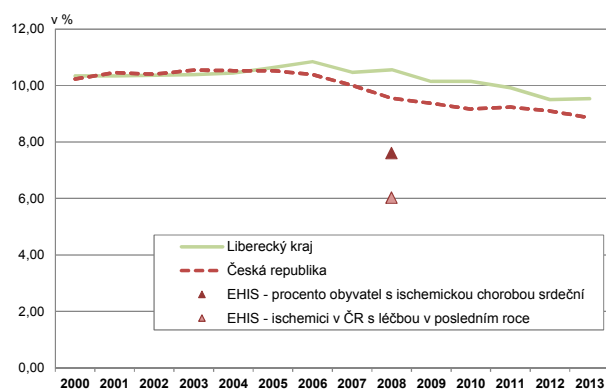
U praktických lékařů se rutinně zjišťuje kromě dispenzarizace pro hypertenzní nemoci také dispenzarizace pro cévní nemoci mozku a pro ischemické nemoci srdeční. Tyto statistiky však mohou být zatíženy chybou, proto je velmi vhodné ověřit je pomocí výsledků výběrových šetření o zdravotním stavu obyvatelstva. V roce 2002 bylo výběrovým šetřením u obyvatel starších 15-ti let zjištěno, že 2,1 % osob prodělalo ve svém životě mozkovou mrtvici či mozkové krvácení a 4,6 % infarkt myokardu. V roce 2008 v šetření EHIS uvedlo mozkovou mrtvici či mozkové krvácení 2,5 % osob a srdeční záchvat 3,6 %. Mimo to se v tomto roce dotazovalo také na ischemické nemoci srdeční celkem, trpělo jimi 7,6 %.

Graf č. 33: Podíl dispenzarizovaných pro cévní nemoci mozku na 100 obyvatel ve věku 20+



Zdroj dat: ÚZIS ČR

Graf č. 34: Podíl dispenzarizovaných pro ischemické nemoci srdeční na 100 obyvatel ve věku 20+

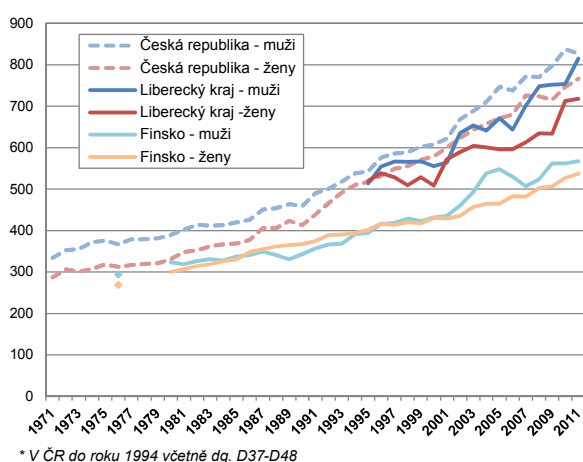


1.4.2. Nádorová onemocnění

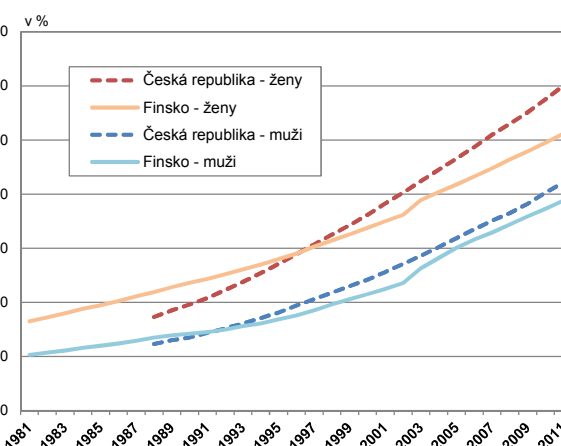
Incidence i prevalence nádorových onemocnění roste, 6 % žen a 4 % mužů trpí nádorovým onemocněním, na 1 tisíc obyvatel připadá ročně 8 nových případů u mužů a 7 nových případů u žen.

Počet nádorových onemocnění rok od roku roste. Incidence (nově zjištěná onemocnění) je vyšší u mužů než u žen, v Libereckém kraji je pod průměrem ČR. U prevalence (žijící s nádorovým onemocněním) je také zřetelný nárůst, ale rozložení mezi pohlavími je opačné, vyšší je prevalence u žen než u mužů. Mezinárodní srovnání incidence a prevalence je výrazně ztížené národními zvyklostmi ve zjišťování nádorových onemocnění (zahrnování či nezahrnování diagnózy C44 – jiný zhoubný novotvar kůže, případně nezhoubných novotvarů či novotvarů in situ, atd.).

Graf č. 35: Vývoj incidence nádorových onemocnění (nově zjištěná onemocnění na 100 000 obyvatel)



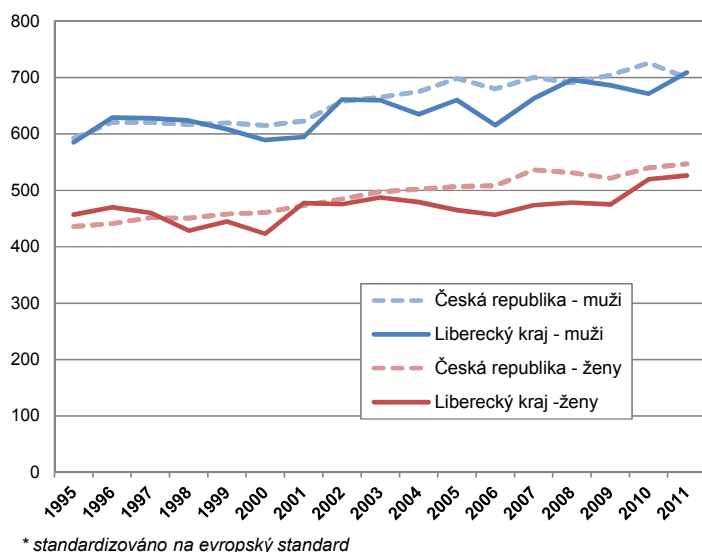
Graf č. 36: Vývoj prevalence nádorových onemocnění (podíl obyvatel s nádorovým onemocněním)



Zdroj dat: ÚZIS ČR (databáze DPS) a WHO (databáze HFA-DB)

Velká část nárůstu incidence nádorových onemocnění jde na vrub stárnutí populace. Pokud by věková struktura odpovídala teoretické evropské populaci, incidence by rostla výrazně pomaleji (viz. graf č. 37).

Graf č. 37: Vývoj standardizované incidence zhoubných novotvarů

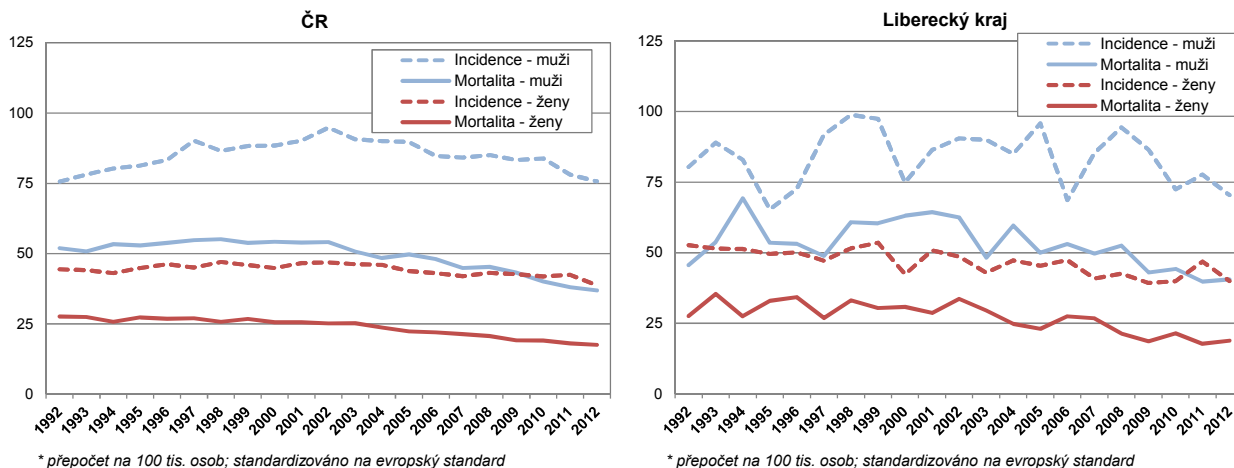


Zdroj dat: ÚZIS ČR

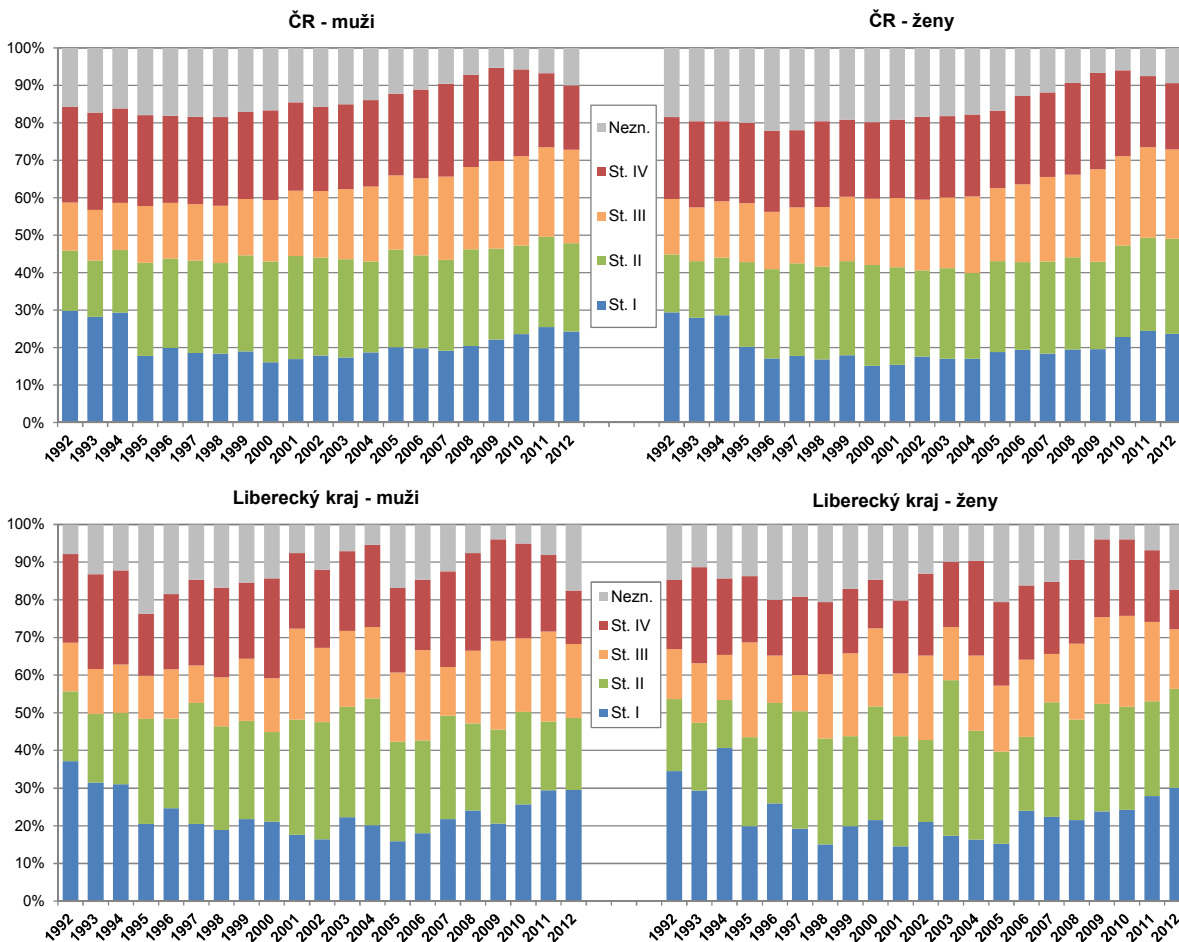
1.4.2.1 Zhoubný novotvar tlustého střeva a konečníku

Standardizovaná incidence rakoviny tlustého střeva a konečníku, která patří mezi ty s vyšší úmrtností, v posledních letech mírně klesá, u mužů výrazněji než u žen. Mírně se daří zvyšovat podíl záchytu v časných stádiích vývoje, a tak úmrtnost pro tento typ nádorových onemocnění klesá. Tyto pozitivní trendy jsou však pozvolné, stále je velké množství případů zachyceno až v pozdním stadiu.

Graf č. 38: Vývoj standardizované incidence a úmrtnosti na ZN tlustého střeva a konečníku (dg. C18 – C21)



Graf č. 39: Vývoj zastoupení klinických stadií rakoviny tlustého střeva a konečníku (dg. C18 – C21)

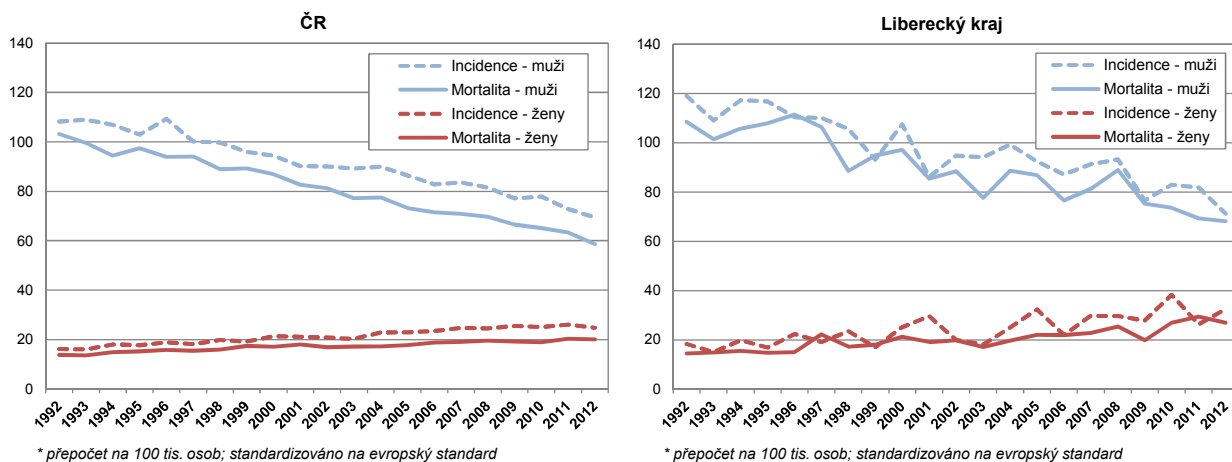


Zdroj dat: Národní onkologický registr (www.svod.cz)

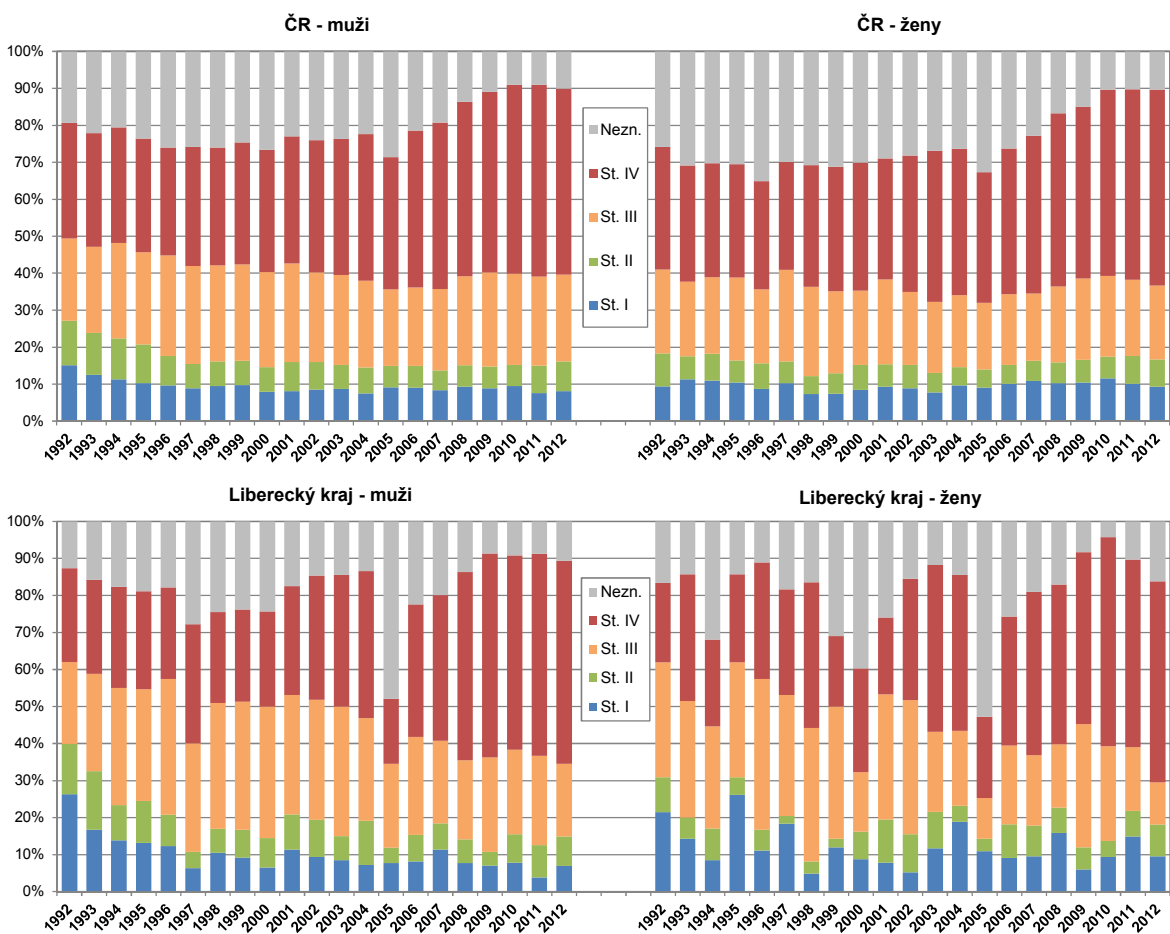
1.4.2.2 Zhoubný novotvar průdušnice, průdušky a plíce

Nejčastějším typem nádorového onemocnění, pro který muži umírají, je rakovina průdušnice, průdušky nebo plíce. Standardizovaná incidence i mortalita je u mužů výrazně vyšší než u žen. Zatímco ale u mužů dochází k jejich výraznému poklesu, u žen je zaznamenáván mírný, ale trvalý nárůst.

Graf č. 40: Vývoj standardizované incidence a úmrtnosti na ZN průdušnice, průdušky a plíce (dg. C33 – C34)



Graf č. 41: Vývoj zastoupení klinických stadií rakoviny tlustého střeva a konečníku (dg. C18 – C21)

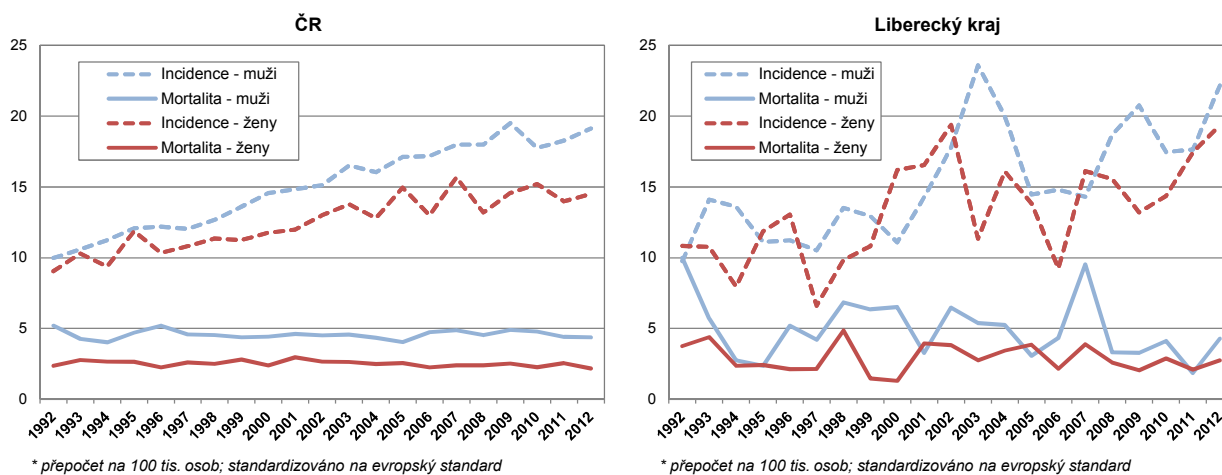


Zdroj dat: Národní onkologický registr (www.svod.cz)

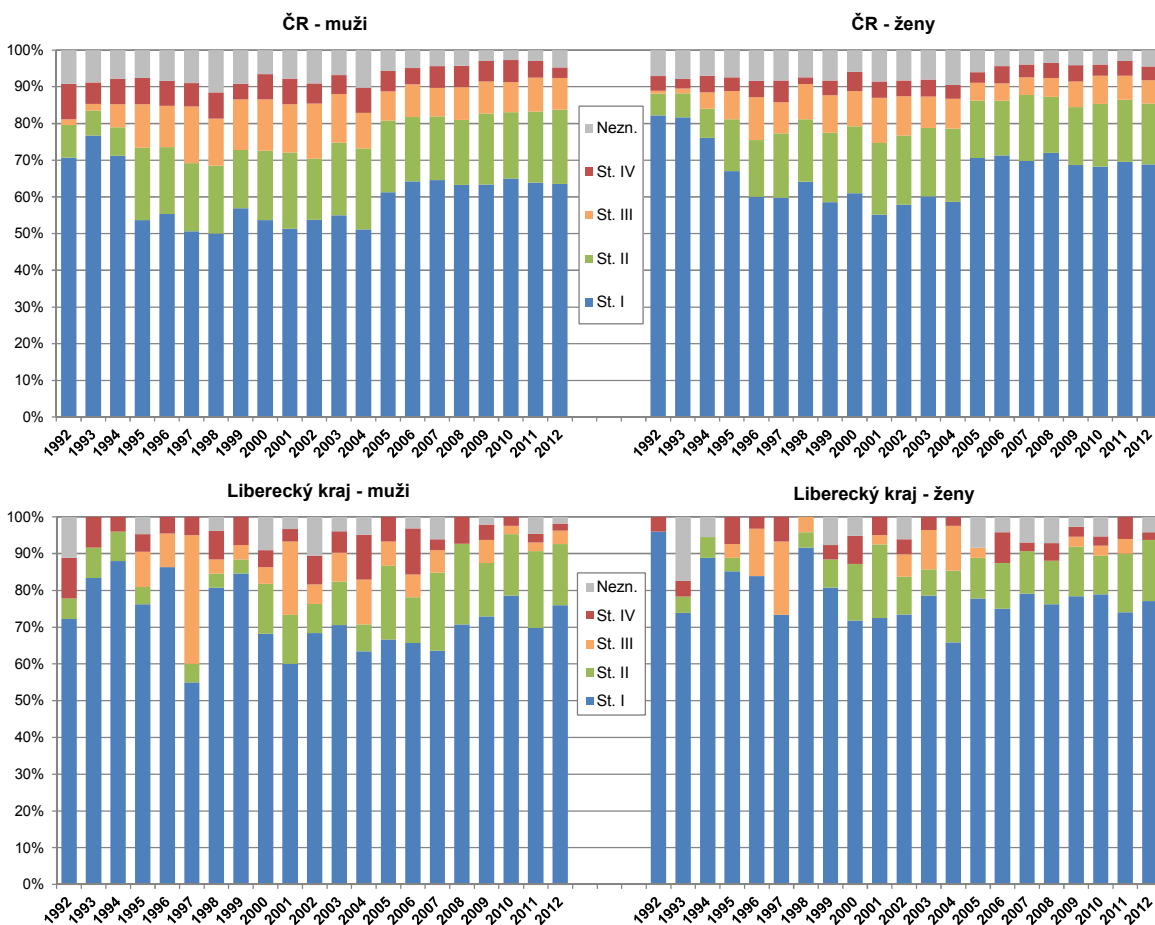
1.4.2.3 Zhoubný melanom kůže

Standardizovaná incidence zhoubného melanomu kůže dlouhodobě roste, úmrtnost zůstává na stejné nízké úrovni. Odpovídá tomu i vysoká úroveň záchytů v časném stadiu vývoje.

Graf č. 42: Vývoj standardizované incidence a úmrtnosti na zhoubný melanom kůže (dg. C43)



Graf č. 43: Vývoj zastoupení klinických stadií zhoubného melanomu kůže (dg. C43)

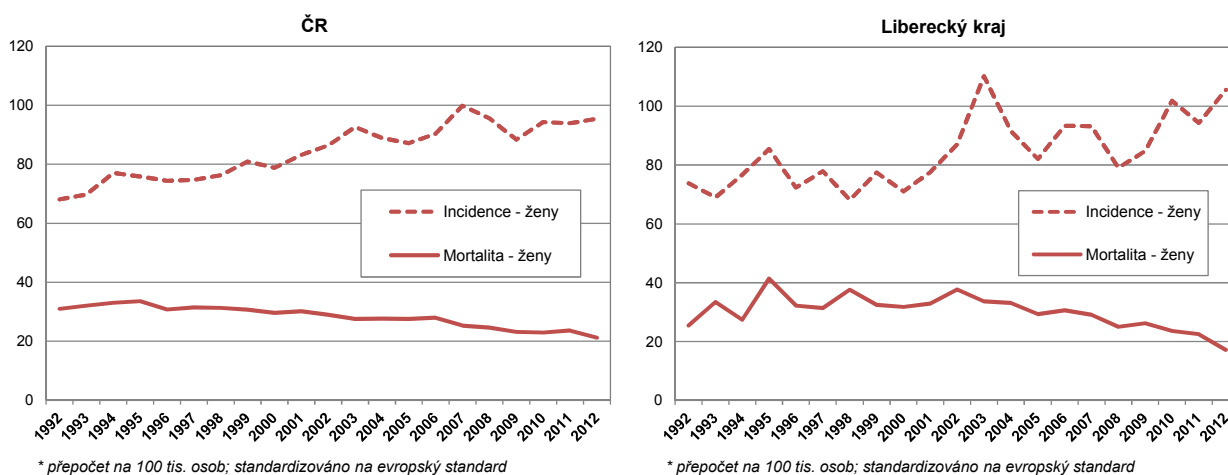


Zdroj dat: Národní onkologický registr (www.svod.cz)

1.4.2.4 Zhoubný novotvar prsu

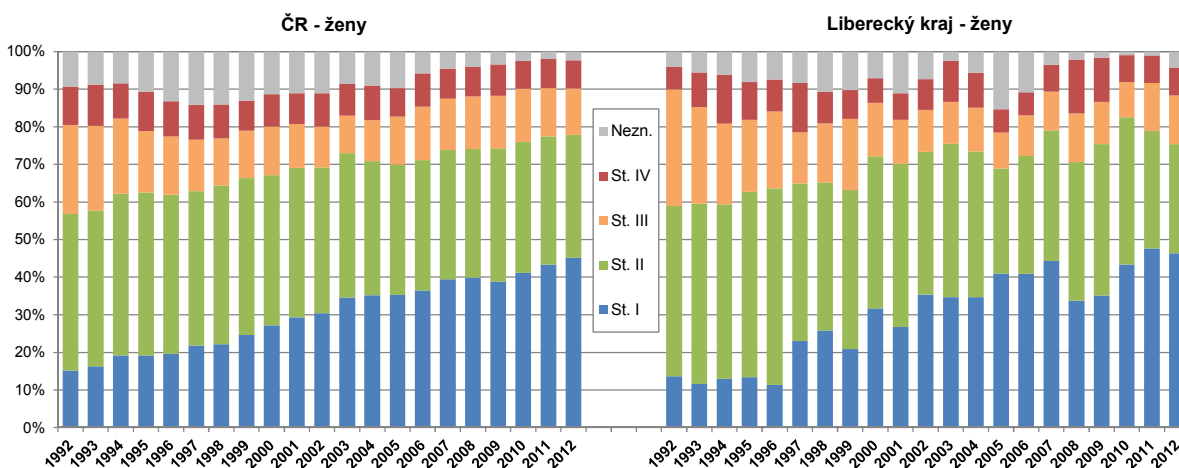
U rakoviny prsu je znatelný pozitivní posun v záchytu směrem k časným stadiím nemoci. A tak, ačkoliv standardizovaná incidence dlouhodobě roste, úmrtnost pro zhoubný novotvar prsu mírně klesá.

Graf č. 44: Vývoj standardizované incidence a úmrtnosti na zhoubný novotvar prsu (dg. C50)



Zdroj dat: Národní onkologický registr (www.svod.cz)

Graf č. 45: Vývoj zastoupení klinických stadií zhoubného novotvaru prsu (dg. C50)

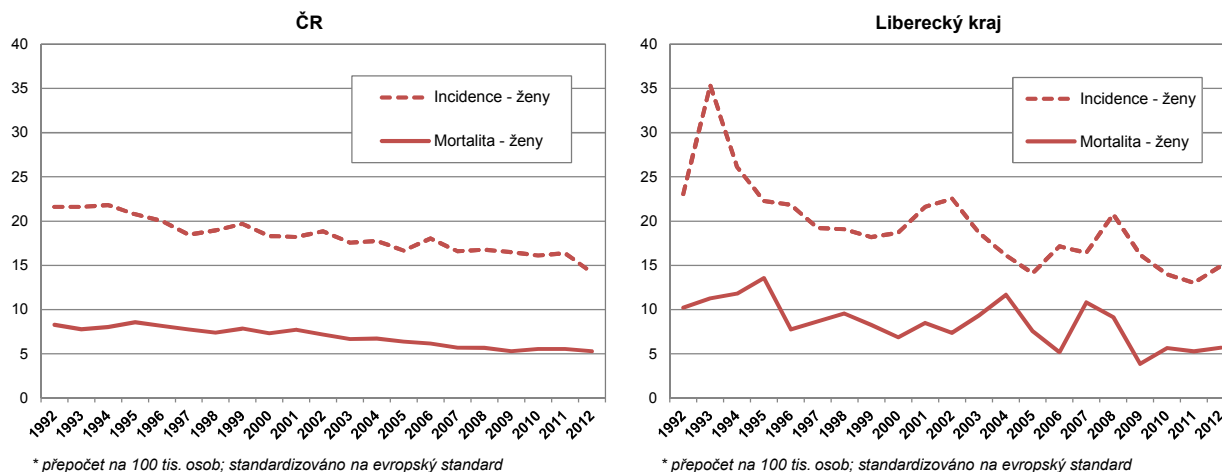


Zdroj dat: Národní onkologický registr (www.svod.cz)

1.4.2.5 Zhoubný novotvar hrdla děložního - cervicis uteri

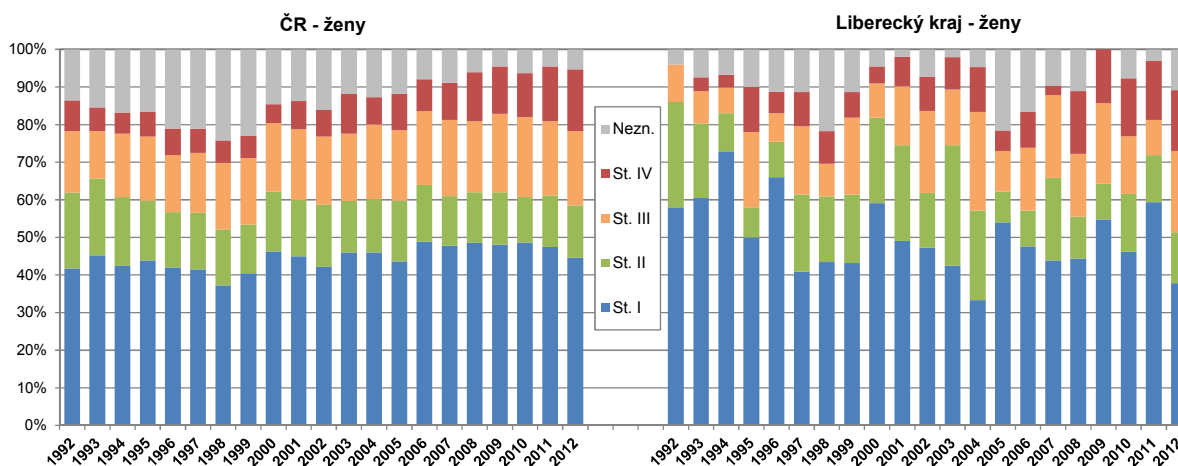
Stejně jako v celé České republice také v Libereckém kraji standardizovaná incidence i úmrtnost na rakovinu děložního hrdla dlouhodobě pozvolna klesá. V posledních letech je však tato nemoc o něco častěji zachycována v pozdních stádiích.

Graf č. 46: Vývoj standardizované incidence a úmrtnosti na zhoubný novotvar hrdla děložního (dg. C53)



Zdroj dat: Národní onkologický registr (www.svod.cz)

Graf č. 47: Vývoj zastoupení klinických stadií zhoubného novotvaru hrdla děložního - cervicis uteri (dg. C53)



Zdroj dat: Národní onkologický registr (www.svod.cz)

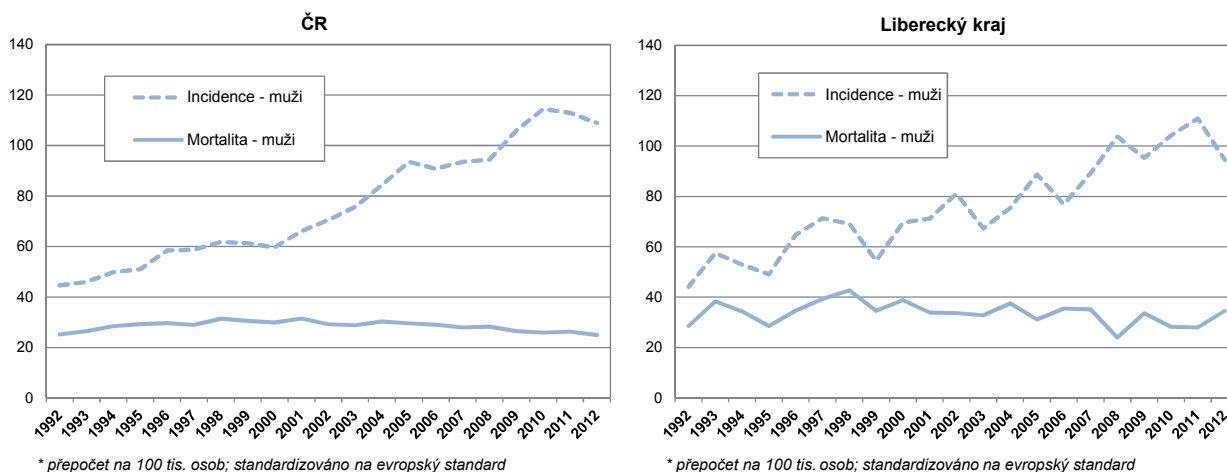
1.4.2.6 Zhoubný novotvar předstojné žlázy - prostaty

Standardizovaná incidence rakoviny prostaty od začátku devadesátých let stoupá za pravidelného střídání období stagnace a růstu. V posledních dvou letech, za která jsou údaje k dispozici, došlo k jejímu poklesu. Zda je to skutečně obrat k lepšímu, však budou muset potvrdit následující roky.

I přes nárůst incidence standardizovaná úmrtnost na zhoubný novotvar prostaty nestoupá.

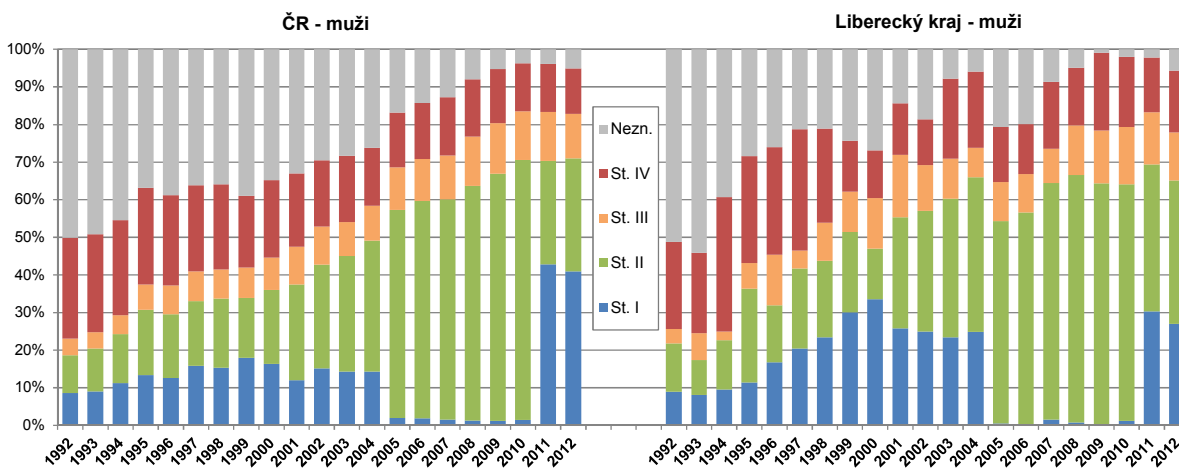
Vyhodnocování vývoje záchytu podle klinických stadií zkrsluje skutečnost, že v minulosti nebylo toto stadium v mnoha případech zjištěno.

Graf č. 48: Vývoj standardizované incidence a úmrtnosti na zhoubný novotvar předstojné žlázy - prostaty (dg. C61)



Zdroj dat: Národní onkologický registr (www.svod.cz)

Graf č. 49: Vývoj zastoupení klinických stadií zhoubného novotvaru předstojné žlázy - prostaty (dg. C61)



Zdroj dat: Národní onkologický registr (www.svod.cz)

1.4.3. Diabetes mellitus

Na 100 obyvatel Libereckého kraje připadá 7 nemocných diabetem mellitus, 30 % z nich navíc trpí některou z komplikací diabetu.

Onemocnění diabetem mellitus je v české populaci značně rozšířené. Z evropských států, které tento ukazatel sledují, je vyšší podíl už jen v Portugalsku. Toto srovnání však zkresluje způsob zjišťování. V České republice se data získávají z pravidelného šetření u praktických lékařů pro dospělé a u lékařů diabetologů, přičemž nelze zcela vyloučit duplicitní vykazování. Tomu by odpovídaly i výsledky výběrových šetření HIS 2002 a EHIS 2008, která udávají o něco nižší podíl diabetiků v populaci. Zatímco v roce 2008 uvedlo 6,7 % respondentů starších 15 let, že trpí cukrovkou, z rutinních statistik v témže roce vycházelo na 100 obyvatel 7,2 nemocných (viz graf č. 50).

Kromě nárůstu celkového počtu diabetiků roste i počet a procento komplikací, zejména nefropatie a retinopatie.

Tab. č. 1-2: Počet léčených diabetiků podle typu komplikací

Liberecký kraj

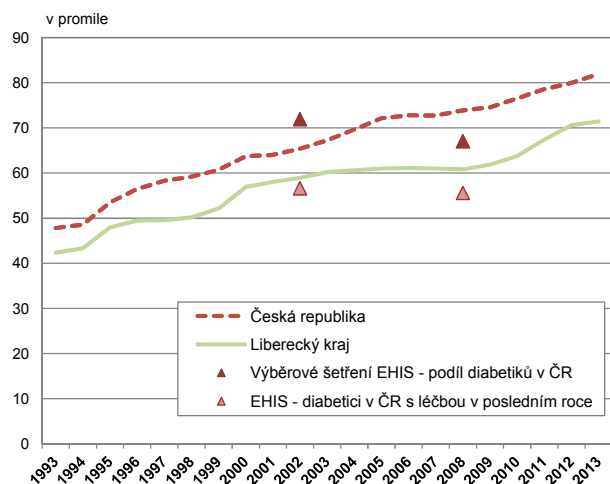
Rok	Počet diabetiků celkem (k 31.12.)	podle komplikací v %								
		diabet. nefropatie	z toho		diabet. retinopatie	z toho		diabet. noha	z toho s amputací	komplikace celkem
			renální insuficience	proliferativní		slepota				
1993	18 167	5,4	1,3	9,8	2,3	0,4	6,5	1,1	21,7	
2001	24 810	9,8	2,9	11,8	3,4	0,5	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	10,1	3,5	12,1	3,0	0,3	5,5	1,1	27,7	
2008	26 581	9,8	3,5	12,6	2,5	0,2	5,0	0,9	27,4	
2009	27 149	9,5	3,4	13,3	2,7	0,2	5,1	0,9	27,9	
2010	28 060	9,1	3,3	13,0	2,8	0,2	5,1	1,0	27,1	
2011	29 593	10,0	4,3	13,1	2,7	0,2	4,7	1,5	27,8	
2012	30 979	10,3	4,3	13,8	2,9	0,3	5,2	1,5	29,3	
2013	31 320	10,7	4,4	13,9	2,3	0,3	5,0	1,5	29,6	

Česká republika

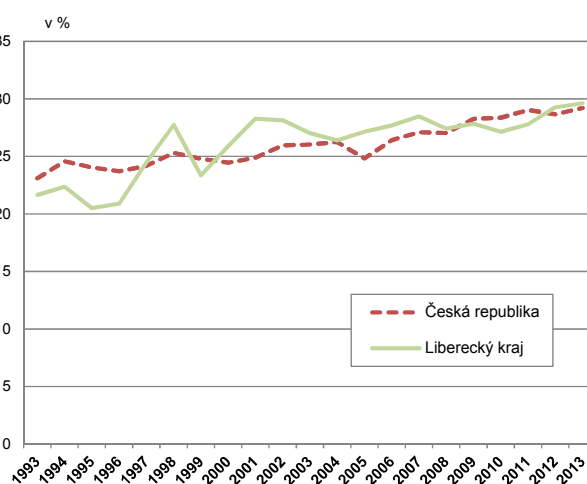
Rok	Počet diabetiků celkem (k 31.12.)	podle komplikací v %								
		diabet. nefropatie	z toho		diabet. retinopatie	z toho		diabet. noha	z toho s amputací	komplikace celkem
			renální insuficience	proliferativní		slepota				
1993	493 995	5,3	1,0	9,6	1,8	0,3	8,2	0,8	23,1	
2001	653 418	7,9	2,3	11,4	2,5	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	9,3	2,9	11,6	2,7	0,3	5,5	1,0	26,4	
2008	773 561	9,8	3,4	11,7	2,8	0,3	5,6	1,1	27,0	
2009	783 321	10,6	3,6	12,1	2,9	0,3	5,6	1,1	28,3	
2010	806 230	10,7	3,7	12,0	2,9	0,3	5,6	1,1	28,4	
2011	825 382	11,6	4,0	12,1	3,0	0,3	5,3	1,3	29,0	
2012	841 227	11,5	4,2	12,0	3,0	0,3	5,1	1,2	28,7	
2013	861 647	12,1	4,4	11,9	3,1	0,3	5,2	1,3	29,2	

Zdroj dat: ÚZIS ČR

Graf č. 50: Podíl léčených diabetiků na 1 tisíc obyvatel



Graf č. 51: Podíl diabetiků s komplikací



Zdroj dat: ÚZIS ČR

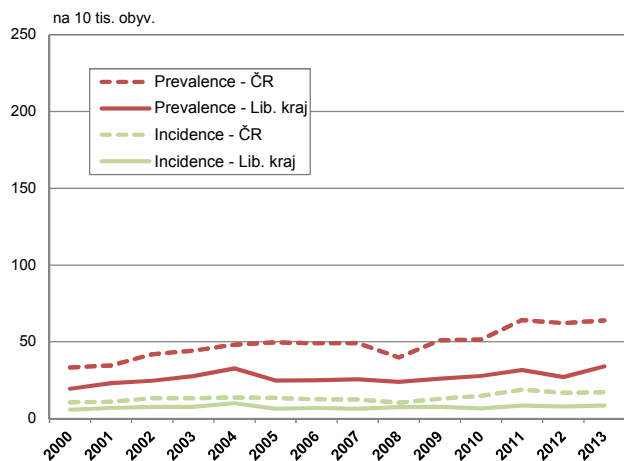
1.4.4. Poruchy duševní a poruchy chování

Počet léčených v psychiatrických ambulancích neustále roste, nejvíce zastoupené jsou neurotické poruchy. Přes 7 % obyvatel uvádí, že trpí chronickou úzkostí či depresí.

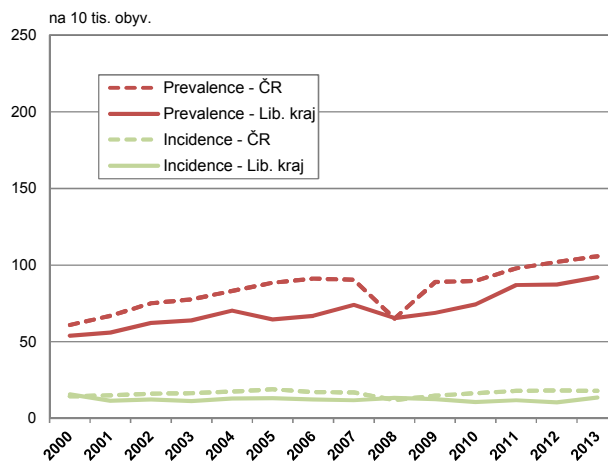
Údaje o léčených pro duševní poruchy a poruchy chování jsou získávány z rutinních statistik o činnosti psychiatrických ambulancí. Počet léčených je počet prvních ošetření pacienta pro danou diagnózu v roce. Pacient proto může být započítán více než jednou v případě, že byl v daném roce léčen pro několik různých onemocnění.

Počet léčených v psychiatrických ambulancích neustále roste, nejvíce zastoupené jsou neurotické poruchy. Prevalence duševních poruch a poruch chování je v Libereckém kraji nižší než průměr v ČR. Tato skutečnost však může být zkreslena tím, že data jsou zjišťována podle místa ošetření, nikoliv podle místa bydliště (obyvatelé Libereckého kraje mohou být ošetřováni i v jiných krajích).

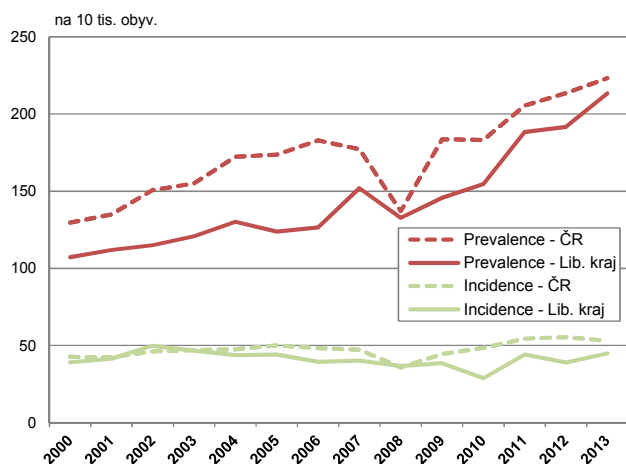
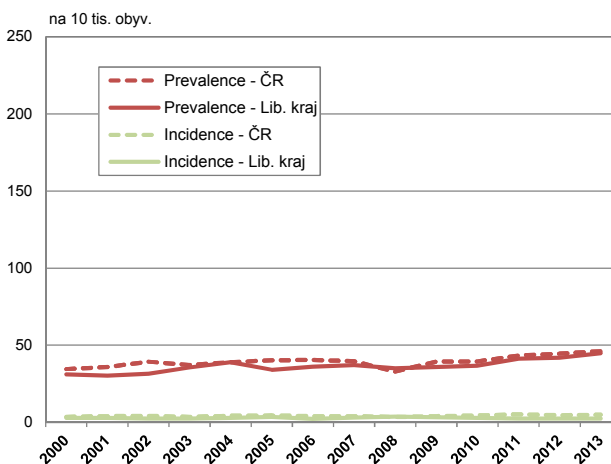
Graf č. 52: Podíl léčených pro organické duševní poruchy na 10 tisíc obyvatel (dg. F00-F09)



Graf č. 53: Podíl léčených pro afektivní poruchy na 10 tis. obyvatel (dg. F30-F39)



Zdroj dat: ÚZIS ČR

Graf č. 54: Podíl léčených pro neurotické poruchy na 10 tisíc obyvatel (dg. F40-F48, F50-F59)**Graf č. 55:** Podíl léčených pro schizofrenii na 10 tisíc obyvatel (dg. F20-F29)

Zdroj dat: ÚZIS ČR

Ve výběrovém šetření o zdravotním stavu obyvatel EHIS v roce 2008 uvedlo 5,1 % osob, že trpí depresí, 2,1 % osob uvedlo chronickou úzkost a 1 % jiné duševní nemoci. Oproti obdobnému šetření provedenému v roce 2002 došlo v prevalenci deprese a chronické úzkosti k nárůstu o více než 50 % (viz. tab. č. 3).

Tab. č. 3: Prevalence chronické úzkosti a (nebo) deprese – výběrová šetření HIS 2002 a EHIS 2008

Rok	Podíl osob s nemocí (v %)	z toho nemoci diagnostikované lékařem (v %)
2002	4,6	68,4
2008	7,2	66,1
nárůst (pokles) 2008/2002 v %	+56,52	-3,36

Zdroj dat: ÚZIS ČR

1.4.5. Orální zdraví

Počty ošetření praktickými zubními lékaři pozvolna klesají, ale navyšuje se podíl preventivních prohlídek, v Libereckém kraji je počet preventivních prohlídek na počet obyvatel vyšší než je průměr v ČR.

Informace o orálním zdraví se v ČR získávali pomocí plošného výběrového statistického šetření o stavu chrupu a ošetření, které bylo zavedeno v roce 1994 s tříletou periodicitou. Poslední zjišťování proběhlo v roce 2006. Ukazovalo se, že zatímco u předškoláků stoupalo procento dětí s intaktním chrupem, ve školním věku se trend obracel a orální zdraví dětí se zhoršovalo (12 leté děti měly v průměru více než 5 zkažených zubů). Podrobné výsledky jsou k nahlédnutí ve „Zprávě o zdraví v Libereckém kraji 2010“.

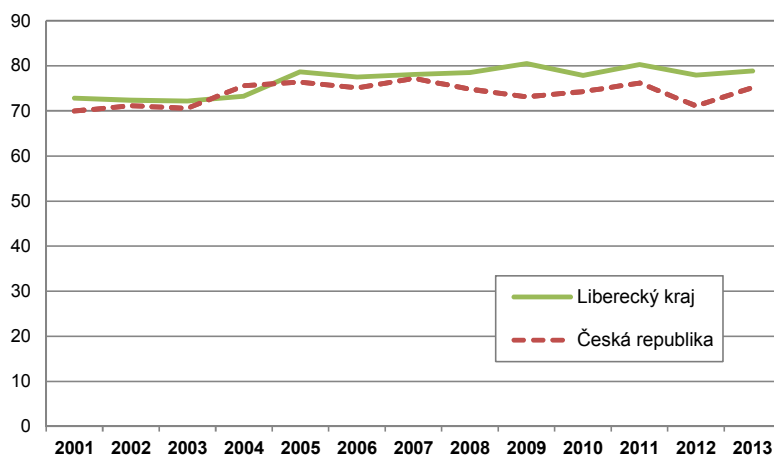
Počty ošetření praktickými zubními lékaři pozvolna klesají, ale navyšuje se podíl preventivních prohlídek. V Libereckém kraji je počet preventivních prohlídek v přepočtu na počet obyvatel vyšší, než je celorepublikový průměr.

Tab. č. 4: Počet ošetření a podíl preventivních prohlídek u praktických zubních lékařů

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
2009	168	47,8	165	44,2
2010	161	48,4	167	44,6
2011	165	48,7	168	45,5
2012	164	47,7	167	42,5
2013	165	47,9	169	44,5

Zdroj dat: ÚZIS ČR

Graf č. 56: Vývoj počtu preventivních prohlídek u praktických zubních lékařů na 100 obyvatel



Zdroj dat: ÚZIS ČR

1.4.6. Infekční onemocnění

V Libereckém kraji bylo v roce 2014 evidováno v registru EpiDat 6 365 povinně hlášených infekčních onemocnění (1 457,6 na 100 000 obyvatel kraje). Podle pohlaví: 3 178 mužů a 3 187 žen. V období předchozích 13 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, 2009 – 6 519, 2010 – 5 822, 2011 – 7 174, 2012 – 5 650 a 2013 – 6 090 případů těchto nemocí.

V okrese Česká Lípa bylo hlášeno 1 552 případů tj. 24,3 % všech hlášených nákaz v kraji, v okrese Jablonec nad Nisou 1 337 tj. 21,0 %, v okrese Liberec 2 044 tj. 32,2 % a v okrese Semily 1 432 nákaz tj. 22,5 %.

Nejvyšší nemocnost přepočtená na 100 000 obyvatel byla hlášena v okrese Semily (1 918,8), pak následují Česká Lípa (1 505,4 na 100 000 obyvatel), Jablonec nad Nisou (1 484,1 na 100 000 obyvatel) a Liberec (1 185,5 na 100 000 obyvatel).

Osm diagnóz u 4 822 případů onemocnění, tj. 75 % onemocnění - bylo hlášeno ve vyšší četnosti než 200 případů za rok: **salmonelóza, kampylobakteriόza, virové střevní infekce, plané neštovice, herpes zoster, spála, dāvivý kašel a jiné exantematické virové infekce**. Ve všech případech se jednalo o nemoci očekávané, běžně se vyskytující. Nebyla registrována žádná z nákaz, která by významně ohrožovala nebo podstatně změnila předpokládanou epidemiologickou situaci v kraji.

Nejvíce byly zastoupeny **vzdušné nákazy** – 45 %, z nich 76 % představovaly plané neštovice.

Alimentární nákazy se podílely na 28 %, z nich 59 % představovaly kampylobakteriόzy a virové střevní infekce. 296 onemocnění tj. 18 % z alimentárních nákaz bylo hlášeno v 10 epidemických výskytech.

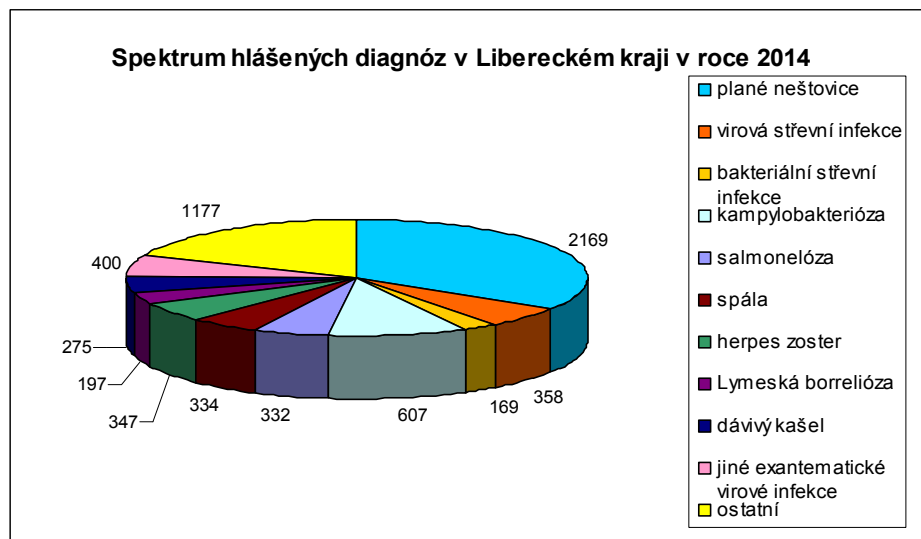
Nepříznivá byla situace u onemocnění nákazami, proti kterým je zavedeno pravidelné očkování. Přetrvával zvýšený výskyt **dāvivého kašle** ve všech okresech kraje, nejvíce postižený byl okres Česká Lípa a to zejména děti ve věkové skupině 15-19 let.

Nepříznivá byla také situace u „**tzv. nemoci špinavých rukou**“ **virové hepatitidy A**, bylo šetřeno 26 onemocnění, z toho 16 osob onemocnělo v epidemiologické souvislosti v okrese Semily.

Hlášení infekčních onemocnění vychází v České republice z dikce zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů v platném znění. Dle tohoto zákona poskytovatel zdravotních služeb, který zjistí infekční onemocnění, podezření na takové onemocnění nebo úmrtí na ně, je povinen 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 velmi dobře sledovat trendy výskytu infekčních onemocnění.**

V sedmdesátých letech minulého století se odborníci domnívali, že lidstvo díky očkování a antimikrobiálním léčivům vyhrálo boj s infekčními nemocemi. Bohužel jejich teorie nebyly pravdivé. Lidstvo čelí v současné době novým infekcím (SARS, MERS-CoV, chřipka H7N9, Ebola) a infekce, které již nebyly problémem, se znovu objevují a komplikují život, a to i v rozvinutých zemích včetně České republiky (spalničky, dāvivý kašel, příušnice...). Na tomto faktu se podílí i sílící antivakcinační aktivity, které představují reálné ohrožení veřejného zdraví.

Graf č. 57: Spektrum hlášených diagnóz v Libereckém kraji v roce 2014



Zdroj dat: registr EpiDat, KHS LK

1.4.6.1 Alimentární nákazy

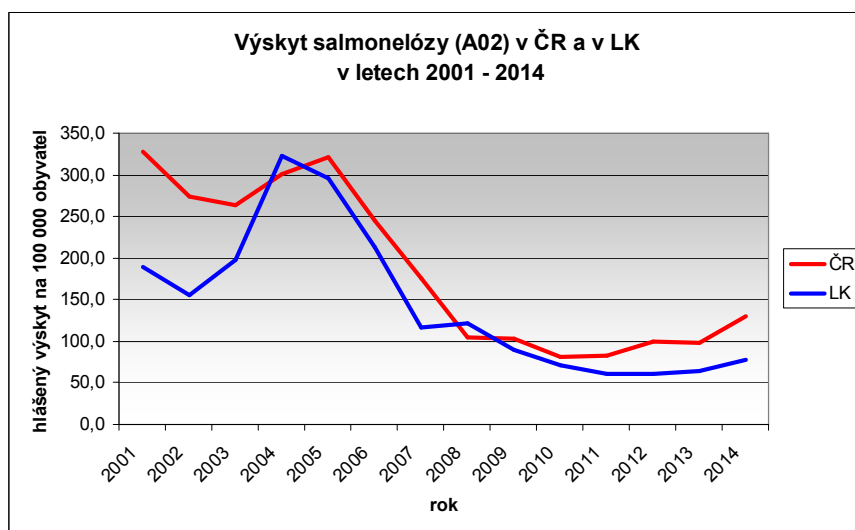
Typhus abdominalis – dg. A01

V roce 2014 nebylo v LK hlášeno onemocnění tyfem. Břišní tyfus není v současné době epidemiologickým problémem. Ojedinelé případy onemocnění se objevují pouze jako importovaná onemocnění.

Salmonelózy – dg. A02

V roce 2014 bylo hlášeno 332 případů tj. 75,7 na 100 tisíc obyvatel, v roce 2013 bylo hlášeno 273 případů. Nejvyšší nemocnost měl okres Semily (118,0 na 100 tisíc obyvatel). Onemocnělo 144 mužů a 188 žen. Nejmladšímu nemocnému byl 1 měsíc, nejstaršímu 85 let. Nejpočetněji zastoupenou věkovou skupinou byly děti ve věku 1 - 4 roky – celkem 101 onemocnění (30,4 % všech salmonelóz). Nejčastěji zastoupeným agens byla *Salmonella Enteritidis* (v 306 případech, tj. 92,2 %). Z konzumovaných potravin nemocní nejvíce udávali vejce a drůbeží maso. Šetřeny byly dva epidemické výskyty, ve kterých bylo postiženo celkem 45 osob. V celé ČR bylo hlášeno 13 423 případů, tj. 127,7 na 100 tisíc obyvatel.

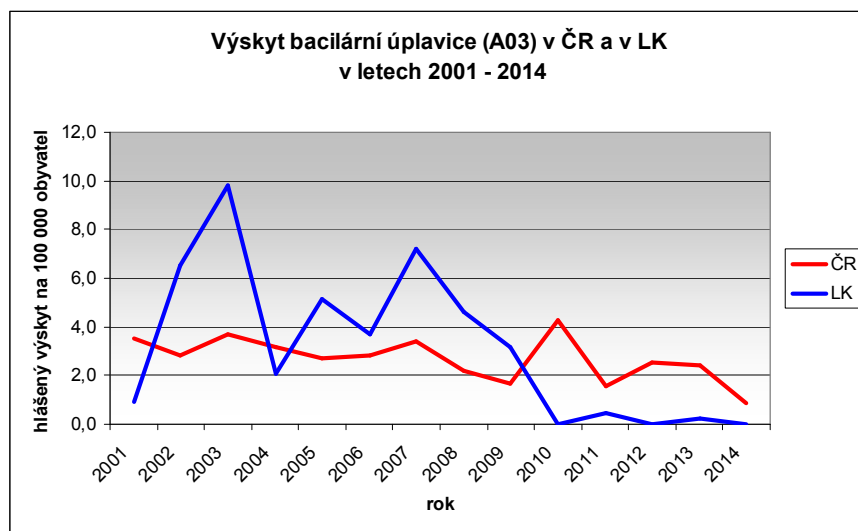
Graf č. 58: Výskyt salmonelózy v ČR a v Libereckém kraji v letech 2001-2014



Zdroj dat: registr EpiDat, KHS LK, SZÚ Praha

Bacilární úplavice – dg. A03

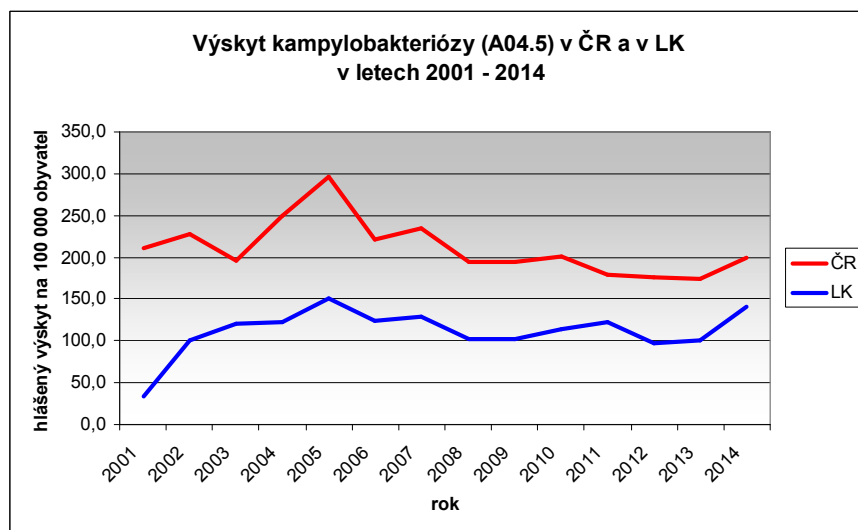
Příznivá zůstává situace u „tzv. nemoci špinavých rukou“ - bacilární úplavice. V roce 2014 nebylo onemocnění hlášeno žádné, v roce 2013 pak pouze 1 onemocnění. V celé ČR bylo v roce 2014 hlášeno 92 případů, tj. nemocnost 0,88 na 100 tisíc obyvatel.

Graf č. 59: Výskyt bacilární úplavice v ČR a v Libereckém kraji v roce 2001-2014

Zdroj dat: registr EpiDat, KHS LK, SZÚ Praha

Kampylobakteriíza – dg. A04.5

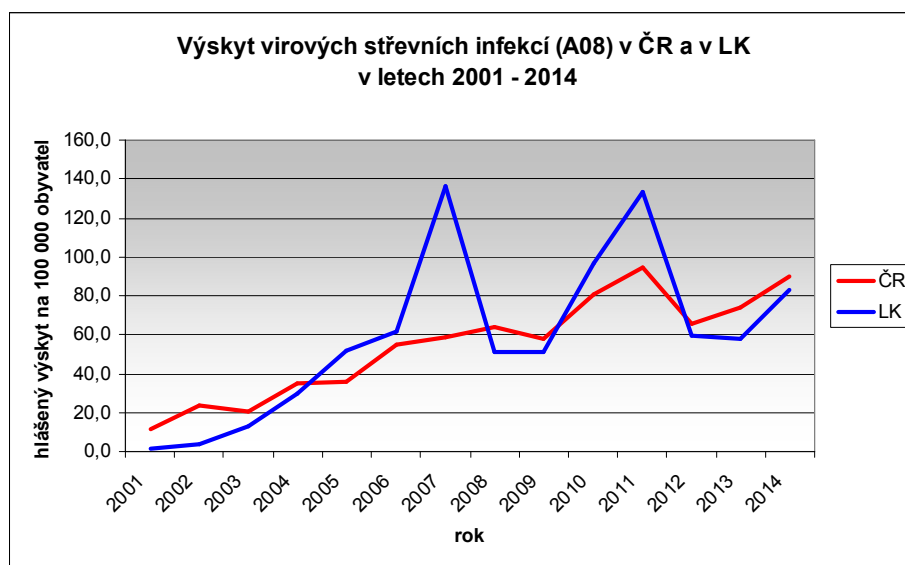
V roce 2014 bylo hlášeno 607 onemocnění tj. nemocnost 138,4 na 100 tisíc obyvatel, v roce 2013 hlášeno 433 onemocnění. Dle pohlaví onemocnělo v roce 2014 304 mužů a 303 žen. Nejmladšímu nemocnému byl 1 měsíc a nejstaršímu 92 let. Nejvíce postižených bylo registrováno ve věkové skupině 1-4 letých (151 případů, tj. 24,9 %), nejvyšší nemocnost byla v okrese Liberec a to 170,8 na 100 000 obyvatel. V anamnéze byla uváděna nejčastěji konzumace drůbežího masa (v letních měsících především tepelná úprava grilováním). V pěti případech bylo onemocnění v souvislosti s konzumací syrového mléka (4x kravské a 1x kozí mléko). V celé ČR bylo v roce 2014 hlášeno 20 895 onemocnění, tj. nemocnost 198,8 na 100 tisíc obyvatel.

Graf č. 60: Výskyt kampylobakteriízy v ČR a v Libereckém kraji v letech 2001-2014

Zdroj dat: registr EpiDat, KHS LK, SZÚ Praha

Virové střevní infekce – dg. A08

V roce 2014 bylo hlášeno 358 případů virové enteritidy, tj. nemocnost 81,6 na 100 tisíc obyvatel, v roce 2013 bylo hlášeno 249 onemocnění. V roce 2014 onemocnělo 162 mužů a 196 žen ve věku od 10 dní do 93 let, nejpočetněji zastoupenou věkovou skupinou byla kategorie 1-4 roky (144 onemocnění) a 5-9 let (79 onemocnění), tj. 62 % všech nemocných. Etiologicky byly v 86 případech diagnostikovány noroviry, 231x rotaviry, 21x adenoviry a 20x se jednalo o smíšenou infekci. Nemocné děti nebyly proti rotavirovým nálezům v minulosti očkovány. V 25 případech se jednalo o nozokomiální infekci. Celkem 77 onemocnění, tj. 21 %, bylo vykázáno v 6 epidemiích - původce noroviry genoskupina G2. V ČR bylo v roce 2014 hlášeno celkem 9 420 případů, tj. nemocnost 89,6 na 100 tisíc obyvatel.

Graf č. 61: Výskyt virových střevních infekcí v ČR a v Libereckém kraji v letech 2001-2014

Zdroj dat: registr EpiDat, KHS LK, SZÚ Praha

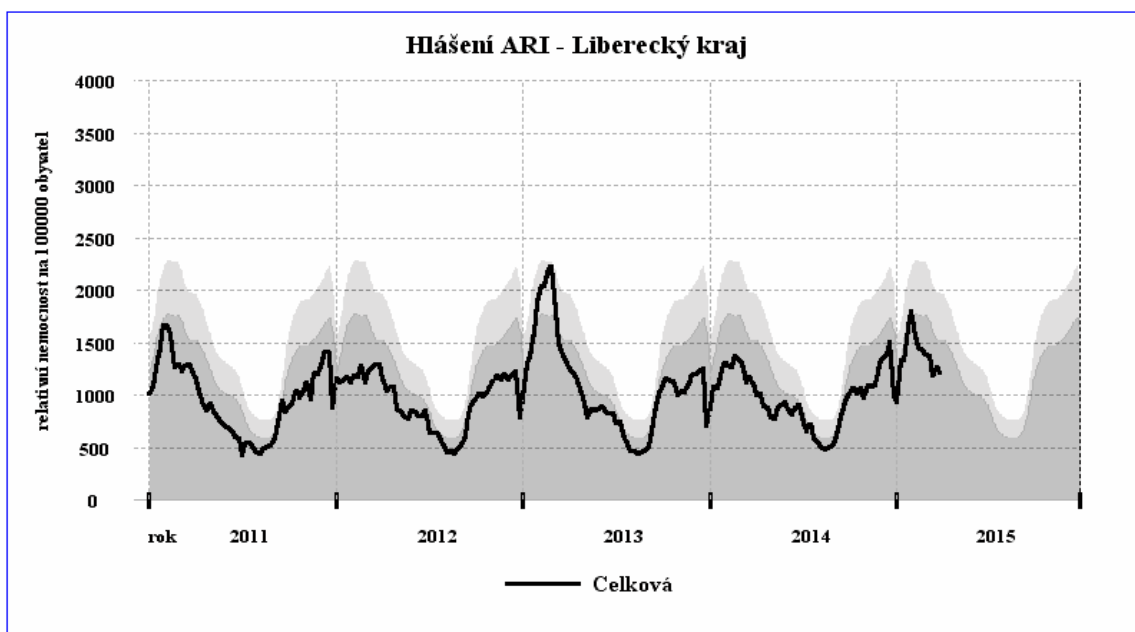
1.4.6.2 Vzdušné nákazy**Akutní respirační infekce (ARI) včetně chřipky**

Sběr dat o nemocných je prováděn odlišně od ostatních infekcí vykazovaných do EpiDatu. Hlášení provádí praktičtí lékaři pro děti a dorost a praktičtí lékaři pro dospělé. Hlásí se týdně počty nemocných, které jsou pak přepočítávány na 100 tisíc obyvatel. Epidemický práh ARI/ILI je nemocnost 1 600 – 1 700 případů na 100 tisíc obyvatel. Oproti sezóně 2013/2014, kdy nebyl epidemický výskyt zaznamenán, byl v sezóně 2014/2015 ve všech okresech Libereckého kraje opakovaně překročen epidemický práh, zejména pak v okrese Semily.

Nemocnost ARI v Libereckém kraji byla po většinu sezóny shodná nebo vyšší v porovnání s výskytem ARI v České republice. Výjimkou byl 5.–9. kalendářní týden, kdy v České republice probíhala chřipková epidemie. V Libereckém kraji však byla již od 6. kalendářního týdne, v souvislosti s probíhajícími pololetními a jarními prázdninami, epidemie na sestupu. V četnosti výskytu převažovala chřipka typu A, s převážným podílem A/H3, která se vyskytovala v průběhu celého sledovaného období, chřipka typ B byla častěji prokazována v závěru sezóny. Z ostatních respiračních virů byly prokázány RS viry, viry parainfluenzy, rhinoviry, adenoviry a *Mycoplasma pneumoniae*.

Chřipka potvrzená – dg. J10

V roce 2014 bylo hlášeno 36 případů laboratorně potvrzené chřipky (8,21 na 100 000 obyvatel), v roce 2013 182 případů. V roce 2014 bylo do května vykááno 8 případů, tj. v chřipkové sezóně 2013/2014, a 28 onemocnění bylo hlášeno v prosinci, tj. v začátku chřipkové sezóny 2014/2015. Onemocnění bylo potvrzeno u 21 mužů a 15 žen ve věku 2 – 80 let. Nejpočetněji byla zastoupena věková skupina 65 - 74 let – 9 případů. Dle okresů: 29x Liberec, 5x Česká Lípa, 1x Semily a 1x Jablonec nad Nisou. Zdravotní stav 22 osob si vyžádal hospitalizaci ve zdravotnickém zařízení, z toho u 5 osob mělo onemocnění závažný průběh, 2 osoby zemřely. Chřipka A byla prokázána 35x (dominantně A/H3) a 1x chřipka B. Nikdo z nemocných nebyl proti chřipce očkován.

Graf č. 62: Hlášení akutní respirační infekce (ARI) v Libereckém kraji

Zdroj dat: registr ARI, KHS LK, SZÚ Praha

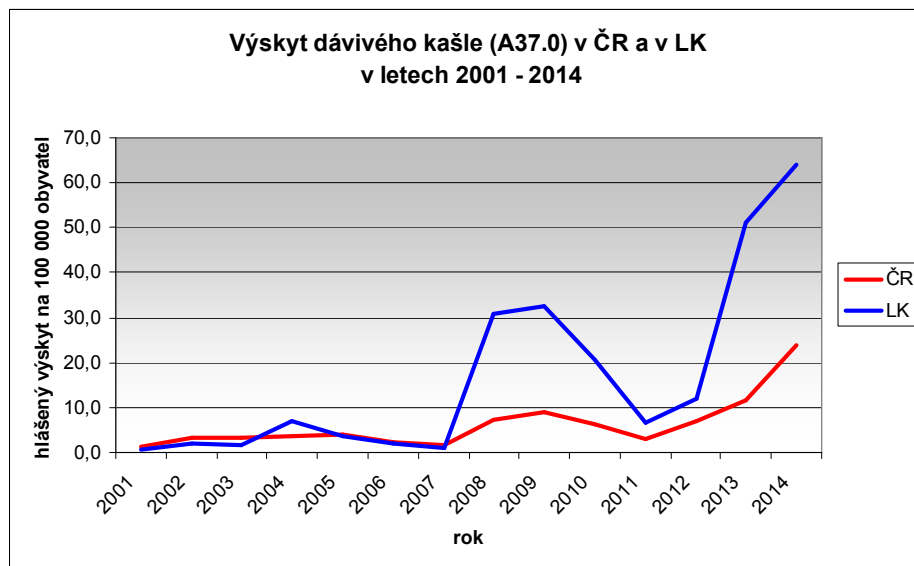
Difterie - Záškrt – dg. A36

V ČR ani v Libereckém kraji nebylo v roce 2014 hlášeno žádné onemocnění záškrtem.

Pertussis - Dávivý kašel – dg. A37.0

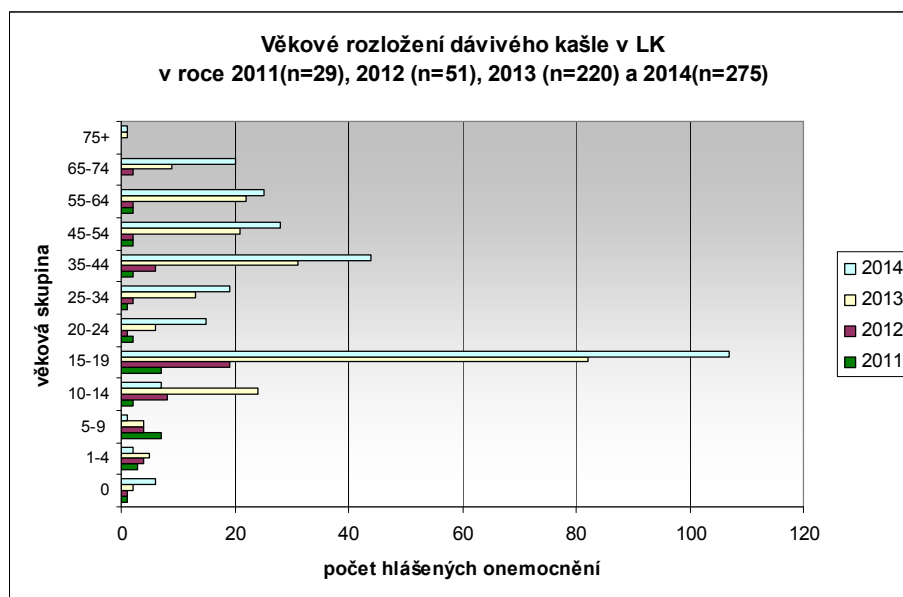
V roce 2014 bylo hlášeno 275 případů pertuse, tj. nemocnost 62,7 na 100 tisíc obyvatel, v roce 2013 hlášeno 220 případů. Liberecký kraj patří mezi kraje, kde je diagnostikováno a hlášeno nejvíce případů onemocnění. Nejvyšší počet případů byl registrován v okrese Česká Lípa 138, 67 případů pak v okrese Liberec, 35 v okrese Jablonec nad Nisou a 35 v okrese Semily. Dle pohlaví onemocnělo 118 mužů a 157 žen. Za závažné je považováno onemocnění 6 dětí ve věku do 1 roku, všechny byly hospitalizovány. Ve 4 případech se jednalo o neočkované děti z důvodu nízkého věku. Zdrojem nákazy pro ně byly nemocné blízké osoby. V roce 2014 bylo v celé ČR 2 518 případů tj. 24,0 na 100 tisíc obyvatel.

Graf č. 63: Výskyt dávivého kašle v ČR a v Libereckém kraji v letech 2001-2014



Zdroj dat: registr EpiDat, KHS LK, SZÚ Praha

Graf č. 64: Věkové rozložení případů dávivého kašle v letech 2011-2014



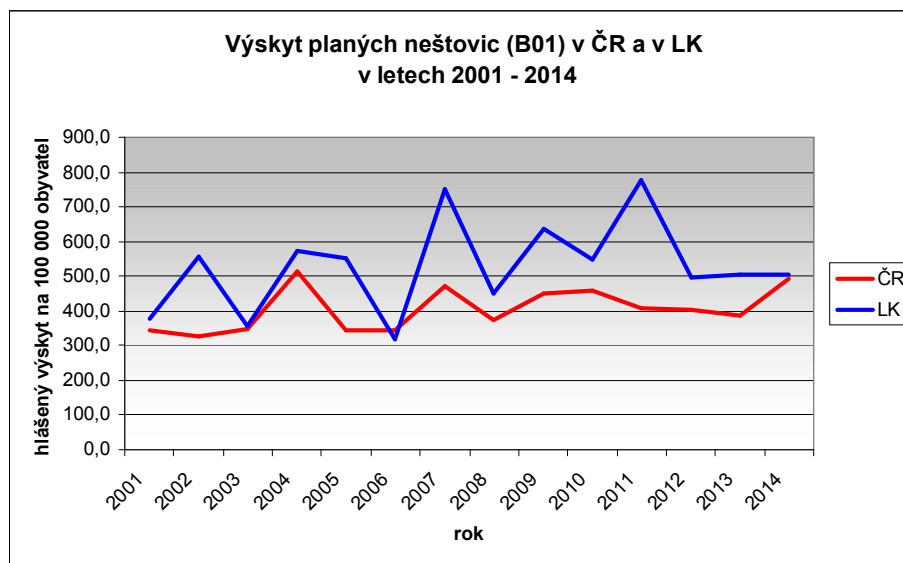
Zdroj dat: registr EpiDat, KHS LK

Streptokoková septikémie – dg. A40

V roce 2014 bylo hlášeno 15 případů, tj. nemocnost 3,42 na 100 tisíc obyvatel, v roce 2013 hlášeno 23 případů. Dle okresů: Česká Lípa 4, Jablonec nad Nisou 1, Liberec 6 a Semily 4 případy. Ve 12 případech byl prokázán v hemokultuře *Streptococcus pneumoniae* (typ 3, 4, 6A, 8, 10A, 11A, 18C, 19 F, 25A a 35B). Očkování proti pneumokokovým nákazám nemocní v minulosti nebyli. Všichni nemocní byli hospitalizováni, z toho 11 pacientů na JIP oddělení, průměrná doba hospitalizace byla 18 dnů v rozpětí 1 - 87 dnů, 4 osoby zemřely (muži nar. 1928, 1946, ženy nar. 1943, 1951). Ve 2 případech byla hlášeným onemocněním sepse, v 10 případech pneumonie a sepse a ve 3 případech sepse s komplikací: meningitida a endokarditida. V ČR bylo v roce 2014 hlášeno 320 případů, tj. nemocnost 3,04 na 100 tisíc obyvatel.

Varicella - Plané neštovice – dg. B01

V roce 2014 onemocnělo planými neštovicemi celkem 2169 osob, tj. nemocnost 494,5 na 100 000 obyvatel, v roce 2013 bylo hlášeno 2 165 onemocnění. Dle pohlaví v roce 2014 onemocnělo 1 122 mužů a 1 047 žen. Nejčastěji onemocněly děti ve věku 1-4 let (1116, tj. 51,4%) a 5-9 let (814, tj. 37,5%). 1219 dětí (56,2%) navštěvovalo kolektivy mateřských škol a 420 dětí (19,4%) kolektivy základních škol. Největší nemocnost zaznamenal okres Semily (737,6 na 100 000 obyvatel). V 5 případech byl průběh onemocnění s komplikací: febrilní křeče, encefalitida a pneumonie. V celé ČR v roce 2014 registrováno 51 492 případů, tj. nemocnost 489,8 na 100 000 obyvatel.

Graf č. 65: Výskyt planých neštovic v ČR a v Libereckém kraji v letech 2001-2014

Zdroj dat: registr EpiDat, KHS LK, SZÚ Praha

Herpes zoster – dg. B02

V roce 2014 hlášeno 347 případů herpes zoster, tj. 79,1 na 100 000 obyvatel, v roce 2013 hlášeno 330 případů. V roce 2014 onemocnělo 154 mužů a 193 žen, ve věku 5 – 94 let, nejpočetněji zastoupena byla věková skupina 65 - 74 let (77 nemocných, tj. 22 %). Nejvyšší nemocnost (127,1 na 100 000 obyvatel) byla v okrese Česká Lípa. V souvislosti s onemocněním bylo hospitalizováno 22 osob. V ČR bylo v roce 2014 hlášeno 6 668 případů, což představuje nemocnost 63,4 na 100 tisíc obyvatel.

Morbili - Spalničky – dg. B05

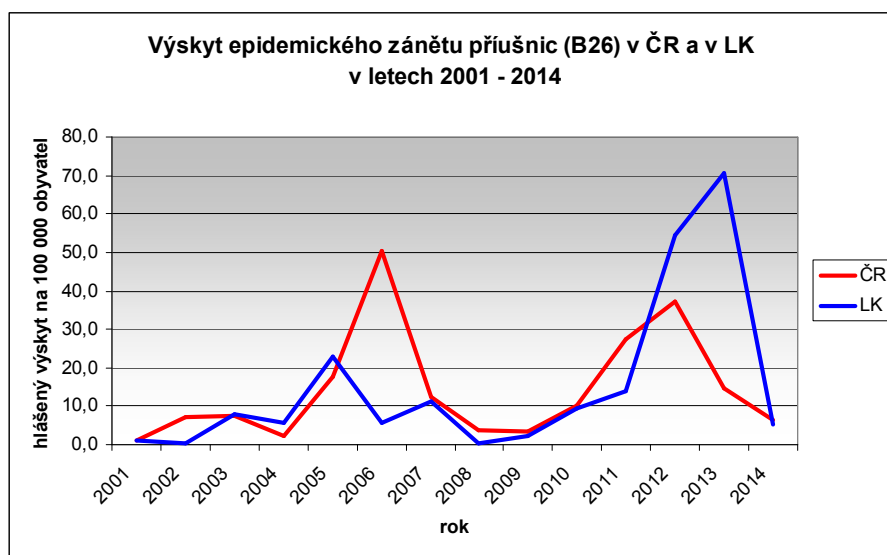
V ČR bylo v roce 2014 registrováno 222 případů tj. nemocnost 2,11 na 100 tisíc obyvatel, z toho 200 onemocnění v epidemickém výskytu v Ústeckém kraji. V této souvislosti bylo hlášeno v Libereckém kraji, v okrese Jablonec nad Nisou 1 onemocnění u chlapce nar. 2013.

Rubeola - Zarděnky – dg. B06

V Libereckém kraji bylo onemocnění zarděnkami hlášeno naposledy v roce 2009 (2 případy). V roce 2014 bylo v ČR hlášeno 1 onemocnění, v roce 2013 pak žádné onemocnění.

Parotitis epidemica - Příušnice – dg. B26

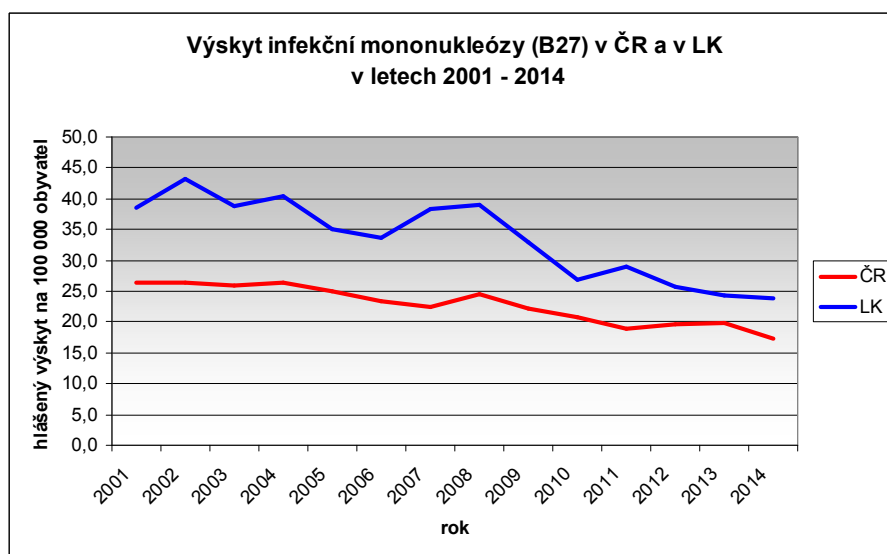
V roce 2014 jsme zaznamenali 22 případů parotitidy, tj. nemocnost 5,02 na 100 000 obyvatel, v roce 2013 pak bylo registrováno 303 onemocnění. V roce 2014 onemocnělo 13 mužů a 9 žen, dle věkových skupin: 1-4 roky 2x, 5-9 let 10x, 10-14 let 4x, 15-19 let 3x, 20-24 let 1x, 25-34 let 1x a 65-74 let 1x. Dle okresů: Česká Lípa 4, Semily 8 a Liberec 10 případů. Nikdo nebyl hospitalizován, v 1 případě byl průběh komplikován orchitidou. V ČR bylo v roce 2014 zaznamenáno 676 případů, což představuje nemocnost 6,43 na 100 000 obyvatel.

Graf č. 66: Výskyt epidemického zánětu příušnic v ČR a v Libereckém kraji v letech 2001-2014

Zdroj dat: registr EpiDat, KHS LK, SZÚ Praha

Infekční mononukleóza – dg. B27

Bylo hlášeno 102 onemocnění infekční mononukleózou, tj. nemocnost 23,3 na 100 000 obyvatel, v roce 2013 hlášeno 104 onemocnění. V roce 2014 s nejvyšší nemocností v okrese Semily (49,6 na 100 000 obyvatel); onemocnělo 46 mužů a 56 žen, nejvíce případů zahrnovala věková skupina 15-19 let (32 případů, tj. 31%). V ČR v roce 2014 nemocnost 17,3 na 100 000 obyvatel.

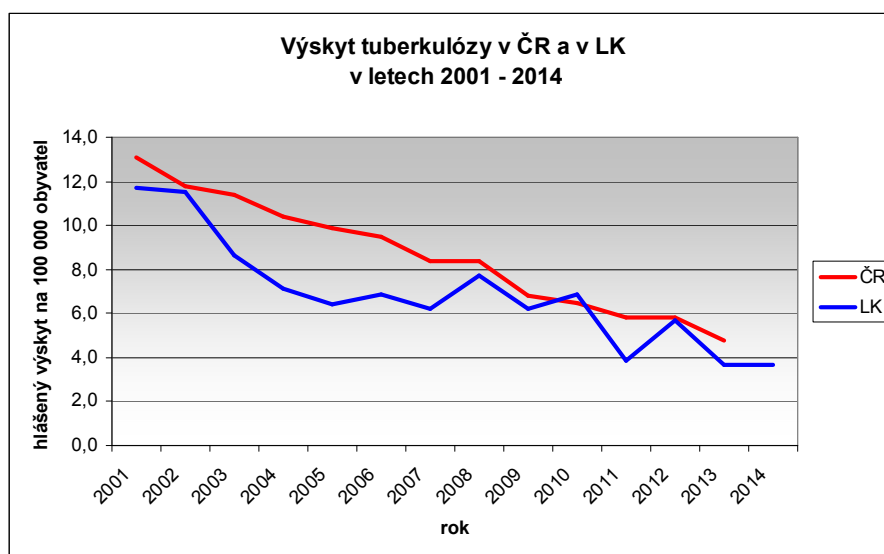
Graf č. 67: Výskyt infekční mononukleózy v ČR a v Libereckém kraji v letech 2001-2014

Zdroj dat: registr EpiDat, KHS LK, SZÚ Praha

Tuberkulóza

V roce 2014 bylo onemocnění tuberkulózou v Libereckém kraji prokázáno u 16 osob, tj. nemocnost 3,65 na 100 tisíc obyvatel, 16 osob bylo hlášeno i v roce 2013. Nejvyšší nemocnost v roce 2014 byla v okrese Liberec (4,68 na 100 tisíc obyvatel). Převažovali muži (13 případů), maximum nemocných bylo ve věkové kategorii 65+. Ve 2 případech se jednalo o cizí státní příslušníky (Indie a Thajsko). Nejčastěji se vyskytovala diagnóza TBC plic – celkem 12 případů (tj. 75 %), jako etiologické agens bylo u 13 osob potvrzeno *Mycobacterium tuberculosis* (81 %) a u 1 osoby *Mycobacterium gordonae*. U 10 osob bylo vyšetření provedeno v souvislosti s obtížemi (z toho u 1 HIV pozitivní osoby). Očkování proti TBC bylo zjištěno u 4 osob, u zbylých nezjištěno. Byla hlášena 2 úmrtí osob s tuberkulózou (2 muži nar. 1948 a 1976).

Graf č. 68: Výskyt tuberkulózy v ČR a v Libereckém kraji v letech 2001-2014

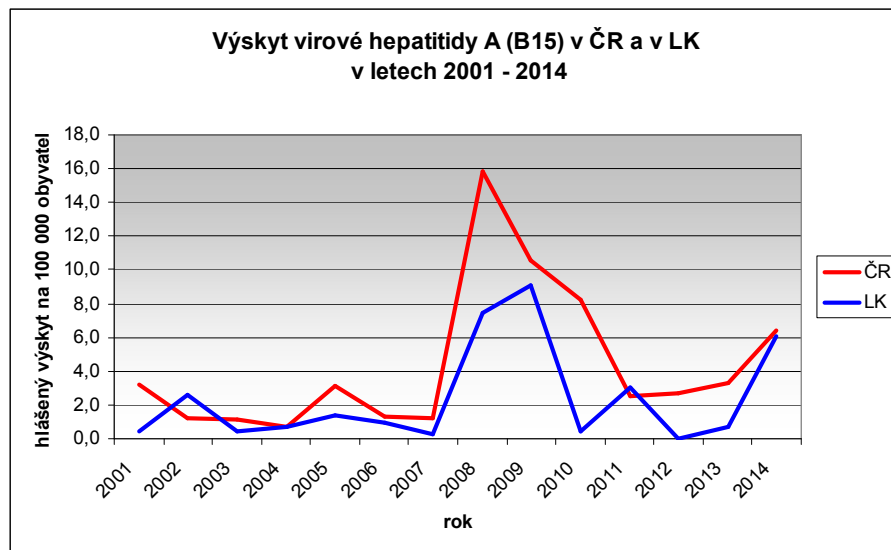


Zdroj dat: registr TBC, KHS LK, ÚZIS ČR

1.4.6.3 Virové hepatitidy

Virový zánět jater typu A – dg. B15

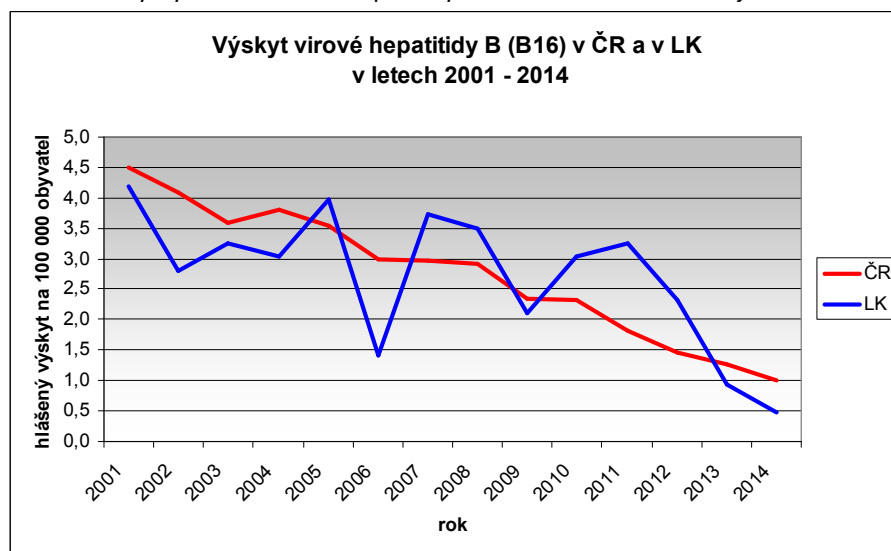
U virové hepatitidy A dochází k mírnému nárůstu nemocnosti. V roce 2014 bylo hlášeno 26 onemocnění virovým zánětem typu A, což představuje nemocnost 5,93 na 100 tisíc obyvatel. V roce 2013 to byly pouze 3 případy. Rozložení dle okresů: 16 nemocných z okresu Semily, 9 z okresu Liberec a 1 z okresu Jablonec nad Nisou. Dle pohlaví onemocnělo 14 mužů a 12 žen, nejvíce nemocných bylo ve věkové skupině 55-64 let (6 případů). 25 osob bylo hospitalizováno na infekčním oddělení Krajské nemocnice Liberec nebo Nemocnice Na Bulovce Praha. V okrese Semily proběhl v období od 8.4.2015 do 29.7.2015 epidemický výskyt v Turnově a jeho blízkém okolí, ve kterém onemocnělo 17 osob. U 11 osob byla odebrána stolice na vyšetření přítomnosti viru a zpracována byla ve Výzkumném ústavu veterinárního lékařství Brno. V 9 vzorcích byl shodně prokázán genom HAV, genotyp I.A a homologie sekvencí VP1 i VP1-P2A. V ČR bylo v roce 2014 hlášeno 637 případů, což je 6,40 na 100 tisíc obyvatel.

Graf č. 69: Výskyt virové hepatitidy A v ČR a v Libereckém kraji v letech 2001-2014

Zdroj dat: registr EpiDat, KHS LK, SZÚ Praha

Virový zánět jater typu B akutní – dg. B16

V roce 2014 byla hlášena 2 onemocnění, tj. 0,46 na 100 tisíc obyvatel, v roce 2013 to byly 4 případy. Po jednom v okrese Česká Lípa a Jablonec nad Nisou. Onemocněli 2 muži nar. 1974 a 1990. V celé ČR v roce 2014 bylo hlášeno 106 případů, tj. 1,01 na 100 tisíc obyvatel.

Graf č. 70: Výskyt akutní virové hepatitidy B v ČR a v Libereckém kraji v letech 2001-2014

Zdroj dat: registr EpiDat, KHS LK, SZÚ Praha

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

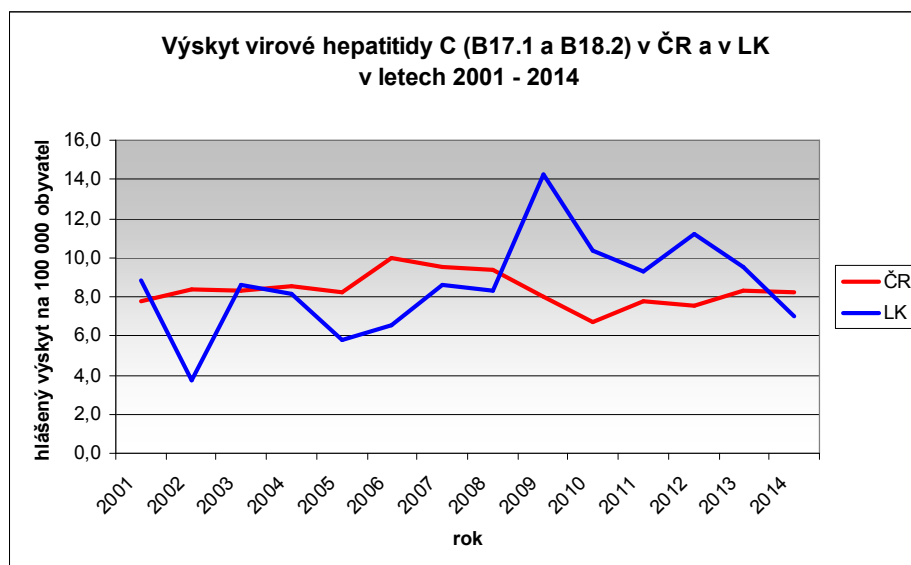
V roce 2014 bylo hlášeno 22 onemocnění, tj. 5,02 na 100 tisíc obyvatel, v roce 2013 pak bylo hlášeno 24 onemocnění. 8 případů bylo z okresu Liberec, 8 z okresu Jablonec nad Nisou, 3 z okresu Česká Lípa a 3 z okresu Semily. Dle pohlaví onemocnělo 12 mužů a 10 žen, nejvíce nemocných bylo ve věkové skupině 45-54 let (5 osob). V 8 případech se jednalo o cizí státní příslušníky s trvalým pobytem v ČR (4x Vietnam a 4x Ukrajina). V ČR v roce 2014 bylo hlášeno 190 případů chronické VHB, což představuje nemocnost 1,81 na 100 tisíc obyvatel.

V roce 2014 se narodily HBsAg pozitivním matkám 4 děti, ve všech případech se jednalo o cizí státní příslušníky, v roce 2013 se narodilo 13 dětí.

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

V roce 2014 bylo hlášeno 7 případů, tj. nemocnost 1,6 na 100 tisíc obyvatel, v roce 2013 jich bylo 10. Šest případů v roce 2014 hlásil okres Liberec a jeden případ okres Jablonec nad Nisou. Onemocněli 4 muži a 3 ženy, ve věkových skupinách: 20-24 let 5x, 25-34 let 1x a 35-44 let 1x. Anamnesticky: 5x i.v. drogy, 1x tetování, 3x bezdomovec, 1x promiskuita a 1x onemocnění zjištěno v době těhotenství. V ČR bylo v roce 2014 hlášeno 89 případů akutní VHC, tj. nemocnost 0,85 na 100 tisíc obyvatel.

Graf č. 71: Výskyt virové hepatitidy C v ČR a v Libereckém kraji v letech 2001-2014



Zdroj dat: registr EpiDat, KHS LK, SZÚ Praha

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

V roce 2014 jsme zaznamenali 28 onemocnění, tj. 6,38 na 100 tisíc obyvatel, v roce 2013 bylo hlášeno 31 onemocnění. 13 onemocnění v roce 2014 hlásil okres Liberec, 9 Česká Lípa, 4 Semily a 2 Jablonec nad Nisou. Dle pohlaví onemocnělo 16 mužů a 12 žen, ve věkových skupinách: 2x 15-19 let, 2x 20-24 let, 10x 25-34 let, 6x 35-44 let, 3x 45-54 let, 3x 55-64 a 2x 65-74 let. Ve 2 případech se jednalo o cizí státní příslušníky s trvalým pobytem v ČR (Moldávie a Vietnam). U 3 osob byla pozitivita zjištěna v souvislosti s komerčním dárcovstvím krevní plasmy. Anamnesticky: 9x i.v. drogy, 5x tetování, 2x piercing, 1x bydlení ve squatech, 1x etylismus a 1x nechráněný styk s neznámou osobou. V některých případech se jednalo o kombinaci více rizikových faktorů.

V ČR bylo v roce 2014 hlášeno 777 případů chronické VHC, tj. nemocnost 7,39 na 100 tisíc obyvatel.

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

V roce 2014 bylo hlášeno 6 onemocnění, tj. nemocnost 1,37 na 100 tisíc obyvatel, v roce 2013 byla hlášena 4 onemocnění. Z rizikových potravin u dvou pacientů uváděna konzumace zabijačkových produktů z rodinných a obchodních zdrojů, z ostatních rizikových potravin byla zjištěna konzumace mořských slávek a tatarského bifteku. V celé ČR v roce 2014 hlášeno 298 případů, tj. nemocnost 2,83 na 100 tisíc obyvatel.

1.4.6.4 Poranění – riziková expozice biologickému materiálu

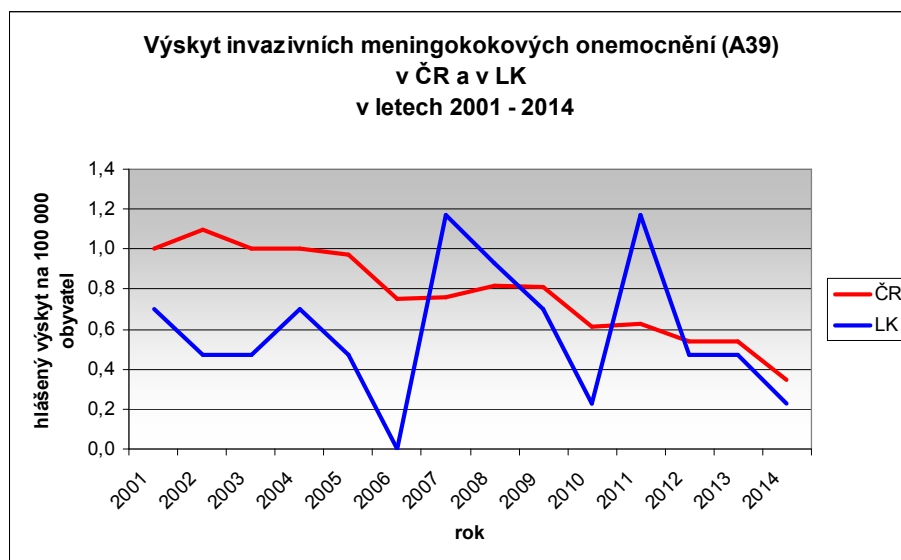
V roce 2014 bylo na KHS Libereckého kraje hlášeno 283 poranění osob, kterým byl stanoven lékařský dohled. Z toho bylo 243 osob, které pracující ve zdravotnickém zařízení nebo sociálních službách a 50 civilních osob, které se poranily v terénu. Nikdo ze sledovaných ne onemocněl virovou hepatitidou nebo HIV.

1.4.6.5 Neuroinfekce

Meningokoková meningitida – dg. A39.0

Bylo hlášeno 1 onemocnění, tj. nemocnost 0,23 na 100 tisíc obyvatel, v roce 2013 to byly 2 případy. Onemocnění hlásil okres Jablonec nad Nisou u dívky narozené 2004, PCR metodou v likvoru zjištěna *Neisseria meningitidis* typ B. V ČR hlášeno 36 případů tj. 0,34 na 100 tisíc obyvatel.

Graf č. 72: Výskyt invazivních meningokokových onemocnění v ČR a v Libereckém kraji v letech 2001-2014

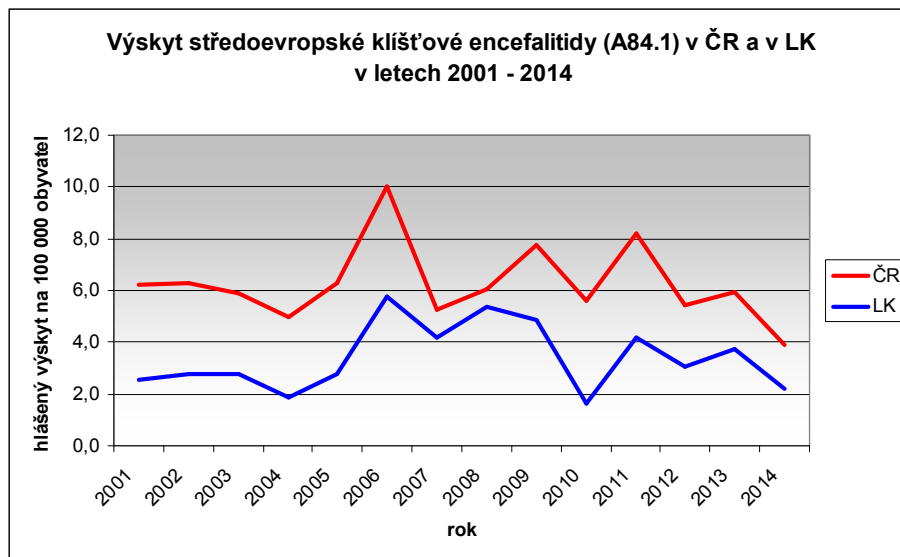


Zdroj dat: registr EpiDat, KHS LK, SZÚ Praha

Středoevropská encefalitida přenášená klíšťaty – dg. A84.1

V roce 2014 bylo hlášeno 10 onemocnění, tj. nemocnost 2,28 na 100 tisíc obyvatel, v roce 2013 to bylo 16 případů. Jako místo nákazy bylo uvedeno okolí Sloupu v Čechách, Hamru, Svojkova, Pertoltic a Starých Splavů v okrese Česká Lípa, mimo Liberecký kraj: lokalita Vernířovice (Jeseník), okolí Rakovníka a u řeky Sázavy. 7 osob uvedlo v anamnéze přísátí klíštěte, 2 osoby konzumaci syrového kozího mléka. Všichni byli hospitalizováni a nikdo z nemocných nebyl v minulosti proti klíšťové encefalitidě očkovan. V ČR bylo celkem evidováno 410 onemocnění, což představuje nemocnost 3,9 na 100 tisíc obyvatel.

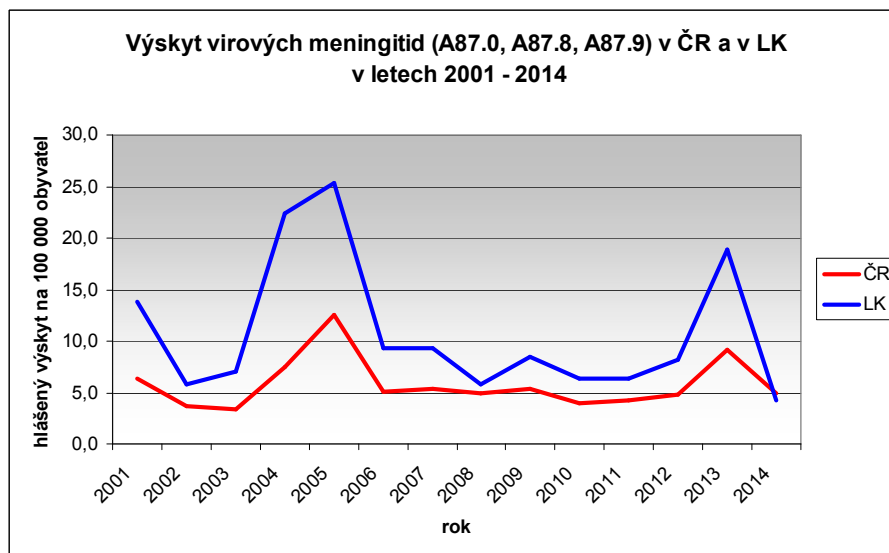
V červnu 2014 proběhl v Libereckém kraji sběr klíšťat metodou vlajkování za účelem vyšetření klíšťat na přítomnost viru klíšťové encefalitidy a na přítomnost původce vyvolávající onemocnění lymeskou borreliózou. Klíšťata na přítomnost viru klíšťové encefalitidy byla sbírána v lokalitách s výskytem tohoto onemocnění, tj. v okolí obce Staré Splavy u Doks (okres Česká Lípa), Bozkov (okres Semily) a Radostín u Sychrova (okres Liberec). Vyšetření bylo provedeno ve Zdravotním ústavu se sídlem v Ostravě metodou PCR. Přítomnost viru u klíšťat nebyla zjištěna.

Graf č. 73: Výskyt středoevropské klíšťové encefalitidy v ČR a v Libereckém kraji v letech 2001-2014

Zdroj dat: registr EpiDat, KHS LK, SZÚ Praha

Virové meningitidy – dg. A87.0, A87.8, A87.9 a A89

V roce 2014 onemocnělo virovou meningitidou 18 osob, tj. nemocnost 4,1 na 100 tisíc obyvatel, v roce 2013 onemocnělo 81 osob. Dle okresů: Česká Lípa 12, Liberec 5 a Semily 1 případ. Nejmladšímu nemocnému byl 1 měsíc, nejstaršímu 65 let. Nejvíce případů – celkem 4 (tj. 22%) bylo ve věkové skupině 25-34 let. Všichni nemocní byli hospitalizováni.

Graf č. 74: Výskyt virových meningitid v ČR a v Libereckém kraji v letech 2001-2014

Zdroj dat: registr EpiDat, KHS LK, SZÚ Praha

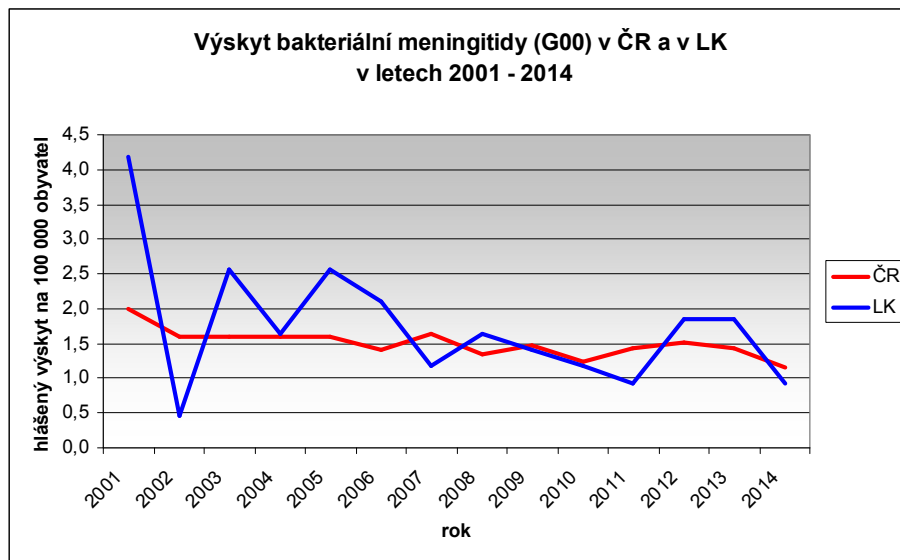
Invazivní hemofilová nákaza – B96.3

Hlášeny 2 případy, tj. nemocnost 0,46 na 100 tisíc obyvatel, u dospělých žen dourčen *Haemophilus influenzae* F biotyp I a *Haemophilus influenzae*, netypaný biotyp 2. V roce 2013 hlášena 2 onemocnění. V celé ČR bylo v roce 2014 zjištěno 13 případů, tj. nemocnost 0,12 na 100 tisíc obyvatel.

Bakteriální meningitida – dg. G00

V roce 2014 jsme zaznamenali 4 případy purulentní meningitidy, tj. nemocnost 0,91 na 100 tisíc, v roce 2013 šetřeno 8 případů. Dle okresu v roce 2014 – 1x Česká Lípa, 1x Jablonec nad Nisou a 2x Liberec. Dle věkových skupin: 5-9 let 2x, 35-45 let 1x a 65-74 let 2x. Dle pohlaví: 1 muž a 3 ženy. Etiologicky v likvoru prokázán 3x *Streptococcus pneumoniae* (typ 3, typ 25A, 1x nedotypováno) a 1x *gramnegativní diplokoky*. V ČR bylo hlášeno 122 onemocnění, tj. nemocnost 1,16 na 100 tisíc obyvatel.

Graf č. 75: Výskyt bakteriální meningitidy v ČR a v Libereckém kraji v letech 2001-2014



Zdroj dat: registr EpiDat, KHS LK, SZÚ Praha

1.4.6.6 Antropozoonózy

Tularémie – dg. A21

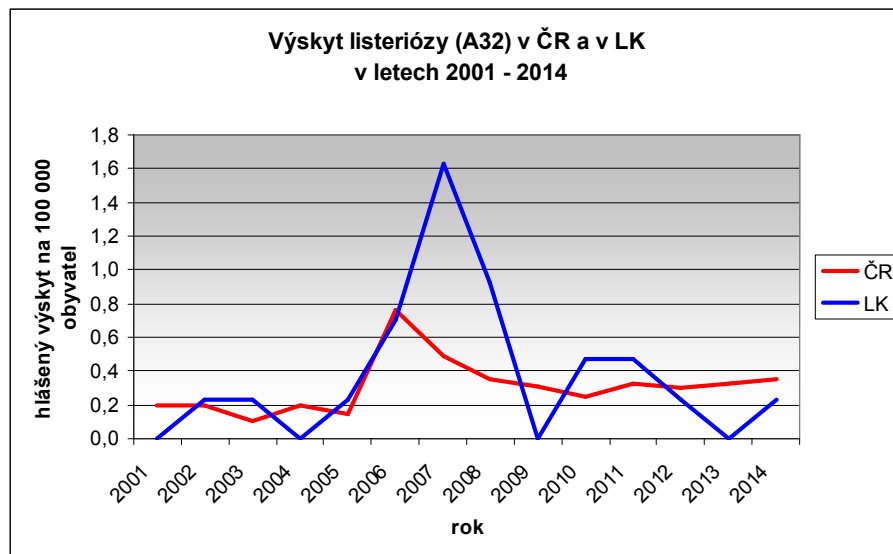
V roce 2014 nebylo v Libereckém kraji onemocnění hlášeno, v roce 2013 byl zjištěn 1 případ. V ČR bylo v roce 2014 hlášeno 49 případů, což představuje nemocnost 0,47 na 100 tisíc obyvatel.

Leptospiróza – dg. A27

V roce 2014 nebylo v Libereckém kraji onemocnění hlášeno, stejně jako v roce 2013. V ČR v roce 2014 hlášeno 29 případů, tj. nemocnost 0,28 na 100 tisíc obyvatel.

Listerióza – dg. A32

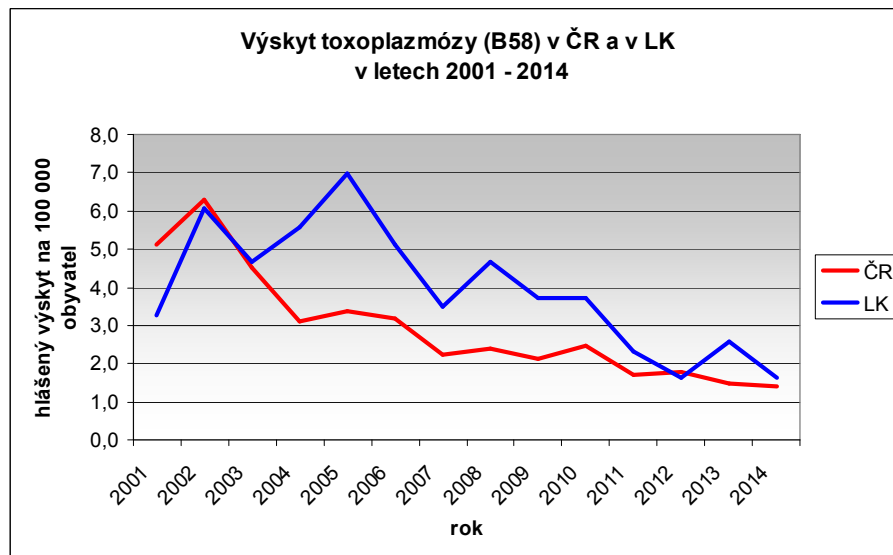
V roce 2014 bylo hlášeno 1 onemocnění v okrese Jablonec nad Nisou, v roce 2013 nebyl evidován žádný případ. V ČR bylo v roce 2014 hlášeno 37 případů, tj. nemocnost 0,35 na 100 tisíc obyvatel.

Graf č. 76: Výskyt listeriózy v ČR a v Libereckém kraji v letech 2001-2014

Zdroj dat: registr EpiDat, KHS LK, SZÚ Praha

Toxoplazmóza – dg. B58

V roce 2014 bylo hlášeno 7 onemocnění, tj. nemocnost 1,60 na 100 tisíc obyvatel, v roce 2013 bylo hlášeno 11 onemocnění. Dle okresů v roce 2014: 2x Česká Lípa, 1x Jablonec nad Nisou, 3x Liberec a 1x Semily. Dle pohlaví: 1 muž a 6 žen. Nejvíce nemocných bylo ve věkové skupině 25-34 let (3 případy). Nemocní nejčastěji udávali kontakt s kočkou (5x), konzumaci tatarského bifteku, práci s hlínou, kontakt s hospodářskými zvířaty či hraní na veřejném nekrytém pískovišti. Převažovala uzlinová forma. V celé ČR hlášeno 147 onemocnění, tj. nemocnost 1,40 na 100 tisíc obyvatel.

Graf č. 77: Výskyt toxoplazmózy v ČR a v Libereckém kraji v letech 2001-2014

Zdroj dat: registr EpiDat, KHS LK, SZÚ Praha

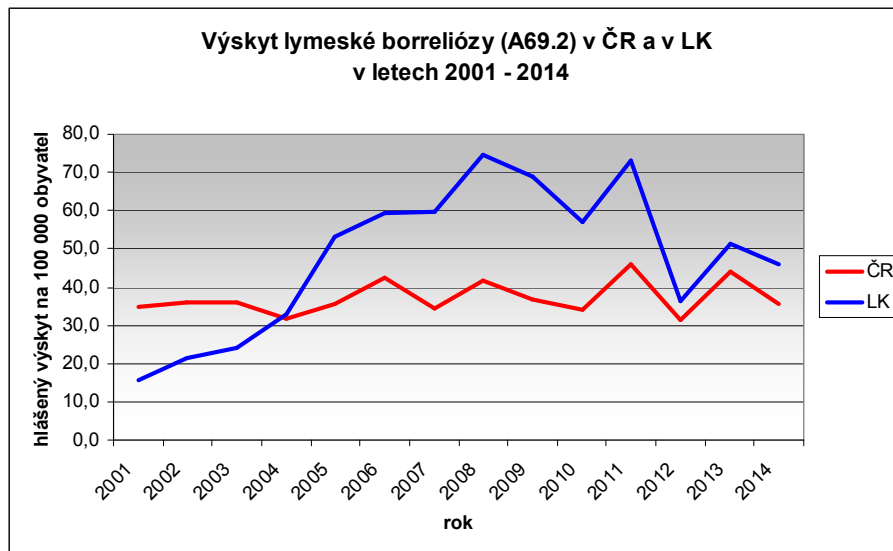
1.4.6.7 Nákazy přenášené členovci

Lymeská borrelióza – dg. A69.2

V roce 2014 bylo v Libereckém kraji hlášeno 197, tj. nemocnost 44,9 na 100 tisíc obyvatel. Nejvyšší nemocnost byla hlášena v okrese Semily 92 případů, Jablonec nad Nisou 41, Liberec 36 a Česká Lípa 28, dle pohlaví onemocnělo 93 mužů a 104 žen, ve věku 1 měsíc až 84 let. Nejčastěji zastoupenou věkovou skupinou byla kategorie 65-74 let, kde bylo hlášeno 38 případů (tj. 19,2 %). Z klinických příznaků bylo nejčastěji pozorováno erythema migrans – 148x (75 %), z dalších příznaků uváděna únava, horečka, bolest hlavy, artralgie, artritida, otok kloubů, diplopie, myalgie, lymfadenopatie, boreliový lymfocytom, meningitis, vertebrogenní syndrom, vomitus, závratě a nespavost. Ve 14 případech byla diagnostikována neuroborrelióza. Hospitalizováno v souvislosti s tímto onemocněním bylo 24 osob. V anamnéze bylo uvedeno přisátí klíštěte u 130 osob (66 %), pobodání hmyzem 45x (22 %). V celé ČR bylo v roce 2014 hlášeno 3 733 případů, tj. nemocnost 35,5 na 100 tisíc obyvatel.

V červnu 2014 proběhl v Libereckém kraji sběr klíšťat metodou vlajkování za účelem vyšetření klíšťat na přítomnost viru klíšťové encefalitidy a na přítomnost původce vyvolávající onemocnění lymeskou borreliózou. Klíšťata na přítomnost viru původce vyvolávající onemocnění lymeskou borreliózou byla sbírána v lokalitách s výskytem tohoto onemocnění – v okolí obce Osečná, v Lidových sadech - Liberec (okres Liberec) a okolí obce Svojkov (okres Česká Lípa). Vyšetření bylo provedeno ve Státním zdravotním ústavu v Praze. Ve všech vyšetřovaných lokalitách a u všech vývojových stádiích klíšťat (nymfy a dospělci) byla mikroskopicky prokázána přítomnost borrelií. Promořenost klíšťat ve vyšetřovaných lokalitách byla 5-14 %.

Graf č. 78: Výskyt lymeské borreliózy v ČR a v Libereckém kraji v letech 2001-2014



Zdroj dat: registr EpiDat, KHS LK, SZÚ Praha

Tab. č. 5: Výskyt onemocnění lymeské borreliózy dle místa nákazy

okres	Místo nákazy
Česká Lípa	Boreček, Bukovany, Česká Lípa, Cvikov, Doksy, Dolní Police, Heřmanice v Podještědí, Kamenický Šenov, Stráž pod Ralskem, Nový Bor, Polevsko, Pískovec, Ranné, Slunečná, Staré Splavy, Sosnová, Sloup v Čechách, Zákupy
Jablonec nad Nisou	Bedřichov, Frýdštejn, Jablonec nad Nisou, Janov nad Nisou, Jenišovice, Koberovy, Lišný, Loužnice, Lučany nad Nisou, Malá Skála, Pěnčín, Rychnov u Jablonce, Skuhrov, Smržovka, Tanvald, Železný Brod
Liberec	Bílý Potok, Černousy, Chrastava, Heřmanice, Hodkovice n.M., Hrádek nad Nisou, Kryštofovo Údolí, Liberec, Lidové Sady, Machnín, Nové Město pod Smrkem, Raspenava, Ruprechtice, Sychrov, Vesec, Zdislava
Semily	Bělá, Benecko, Benešov u Semil, Bystrá, Chuchelná, Dolánky u Turnova, Dolní Štěpánice, Hrubá Skála, Jablonec nad Jizerou, Jilemnice, Karlovice, Klokočí, Kobereov, Košťálov, Kruh, Ktová, Kundratice, Libštát, Lomnice nad Popelkou, Mříčná, Ohrazenice, Pelešeny, Pohoří, Poniklá, Rokytnice nad Jizerou, Rostoky u Jilemnice, Semily, Skalany, Štepanická Lhota, Studenec, Tatobity, Turnov, Valdštejn, Vítkovice
mimo Liberecký kraj	Eger (Maďarsko), Golčův Jeníkov, Jivany, Náchod, Osečany, Příhrazy, Stará Paka, Třeboň, Varndsdorf, Velké Bílovice, Zaječí

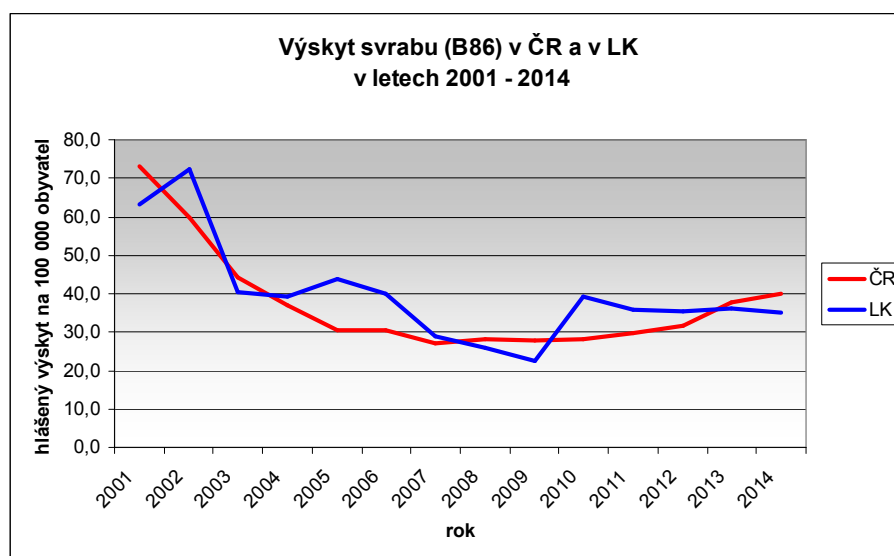
Hlístové a parazitární nákazy

Hlístové a parazitární nákazy, mezi které patří Ankylostomóza (dg. B76) Askarióza (dg. B77.3), Enterobiasis (dg. B80), Toxokaróza (dg. B83.0), se vyskytují pouze výjimečně.

Svrab – dg. B86

V roce 2014 bylo hlášeno onemocnění u 151 osob, tj. nemocnost 34,4 na 100 tisíc obyvatel, v roce 2013 hlášeno 155 osob. Dle pohlaví v roce 2014 onemocnělo 77 mužů a 74 žen. Postiženy byly všechny věkové skupiny od 2 měsíců do 83 let, nejvíce 20-24 let (23 případů, tj. 15 %). Nejvyšší nemocnost byla v okrese Semily (52,3 na 100 tisíc obyvatel).

Graf č. 79: Výskyt svrabu v ČR a v Libereckém kraji v letech 2001-2009



Zdroj dat: registr EpiDat, KHS LK, SZÚ Praha

1.4.6.8 Pohlavní nákazy

HIV – dg. B24

V Libereckém kraji bylo k 31.12.2014 evidováno celkem 52 HIV pozitivních osob.

Tab. č. 6: Případy HIV infekce v Libereckém kraji podle způsobu přenosu a pohlaví (jen občané ČR a cizinci s trvalým pobytem) - kumulativní údaje ke dni 31.12.2014

KRAJ / OKRES*	ZPŮSOB PŘENOSU A POHLAVÍ								CELKEM		
	HO	ID	IH	TR	HT	MD	NO	NE	celkem	muži	ženy
Liberecký kraj	18M	4M 3Ž	1M	-	12M 12Ž	1Ž	-	1Ž	52	35M	17Ž
Česká Lípa	5M	3M	-	-	3M 1Ž	-	-	1Ž	13	11M	2Ž
Jablonec nad Nisou	3M	1Ž	-	-	3M 5Ž	1Ž	-	-	13	6M	7Ž
Liberec	8M	1M 1Ž	1M	-	5M 5Ž	-	-	-	21	15M	6Ž
Semily	2M	1Ž	-	-	1M 1Ž	-	-	-	5	3M	2Ž

Vysvětlivky

Pohlaví:

M - muž, Ž - žena

Způsob přenosu:

HO - homosexuální / bisexuální / injekční uživatelé drog

ID - injekční uživatelé drog

TR - příjemci krve a krevních př HT - heterosexuální

NO - nozokomiální

IH - injekční uživatelé drog + homo/bisex.

MD - z matky na dítě

NE - nezjištěný / jiný

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

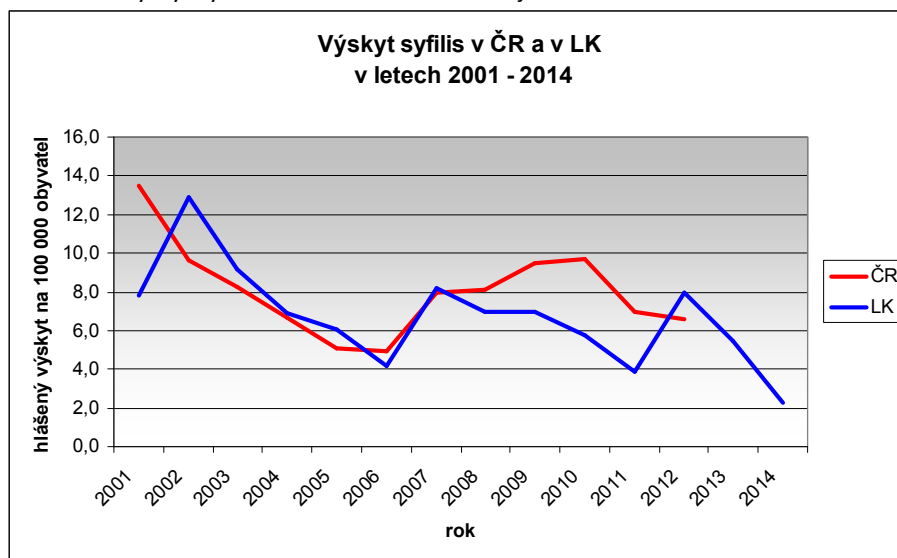
* Uváděny jsou jen okresy, v nichž v daném období byly identifikovány nové případy HIV/AIDS

Zdroj dat: SZÚ Praha

Syfilis

V roce 2014 bylo onemocnění hlášeno u 10 osob, tj. nemocnost 2,29 na 100 tisíc obyvatel, v roce 2013 bylo hlášeno 24 onemocnění. Dle okresů v roce 2014: Česká Lípa 3, Jablonec nad Nisou 3, Liberec 2 a Semily 2. Onemocnělo 7 mužů a 3 ženy. 1 případ byl hlášen u cizího státního příslušníka z Mongolska. Nejvíce nemocných bylo ve věkové skupině 25-34 let (3 případy). Nejčastěji se vyskytovala diagnóza latentní syfilis – 6 případů (60 %). 2 osoby byly HIV pozitivní (záchyt v minulosti). Hospitalizováno bylo 6 nemocných.

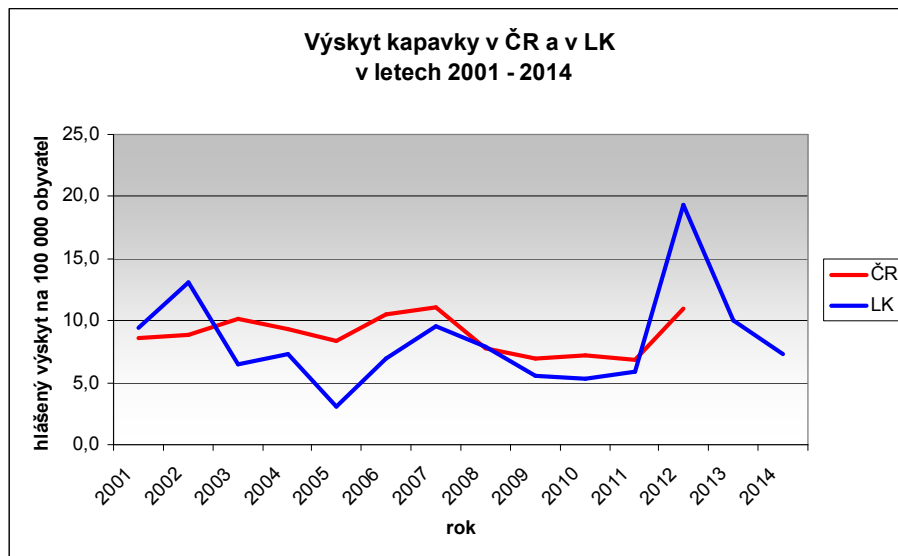
Graf č. 80: Výskyt syfilis v ČR a v Libereckém kraji v letech 2001-2014



Zdroj dat: registr PN, KHS LK, ÚZIS ČR

Kapavka - Gonokoková infekce

V roce 2014 bylo hlášeno 31 onemocnění, tj. nemocnost 6,87 na 100 tisíc obyvatel, v roce 2013 to bylo 44 onemocnění. Dle okresů: Česká Lípa 7, Jablonec nad Nisou 2, Liberec 18 a Semily 4. Postiženo bylo 26 mužů a 5 žen. Nejvíce nemocných bylo ve věkové skupině 15-24 let (14 případů). V 1 případě se jednalo o cizince ze Slovenska. 26 osob vyhledalo lékaře pro potíže, 4 osoby byly vyhledány depistážním šetřením a u 1 osoby bylo onemocnění zjištěno náhodně. 2 osoby byly HIV pozitivní (záchyt v minulosti). Léčba probíhala ve všech případech ambulantně.

Graf č. 81: Výskyt kapavky v ČR a v Libereckém kraji v letech 2001-2014

Zdroj dat: registr PN, KHS LK, ÚZIS ČR

1.4.7. Alergie

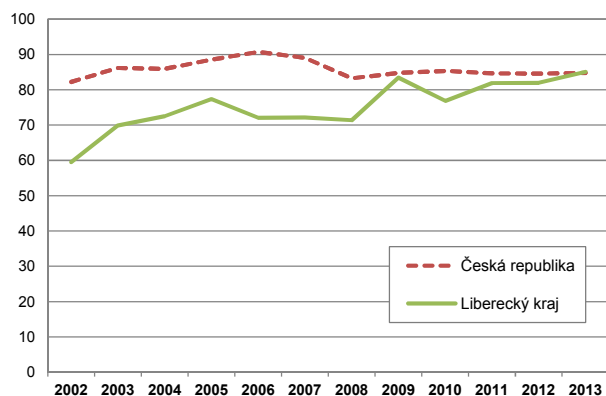
V Libereckém kraji se v alergologických ambulancích léčí 8,5 % obyvatel, nejčastěji pro pollinosu. V mladších věkových skupinách je tento podíl ještě vyšší, ve věku do 19ti let jich bylo pro alergická onemocnění léčeno více než 15 %.

Téměř každý jedenáctý obyvatel České republiky se léčí v alergologických ambulancích. V Libereckém kraji byla tato čísla nižší, v posledních letech už odpovídají celorepublikovému průměru ČR. (Při regionálním srovnávání tohoto ukazatele je však třeba mít na paměti, že data jsou zjišťována podle místa ošetření, nikoliv podle místa bydliště.) V mladších věkových skupinách je podíl léčených pro alergická onemocnění vyšší, v roce 2013 bylo v Libereckém kraji léčeno více než 15 % dětí a dorostu (0-19 let).

Nejčastějším typem alergologického onemocnění jsou pylové alergie, pro které se léčí téměř polovina pacientů (příčemž pacient může být léčen i pro další onemocnění).

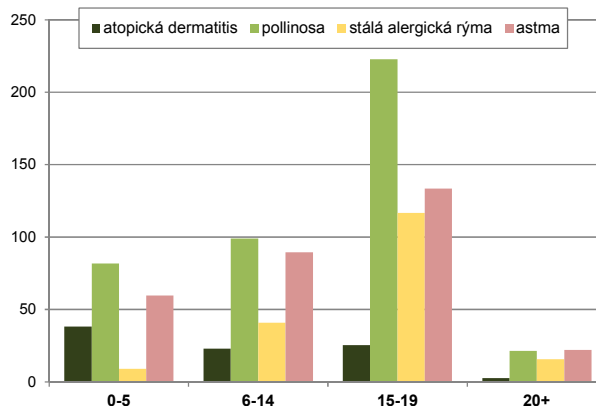
Prevalence alergií v populaci může být ještě vyšší, ve výběrovém šetření o zdravotním stavu obyvatel EHIS v roce 2008 uvedlo, že ji trpí, téměř 18 % osob. Astma uvedlo 5,6 %, v šetření roce 2002 to bylo 4,1 %.

Graf č. 82: Počet léčených pacientů v alergologických ambulancích na 1 tisíc obyvatel



Zdroj dat: ÚZIS ČR

Graf č. 83: Dispenzarizovaní pacienti na 1 tisíc obyvatel dle věkových skupin - Liberecký kraj, rok 2013

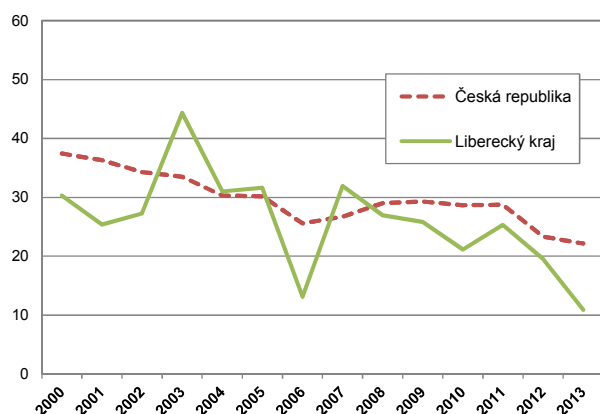


1.4.8. Nemoci z povolání

Zdravotní problémy související s výkonem zaměstnání uvádí v ČR téměř 5 % zaměstnaných. Ročně je na 100 tisíc obyvatel hlášeno více než 20 nových případů nemocí z povolání.

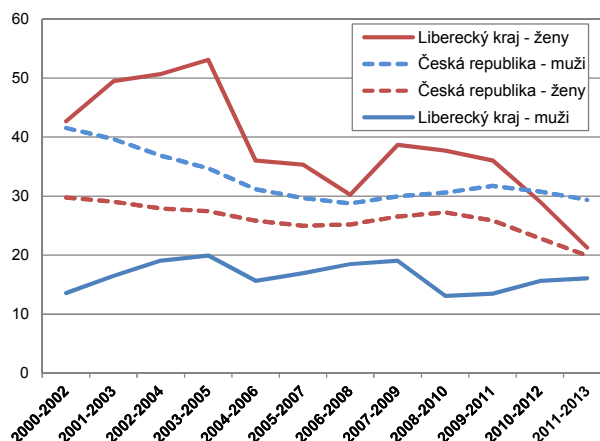
Počet nově hlášených nemocí z povolání v poslední době v Libereckém kraji klesá. Oproti průměrné situaci v ČR jsou zde nemoci z povolání ve větší míře hlášeny u žen než u mužů. Nejčastěji se jedná o nemoci způsobené dlouhodobým nadměrným jednostranným zatížením.

Graf č. 84: Nově hlášené případy nemocí z povolání na 100 tis. nemocensky pojištěných osob

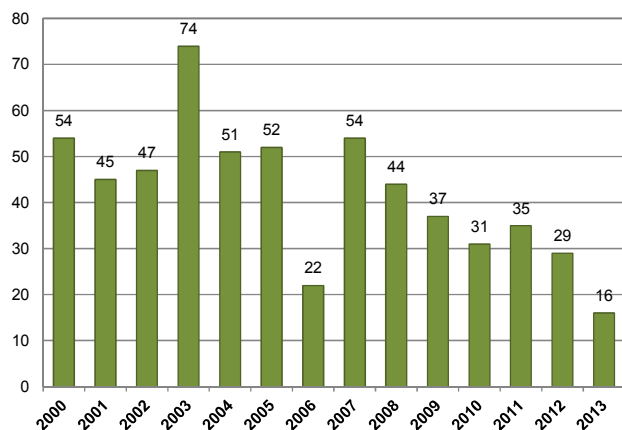


Zdroj dat: ÚZIS ČR

Graf č. 85: Nově hlášené případy nemocí z povolání na 100 tis. nemocensky pojištěných osob dle pohlaví – tříleté klouzavé průměry

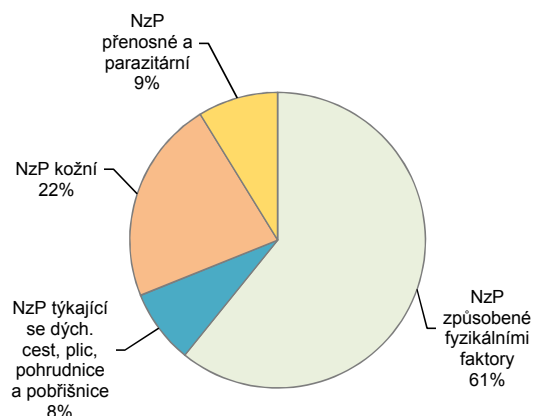


Graf č. 86: Absolutní počet nově hlášených nemocí z povolání v Libereckém kraji



Zdroj dat: ÚZIS ČR

Graf č. 87: Struktura nemocí z povolání v Libereckém kraji, průměr let 2009-2013



V průběhu roku 2013 uskutečnil Český statistický úřad jako součást pravidelného výběrového šetření pracovních sil v domácnostech (VŠPS) ad hoc zjišťování na téma „Pracovní úrazy a další pracovní problémy související s výkonem povolání“. Téměř 5 % zaměstnaných uvedlo zdravotní problémy související s výkonem jejich zaměstnání, pětina pracujících (tj. 20 %) je při výkonu svého zaměstnání vystavena rizikům, která negativně ovlivňují jejich duševní stav, a 40 % osob uvedlo faktory nepříznivě působící na jejich fyzický stav.

2. Determinanty zdraví

2.1. Životní prostředí

V Libereckém kraji jsou z hlediska limitů kvality ovzduší a z hlediska hodnocení zdravotních rizik problémy s kadmíem a benzo(a)pyrenem. V úvahu je třeba vzít i alergenní znečištění ovzduší.

V oblasti pitné vody jsou v Libereckém kraji v současné době určeny 2 mírnější hygienické limity, a to u ukazatele pesticidní látky u dvou vodovodů. Do doby technického vyřešení problému je zajištěna informovanost obyvatelstva a jsou přijata náhradní opatření.

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

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.

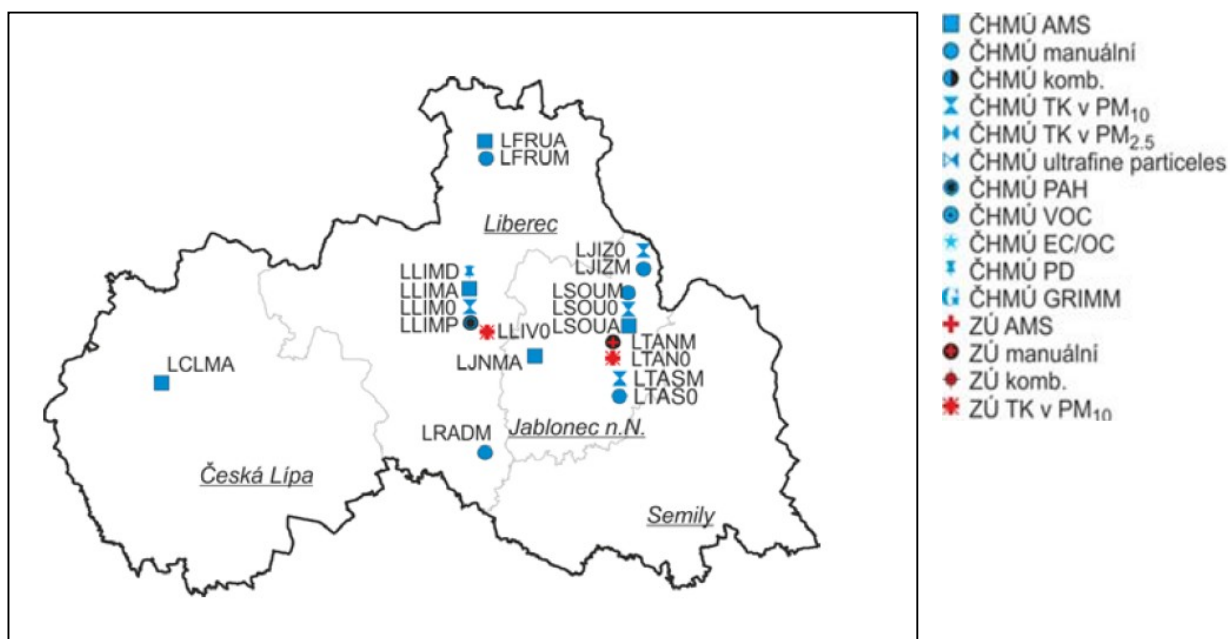
2.1.1. Ovzduší

2.1.1.1 Zjišťování expozice

Ukazatelé kvality ovzduší představují výstupy z měření škodlivin používaných pro charakterizování stavu znečištění ovzduší.

Na území Libereckého kraje je v současnosti provozováno 9 monitorovacích stanic zaměřených na sledování kvality ovzduší. Z tohoto počtu je 5 stanic součástí systému automatického imisního systému (AIM), který provozuje Český hydrometeorologický ústav. Konkrétně se jedná o následující stanice: Liberec, Česká Lípa, Frýdlant, Souš, Jablonec nad Nisou. Součástí monitorovací sítě jsou i manuální měřicí stanice Radimovice, Tanvald školka a Jizerka. Manuální měřicí stanice Horní Police byla zrušena a nově byla zřízena Tanvald školka. V rámci měřicí sítě došlo k poklesu měřených škodlivin na některých měřicích stanicích (SO₂ – Horní Police, Jablonec – město, Souš; NO_x – Souš, Frýdlant údolí; NO₂, NO – Jablonec - město, Souš, Frýdlant - údolí; CO – Liberec).

Mapa č. 4: Monitorovací stanice v Libereckém kraji

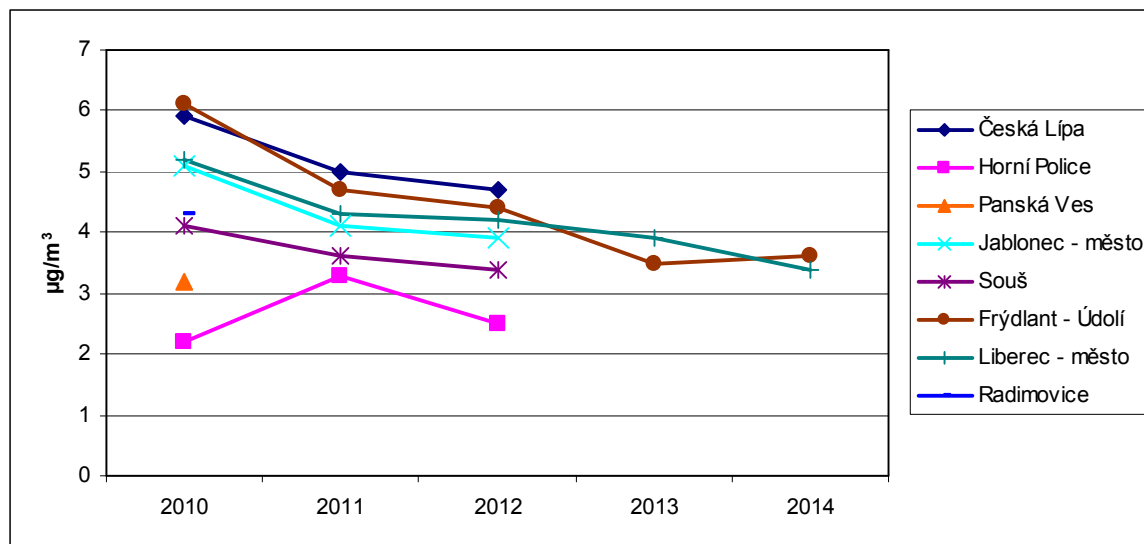


Zdroj: www.chmi.cz

2.1.1.2 Ovězení - hodnocení situace v Libereckém kraji

Monitoring venkovního ovzduší

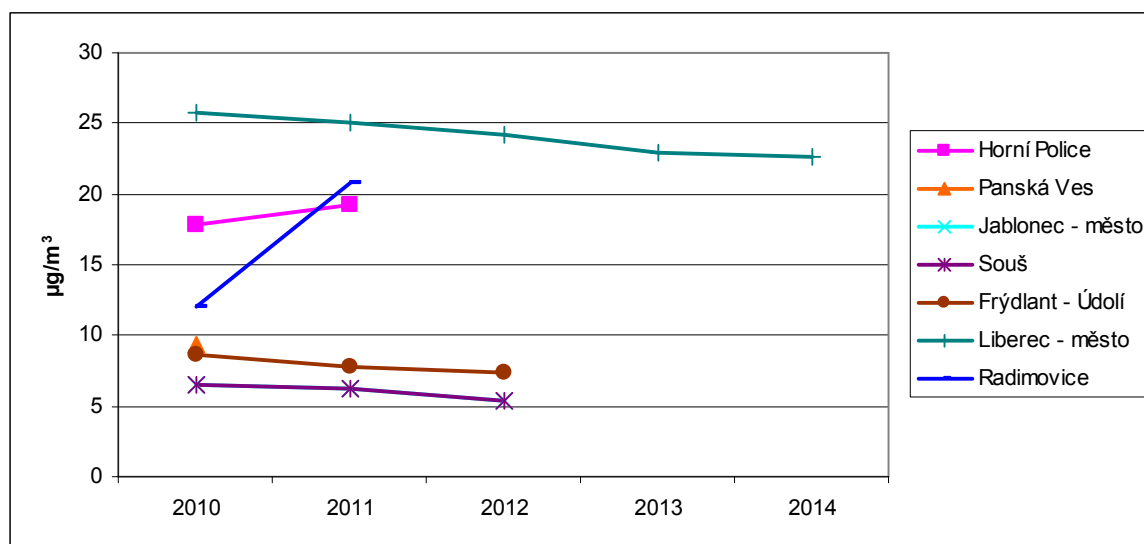
Graf č. 88: Roční aritmetické průměry oxidu siřičitého v monitorovací síti LK, 2010-2014



Zdroj: zpracováno z dat z www.chmi.cz

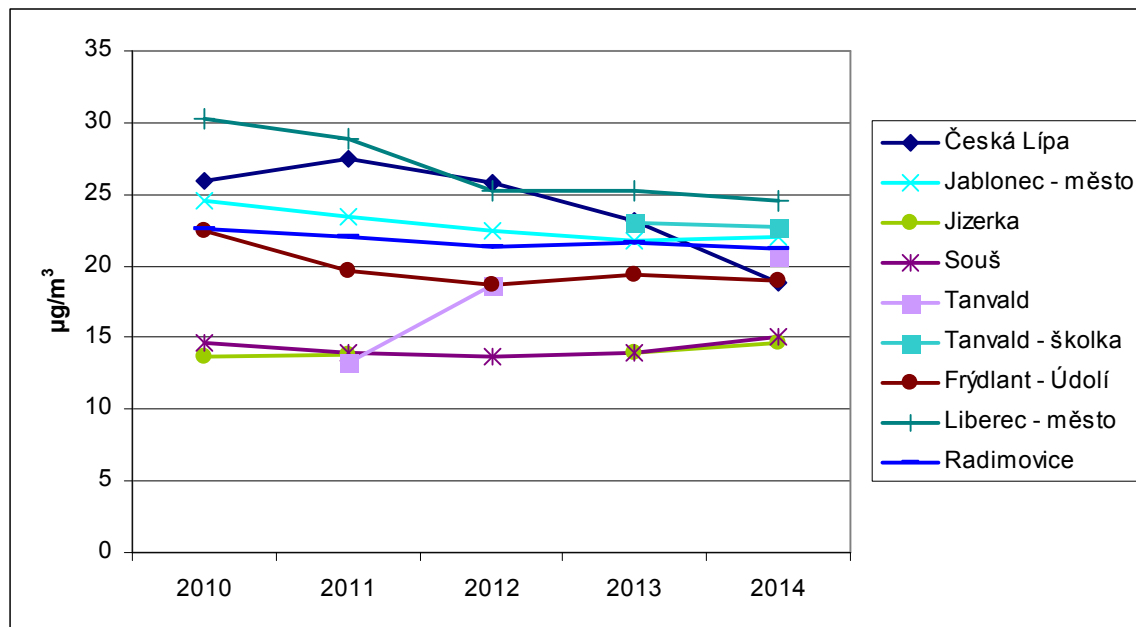
Ani jedna hodnota nepřekročila roční imisní limit $20 \mu\text{g}\cdot\text{m}^{-3}$.

Graf č. 89: Roční aritmetické průměry oxidu dusičitého v monitorovací síti LK, 2010-2014



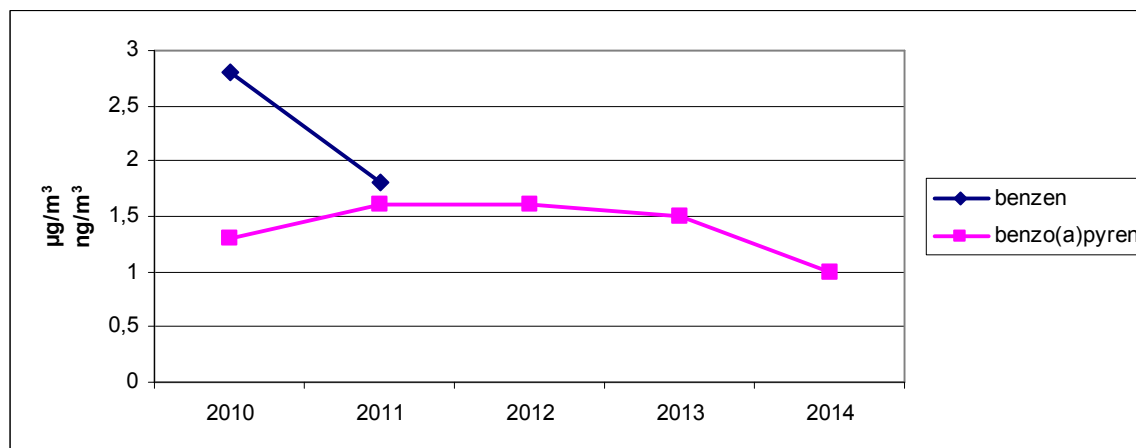
Zdroj: zpracováno z dat z www.chmi.cz

Ani jedna hodnota nepřekročila roční imisní limit $40 \mu\text{g}\cdot\text{m}^{-3}$.

Graf č. 90: Roční aritmetické průměry polétavého prachu v monitorovací síti LK, 2010-2014

Zdroj: zpracováno z dat z www.chmi.cz

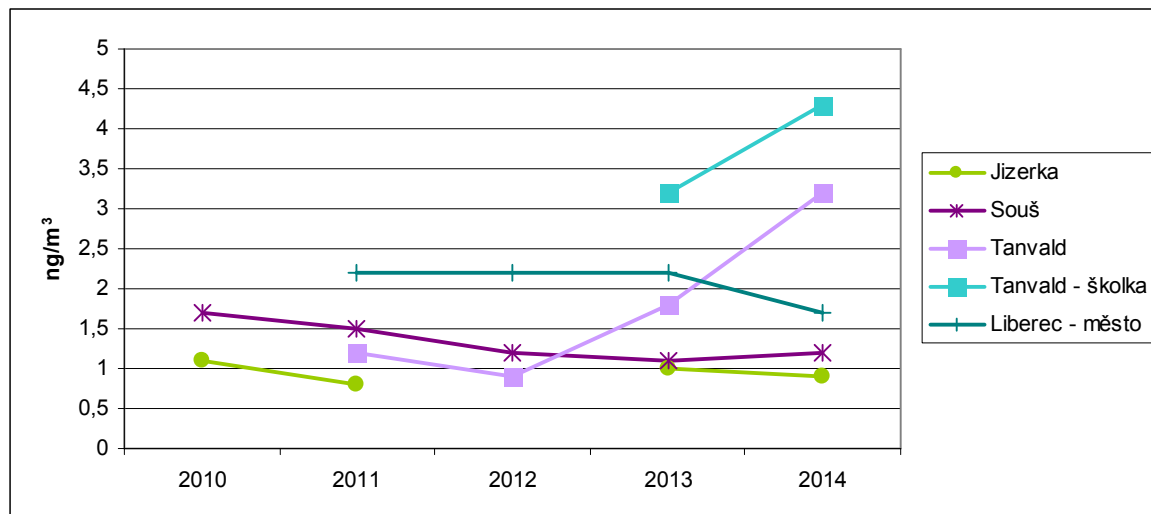
Ani jedna hodnota nepřekročila roční imisní limit $40 \mu\text{g}\cdot\text{m}^{-3}$.

Graf č. 91: Roční aritmetické průměry benzenu a benzo(a)pyrenu na stanici Liberec - město, 2010-2014

Zdroj: zpracováno z dat z www.chmi.cz

Benzo(a)pyren překročil v letech 2010-2013 roční imisní limit $1 \text{ ng}\cdot\text{m}^{-3}$, v roce 2014 byla roční hodnota benzo(a)pyrenu $1 \text{ ng}\cdot\text{m}^{-3}$. Ani jedna hodnota benzenu nepřekročila v hodnoceném období roční imisní limit $5 \mu\text{g}\cdot\text{m}^{-3}$.

Graf č. 92: Roční aritmetické průměry arsenu v monitorovací síti LK, 2010-2014



Zdroj: zpracováno z dat z www.chmi.cz

Ani jedna hodnota nepřekročila roční imisní limit 6 ng.m^{-3} .

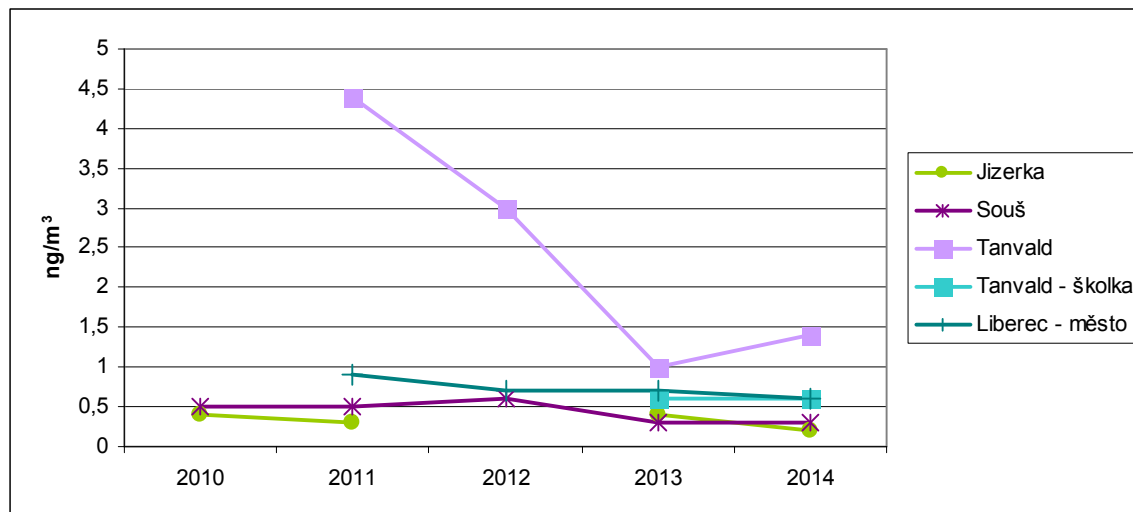
Graf č. 93: Roční aritmetické průměry kadmia v monitorovací síti LK, 2010-2014



Zdroj: zpracováno z dat z www.chmi.cz

Dvě hodnoty překročily roční imisní limit 5 ng.m^{-3} .

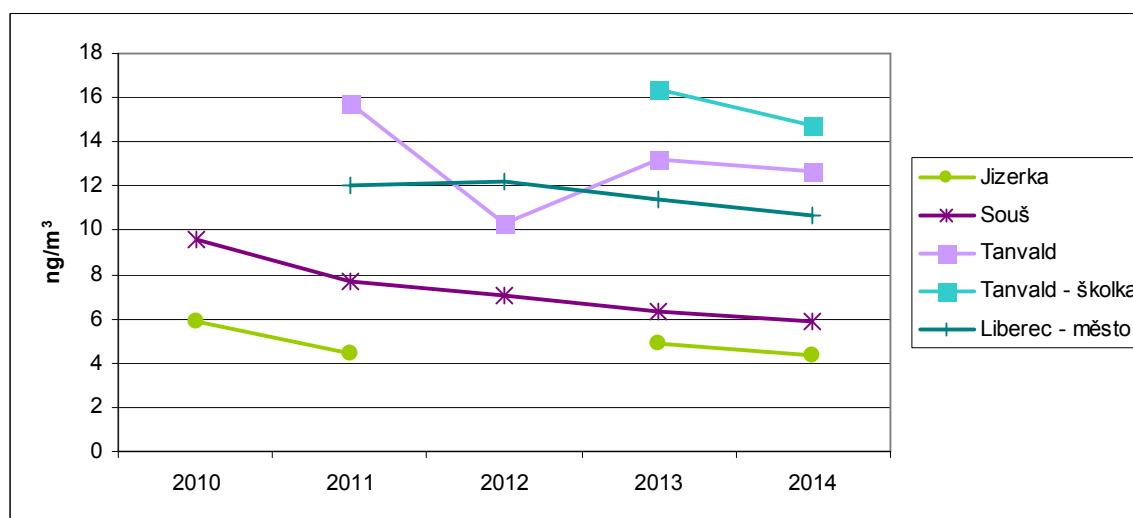
Graf č. 94: Roční aritmetické průměry niklu v monitorovací síti LK, 2010-2014



Zdroj: zpracováno z dat z www.chmi.cz

Ani jedna hodnota nepřekročila roční imisní limit $20 \text{ ng}\cdot\text{m}^{-3}$.

Graf č. 95: Roční aritmetické průměry olova v monitorovací síti LK, 2010-2014



Zdroj: zpracováno z dat z www.chmi.cz

Ani jedna hodnota nepřekročila roční imisní limit $500 \text{ ng}\cdot\text{m}^{-3}$.

Pylový monitoring

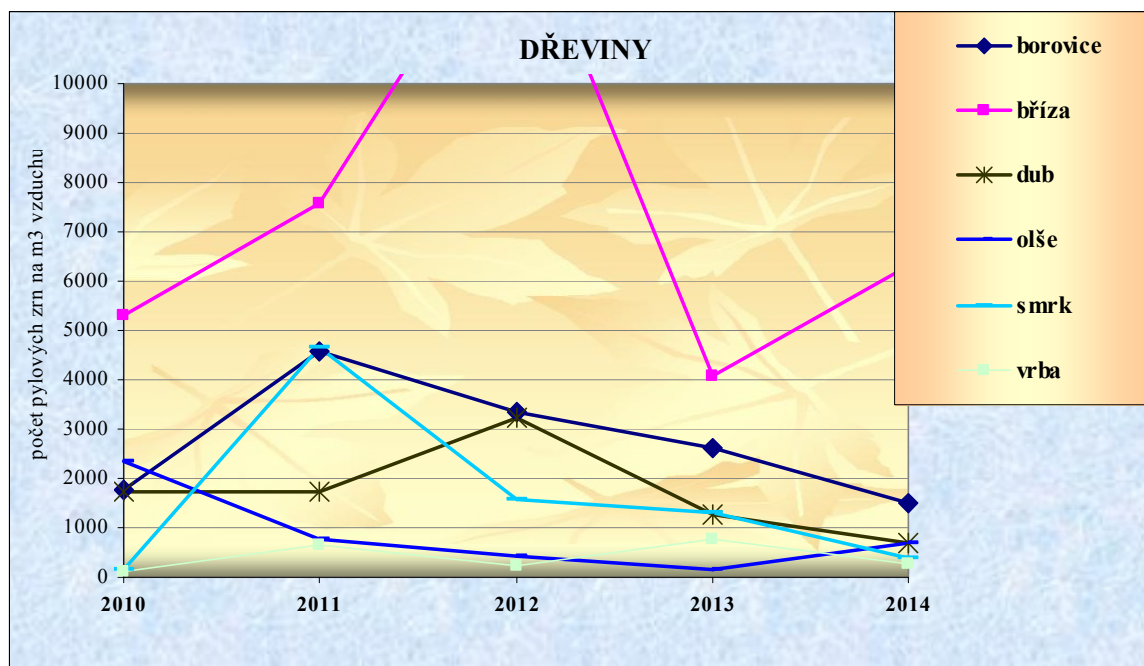
V České republice byla pylová služby založena v roce 1992 a v současné době sleduje situaci 12 monitorovacích stanic. Jako sběrné centrum dat slouží pro celou ČR brněnské pracoviště, které zajišťuje další předání údajů do vídeňské centrální evropské databanky a zpracování a distribuci získaných výsledků všem zájemcům. Pylový monitoring se provádí i v Liberci. Zpracované údaje slouží lékařům i pacientům ke zkvalitnění léčby.

Tab. č. 7: Zdravotní rizika pylů a plísni

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

Hlavní pylová sezóna začíná v Liberci většinou v polovině března. Prvními alergeny bývají pyly lísky, olše a tis. V dubnu pak nastupují pyly břízy a vrby. V květnu bývá dominantním alergenem pyl borovice, smrku a dubu. V té době bývá zahájena i pylová sezóna bylin, plevelů a trav, která vrcholí na začátku července, kdy je v ovzduší nejvíce pylu kopřivy a trav. Tyto pyly dominují až do konce října, kdy pylová sezóna končí.

Z následujících grafů a tabulek lze vyčíst průběh pylové sezóny v Liberci v pětiletém období od roku 2010 do roku 2014. Jsou zde zaznamenána data z nejhojněji se vyskytujících dřevin (graf č. 96 a tabulka č. 8), bylin, plevelů a trav (graf č. 97 a tabulka č. 9) a plísni (graf č. 98 a tabulka č. 10).

Graf č. 96: Počet pylových zrn na m³ vzduchu - dřeviny

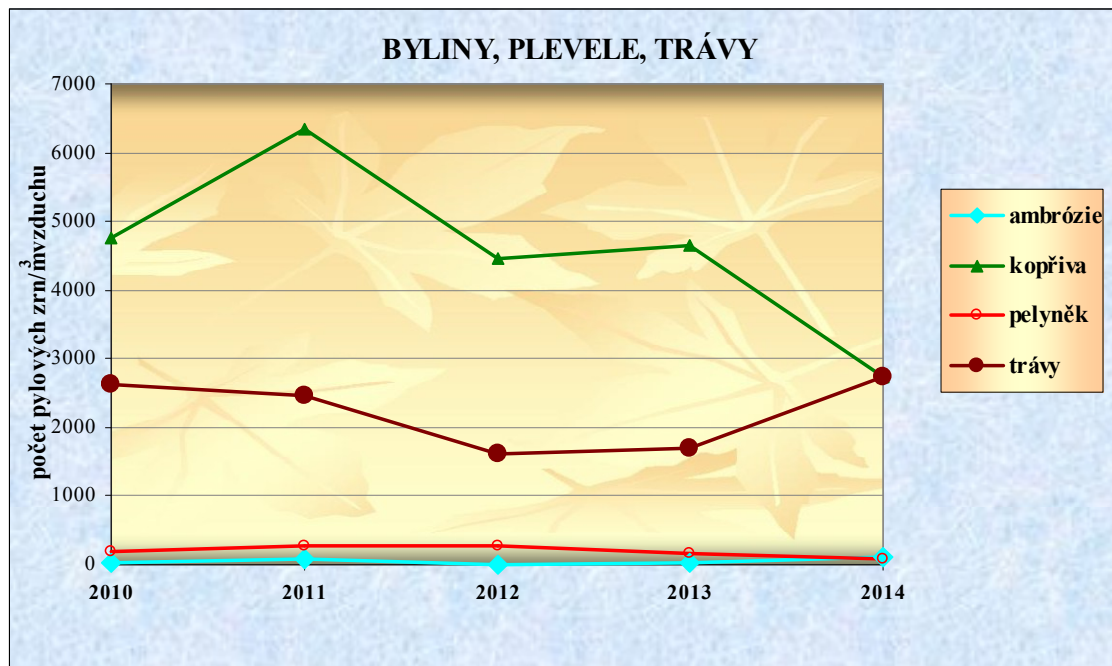
Zdroj: zpracováno z dat ČIPA, o.p.s.

Tab. č. 8: Počet pylových zrn na m³ vzduchu - dřeviny

	borovice	bříza	dub	olše	smrk	vrba
2010	1 759	5 298	1 724	2 354	154	125
2011	4 578	7 593	1 734	766	4 643	644
2012	3 342	13 864	3 247	417	1 596	230
2013	2 627	4 058	1 263	148	1 294	765
2014	1 483	6 322	697	693	366	286

Pozn.: Červené údaje v tabulce upozorňují na vyšší výskyt pylů u jednotlivých dřevin.
Zdroj dat: ČIPA, o.p.s.

Tento graf a tabulka popisuje vývoj koncentrace pylů dřevin, jejichž charakteristický výskyt je v jarních měsících. Mírně vyšší byl výskyt pylových zrn borovice v roce 2011, zvýšený výskyt pylových zrn břízy byl v roce 2010 a 2011 a výrazně vyšší v roce 2012. V roce 2010 byl vyšší výskyt pylových zrn olše, v roce 2011 smrku a v roce 2012 byl zvýšený výskyt pylových zrn dubu.

Graf č. 97: Počet pylových zrn na m³ vzduchu – byliny, plevely a trávy

Zdroj: zpracováno z dat ČIPA, o.p.s.

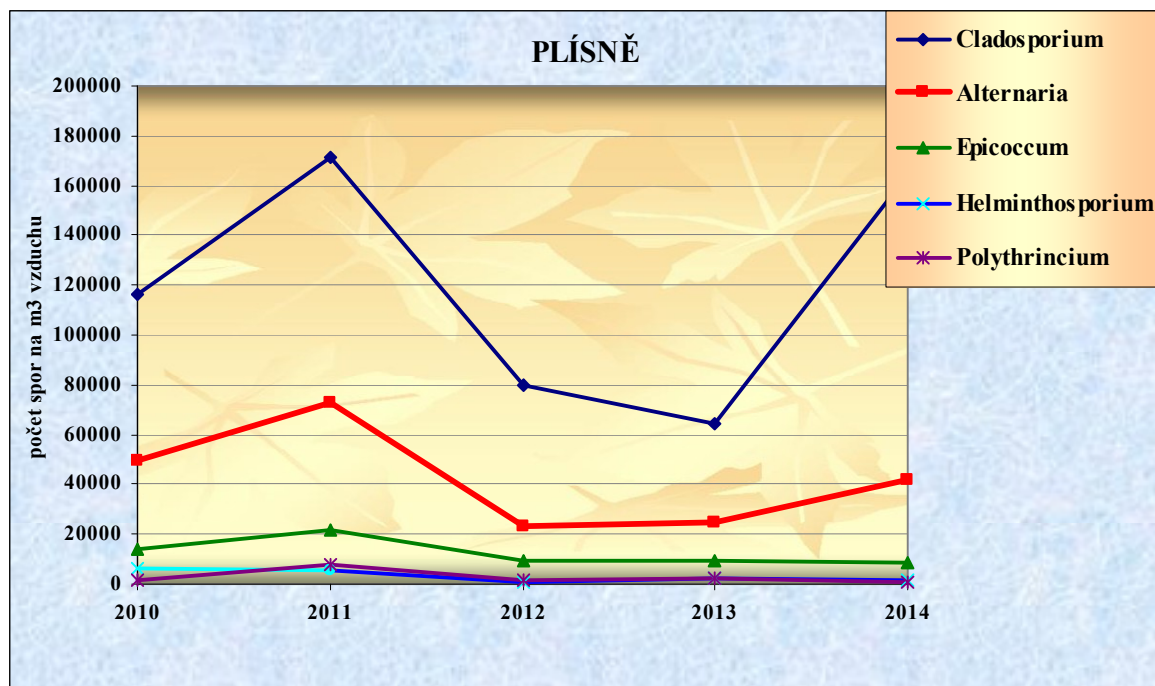
Tab. č. 9: Počet pylových zrn na m³ vzduchu – byliny, plevely a trávy

	ambrózie	kopřiva	pelyněk	trávy
2010	17	4 752	200	2 633
2011	82	6 339	271	2 452
2012	13	4 461	268	1 624
2013	23	4 637	158	1 693
2014	97	2 735	91	2 728

Pozn.: Červené údaje v tabulce upozorňují na vyšší výskyt pylů u jednotlivých bylin, plevelů a trav.
Zdroj dat: ČIPA, o.p.s.

V tomto grafu jsou zaznamenány koncentrace pylů bylin, plevelů a trav s charakteristickým výskytem v létě a na podzim. Mírně zvýšený byl výskyt pylových zrn ambrózie v roce 2014, v letech 2010, 2011 a 2014 vyšší výskyt pylových zrn trav a v roce 2011 zvýšený výskyt pylových zrn kopřivy.

Graf č. 98: Počet spor na m³ vzduchu – plísně



Zdroj: zpracováno z dat ČIPA, o.p.s.

Tab. č. 10: Počet spor na m³ vzduchu – plísně

	Cladosporium	Alternaria	Epicoccum	Helminthosporium	Polythrincium
2010	116 007	49 266	13 601	5 911	1 588
2011	171 689	72 894	21 767	5 214	7 537
2012	79 915	23 290	9 508	504	1 374
2013	64 066	24 559	9 392	2 288	2 381
2014	164 144	41 740	8 896	1 632	719

Pozn.: Červené údaje v tabulce upozorňují na vyšší výskyt pylů u jednotlivých bylin, plevelů a trav.

Zdroj dat: ČIPA, o.p.s.

Tento graf charakterizuje vývoj koncentrace spor plísni v m³ vzduchu od začátku roku 2010. Zvýšení je patrné v letním a podzimním období.

2.1.1.3 Ovzduší - hodnocení zdravotních rizik škodlivin, které jsou problémové v Libereckém kraji

Benzo(a)pyren

Polycyklické aromatické uhlovodíky (PAU) mají schopnost přetrvávat v prostředí, kumulují se v jeho složkách a v živých organismech, jsou lipofilní a řada z nich má toxické, mutagení či karcinogenní

vlastnosti. Patří mezi endokrinní disruptory ovlivňující porodní váhu a růst plodu. Působí imunosupresivně, snížením hladin IgG a IgA. Ve vysokých koncentracích (převyšujících koncentrace nejen ve venkovním ovzduší, ale i v pracovním prostředí) mohou mít dráždivé účinky. PAU patří mezi nepřímo působící genotoxické sloučeniny. Vlivem biotransformačního systému organismu vznikají postupně metabolity s karcinogenním a mutagenním účinkem. Elektrofilní metabolity kovalentně vázané na DNA představují poté základ karcinogenního potenciálu PAU. V praxi je nejvíce používaným zástupcem PAU při posuzování karcinogenity benzo(a)pyren (BaP). BaP je z hlediska klasifikace karcinogenity od roku 2010 zařazen IARC do skupiny 1 – prokázaný karcinogen.

Tab. č. 11: Hodnoty zdravotního rizika pro benzo(a)pyren

benzo(a)pyren	Karcinogenní riziko (ILCR)
Pro průměrnou koncentraci (2010-2014) 1,2 ng/m ³	1,04E-04
Pro maximální koncentraci 1,6 ng/m ³	1,39E-04

Z výše uvedeného vyplývá, že karcinogenní riziko benzo(a)pyrenu je nepřijatelné.

Za ještě přijatelné karcinogenní riziko je v současné době v ČR všeobecně považováno celoživotní zvýšení pravděpodobnosti vzniku nádorového onemocnění ve výši 1×10^{-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} .

Kadmium

Kritickým orgánem při dlouhodobé inhalační i perorální expozici kadmia jsou ledviny, ve kterých se vstřebané kadmium kumuluje. Při překročení kapacity detoxikační vazby kadmia zde pak dochází k poškození buněk proximálních tubulů ledvin volným kadmiiem.

Prvním příznakem poruchy resorpční funkce těchto buněk je přítomnost bílkovin v moči (nízkomolekulární proteinurie). Odhadovaná kritická koncentrace kadmia v kůře ledvin, při které se vyskytuje tento příznak u 10 % populace, je 200 mg/kg.

Kromě nefrotoxicity může kadmium vést i k poškození kostí. Syndrom otravy kadmiiem „itai-itai“, poprvé popsán v Japonsku, se kromě postižení ledvin projevuje osteomalácií a osteoporózou kostí s tendencí k frakturám. Objevuje se u starších žen s deficitem vápníku a vitamínu D, exponovaných kadmiiem v potravě. Přesný mechanismus tohoto účinku kadmia není dosud objasněn.

Zvýšená zátěž organismu kadmiiem se může projevit poškozením metabolismu zinku, které může způsobit nedostatek zinku u plodu. US EPA řadí kadmium k pravděpodobným humánním karcinogenům (skupina B1), neboť výsledky epidemiologických studií u lidské populace nepovažuje za plně průkazné. Pro inhalační expozici odvozuje na základě epidemiologické studie u profesionálně exponované populace, u které byl prokázán vyšší výskyt karcinomu plic, jednotku karcinogenního rizika.

Tab. č. 12: Hodnoty zdravotního rizika pro kadmium

kadmium	Karcinogenní riziko (ILCR)
Pro průměrnou koncentraci v Tanvaldu (2011-2014) 4,1 ng/m ³	7,38E-06
Pro maximální koncentraci v Tanvaldu 7,6 ng/m ³	1,36E-05

Je nutno upozornit, že tento výpočet je proveden za použití vstupní jednotky karcinogenního rizika, která je velmi letitá. WHO odvodila na základě studií profesionální expozice, že nejnižší koncentrace kadmia v ovzduší, která by při kontinuální celoživotní expozici vedla ke zvýšenému riziku poškození funkce ledvin, je asi $0,3 \mu\text{g}/\text{m}^3$. Jako směrnou limitní koncentraci pro vnější ovzduší však WHO navrhla s ohledem na potřebu zabránit zvyšování obsahu kadmia v zemědělské půdě a tím i v potravním řetězci v podstatně nižší úrovni $0,005 \mu\text{g}/\text{m}^3$.

2.1.1.4 *Ovzduší - řízení rizik*

Role České inspekce životního prostředí v ochraně ovzduší

Oddělení ochrany ovzduší Oblastního inspektorátu České inspekce životního prostředí v Liberci je zaměřené na střední, velké a zvláště velké zdroje znečišťování ovzduší. Inspekce provádí dozor, ukládá opatření k nápravě zjištěných nedostatků, rozhoduje o kategorii zdroje, spoluspalování odpadu, vydává stanoviska a vyjádření pro jiné orgány, řeší podněty a ukládá sankce (pokuty, zastavení činnosti).

Role Krajského úřadu Libereckého kraje

Krajský úřad Libereckého kraje, odbor životního prostředí a zemědělství povoluje zvláště velké, velké a střední zdroje znečišťování ovzduší. Dále zpracovává programy koncepcí snižování emisí a zlepšení kvality ovzduší, vyhodnocování plnění imisních limitů a rozhoduje o poplatcích za emise zvláště velkých a velkých zdrojů znečišťování ovzduší.

Role Statutárního města Liberce v ochraně ovzduší

Statutární město Liberec prosazuje a schvaluje ekologicky šetrné řešení ve všech svých záměrech a koncepčních podkladech s ohledem na ochranu ovzduší.

Role Magistrátu města Liberce v ochraně ovzduší

Magistrát města Liberec - odbor životního prostředí vykonává na úseku ochrany ovzduší čistě státní správu. Mimo jiné kontroluje dodržování povinností provozovatelů malých zdrojů znečišťování ovzduší, tj. zejména provádění měření účinnosti spalování, měření množství vypouštěných látek a kontrolu stavu spalinových cest a odstraňování zjištěných závad, dále přípustnou tmavost kouře, přípustnou míru obtěžování zápachem a dodržování zákazu spalování na otevřených ohništích různých odpadů, jako např. chemicky ošetřeného dřeva nebo plastů. Dalším jeho nástrojem ochrany ovzduší je vydávání vyjádření v rámci územního a stavebního řízení ve vztahu k malým zdrojům znečišťování ovzduší.

Role Krajské hygienické stanice Libereckého kraje se sídlem v Liberci v ochraně ovzduší

Orgán ochrany veřejného zdraví zaujímá stanoviska z hlediska ochrany zdraví lidí k záměrům, které mohou výrazně ovlivnit čistotu ovzduší, zejména ke strategiím rozvoje jednotlivých oborů, odvětví a územních celků.

2.1.2. Voda

2.1.2.1 Zjišťování expozice

Od roku 2004 jsou většinovým zdrojem dat pro celostátní zprávu o jakosti pitné vody a vod ke koupání rozbory zajišťované provozovateli, jejichž provedení v předepsané četnosti a rozsahu je provozovatelům uloženo platnou legislativou (u pitné vody § 4, u koupací vody § 6 zákona č. 258/2000 Sb., ve znění pozdějších předpisů). Získané údaje jsou provozovatelé povinni převést do předepsané elektronické podoby a neprodleně je předat orgánu ochrany veřejného zdraví, respektive je vložit přímo do informačního systému PiVo.

2.1.2.2 Voda pitná - hodnocení situace v Libereckém kraji

Povolení užití vody, která nesplňuje mezní hodnotu ukazatelů vody pitné:

- vodovod Křižany - Žibřidice - ukazatel *pH*, omezení do 31.12.2015, SČVaK a.s.
- vodovod Mařenice - Horní Světlá - ukazatel *pH*, omezení do 30.9.2017, SČVaK a.s.
- vodovod Cvikov (Svor) - ukazatel *pH*, omezení do 31.12.2016, SČVaK a.s.
- vodovod Cvikov (Rousínov) - ukazatel *pH*, omezení do 31.12.2016, SČVaK a.s.
- vodovod Harrachov - Zátíší a Kládová cesta, zásobovaná oblast Harrachov - Rýžoviště - ukazatel *pH*, omezení do 31.8.2015, SČVaK a.s.
- vodovod Roprachtice - zdroj U Lukšů, ukazatel *pH*, omezení do 31.12.2016, Miloš Vyhlídka, Dolní Sytová
- vodovod Roprachtice - zdroj V Ráji, ukazatel *pH*, omezení do 31.12.2016, Miloš Vyhlídka, Dolní Sytová
- vodovod Tříč, ukazatel *pH*, omezení do 31.16.2016, město Vysoké nad Jizerou

Určení mírnějšího hygienického limitu ukazatelů pitné vody s nejvyšší mezní hodnotou:

- vodovod Frýdlant, ukazatel *desethylatrazin*, omezení do 31.12.2016, FVS Frýdlant
- vodovod Kotelsko, ukazatel *atrazin, desethylatrazin, pesticidní látky celkem*, omezení do 31.3.2016, obec Veselá

Tab. č. 13: Ukončené výjimky a určení mírnějšího hygienického limitu v letech 2010-2015 - okres Liberec, Jablonec nad Nisou, Česká Lípa a Semily

Vodovod (oblast dle IS PiVo)	Počet zásobovaných obyvatel	Ukazatel	Trvání od - do
Okres Liberec			
Liberec - Uhelná	3 000	Fe, pH	2004-2010
Liberec - Pekařka +Uhelná	3 928	Fe, pH	2007-2010
Liberec - Pekařka	80	NO ₃	2007-2010
Dětřichov	871	NO ₃	2004-2010
Všelibice - Vrtky	99	∑ atrazin + desethylatrazin	2005-2011
Zdislava - vrt	120	∑ atrazin + desethylatrazin	2006-2011
Rynoltice (zdroj Polesí)	572	pH, Mn, Fe, Al	2004-2012
Frýdlant	7 312	NO ₃	2004-2013
Jítrava - vrt	486	NO ₃	2008-2014

Vodovod (oblast dle IS PiVo)	Počet zásobovaných obyvatel	Ukazatel	Trvání od - do
Okres Jablonec nad Nisou			
SV Jablonec – za vdj. Krásná	2 445	Fe	2006-2010
Josefův Důl (zdroj Kristiánov)	718	Al, pH, Fe	2004-2011
Josefův Důl (zdroj Kristiánov)	718	pH	2009-2011
Malá Skála – Bobov	72	pH	2005-2011
Příchovice - Hvězda	210	As	2008-2011
Plavy - Hampejz	12	pH	2005-2014
SV Jablonec - Rádlo	632	Fe	2007-2013
SV Jablonec – oblast Jiřetín p Bukovou	815	Fe	2009-2014
SV Jablonec – oblast Tanvald – Šumburk, Desná - Pustiny	684	Fe	2009-2014
Souš ÚV - Šumburk	5 123	Fe	2015-2015
Jablonec nad Nisou – Zlatá voda	523	desethylatrazin, metolachlor	2012-2015
Okres Česká Lípa			
Valteřice	250	desethylatrazin, atrazin	2005-2010
Drchlava	79	∑ atrazin + desethylatrazin	2007-2010
Velká Javorská	20	∑ atrazin + desethylatrazin	2005-2011
Dubá - Nedamov	25	∑ atrazin + desethylatrazin	2005-2011
Mařenice, Ústav sociální péče	80	NO ₃	2006-2012
Okres Semily			
Harrachov, ÚV Harrachov	1 500	Al, Fe	2004-2010
Rovensko pod Troskami (zdroj Václaví)	1 220	∑ atrazin + desethylatrazin, simazin, pesticidní látky celkem	2005-2010
Kotelsko	44	NO ₃	2007-2013
TREVOS Mašov	175 zam. + 3 osoby	NO ₃	2005-2010
DESMO a.s., provozovna Víchová n. J.	35	As	2006-2010
Roudný	150	∑ atrazin + desethylatrazin, simazin, pesticidní látky celkem	2008-2010
Turnov-Ohrazenice-Přepeře-Rakousy- Kacanovy-Olešnice	49	Fe	2008-2011
Kotelsko	44	NO ₃ , atrazin, desethylatrazin, pesticidní látky celkem	2010-2013
Paseky nad Jizerou – Nad Papírnou a U vleku	200	pH	2012-2013
Kruh, Tuláčkův statek	50	As	2007-2013
Hrubá Skála, Hotel Štekl+kiosek s občerstvením	140	∑ atrazin+desethylatrazin	2010-2013
Dolní Mísečky, horská chata TESLA	46	As	2010-2013
Dolní Mísečky, Horský hotel Flora	50	As	2010-2013
Záhoří - Proseč	67	∑ atrazin+Desethylatrazin NO ₃	2008-2014 (2005-2014)
Benecko, zdroj Zátíší	300	Al	2008-2014
Benecko, zdroj Pláňka	45	hexazinon	2008-2014
Bukovina u čistě (zdroj Horní studna, Střední studna a Dolní studna)	130	desethylatrazin	2008-2014
Semily - Benešov – Chuchelna-zdroj Chuchelna	51	Fe	2008-2014
Benecko, zdroj Žalý	10	pH	2009-2015
Bistro u Coufalů, Lhota 9	40	As	2009-2015

Zdroj dat: KHS LK

2.1.2.3 Voda pitná - hodnocení rizik zdravotně významných ukazatelů

Pesticidní látky

Kritický účinek	Citlivé skupiny populace	Nejistoty
Narušení hormonální regulace, reprodukční a vývojová toxicita, negenotoxická karcinogenita u zvířat	Kojenci a malé děti, těhotné ženy	Hormonální účinky a karcinogenita u člověka

Tab. č. 14: Kvocient nebezpečí pro příjem desethylatrazinu - Frýdlant

Vodovod Frýdlant	Skupina populace	Kvocient nebezpečí
Pro koncentraci 0,16 µg/l	Kojenci do 3 měsíců	0,00130
	Kojenci do 12 měsíců	0,00098
	Děti 1 až 4 roky	0,00053
	Těhotné ženy	0,00010
	Kojící ženy	0,00034

Ve Frýdlantu obsah pesticidních látek v pitné vodě nepředstavuje zdravotní riziko toxických účinků. Navíc od listopadu 2014 provozovatel vodovodu nainstaloval účinné zařízení k odstranění desethylatrazinu.

Tab. č. 15: Kvocient nebezpečí pro příjem pesticidních látek - Kotelsko

Vodovod Kotelsko	Skupina populace	Kvocient nebezpečí
Pro maximální koncentraci pesticidních látek 0,63µg/l	Kojenci do 3 měsíců	0,00514
	Kojenci do 12 měsíců	0,00387
	Děti 1 až 4 roky	0,00209
	Těhotné ženy	0,00092
	Kojící ženy	0,00133

Obsah pesticidních látek v pitné vodě nepředstavuje zdravotní riziko toxických účinků.

pH

Nízké pH je rozhodující pro vyluhování kovů, navíc pokud je ve vodovodu velmi nízký obsah vápníku a hořčíku může přispívat k deficitu pro člověka nezbytných prvků, jehož důsledkem může být i vyšší riziko úmrtnosti na kardiovaskulární onemocnění. Ve výše uvedených vodovodech k vyluhování kovů nedochází a zdravotní riziko je přijatelné.

2.1.2.4 Voda pitná - řízení rizik

Orgán ochrany veřejného zdraví provádí státní zdravotní dozor dle plánu kontrolní činnosti v každé zásobované oblasti. Vodovod nebo veřejná studěň mají provozní řád, který je schválen Krajskou hygienickou stanicí. Každý rok je předkládán orgánu ochrany veřejného zdraví ke schválení způsob stanovení míst odběru vzorků pitné vody.

2.1.2.5 Voda ke koupání - hodnocení situace v Libereckém kraji

Tab. č. 16: Rizika spojená s koupáním

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

Tab. č. 17: Voda ke koupání - počty provedených kontrol a počty odebraných vzorků v letech 2010-2014

	2010 kontroly/vzorky	2011 kontroly/vzorky	2012 kontroly/vzorky	2013 kontroly/vzorky	2014 kontroly/vzorky
Koupačí oblasti	33/36	32/32	24/30	26/26	26/26
Koupaliště ve volné přírodě	64/98	36/76	36/64	32/53	31/28

Zdroj dat: KHS LK

Zákazy používání povrchové vody ke koupání:

V roce 2010 byly vydány zákazy na Hamerském jezeře a na koupališti Zákupy, a to z důvodu přítomnosti vodního květu sinic a překročení hygienických limitů pro ukazatele sinice a chlorofyl. V roce 2011 byl opět vydán zákaz na Hamerském jezeře z důvodu nadlimitního výskytu sinic. V roce 2012 byly vydány zákazy na vodní ploše Horka – z důvodu nadlimitního výskytu sinic, na koupalištích Mimoň, Hejnice a Chrastava – pro opakované překročení limitů pro ukazatele fekálního znečištění a ukazatel *Pseudomonas aeruginosa*, na koupalištích Český Dub a Hoření Paseky – pro opakované překročení hygienického limitu pro ukazatel *Pseudomonas aeruginosa*.

V letech 2013 a 2014 nebyl během koupací sezóny vyhlášen žádný zákaz koupání.

2.1.2.6 Voda ke koupání - řízení rizik

Orgán ochrany veřejného zdraví provádí státní zdravotní dozor dle plánu kontrolní činnosti. Provozovatelé jsou povinni vypracovat provozní řád, ve kterém stanoví podmínky provozu včetně způsobu úpravy vody umělého koupaliště, koupaliště ve volné přírodě, je-li v něm voda upravována, zásady osobní hygieny zaměstnanců a ochrany zdraví návštěvníků a způsob očisty prostředí. Tento návrh provozního řádu a jeho změny jsou předkládány ke schválení orgánu ochrany veřejného zdraví.

2.1.3. Půda

Venkovní hrací plocha je plocha určená pro hry dětí, jedná se zejména o plochy předškolních a školních zařízení, ale také veřejně přístupné venkovní hrací plochy (dále jen VHP) určené pro hry dětí.

Tab. č. 18: Rizika plynoucí z půdy

Riziko	Konkretizace
Koliformní bakterie a fekální streptokoky (enterokoky)	za určitých okolností, například při oslabení imunity, mohou být původcem široké škály infekčních onemocnění člověka, např. průjmových onemocnění zejména malých dětí nebo zánětlivých onemocnění různých orgánů
Bakterie rodu Salmonella	se do písku mohou dostat s trusem různých zvířat včetně ptáků, mohou být příčinou vzniku infekčního onemocnění, které se projevuje nejčastěji průjemem a zvracením, ale v krajním případě může vést až k dehydrataci organismu a selhání životních funkcí či k chronickému poškození různých cílových orgánů
Škrkavky (rod Toxokara)	se do půdy dostávají s výkaly infikovaných psů a koček. Děti se na pískovišti infikují vajíčky. Onemocnění je charakterizováno migrací larev v organismu. Nákaza se přenáší orální cestou – nemytými rukama. Onemocnění s názvem toxokaróza má většinou chronický průběh a může mít formu orgánovou (záněty, tvorba granulomů) nebo oční, vedoucí až k oslepnutí
Měchovci (rod Ancylostoma)	častí parazité psů a koček. Jejich larvy dokáží proniknout přes lidskou kůži. Děti se infikují přes kůži nebo vkládáním špinavých rukou do úst. Dochází buď k zánětu kůže v místě průniku nebo v důsledku přítomnosti parazita ve střevěch (živí se krví) objevuje anémie a průjem.
Tasemnice (rod Echinococcus)	hostitelem této tasemnice jsou psovité šelmy, člověk je mezihostitelem. V jeho těle se vyvíjejí cysty v různých orgánech, onemocnění trvá mnoho let, postihuje různé vnitřní orgány a způsobuje vážné zdravotní potíže.

2.1.3.1 Půda - zhodnocení situace v Libereckém kraji

Tab. č. 19: Půda - provedené kontroly v letech 2010-2014

ukazatel	počet				
	rok 2010	rok 2011	rok 2012	rok 2013	rok 2014
evidované VHP s provozovatelem v LK	113	113	113	123	124
odebrané vzorky písku	9	12	0	1	3
nevyhovující vzorky písku	1	1	0	0	0

Zdroj dat: KHS LK

2.1.3.2 Půda - řízení rizik

Orgán ochrany veřejného zdraví provádí státní zdravotní dozor dle plánu kontrolní činnosti. Provozovatelé jsou povinni vypracovat provozní řád, který by měl obsahovat údaje o provozovateli, správci, odpovědnost za úklid a údržbu, údaje o provozní době, denním úklidu, režimu údržby a výměny písku, zábraně vstupu volně pobíhajících zvířat apod.

2.1.4. Hluk

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.

Liniové zdroje hluku (doprava) jsou zmapovány a v režimu časově omezené výjimky jsou nařízena opatření ke snížení hluku.

Tab. č. 20: Liniové zdroje hluku – udělené výjimky

Číslo komunikace	Termín ukončení časově omezeného povolení	Počet exponovaných obyvatel
I/10	31.12.2015	2 353
I/14	31.12.2015	3 916
I/65	31.12.2015	165
I/13	31.12.2016	3 530
III/2784	31.12.2021	30
I/35	31.12.2017	860
I/9	31.12.2017	606

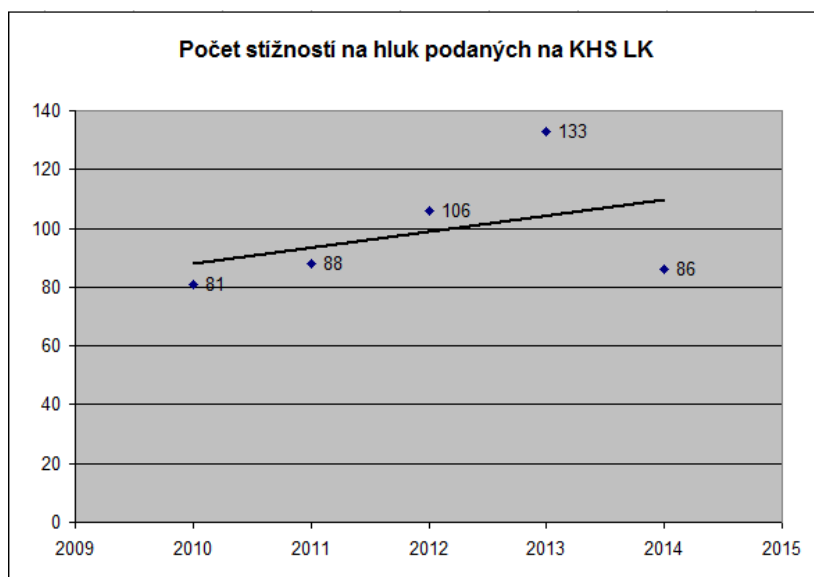
Zdroj dat: KHS LK

Protihluková opatření jsou řešena jak koncepčně – obchvaty, změna dopravních toků, tak ve formě individuálních protihlukových opatření na objektech.

V roce 2012 (komunikace I/10), 2013 (komunikace I/13) a 2014 (komunikace I/35) proběhla ze strany Krajské hygienické stanice Libereckého kraje se sídlem v Liberci kontrola dodržování podmínek časově omezeného povolení s výsledkem, že podmínky jsou dodržovány.

Kromě liniových zdrojů hluku jsou trvalým zdrojem stížnosti občanů zejména hudební produkce, průmyslová výroba či hlučné chování.

Graf č. 99: Počet stížností na hluk podaných KHS Libereckého kraje v letech 2009-2015



Zdroj: KHS LK

2.2. Životní styl

V České republice je zhruba 40 % osob s nadváhou a 20 % jich trpí obezitou. Kouří zde, ať už pravidelně nebo příležitostně téměř 40 % mužů a 30 % žen. Také konzumace alkoholu je v ČR značně rozšířená. Více než 45 % mužů konzumuje alkohol minimálně 1x týdně, alespoň 1x měsíčně se pak opije 27 % z nich. U žen je častá konzumace alkoholu méně rozšířená, minimálně 1x týdně jej v ČR konzumuje přes 14 % z nich. Alespoň 1x měsíčně se jich silně opije 7,5 %, čímž bohužel předčí i muže z leckterých evropských zemí. Obyvatelé města Liberec jsou ve všech těchto negativních hlediscích lehce pod průměrem ČR.

Pro poruchy způsobené užíváním nealkoholových drog je v ČR léčeno 1,34 % obyvatel, někdy ve svém životě drogy užilo 19 % mužů a 12 % žen.

Roste časový stres či přepracovanost, uvádí ho přes 18 % pracujících mužů a téměř 17 % pracujících žen.

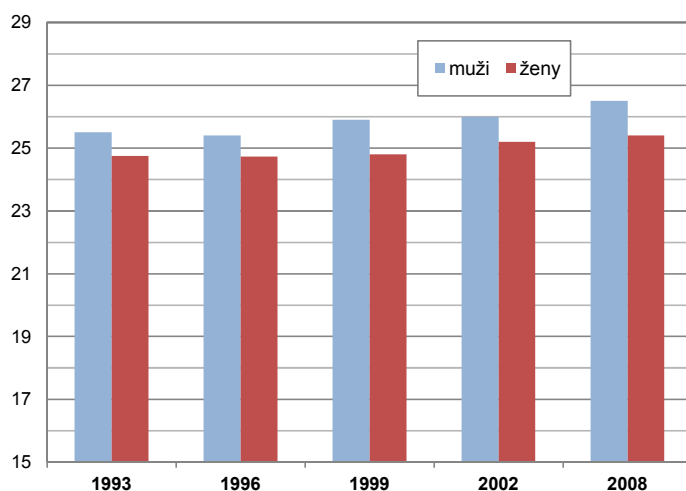
2.2.1. Výživa

Problémem obyvatel Libereckého kraje, stejně tak jako celé ČR i většiny civilizovaného světa, je nadbytek potravy, jejích jednotlivých složek a nadměrný energetický příjem. Kromě přímého vlivu, např. nadměrného příjmu solí na nárůst hypertenze, nadměrného příjmu jednoduchých cukrů na nárůst zubního kazu či cukrovky 2. typu (DM II) nebo satureovaných tuků na nárůst hypercholesterolemie a aterosklerózy, je rozhodujícím dopadem špatné výživy do zdravotního stavu našich obyvatel obezita. Nemoc vyvolávající nemoci další – kardiovaskulární nemoci, především ICHS, diabetes mellitus, dnu, poruchy pohybového aparátu, atd.

Pro kvantifikaci obezity a nadváhy pro účely nejrůznějšího srovnání se v posledních letech často používá tzv. index tělesné hmotnosti (anglicky Body Mass Index, zkráceně BMI). Tento index je vyjádřením poměru tělesné výšky a hmotnosti a vypočítá se vydělením hmotnosti daného člověka (v kilogramech) druhou mocninou jeho výšky (v metrech). Hodnoty výsledného indexu se pak podle metodiky Eurostatu dělí do 4 následujících kategorií: podváha (BMI menší než 18,5), normální váha (BMI = 18,5 - 24,99), nadváha (BMI = 25 - 29,99), obezita (více než 30).

Vývoj průměrné hodnoty BMI obyvatel České republiky zjišťované v rámci pravidelného výběrového šetření o zdravotním stavu obyvatel HIS, resp. EHIS ČR je znázorněn v následujícím grafu č. 100. Je zřejmé, že průměrná hodnota toho indexu pro obě pohlaví trvale roste. V roce 2008 dosahovala úrovně 26,5 u mužů a 25,4 u žen, což odpovídá jak pro muže, tak pro ženy nadváze.

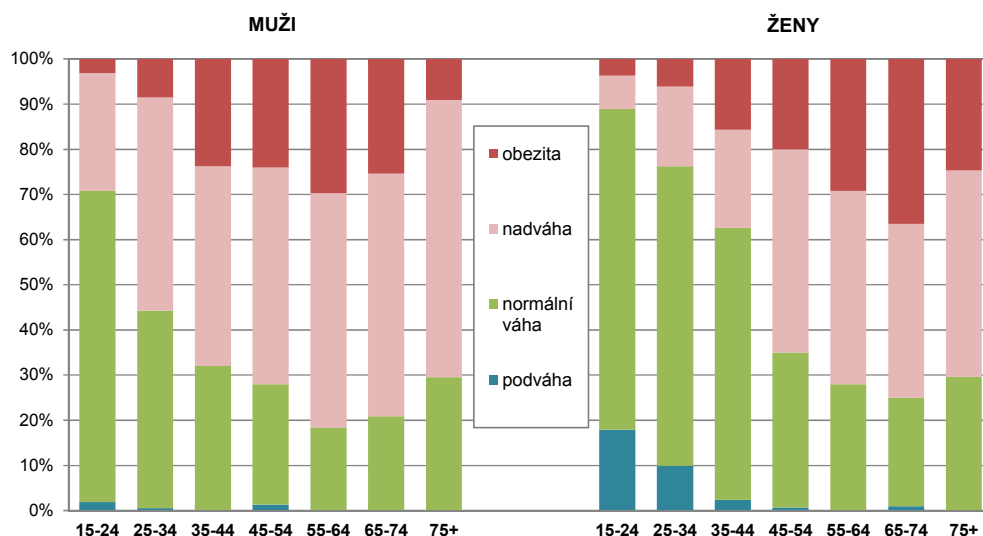
Graf č. 100: Vývoj průměrného BMI v ČR



Zdroj dat: ÚZIS ČR, HIS CR 1993-2002, EHIS 2008

S věkem se podíl obézních osob zvyšuje, po padesátém roce je vyšší než podíl osob s normální váhou, a to jak u mužů, tak u žen, kde je situace v mladších věkových skupinách výrazně příznivější. Hodný zřetel by měl být také opačný extrém, vysoký podíl dívek ve věku 15-24 let s podváhou (téměř 18 %).

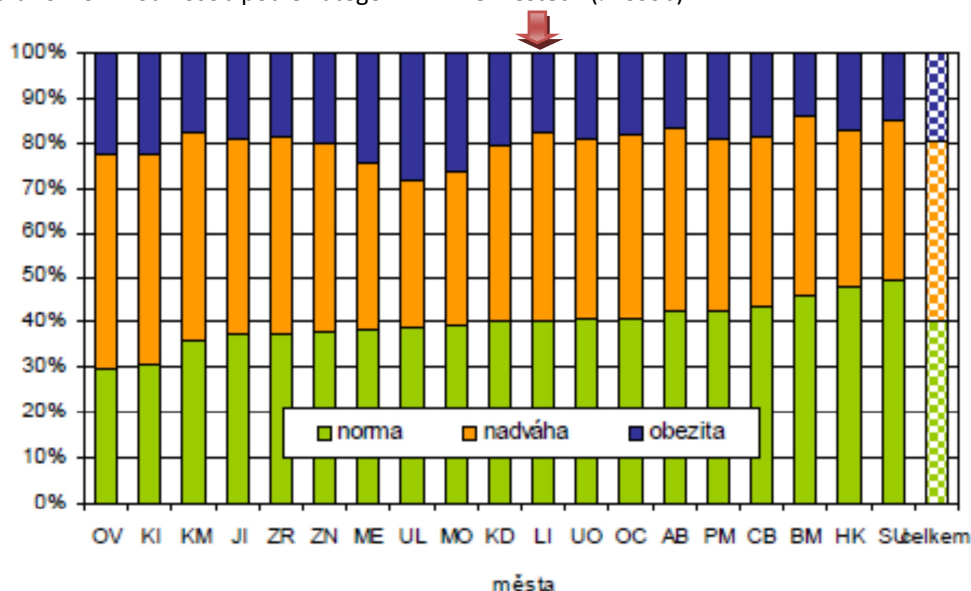
Graf č. 101: Struktura obyvatel ČR podle kategorie BMI, pohlaví a věku v roce 2008



Zdroj dat: ÚZIS ČR, EHIS 2008

K obdobným výsledkům dospěla také studie HELEN (Health, Life Style and Environment) Státního zdravotního ústavu Praha, která proběhla zatím ve 3 etapách v 19 městech České republiky. Podle této studie v letech 2009-2010 trpělo zhruba 40 % osob nadváhou a 20 % osob obezitou. Situace ve městě Liberec odpovídá průměru, jen lehce nižší podíl obézních osob je kompenzován vyšším podílem osob s nadváhou.

Graf č. 102: Podíl osob podle kategorií BMI ve městech (% osob)

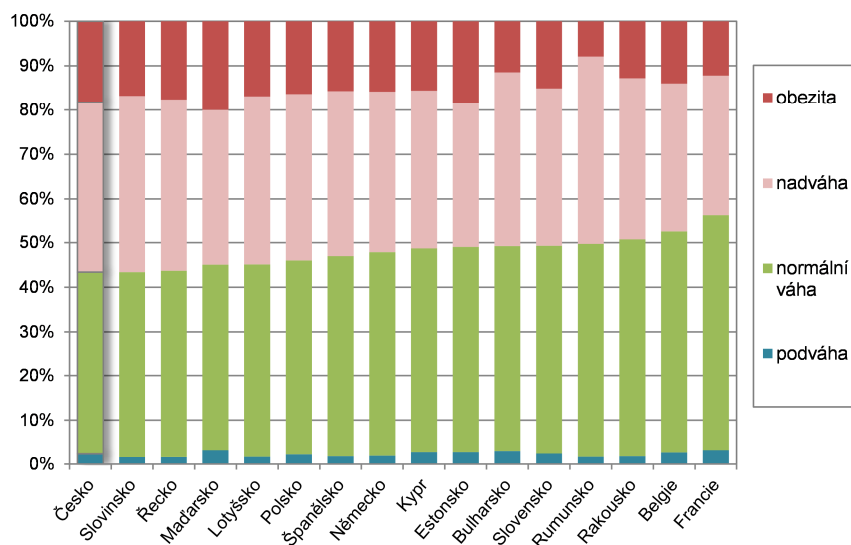


AB ... Praha	BM ... Brno	CB ... České Budějovice	HK ... Hradec Králové	JI ... Jihlava	KI ... Karviná	KD ... Kladno
KM ... Kroměříž	LI ... Liberec	ME ... Mělník	MO ... Most	OC ... Olomouc	OV ... Ostrava	PM ... Plzeň
SU ... Šumperk	UL ... Ústí nad Labem	UO ... Ústí nad Orlicí	ZN ... Znojmo	ZR ... Žďár nad Sázavou		

Zdroj dat: Studie HELEN 2010, SZÚ Praha

V rámci celé Evropy patří Česká republika mezi země s nejnižším podílem osob s normální váhou.

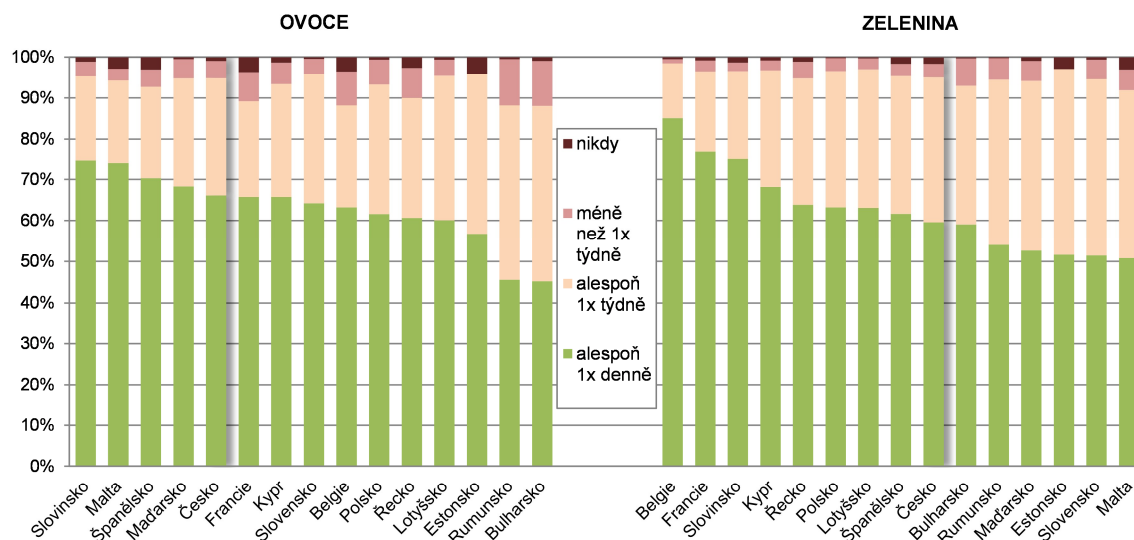
Graf č. 103: Mezinárodní srovnání struktury obyvatel podle kategorií BMI (rok 2008)



Zdroj dat: Eurostat

Z hlediska konzumace ovoce a zeleniny se Česká republika řadí mezi průměr, přičemž ovoce konzumujeme častěji než zeleninu. Srovnání s vybranými zeměmi EU nabízí graf č. 104.

Graf č. 104: Podíly osob podle frekvence konzumace ovoce a zeleniny (rok 2008)



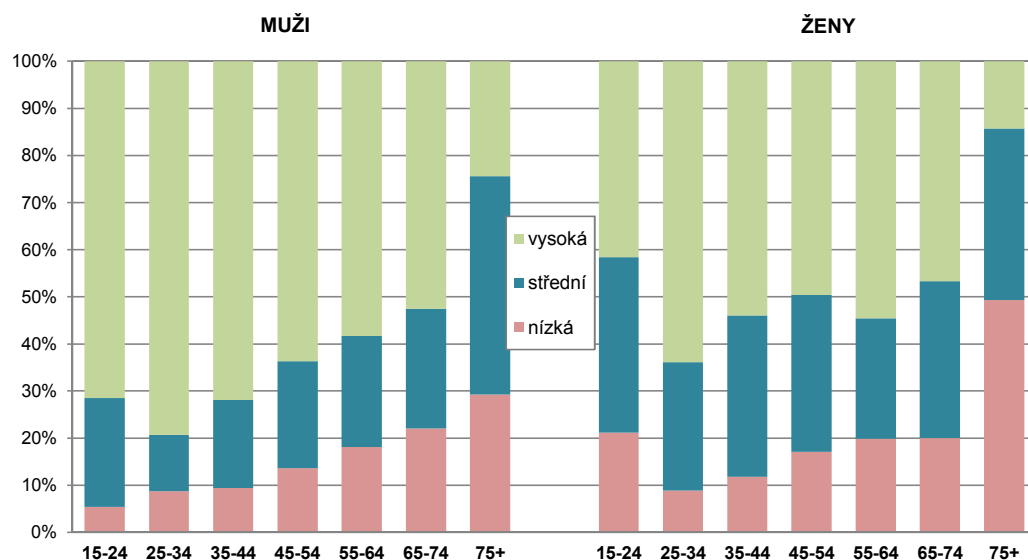
Zdroj dat: Eurostat

2.2.2. Pohybová aktivita

Dalším významným faktorem ovlivňujícím zdravotní stav je fyzická aktivita. Statistické podchycení míry pohybové aktivity je komplikované a neustále se zdokonaluje. Ve výběrovém šetření EHIS 2008, prováděném podle harmonizované metodiky EU, je fyzická aktivita nově uvažována celkově v zaměstnání i ve volném čase zároveň, nikoliv pouze volnočasová, jak tomu bývalo dříve. Jedním z ukazatelů

pohybové aktivity, který lze podle metodiky Eurostatu vypracovat, je ukazatel IPAQ (International Physical Activity Questionnaire). Tento ukazatel člení obyvatele do následujících kategorií fyzické aktivity: vysoká, střední a nízká (podrobný popis viz. *Evropské výběrové šetření o zdraví v České republice EHIS 2008, ÚZIS ČR*).

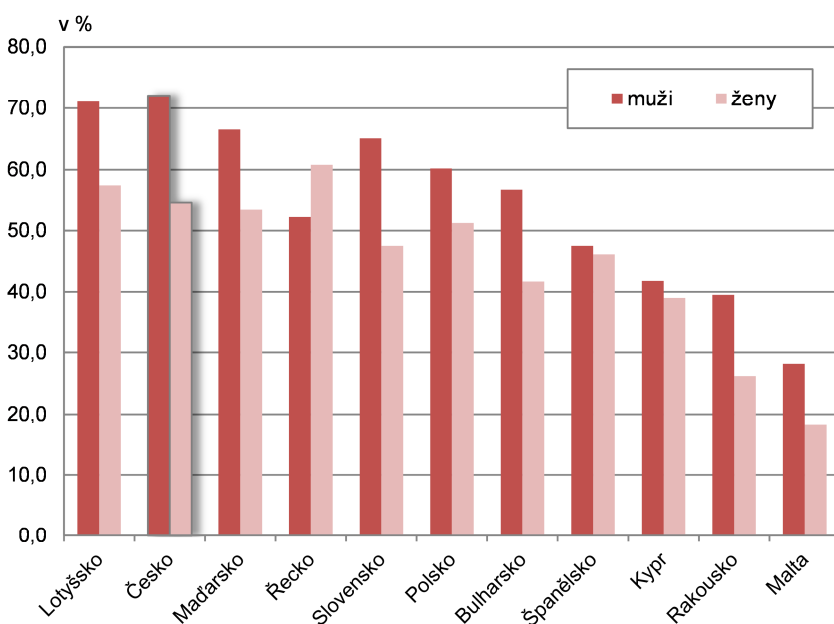
Graf č. 105: Struktura obyvatel ČR podle kategorie fyzické aktivity, pohlaví a věku v roce 2008



Zdroj dat: ÚZIS ČR, EHIS 2008

Celkově bylo v roce 2008 zaznamenáno 16 % osob s nízkou fyzickou aktivitou (12,5 % muži, 19 % ženy), 27 % osob se střední fyzickou aktivitou (21 % muži, 32 % ženy) a 57 % osob s vysokou fyzickou aktivitou (66 % muži, 49 % ženy). Rozdíly mezi pohybovou aktivitou u mužů a u žen jsou výrazné.

Graf č. 106: Mezinárodní srovnání podílu populace praktikující denně alespoň 30 minut střední či intenzivní pohybu - rok 2008



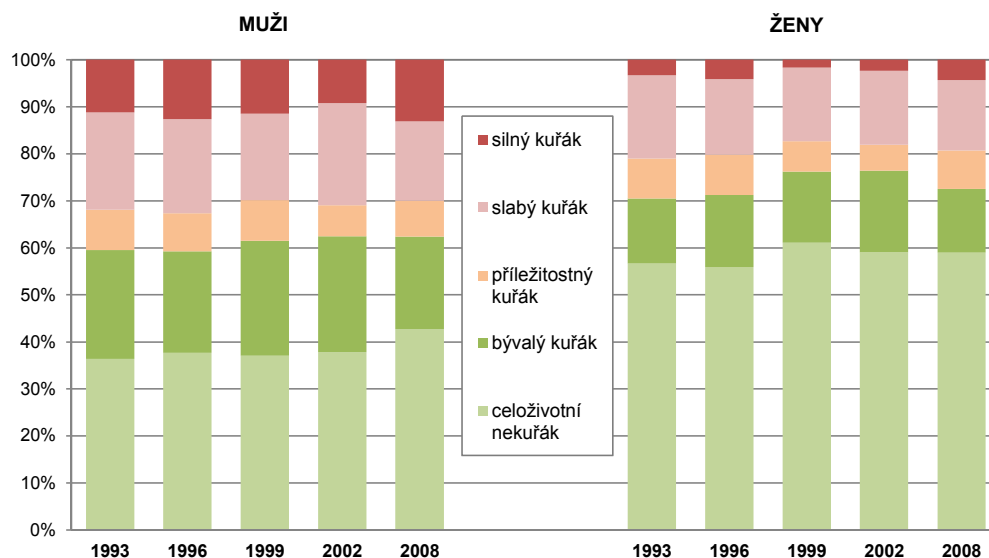
Zdroj dat: Eurostat

Ve srovnání s jinými vybranými evropskými zeměmi vycházejí obyvatelé České republiky, co se týče fyzické aktivity, velice dobře. Více než 72 % mužů se denně alespoň 30 minut intenzivně pohybuje, což je z uvedených zemí nejvyšší podíl. Stejnou míru intenzivní pohybové aktivity má v ČR necelých 55 % žen.

2.2.3. Kouření

Kouření zásadním způsobem negativně ovlivňuje zdravotní stav, přesto velká část populace kouří. Podle zjištění výběrového statistického šetření EHIS, které proběhlo v roce 2008 mezi obyvateli ČR starší 15 let, téměř 38 % mužů a více než 27 % žen kouřilo (ať už příležitostně nebo pravidelně). Od roku 1993 tento podíl mírně klesal, ale u žen se tento pozitivní trend mezi lety 2002 a 2008 přerušil a podíl kuřáček se znovu zvýšil.

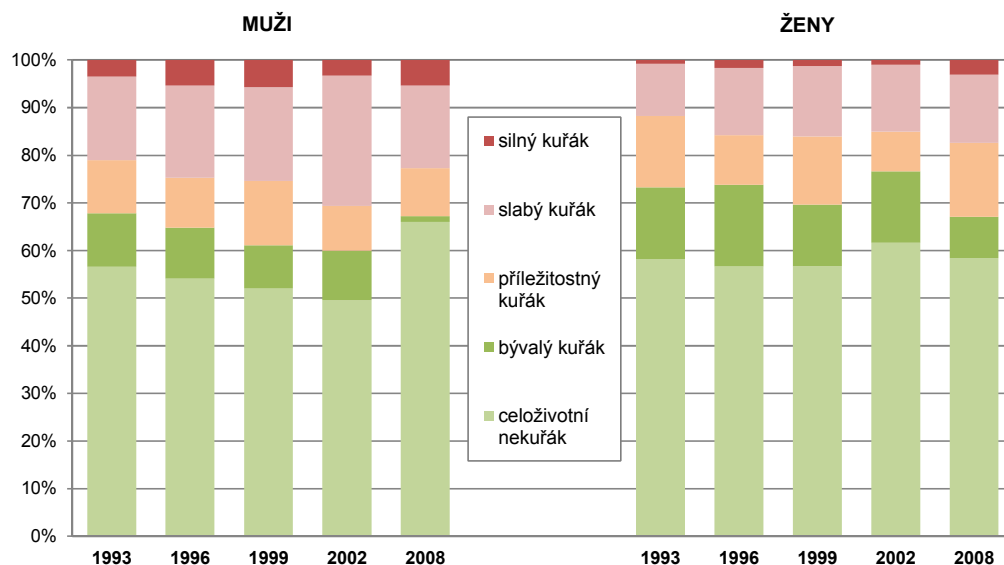
Graf č. 107: Struktura obyvatel ČR ve věku **15+** podle typu kuřáctví a pohlaví (v %)



Zdroj dat: ÚZIS ČR, HIS CR 1993-2002, EHIS 2008

V nejmladší sledované věkové skupině (15-24 let) jsou tyto trendy poněkud odlišné. Mezi mladými muži do roku 2002 klesal podíl nekuřáků, zejména díky nárůstu slabých kuřáků. V roce 2008 byla zaznamenána změna tohoto trendu, významně se zvýšil podíl nekuřáků, velká část těchto mužů na rozdíl od předchozích let ani nikdy nezačala kouřit a významně se také snížil podíl slabých kuřáků. Podíl mladých mužů kouřících silně nebo příležitostně zůstal stejný. U žen ve věku 15-24 let bohužel k pozitivnímu obratu nedošlo. Podíl slabých kuřáček je od roku 1996 neměnný, bohužel výrazně vzrostl podíl příležitostných kuřáček. Celkový podíl kuřáků ve věkové skupině byl v roce 2008 stejný jak u mužů, tak u žen a dosahoval téměř 33 %.

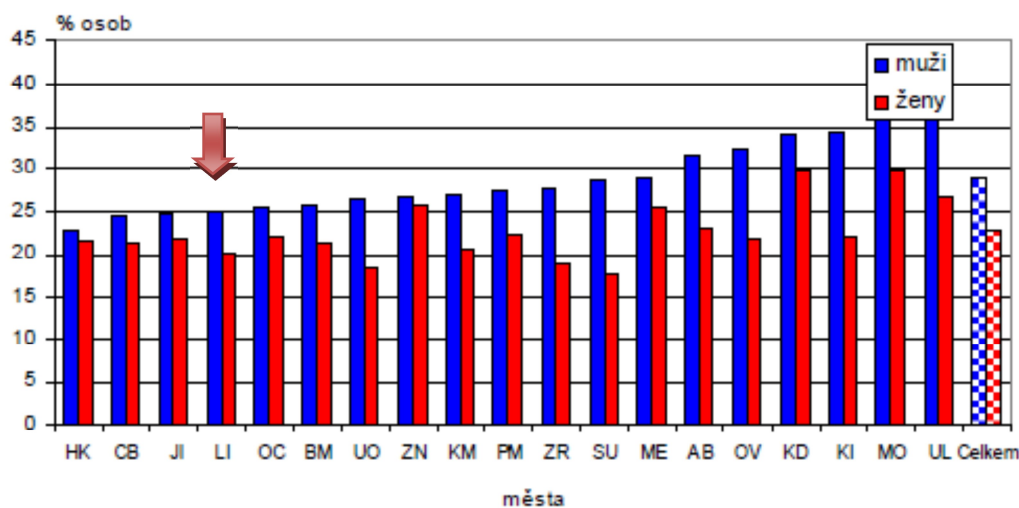
Graf č. 108: Struktura obyvatel ČR ve věku 15-24 let podle typu kuřáctví a pohlaví (v %)



Zdroj dat: ÚZIS ČR, HIS CR 1993-2002, EHIS 2008

Ve studii HELEN (Health, Life Style and Environment) Státního zdravotního ústavu Praha bylo v průběhu let 2009 a 2010 zjištěno v 19 městech České republiky v průměru 32,1 % kuřáků mezi muži a 25,7 % kuřaček mezi ženami. V Liberci byla situace o něco příznivější, zařadil se mezi města s nejnižším podílem kuřáků (kouří zde pětina žen a čtvrtina mužů).

Graf č. 109: Podíl kuřáků ve městech (% mužů a žen)

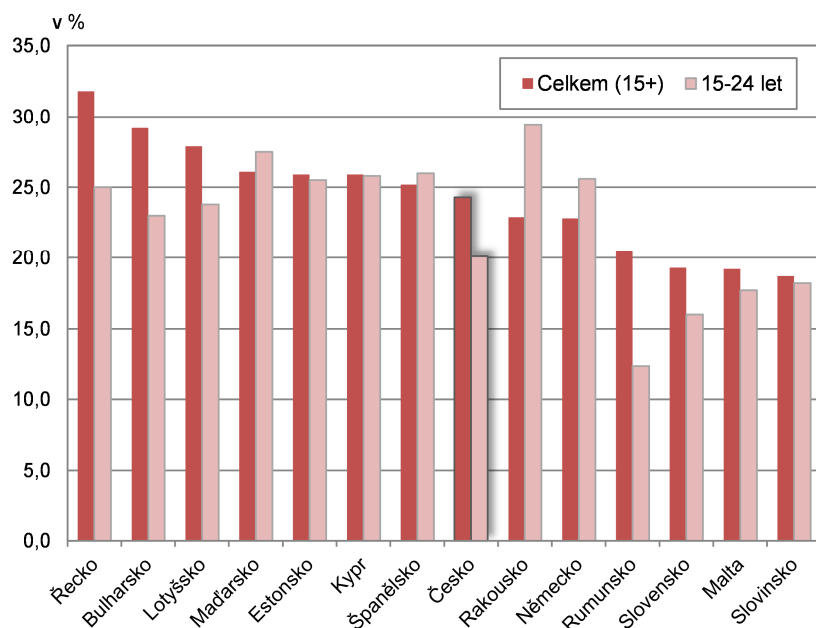


AB ... Praha	BM ... Brno	CB ... České Budějovice	HK ... Hradec Králové	JI ... Jihlava	KI ... Karviná	KD ... Kladno
KM ... Kroměříž	LI ... Liberec	ME ... Mělník	MO ... Most	OC ... Olomouc	OV ... Ostrava	PM ... Plzeň
SU ... Šumperk	UL ... Ústí nad Labem	UO ... Ústí nad Orlicí	ZN ... Znojmo	ZR ... Žďár nad Sázavou		

Zdroj dat: Studie HELEN 2010, SZÚ Praha

I v ostatních státech Evropy je kouření značně rozšířené, Česká republika v tomto ohledu nijak nevybočuje. V grafu č. 110 je srovnání podílu denních kuřáků v roce 2008 z dostupných dat Eurostatu.

Graf č. 110: Mezinárodní srovnání podílu denních kuřáků (rok 2008)

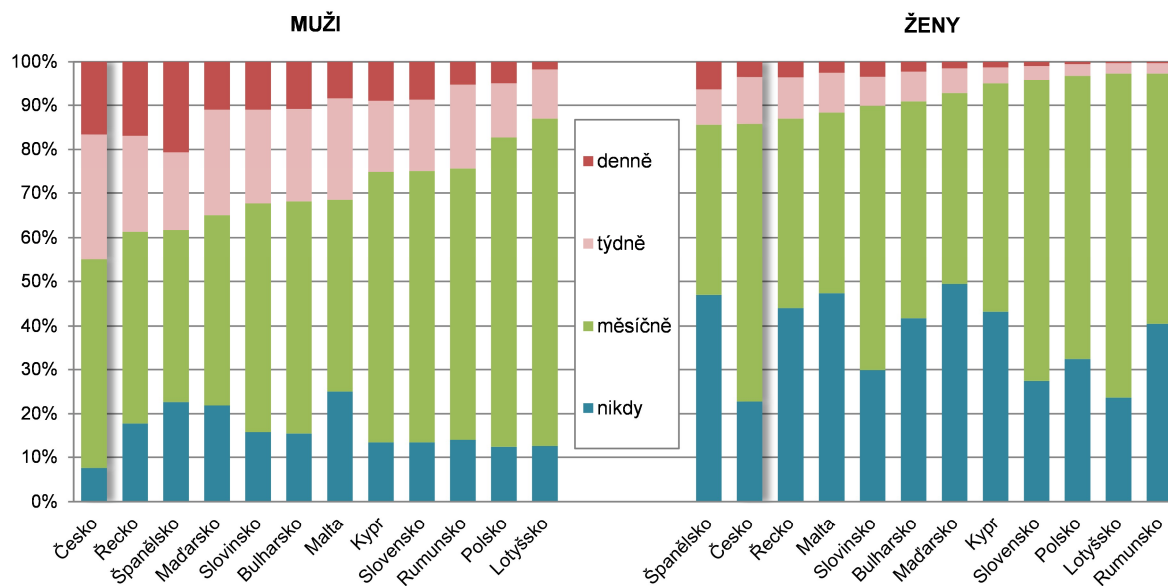


Zdroj dat: Eurostat

2.2.4. Alkohol

Konzumace alkoholu je v České republice značně rozšířená. Z výsledků evropských šetření o zdraví vyplývá, že zde více než 45 % mužů konzumuje alkohol minimálně 1x týdně, což je nejvyšší podíl ze zemí zapojených do šetření. U žen je takto častá konzumace alkoholu méně rozšířená, minimálně 1x týdně ho v ČR konzumuje přes 14 %.

Graf č. 111: Frekvence konzumace alkoholu - mezinárodní srovnání (rok 2008)

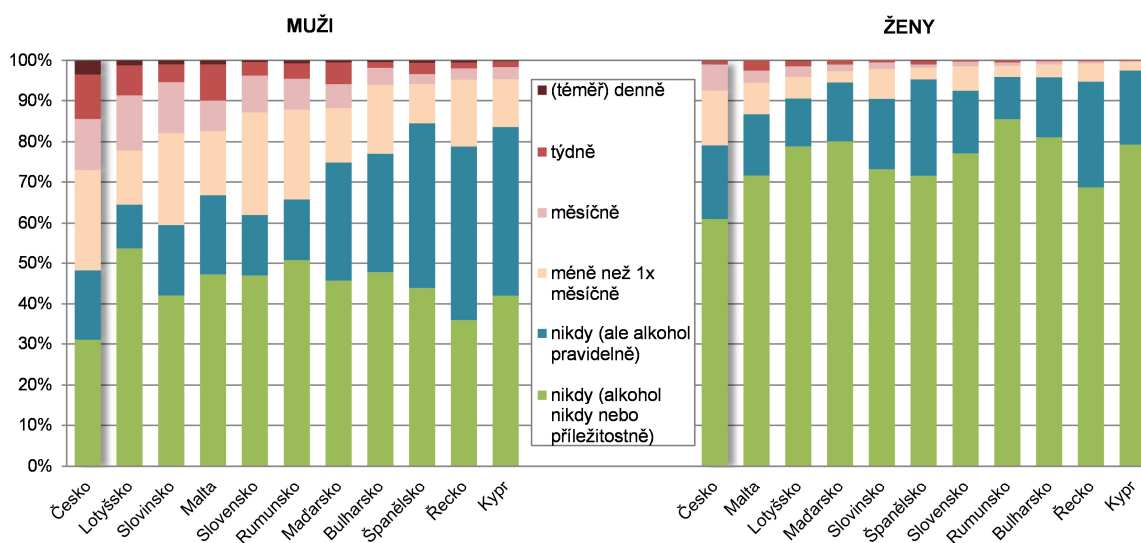


Zdroj dat: Eurostat

Ještě více znepokojující je rozšíření nadměrné konzumace alkoholu v ČR. Nadměrnou konzumaci definoval Eurostat jako vypití 6 a více standardních nápojů při jedné příležitosti. V České republice pouze 48 % mužů alkohol nadměrně nekonzumuje, alespoň 1x měsíčně se opije 27 % a minimálně 1x týdně pak 14 % mužů. V ostatních evropských zemích, pro která jsou dostupná srovnatelná data, je situace výrazně odlišná. Alkohol se zde také často konzumuje pravidelně, ale není zvykem se opíjet. Například ve Španělsku se minimálně 1x měsíčně opije „jen“ 6 % mužů.

Ženy konzumují alkohol nadměrně výrazně méně často než muži. V České republice nikdy nevypilo 6 a více standardních alkoholických nápojů při jedné příležitosti téměř 80 % žen. Ve srovnání s jinými evropskými zeměmi je to však stále nízké číslo. V pravidelném silném opíjení bohužel české ženy předčí i muže z některých evropských zemí (alespoň 1x měsíčně se jich v ČR takto silně opije 7,5 %).

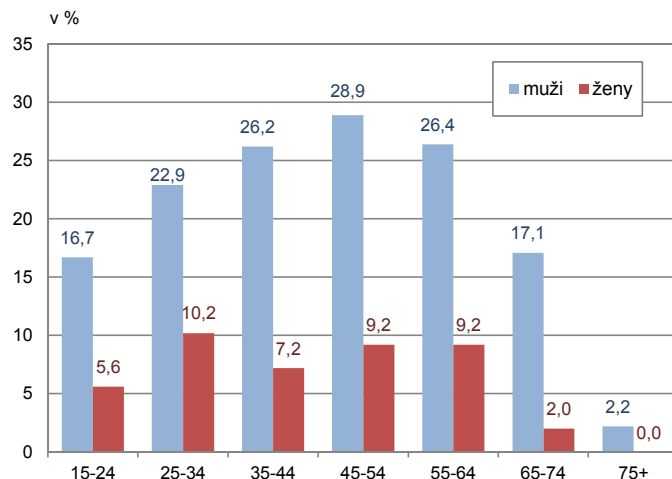
Graf č. 112: Frekvence nadměrné konzumace alkoholu - mezinárodní srovnání (rok 2008)
(6 a více standardních nápojů)



Zdroj dat: Eurostat

Z šetření o zdraví lze zkonstruovat i jiný ukazatel zachycující jednoznačně závadnou konzumaci alkoholu. Jedná se o souhrnný ukazatel AUDIT-C skóre, který dává dohromady jak často a jak velké množství alkoholu bylo v posledním roce zkonsumováno. Rozložení rizikových konzumentů alkoholu z hlediska věku a pohlaví je zobrazeno v grafu č. 113.

Graf č. 113: Podíl rizikových konzumentů alkoholu v ČR (rok 2008)

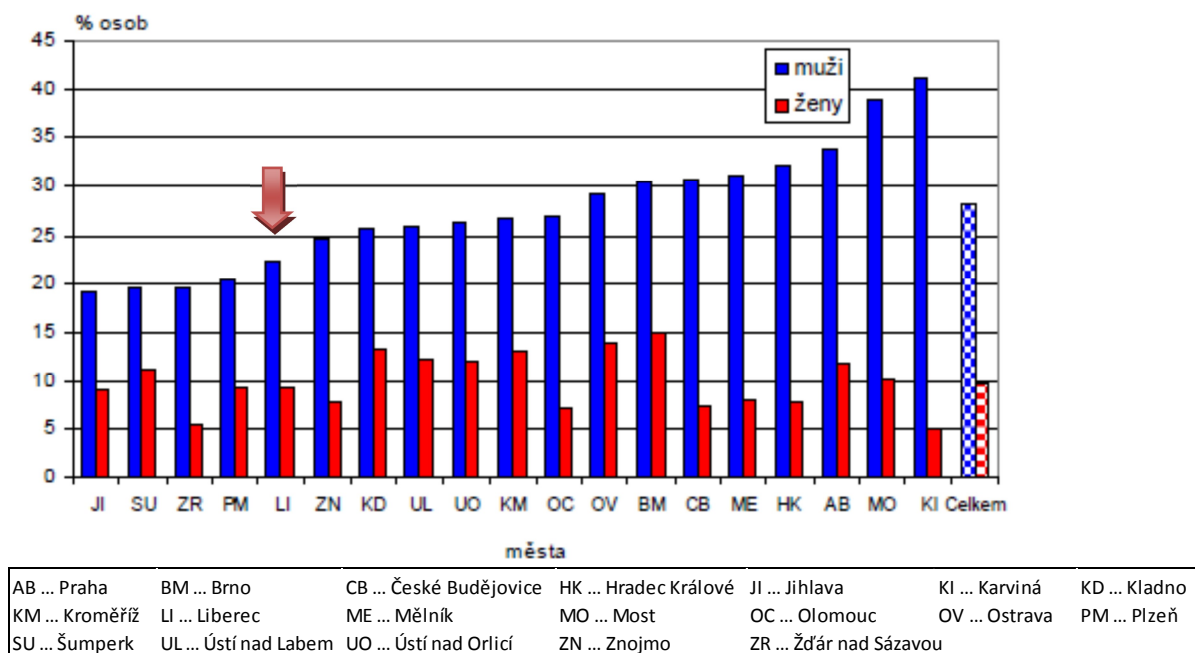


Zdroj dat: ÚZIS ČR, EHIS 2008

Nadměrnou konzumaci alkoholu zjišťoval i Státní zdravotní ústav Praha ve své studii HELEN. Konzumace alkoholu byla stanovena přepočtem uvedené týdenní spotřeby piva, vína a destilátů na gramy čistého alkoholu. Hodnota, která již vede k poškození zdraví byla, v souladu s doporučeními platnými v interní medicíně, stanovena jako příjem alkoholu větší než 30 g/den u mužů a 20 g/den u žen.

Podle těchto kritérií požívalo alkohol nadměrně 28,3 % mužů a 9,7 % žen. Z 19 sledovaných měst byl tento podíl ve městě Liberec pátý nejvyšší.

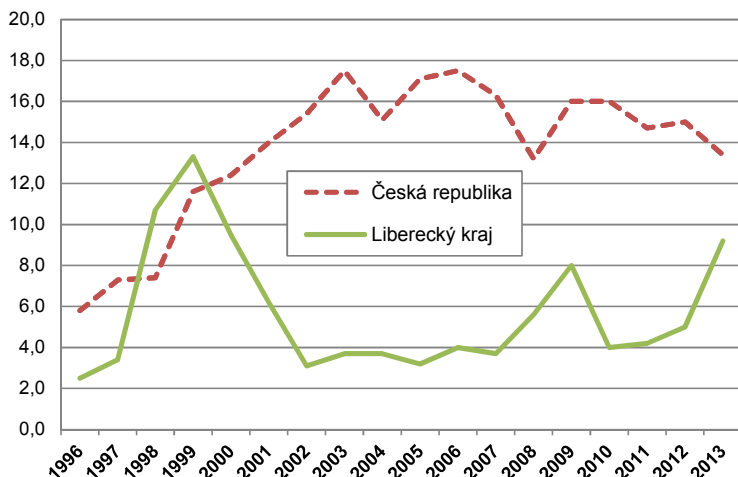
Graf č. 114: Nadměrná konzumace alkoholu ve vybraných městech ČR (% osob)



Zdroj dat: Studie HELEN 2010, SZÚ Praha

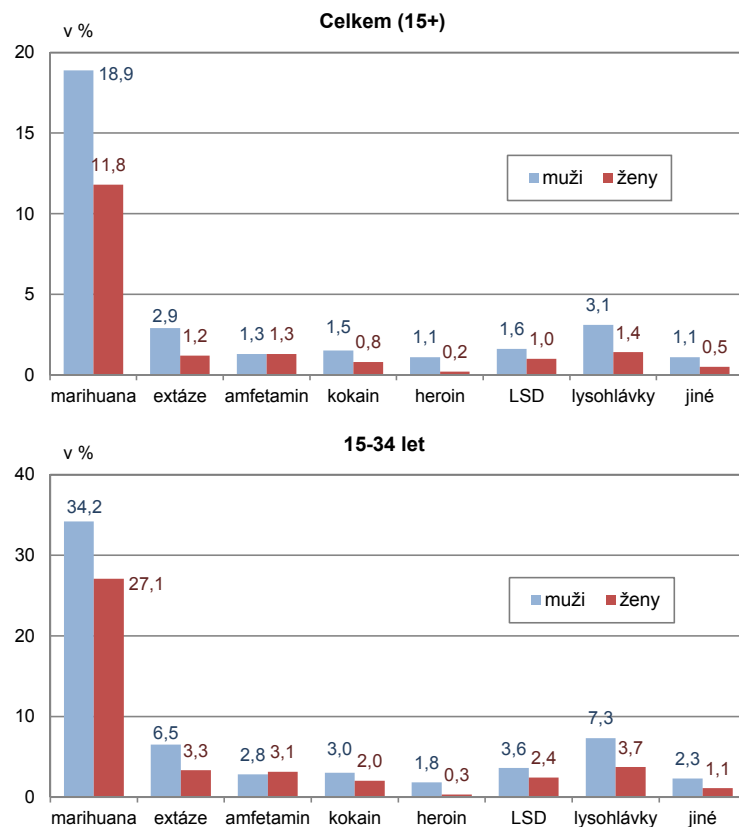
2.2.5. Drogy

V roce 2013 se léčilo v ambulantních psychiatrických odděleních a AT poradnách celkem 8 970 mužů a 5 093 žen zneužívajících psychoaktivní látky (vyjma alkoholu). Z celkového počtu obyvatel ČR je to 1,34 % léčených s poruchami způsobenými užíváním nealkoholových drog. Počty těchto pacientů do roku 2003 výrazně rostly, od roku 2003 pak s menšími výkyvy mírně klesají. Údaje za Liberecký kraj, znázorněné v grafu č. 115, obsahují data podle místa poskytování péče a nikoliv podle bydliště pacienta, což je třeba mít při interpretaci dat na zřeteli.

Graf č. 115: Uživatelé drog v evidenci AT poraden na 10 000 obyvatel

Zdroj dat: ÚZIS ČR

Ne všichni uživatelé drog však vyhledávají lékařskou pomoc. Z výsledků výběrové šetření EHIS z roku 2008 vyplývá, že v České republice někdy ve svém životě užilo drogu 19 % mužů a 12 % žen starších 15 let. Nejčastěji užívanou drogou je marihuana, z dalších drog byly nejvíce rozšířené lysohlávky, extáze a LSD, podíl jejich uživatelů je však výrazně nižší než podíl uživatelů marihuany. Nejvyšší je celoživotní prevalence užívání drog v mladší věkové skupině, mezi obyvateli ve věku 15-34 let někdy užilo drogu téměř 35 % mužů a téměř 28 % žen. Roční prevalence užívání drog je v této věkové skupině také poměrně vysoká, během posledních 12-ti měsíců užilo drogu 13 % mužů a 8,5 % žen ve věku 15-34 let.

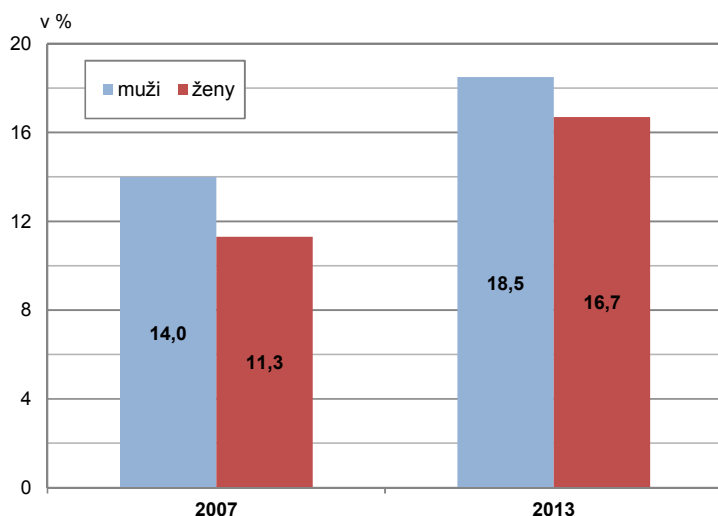
Graf č. 116: Celoživotní prevalence užívání drog podle typu celkem a ve věku 15-34 let

Zdroj dat: ÚZIS ČR, EHIS 2008

2.2.6. Stres

Dalším nepochybným faktorem s negativním dopadem na zdraví je stres. Český statistický úřad opakovaně zjišťoval v rámci ad-hoc zjišťování výběrového šetření pracovních sil (VŠPS) v roce 2007 a 2013 podíl pracujících vystavených rizikům nepříznivě ovlivňujícím jejich zdravotní stav. Podíl mužů i žen čelících v zaměstnání pocitu přepracování nebo časovému stresu vzrostl. V roce 2013 bylo stresu z přepracovanosti nebo časového vypětí vystaveno 18,5 % pracujících mužů a 16,7 % žen. Oproti roku 2007 došlo k nárůstu podílu osob vystavených v zaměstnání stresu u mužů o třetinu a u žen téměř o polovinu.

Graf č. 117: Podíl pracujících vystavených stresu (časový stres či přepracovanost)



Zdroj dat: ČSÚ, VŠPS

2.3. Sociálně ekonomické faktory zdraví

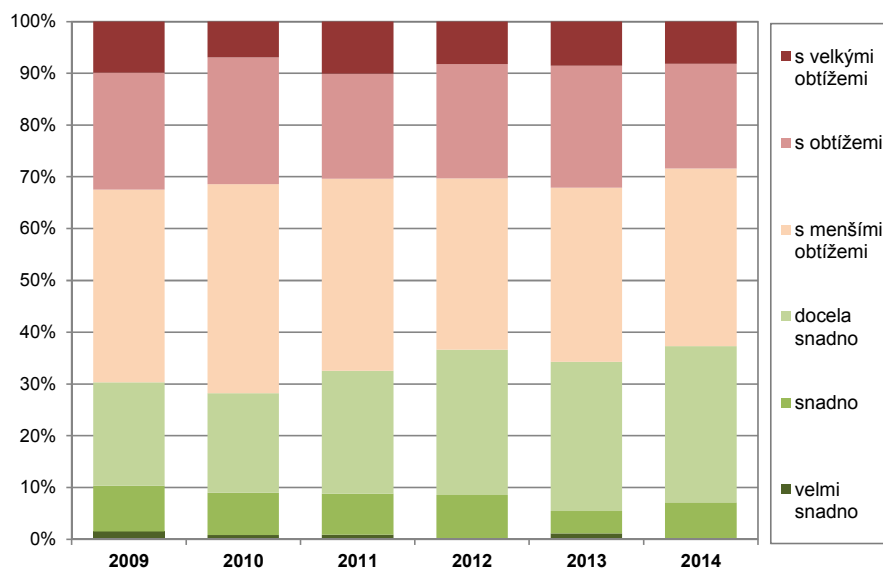
Téměř 63 % domácností v Libereckém kraji uvádí, že se svými příjmy vychází s menšími či většími obtížemi, velké obtíže pak má přes 8 % domácností. Dále je 14 % domácností, které si nemohou z finančních důvodů dovolit jíst obden maso a 6 % domácností, které ze stejných důvodů nemohou dostatečně vytápět svůj byt.

Sociálně ekonomické faktory – sociální status, sociální opora a kontakty, vzdělání, HDP, příjem a jeho diference ve společnosti, zaměstnanost, sociální vyloučení, to všechno jsou faktory, které rozhodují o zdravotním stavu obyvatelstva ve stejné ne-li větší míře než všechny ostatní faktory dohromady.

Podchycení některých z nich lze nalézt ve výběrovém šetření o zdravotním stavu obyvatel EHIS, které zajišťuje ÚZIS ČR (sociální kontakty, vzdělání, příjem, rodinný stav). Pro účely této publikace jsme použili data ze šetření EU-SILC (Survey on Income and Living Conditions), každoročně prováděným Českým statistickým úřadem pod názvem „Životní podmínky“. Toto šetření zjišťuje zejména pracovní aktivitu, životní podmínky a příjmy obyvatelstva, obsahuje však také otázky na zdravotní stav a dále otázky vztahující se k potížím spojeným s neposkytnutím zdravotní péče v případě její potřeby.

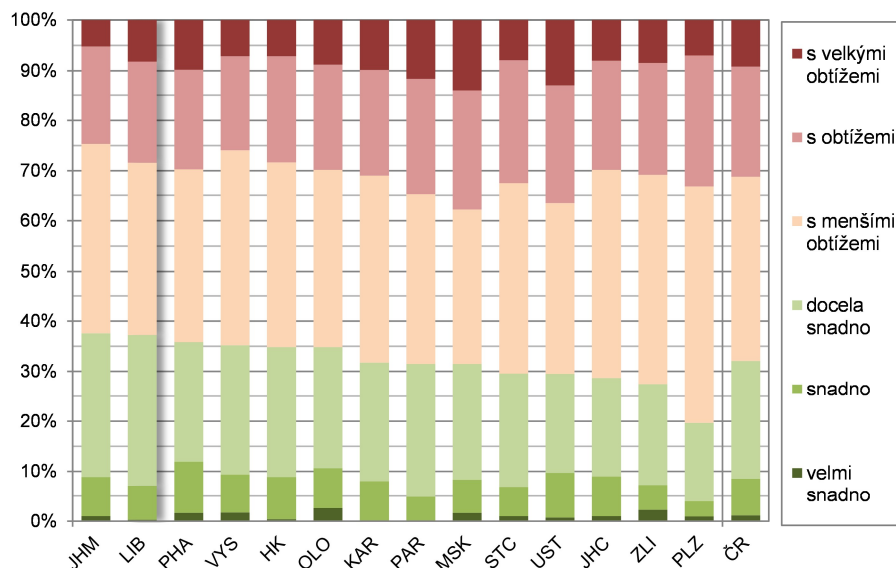
S obtížemi vycházelo v Libereckém kraji s příjmy téměř 63 % domácností, s většími či velkými to pak bylo více než 28 %. V celé České republice jsou však tyto podíly ještě vyšší, s nějakými obtížemi vycházelo v ČR téměř 68 % domácností, větší či velké obtíže mělo s příjmy více než 31 %. Pozitivní skutečností je, že v roce 2014 tento podíl poklesl.

Graf č. 118: Jak snadno vycházely domácnosti s příjmem (podíl domácností v %) - Liberecký kraj



Zdroj dat: ČSÚ, EU-SILC

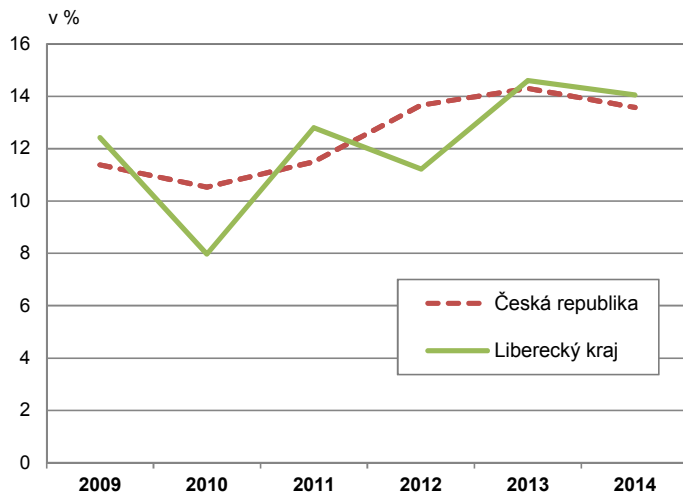
Graf č. 119: Jak snadno vycházely domácnosti s příjmem - srovnání mezi kraji v roce 2014



Zdroj dat: ČSÚ, EU-SILC

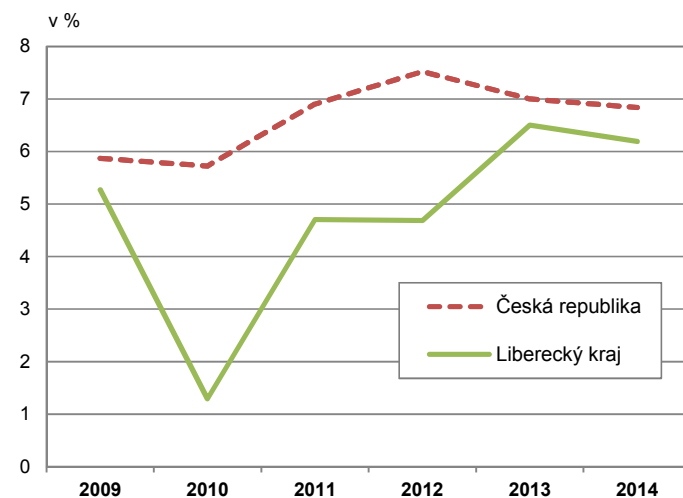
V Libereckém kraji je 14 % domácností, které si nemohou dovolit z finančních důvodů jíst obden maso. Což odpovídá celorepublikovému průměru (v celé ČR je to 13,6 %). Dále je 6 % domácností, které nemohou z finančních důvodů dostatečně vytápět byt. V celé ČR je to pak ještě o něco více (téměř 7 %).

Graf č. 120: Podíl domácností, které si nemohly dovolit jíst obden maso



Zdroj dat: ČSÚ, EU-SILC

Graf č. 121: Podíl domácností, které si nemohly dovolit dostatečně vytápět byt



Zdroj dat: ČSÚ, EU-SILC

Závěry

- **Spokojenost** obyvatel České republiky se svým zdravotním stavem stoupá, v Libereckém kraji jsou lidé se svým životem celkově nadprůměrně spokojeni.
- **Střední délka života** trvale roste, v současnosti dosahuje v Libereckém kraji u žen 80 let a u mužů 75 let, což odpovídá celorepublikovému průměru. Z toho jsou 3 roky u mužů a necelých 5 let u žen prožité s vážným omezením.
- Standardizovaná **úmrtnost** v Libereckém kraji i v celé ČR dlouhodobě klesá, stále je však nad průměrem původních 15 zemí EU. Nejčastější příčinou úmrtí jsou nemoci oběhové soustavy, druhou nejčastější pak novotvary následované vnějšími příčinami smrti. Na **kardiovaskulární onemocnění** po vyloučení vlivu věku umírají muži v mnohem větší míře než ženy, pozitivní skutečností je, že tato úmrtnost klesá a rozdíly mezi pohlavími se zmenšují. Stejná charakteristika platí i pro úmrtnost na **nádorová onemocnění** a pro úmrtnost pro **poranění, otravy a další následky vnějších příčin**. Výjimkou je úmrtnost pro **úmyslná sebepoškození**, která v ČR také dlouhodobě klesala, po roce 2008 však dochází k opětovnému růstu.
- Počet dispenzarizovaných s **hypertenzí** v Libereckém kraji stejně jako v celé ČR roste. Podíl podchycených hypertoniků mezi dospělými přesahuje 20 %.
- Incidence i prevalence **nádorových onemocnění** roste, 6 % žen a 4 % mužů trpí nádorovým onemocněním, na 1 tisíc obyvatel připadá ročně 8 nových případů u mužů a 7 nových případů u žen.
- Na 100 obyvatel Libereckého kraje připadá 7 nemocných **diabetem mellitus**, 30 % z nich navíc trpí některou z komplikací diabetu.
- Počet léčených v **psychiatrických ambulancích** neustále roste, nejvíce zastoupené jsou neurotické poruchy. Přes 7 % obyvatel uvádí, že trpí chronickou úzkostí či depresí.
- Počty ošetření **praktickými zubními lékaři** pozvolna klesají, ale navyšuje se podíl preventivních prohlídek, v Libereckém kraji je počet preventivních prohlídek na počet obyvatel vyšší než je průměr v ČR.
- V Libereckém kraji bylo v roce 2014 evidováno v registru EpiDat 6 365 povinně hlášených **infekčních onemocnění** (1 457,6 na 100 000 obyvatel kraje). Podle pohlaví: 3 178 mužů a 3 187 žen. V období předchozích 13 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, 2009 – 6 519, 2010 – 5 822, 2011 – 7 174, 2012 – 5 650 a 2013 – 6 090 případů těchto nemocí. V okrese Česká Lípa bylo hlášeno 1 552 případů tj. 24,3 % všech hlášených nálezů v kraji, v okrese Jablonec nad Nisou 1 337 tj. 21,0 %, v okrese Liberec 2 044 tj. 32,2 % a v okrese Semily 1 432 nálezů tj. 22,5 %. Nejvyšší nemocnost přepočtená na 100 000 obyvatel byla hlášena v okrese Semily (1 918,8), pak následují Česká Lípa (1 505,4 na 100 000 obyvatel), Jablonec nad Nisou (1 484,1 na 100 000 obyvatel) a Liberec (1 185,5 na 100 000 obyvatel).
- Osm diagnóz u 4 822 případů onemocnění, tj. 75 % onemocnění - bylo hlášeno ve vyšší četnosti než 200 případů za rok: **salmonelóza, kampylobakteriíza, virové střevní infekce, plané neštovice, herpes zoster, spála, dávný kašel a jiné exantematické virové infekce**. Ve všech případech se jednalo o nemoci očekávané, běžně se vyskytující. Nebyla registrována žádná z nálezů, která by významně ohrožovala nebo podstatně změnila předpokládanou epidemiologickou situaci v kraji.
- Nejvíce byly zastoupeny **vzdušné nákazy** – 45 %, z nich 76 % představovaly plané neštovice.
- **Alimentární nákazy** se podílely na 28 %, z nich 59 % představovaly kampylobakteriízy a virové střevní infekce. 296 onemocnění tj. 18 % z alimentárních nálezů bylo hlášeno v 10 epidemických výskytech.

- Nepříznivá byla situace u onemocnění nákazami, proti kterým je zavedeno pravidelné očkování. Přetrvával zvýšený výskyt **dávivého kašle** ve všech okresech kraje, nejvíce postižený byl okres Česká Lípa a to zejména děti ve věkové skupině 15-19 let.
- Nepříznivá byla také situace u „**tzv. nemoci špinavých rukou**“ **virové hepatitidy A**, bylo šetřeno 26 onemocnění, z toho 16 osob onemocnělo v epidemiologické souvislosti v okrese Semily.
- V Libereckém kraji se v **alergologických ambulancích** léčí 8,5 % obyvatel, nejčastěji pro pollinosu. V mladších věkových skupinách je tento podíl ještě vyšší, ve věku do 19ti let jich bylo pro alergická onemocnění léčeno více než 15 %.
- Zdravotní problémy související s výkonem zaměstnání uvádí v ČR téměř 5 % zaměstnaných. Ročně je na 100 tisíc obyvatel hlášeno více než 20 nových případů **nemocí z povolání**.
- V Libereckém kraji jsou z hlediska limitů **kvality ovzduší** a z hlediska hodnocení zdravotních rizik problémy s kadmíem a benzo(a)pyrenem. V úvahu je třeba vzít i alergenní znečištění ovzduší.
- V oblasti **pitné vody** jsou v Libereckém kraji v současné době určeny 2 mírnější hygienické limity, a to u ukazatele pesticidní látky u dvou vodovodů. Do doby technického vyřešení problému je zajištěna informovanost obyvatelstva a jsou přijata náhradní opatření.
- Nejčastějším zdravotním rizikem z **koupacích vod** v kraji jsou sinice a jejich produkty.
- 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 České republice je zhruba 40 % osob s **nadváhou** a 20 % jich trpí **obezitou**. **Kouří** zde, ať už pravidelně nebo příležitostně téměř 40 % mužů a 30 % žen. Také konzumace **alkoholu** je v ČR značně rozšířená. Více než 45 % mužů konzumuje alkohol minimálně 1x týdně, alespoň 1x měsíčně se pak opije 27 % z nich. U žen je častá konzumace alkoholu méně rozšířená, minimálně 1x týdně jej v ČR konzumuje přes 14 % z nich. Alespoň 1x měsíčně se jich silně opije 7,5 %, čímž bohužel předčí i muže z leckterých evropských zemí. Obyvatelé města Liberec jsou ve všech těchto negativních hlediscích lehce pod průměrem ČR.
- Pro poruchy způsobené **užíváním nealkoholových drog** je v ČR léčeno 1,34 ‰ obyvatel, někdy ve svém životě drogy užilo 19 % mužů a 12 % žen.
- Roste **časový stres či přepracovanost**, uvádí ho přes 18 % pracujících mužů a téměř 17 % pracujících žen.
- Téměř 63 % domácností v Libereckém kraji uvádí, že se svými **příjmy vychází s menšími či většími obtížemi**, velké obtíže pak má přes 8 % domácností. Dále je 14 % domácností, které si **nemohou z finančních důvodů dovolit jíst obden maso** a 6 % domácností, které ze stejných důvodů **nemohou dostatečně vytápět svůj byt**.

Zdroje dat

Česká iniciativa pro astma, o.p.s.

Český hydrometeorologický ústav, www.chmi.cz

Český statistický úřad

EUROHEX – European Health Expectancies, www.eurohex.eu

Eurostat

Krajská hygienická stanice Libereckého kraje se sídlem v Liberci

Národní onkologický registr, www.svod.cz

Státní zdravotní ústav Praha, studie HELEN 2010

Světová zdravotnická organizace (WHO)

Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky

Seznam zkratk a pojmů

- AIDS – Acquired Immune Deficiency Syndrome – Syndrom získaného imunodeficitu
- AIM – automatizovaný imisní monitoring
- ARI – akutní respirační infekce
- AT – alkoholismus a toxikománie, ambulance specializující se na léčbu závislosti
- BMI – Body Mass Index – index tělesné hmotnosti
- ČIPA – Česká iniciativa pro astma
- ČR – Česká republika
- ČSÚ – Český statistický úřad
- Dg. - diagnóza
- DNA – název nukleové látky, která má zásadní význam pro přenos genetické informace
- EHIS – European Health Interview Survey, Evropské výběrové šetření
- EIA – Environmental Impact Assessment – posuzování vlivů na životní prostředí
- ECDC – Evropské centrum pro prevenci a kontrolu infekcí
- EPIDAT – program povinného hlášení, evidence a analýzy výskytu infekčních onemocnění
- EU – SILC – Survey on Income and Living Conditions, Evropská výběrová studie, monitorující pracovní aktivitu, životní podmínky a příjmy obyvatelstva
- EU 15 – původních 15 členských států Evropské unie
- Eurostat EU – Statistický úřad Evropské unie
- GINA – Globální iniciativa pro astma
- HBsAg – Australský antigen (povrchový antigen viru)
- HDP – hrubý domácí produkt
- Health Report WHO – Zpráva o stavu zdraví, kterou vydává Světová zdravotnická
- HELEN – Health, Life Style and Environment, výběrové dotazníkové šetření o zdravotním stavu populace v ČR
- HIS – Health Interview Survey, výběrové šetření zdravotního stavu populace
- HIV/AIDS – Human Immunodeficiency Virus, virus způsobující ztrátu obranyschopnosti u člověka a Acquired Immune Deficiency Syndrome – Syndrom získaného imunodeficitu
- IgA – název specifického imunoglobulinu
- IgG – název specifického imunoglobulinu
- ICHS – ischemická choroba srdeční
- IOTF – International Obesity Task Force, speciální skupina, jejímž úkolem je varovat před nebezpečím obezity
- IPAQ – International Physical Activity Questionnaire, sledovaný ukazatel fyzické aktivity
- KAPr – celostátní informační systém kategorizací prací
- KHS LK – Krajská hygienická stanice Libereckého kraje se sídlem v Liberci
- KPE – index kazivosti chrupu
- KVO – kardiovaskulární onemocnění
- Ldvn – ukazatel pro měření hladiny hluku ve dne – večer – noci
- MZ – Ministerstvo zdravotnictví
- NMS – Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti
- NRL – Národní referenční laboratoř
- PAU – výběrové šetření pracovních sil v domácnosti
- PCB – polychlorované bifenylly
- PCR – Polymerase chain reaction, metoda polymerázové řetězové reakce
- Pollinóza – alergie na pyl
- SDR – standardized death rate, standardizovaná úmrtnost
- SISP – studie individuální spotřeby potravin
- SZO – Světová zdravotnická organizace

- SZÚ – Státní zdravotní ústav
- TBC – tuberkulóza
- ÚZIS – Ústav zdravotnických informací a statistiky
- VHB – virová hepatitis typu B
- VHC – virová hepatitis typu C
- VŠPS – výběrové šetření pracovních sil v domácnosti
- VZP – Všeobecná zdravotní pojišťovna
- WHO – The World Health Organization, Světová zdravotnická organizace
- ZN – zhoubné nádory