Zdravotní politika Libereckého kraje

dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatel

OBSAH:

ÚVOD 2

KOORDINAČNÍ SKUPINA K PŘÍPRAVĚ A VYPRACOVÁNÍ TEZÍ SDRAVOTNÍ POLITIKY 5

ZDRAVÝ START DO ŽIVOTA 8

ZDRAVÍ MLADÝCH 19

ZDRAVÉ STÁRNUTÍ 22

ZLEPŠENÍ DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ 28

PREVENCE INFEKČNÍCH NEMOCÍ 32

SNÍŽENÍ VÝSKYTU NEINFEKČNÍCH NEMOCÍ 41

SNÍŽENÍ VÝSKYTU PORANĚNÍ ZPŮSOBENÝCH NÁSILÍM A ÚRAZY 51

ZDRAVÉ A BEZPEČNÉ ŽIVOTNÍ PROSTŘEDÍ 57

ZDRAVĚJŠÍ ŽIVOTNÍ STYL 73

SNÍŽIT ŠKODY ZPŮSOBENÉ ALKOHOLEM, DROGAMI A TABÁKEM 79

ZDRAVÉ MÍSTNÍ ŽIVOTNÍ PODMÍNKY V LIBERECKÉM KRAJI 88

INTEGROVANÝ ZDRAVOTNICKÝ SEKTOR 96

ZKRATKY 101

Zdravotní politika Libereckého kraje

dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatel

Orgány samosprávy Libereckého kraje se rozhodly vytvořit politicko - strategický dokument o rozvoji zdraví, vědomy si jeho vysoké důležitosti pro dlouhodobý a trvale udržitelný sociální a ekonomický rozvoj. Zdraví obyvatelstva a jednotlivých občanů je bezesporu jednou ze základních podmínek prosperity Libereckého kraje, úspěšnosti lidí a jejich spokojenosti.

Zdraví není kategorií výlučně medicínskou, ale široce humánní. I když k dosažení co nejlepšího zdraví je velmi důležitá prevence, diagnostika, terapie a rehabilitace, zdravotnické služby samy o sobě zdraví nezajistí. Zdraví lidí je podmíněno tím, zda a do jaké míry dokáží k ochraně, udržení a rozvoji svého vlastního zdraví přispět jednotliví občané a jakou oporu a podmínky najdou u všech ostatních i v celé společnosti.

Každé rozhodnutí, ať už na úrovni vlády, parlamentu a senátu nebo v rodině má větší nebo menší zdravotní důsledky. Zdraví nevzniká v nemocnicích, ve zdravotnických zařízeních. Tam se povětšině napravuje, co se už pokazilo. Základ zdraví spočívá v rodinách, školách a na pracovištích, všude tam, kde lidé žijí.

Péče o zdraví je tedy průřezová, mezisektorová funkce a její zajištění závisí na spoluúčasti všech složek společnosti a jednotlivých občanů. Dosáhnout vysoké úrovně zdraví lidí a stále ji zvyšovat je náročný úkol, který vyžaduje efektivní řízení sociálních a ekonomických procesů a aktivní zájem dobře informovaných a vzdělaných lidí o své zdraví nebo zdraví svých spoluobčanů či zaměstnanců. Tak významný a rozsáhlý záměr nelze uskutečnit bez náležité koncepční a strategické přípravy. Proto bylo rozhodnuto vypracovat tento dokument.

Cílem je, během příštích 15-ti až 20-ti let, postupně dosáhnout zlepšení hlavních ukazatelů zdravotního stavu obyvatelstva a vytvářet pro to podmínky ve zdravotní péči, v prevenci nemocí a podpoře zdraví. Orgány samosprávy Libereckého kraje jsou přesvědčeny, že je to splnitelný cíl a jeho realizace přispěje k úspěšnému hospodářskému a společenskému vzestupu regionu.

Vzorem pro práci na zdravotní politice a strategii byl program Světové zdravotnické organizace **"Zdraví pro všechny v 21. století" (dále jen Zdraví 21)** , schválený na 51. Světovém shromáždění této organizace. K signatářům programu patřila i Česká republika. Význam dokumentu "Zdraví pro všechny" je v tom, že představuje dobře strukturovaný model komplexní péče společnosti o zdraví a jeho rozvoj. Krajská zdravotní politika a strategie je rovněž reakcí na ustanovení článku 152 Amsterodamské smlouvy Evropské unie, v němž je řečeno, že "Vysoká úroveň lidského zdraví se má zahrnout do veškerých politik a strategií Evropského společenství."

Výchozím podkladem ke zpracování jednotlivých kapitol byla zpráva "Zdravotní stav obyvatel Libereckého kraje", kterou v listopadu 2001 předložila Krajská hygienická stanice.Tímto byly konstatovány zejména následující skutečnosti:Střední délka života a její vzestupný trend jsou v kraji blízké průměru ČR.

- Novorozenecká a kojenecká úmrtnost je velmi nízká a stejně jako v celé ČR dále klesá.

- Celková úmrtnost (na všechny příčiny smrti) je obdobná jako v ČR a má klesající trend. Stejná je situace u nemocí srdce a cév s výjimkou okresu Česká Lípa, kde je úmrtnost vyšší.
- Úmrtnost na nádorová onemocnění je naproti tomu v kraji vyšší než v ČR , zejména úmrtnost mužů (především v okrese Česká Lípa), zatímco úmrtnost žen je blízká průměru ČR.
- Úmrtnost na úrazy a otravy v Libereckém kraji překračuje průměr ČR i když trend mírně klesá.
- Výskyt nových nádorových onemocnění se stále zvyšuje v ČR i v Libereckém kraji, kde však je vzestup větší.
- Pracovní neschopnost pro nemoc v kraji postupně klesá stejně jako v ČR, ve srovnání s ČR je vyšší.
- Onemocnění cukrovkou stále přibývá, podobně jako v ČR, v kraji však poněkud méně než v ČR.
- Na alergie se v ČR trvale léčí okolo 5% lidí, v Libereckém kraji o něco méně než v ČR.

Průzkum rizikových faktorů životního stylu v Libereckém kraji ukázal, že stoupá počet mladistvých, kteří kouří, pijí alkohol a užívají drogy, zejména marihuanu a snižuje se věk prvních pokusů s těmito návykovými látkami. Bylo zjištěno, že kouření v domácnosti se vyskytuje u 50% rodin.

Ze zprávy o zdravotním stavu obyvatel Libereckého kraje vyplývá, že některé důležité ukazatele zdraví populace mají horší úroveň než je průměr ČR nebo nepříznivý trend. Na tyto problémy je nutno soustředit větší pozornost, ale ani ostatní parametry zdraví obyvatelstva, nezůstanou stranou zájmu zdravotní politiky a strategie, protože zdraví je nedělitelná kategorie jejíž jednotlivé složky spolu souvisejí a vzájemně se ovlivňují.

Návrh zdravotní politiky a strategie rozvoje zdraví v Libereckém kraji vypracovala, na základě pověření výboru pro zdravotnictví, koordinační skupina zdravotnických odborníků kraje pod vedením krajského hygienika. Skupina se na úvodním jednání rozhodla soustředit pozornost na 12 z 21 cílů programu Světové zdravotnické organizace. Cíle, které nebyly vybrány k rozpracování se týkají převážně celostátních a mezinárodních zdravotně politických otázek jako je výzkum a profesionální výchova nebo mezinárodní vztahy či makroekonomické problémy a krajskou politikou nebudou řízeny. Další nevybrané cíle zůstávají otevřené a k jejich realizaci bude možné přistoupit kdykoliv v závislosti na aktuální potřebě či připravenosti k řešení. Pro zpracování jednotlivých částí dokumentu - cílů, byli ustanoveni koordinátoři – členové koordinační skupiny a garanti, kteří svůj úkol zajišťovali s dalšími odborníky z různých zařízení a organizací kraje.

Překládaný návrh přináší nové koncepční přístupy:

1. Stanovuje cíle definované pokrokem ve zdravotním stavu obyvatelstva, zatímco zlepšování zdravotnických služeb nebo podmínek ke zdravému životu je chápáno jako prostředek dosažení cílů.
2. Rozkládá řešené problémy do delšího časového horizontu, který má umožnit postupné a provázané použití materiálních a personálních zdrojů.
3. Navrhuje spojení sil a prostředků všech resortů a dalších složek společnosti a zavádí zásadu - při žádném důležitém rozhodování neopomíjet zdravotní důsledky.
4. Definuje ukazatele , které budou sloužit k trvalému monitorování plnění politiky a strategie jako podkladu k hodnocení postupu a jeho případným úpravám.

Zdravotní politika a strategie Libereckého kraje má úzký vztah k Dlouhodobému programu zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva České republiky. Koordinační skupina ustavená v Libereckém kraji byla ve stálém kontaktu se zpracovateli tohoto celostátního dokumentu. Jeho pracovní verze měli liberečtí odborníci k dispozici a měli příležitost se z nich inspirovat a vyjadřovat se k nim. Dokument o zdravotní politice a strategii Libereckého kraje je tedy v dobrém souladu s celostátní politikou zlepšování zdraví obyvatelstva.

Přípravou a schválením dlouhodobé zdravotní politiky rozpracované do souboru strategických a detailních realizačních výstupů se Liberecký kraj dostává v ČR na přední místo v koncepčním přístupu k rozvoji zdraví obyvatelstva.

Koordinační skupina k přípravě a vypracování tezí zdravotní politiky

MUDr. Vladimír Valenta, krajský hygienik - předseda

Doc.MUDr. Jaroslav Kříž, Státní zdravotní ústav Praha

MUDr. Jana Tomášková, výbor pro zdravotnictví

Barbora Krausová, výbor pro zdravotnictví

MUDr. Vladimír Richter, zdravotní rada

Ing. Pavel Březina, odbor zdravotnictví

MUDr. Alena Klimovičová, Nemocnice Liberec

MUDr. Radka Drašnarová, stomatolog

MUDr. Jiří Soukup, pediatr

MUDr. Jan Šindelář, praktický lékař

MUDr. Tomáš Drobník, praktický lékař

Ing. Zdeněk Vokuš, VZP

JUDr. Karel Bubeník, krajský protidrogový koordinátor

MUDr. Ludmila Truhlářová, OHS Česká Lípa

Simona Cejpová, OHS Česká Lípa

MUDr. Věra Tučková, KHS Liberec

koordinátor - člen koordinační skupiny odpovědný za zpracování výchozího cíle
gestor - odborný garant zpracování výchozího cíle
spolupracující - odborníci či instituce podílející se na přípravě materiálu

V závorce je uvedeno původní číslování dokumentu „Zdraví 21 – zdraví do 21. století“

ZDRAVÝ START DO ŽIVOTA A ZDRAVÍ MLADÝCH

Cíl č. 1 (č. 3 „Zdraví 21“)

Koordinátor: MUDr.Jiří Soukup,dětské zdravotní středisko Harrachov

Spolupracující: prim.MUDr. Martin Zítek, dětské odd. nemocnice Liberec
prim.MUDr.Jaroslav Fromel, dětské odd. nemocnice Turnov
prim.MUDr. Jan Aulehle, gynekologické odd. nemocnice Liberec
MUDr.Věra Martincová, dětské zdravotní středisko Frýdlant , za SPLDD
MUDr.Josefina Mindžáková, dětské zdravotní středisko Liberec, za OSPDL

Důležité komponenty tělesného a duševního zdraví se vyvíjejí v raných životních fázích. První rok života má klíčový dopad na zdravý tělesný a duševní vývoj a na zdraví až do pozdního stáří. Zdravotní stav mladé generace a péče o ni je obrazem sociální a kulturní úrovně země a zároveň nezbytným předpokladem dobrého zdravotního stavu obyvatel v dospělém věku.
Česká republika patří mezi státy s nejnižší celkovou perinatální mortalitou (4,4 promile) na světě, s velmi nízkou kojeneckou úmrtností, s fungujícím systémem prenatální a perinatální péče, s dobře zavedeným systémem preventivních prohlídek pacientů od narození do 19 let života a s vysokou proočkovaností dětské populace. Mezi specifika zdravotní péče v dětském věku patří síť ambulancí praktických lékařů pro děti a dorost, ambulantních specialistů, a lůžkových dětských a novorozeneckých oddělení, poskytující svou hustotou dostatečnou dostupnost zdravotní péče.
Ohrožené a chronicky nemocné či postižené děti jsou zařazovány do dispenzárních skupin, ve kterých jsou zvýšeně sledovány praktickým dětským lékařem a příslušnými specialisty. V dispenzární péči pediatrů je ročně sledováno zhruba každé páté dítě. V mnoha případech je ve spolupráci s odbornými ambulancemi indikována, v rámci tzv.komplexní péče, lázeňská péče a pobyty v odborných léčebnách. Ve vyjímečných případech selhání rodiny v péči o své dítě, např.zanedbávání, týrání či zneužívání, je ve spolupráci s resortem práce a sociálních věcí a soudu, indikován pobyt ve zvláštních dětských zařízeních typu kojenecký ústav a dětský domov resortu zdravotnictví.

Přes dobrou stávající úroveň zdravotní péče stoupá počet vrozených vývojových vad, alergických onemocnění, trvá nárůst onemocnění nervového systému, mentální retardace, onemocnění nervového a vertebrogenního sytému, poruch chování, poměrně značně stoupá i počet závažných úrazů u dětí. Extrémně vysoká nemocnost akutními respiračními onemocněními se vyskytuje zejména u dětí předškolních dětských zařízení.

V systému poskytování zdravotní péče dětem a mladistvým není dostatečně dořešeno zajištění dostupné lékařské pohotovostní služby pokrývající celé území regionu. Oproti obdobným systémům v jiných zemích není dostatečně respektována snaha přesouvat větší díl léčebně preventivní péče do primárního sektoru.

ZDRAVÝ START DO ŽIVOTA

Dílčí úkol č. 1.1 (č. 3.1)
Udržení a zlepšení současné úrovně prenatální a perinatální péče.

Současný stav:

Péče prenatální je součástí péče perinatální. Kritériem úspěšnosti péče je perinatální úmrtnost, která je dále diferencována na prenatální, intrapartální a neonatální. Dosaženou úrovní celkové perinatální mortality patří ČR mezi země s nejlepšími výsledky na světě (to platí i pro jednotlivé komponenty perinatální úmrtnosti). Péče prenatální, péče v průběhu porodu a péče novorozenecká jsou zajištěny v ČR pro všechny těhotné systémem 3 stupňové diferencované péče. Další snižování perinatální úmrtnosti s výjimkou desetin promile již nelze v nejbližších letech v Libereckém kraji očekávat, současnou dobrou úroveň a výsledky systému diferencované péče o těhotné může v budoucnu negativně ovlivňovat perinatální péče o imigranty, kteří přicházejí z oblastí, kde nebyla poskytována prenatální péče na úrovni považované v České republice za standardní. Tyto pacientky obvykle vyhledávají zdravotnická zařízení až s akutně vzniklými problémy a obvykle nemají zdravotní pojištění. Problém je medicínský - těhotné bez adekvátní prenatální péče a problém finanční - nepojištěné pacientky představují zátěž pro péči poskytující zařízení. Zvyšování podílu takových pacientek při neřešení výše zmíněných problémů může dosažené výsledky zřetelně zhoršit.

Aktivity ke splnění dílčího úkolu:

1.1.1 Identifikace a analýza potřeb imigrantní populace v Libereckém kraji z hlediska perinatální péče

odpovědnost: Liberecký kraj
termíny: v roce 2003

1.1.2 Zajištění adekvátní zdravotní péče v této populaci

odpovědnost: Liberecký kraj
spolupráce: gynekologická a porodnická odd. LK
termíny: průběžně

1.1.3 Zajištění způsobu hrazení péče poskytované nepojištěným těhotným pacientkám

odpovědnost: Liberecký kraj
spolupráce: VZP – finanční záležitosti
termíny: v roce 2003

Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:

- perinatální úmrtnost a její součásti (mrtvorozenost a časná novorozenecká úmrtnost),
- ukazatele perinatologického transportu (procento transferu rizikových gravidit a novorozenců do perinatologických center)
- podíl porodů bez prenatální péče

Dílčí úkol č. 1.2 (č. 3.2)
Snížení míry kojenecké úmrtnosti

Současný stav:

Neonatologie se v současné době jednoznačně podílí na kvalitě raného vývoje dítěte, tj. období 0 - 2 rok života. Perinatální úmrtnost během posledních 10 - 12 let plynule klesala a v roce 2000 byla nižší než 5‰ (přesně 4,4/1000 porodů). Stejný trend lze pozorovat při hodnocení neonatální mortality a kojenecké úmrtnosti. Neonatální mortalita poklesla v roce 1999 pod hranici 3‰ a v roce 2000 se dále snížila (na 2.4/1000 živě narozených). Bude nutné průběžně vynakládat velké úsilí, abychom dosažené výsledky udrželi i v následujících letech. Kojenecká úmrtnost ve stejném období rovněž zaznamenala podstatné zlepšení a klesla pod hranici 5‰. Paralela snižování neonatální a kojenecké úmrtnosti napovídá, že nedochází k přesunu úmrtnosti v důsledku perinatální nemocnosti do postneonatálního období. "Hrubými ukazateli" kvality poskytované zdravotní péče - úmrtností v nejranějším dětství, jsme se tak zařadili k předním zemím na světě a WHO vytčené cíle pro Evropský region pro první období 21. století jsme výrazně překročili.
Praktický lékař pro děti a dorost (dále PLDD) je v ČR samostatně pracující pediatr v primární péči. Ve své ordinaci pracuje se zdravotní sestrou. Pacienti mají volný přístup k ošetření dle své svobodné volby lékaře. PLDD své pacienty registruje, a nadále přebírá do komplexní péče preventivní, diagnostické i léčebné. Sleduje své pacienty co nejblíže jejich sociálnímu prostředí, je v kontaktu s rodinou, vykonává návštěvní službu v rodině. Ve většině případů v současnosti registruje pacienty z okolí své ordinace. Obvyklý radius pro návštěvní službu hrazenou zdravotní pojišťovnou je 10 km. Dle dohody mezi rodiči dítěte a PLDD může dojíždět za pacienty i do větší vzdálenosti.

Aktivity ke splnění dílčího úkolu:

1.2.1 Snížit prevalenci pozdní (postneonatální) morbidity

odpovědnost: Liberecký kraj

spolupráce: MZ
Odborná společnost praktických dětských lékařů
Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost
Česká gynekologická a porodnická společnost ČLS JEP
Sdružení soukromých gynekologů ČR
gynekologická a porodnická odd. LK

termíny: průběžně
- roční analýzy perinatální a neonatální péče s rozborem perinatální morbidity a pozdní morbidity (děti pod 1500 g a děti s prokázanou perinatální hypoxií a infekcí), založené na sběru příslušných dat
- hodnocení změn prevalence pozdní, postneonatální morbidity ve 2 - 3 letých intervalech
- prezentace na regionálních perinatologických a pediatrických seminářích a prostřednictvím odborných společností

1.2.2 Vytvořit standardizovaný systém integrované rané péče o perinatálně ohrožené a postižené děti na regionální úrovni

odpovědnost: Liberecký kraj

spolupráce: MZ, MPSV, MŠMT, Společnost rané péče (občanské sdružení), jmenovaná koordinační skupina (zástupci příslušných odborných společností a institucí - neonatologická, pediatrická, neurologická, rehabilitace, klinické psychologie, praktických lékařů pro děti a dorost

termíny: průběžně - konečný termín - návrh konec roku 2005

1.2.3 Volba pediatra pro novorozence

(např.tiskem těhotenských průkazek)

odpovědnost: Liberecký kraj

spolupráce: odborné společnosti neonatologická, praktických lékařů pro děti a dorost, pediatrická, Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost

1.2.4 Způsob propuštění novorozenců

odpovědnost: Liberecký kraj

spolupráce: odborné společnosti neonatologická, praktických lékařů pro děti a dorost, pediatrická, Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost, odborné společnosti formou doporučeného postupu

1.2.5 Převzetí novorozence do péče

odpovědnost: Liberecký kraj

spolupráce: odborné společnosti neonatologická, praktických lékařů pro děti a dorost, pediatrická, Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost, odborné společnosti s prosazením zákonné povinnosti registrace dětí u PLDD

1.2.6 Přeregistrace dítěte k jinému PLDD

odpovědnost: Liberecký kraj
spolupráce: odborné společnosti neonatologická, praktických lékařů pro děti a dorost, pediatrická, Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost
termíny: 2003

Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:

1.2.1 roční analýzy dat perinatální, neonatální, kojenecké úmrtnosti a dat pozdní, postneonatální morbidity (závažných postižení). Vyhodnocování vývojových trendů pozdní morbidity dětí pod 1500 g ve 2 – 3 letých periodách.
Paralelně epidemiologická analýza cerebrální morbidity donošených, resp. téměř donošených dětí s perinatální zátěží hypoxie nebo závažného infekčního onemocnění.

1.2.2 monitorování plnění podle anotace řešení a termínů dílčích etap. Bližší specifikace bude úkolem pro ustanovenou koordinační skupinu - řešitele úkolu.

1.2.3 v rámci odborných seminářů pořádaných ve spolupráci neonatologů a praktických lékařů pro děti a dorost.

1.2.4 v rámci odborných seminářů pořádaných ve spolupráci primářů novorozeneckých oddělení a oddělení patologických novorozenců.

1.2.5 sledování úrovně spolupráce na odborných seminářích Odborné společnosti praktických lékařů pro děti a dorost či Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost.

1.2.6 sledování úrovně spolupráce na odborných seminářích Odborné společnosti praktických lékařů pro děti a dorost či Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost.

Dílčí úkol č. 1.3 (č. 3.3)
Na úmrtnosti živě rozených zvýšit podíl bez VVV nebo postižení

Současný stav :

Podíl vrozených vývojových vad (VVV) na časné novorozenecké úmrtnosti (ČNÚ) (1,8 promile) byl v roce 2000 0,6 promile, tj. 37 %. K dalším úmrtím z důvodů VVV dochází v pozdním novorozeneckém a ponovorozeneckém období, nicméně neznáme velikost tohoto podílu. Vhodné by bylo diferencovat vady strukturální a metabolické a vady slučitelné a neslučitelné s životem.

Registrace VVV má již 40letou tradici, včetně podrobných analýz (ÚZIS, ICBDMS). V současné době neexistuje v ČR obecně přijímaný program pro primární prevenci VVV (vitaminová suplementace, osvěta zdravotnických pracovníků, osvěta laické veřejnosti). Výsledky sekundární prevence jsou naprosto srovnatelné s výsledky zahraničních registrů.

Zlepšení je možné prostřednictvím programů primární prevence. Dalším řešením problému je pokračování zlepšování prenatální diagnostiky (větší efektivita používaných a zavádění nových metod) a uplatňování sekundární prevence (ukončení gravidity za souhlasu rodičů).

Jednou z možností je zavedení screeningových metod prenatální diagnostiky do období I. trimestru. Kombinovaný screening v I. trimestru gravidity umožní detekovat větší podíl VVV, než je tomu u dosud rutinně používaného biochemického screeningu II. trimestru. Takový přístup by také mohl snížit frekvenci invazivních diagnostických výkonů, které jsou prováděny při falešné pozitivitě screeningu II. trimestru. Další možností je kombinace screeningových metod I. a II. trimestru (integrovaný test), který si klade podobné cíle. Otázkou zůstává, kde mají být taková screeningová vyšetření prováděna (obvodní gynekolog versus screeningová centra; otázka funkčních licencí a odborných a technických podmínek v terénu apod.). V případě vad se životem slučitelných jejich detekce a léčba (včetně koncentrace takových případů v Perinatologických centrech, která jsou schopna takto postiženým novorozencům zajistit adekvátní perinatální a zejména postnatální péči).

Pokud jde o další postižení, je nutné definovat pojem postižení ve smyslu perinatální morbidity (psychoneurologické následky) a zmapovat kvalitu života takto postižených dětí.

Aktivity ke splnění dílčího úkolu:

1.3.1 Zavedení programů primární prevence

odpovědnost: Liberecký kraj
spolupráce: odborné společnosti a sdružení lékařů
Česká lékařská společnost JEP
termíny: 2003 – 2010

1.3.2 Zlepšení efektivity prenatální diagnostiky, včetně vypracování jednotného systému provádění screeningu v rámci Libereckého kraje

odpovědnost: Liberecký kraj
spolupráce: zástupci odborných společností ČLS JEP
gynekologická a porodnická odd. LK
termíny: 2003 – 2005

1.3.3 Vypracovaní systému dlouhodobého sledování dětí narozených s VVV

odpovědnost: Liberecký kraj
spolupráce: zástupci odborných společností (Pediatrická společnost, Odborná společnost praktických dětských lékařů, Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost)
termíny: průběžně, roční hodnocení

Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:

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

Dílčí úkol č. 1.4 (č. 3.4)
Zvýšení podílu kojených dětí do 6 měsíců života a zavedení statutu "Baby Friendly Hospital" pro všechna porodnická a novorozenecká odd. v Libereckém kraji.

Současný stav :

Kojení je optimálním způsobem výživy dítěte v prvním půl roce života, kdy splňuje veškeré jeho nutriční požadavky, zároveň je mocným stimulem posilování imunitního systému a obranyschopnosti proti infekčním nemocem, ochranou před vznikem alergických onemocnění a prevencí řady onemocnění s klinickým začátkem mnohdy až v pozdním dospělém věku. Neméně důležitým faktorem je vytváření silné vazby mezi dítětem a kojící matkou a vytváření prvních vzorců etického cítění a emotivity, tolik potřebných v pozdějších fázích života. Výživa dítěte kojením nejméně v prvních šesti měsících tak představuje jeden z nejvýznamnějších faktorů formování jeho budoucího psychosomatického vývoje. V České republice odchází z novorozeneckých oddělení plně kojeno přes 90% novorozenců, ale jen kolem 30% dětí zůstává na výlučné stravě mateřským mlékem v šestém měsíci života.

S vědomím velkého významu výživy mateřským mlékem pro pozdější zdravotní stav populace vzniklo v roce 1989 společné prohlášení Světové zdravotnické organizace a UNICEF "Ochrana, prosazování a podpora kojení". Jeho záměrem bylo upozornit na významnou roli, kterou hrají zdravotníci při podpoře kojení. Hlavní zásady byly shrnuty do 10 kroků k úspěšnému kojení, které by se měly v porodnicích dodržovat. Celá iniciativa je označována jako BFHI (Baby Friendly Hospital Iniciative) a nemocnice, které dodržují těchto 10 kroků k úspěšnému kojení jsou BFH (nemocnice přátelské dětem).

V České republice je v současné době pouze 20 porodnic a novorozeneckých oddělení splňujících kriteria pro udělení BFH statutu, mezi nimi jsou nemocnice v České Lípě, Liberci a Vrchlabí. Ostatní porodnická a novorozenecká oddělení Libereckého kraje statut BFH zatím nemají. V Č.Lípě, Jilemnici, Vrchlabí, Jablonci n.N. a Liberci působí proškolení laktační poradci. K výživě mateřským mlékem jsou vedeny matky při pravidelných preventivních prohlídkách jejich dětí v ordinacích praktických lékařů pro děti a dorost.

Aktivity ke splnění dílčího úkolu:

1.4.1 Zvýšení podílu plně kojených dětí do 6.měsíce života

odpovědnost: Odborná společnost praktických dětských lékařů
Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost
spolupráce: Liberecký kraj
termíny: průběžně, analýza statistických údajů 1x ročně

1.4.2 Zavedení statutu "BFH" ve všech nemocnicích Libereckého kraje s porodnickým a novorozeneckým oddělením

odpovědnost: Liberecký kraj
spolupráce: Česká gynekologická a porodnická společnost ČLS JEP
termíny: do r. 2005

Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:

- průběžné vyhodnocení a analýza statistických údajů 1x ročně
- vývoj nemocnosti v pozdějších obdobích dětského věku

Dílčí úkol č. 1.5 (č. 3.5)
Nehody a násilí na dětech mladších 5ti let

Současný stav:

V současnosti jsou nedostatky, z pohledu praktického lékaře pro děti a dorost, v hlášení z terénu při podezření na násilí páchané na dětech. Důvody jsou mnohé, např. nezkušenost PLDD odhalovat skryté násilí na dětech, obava o ztrátu pacienta při hlášení podezření, nejistota v postupu komu, jakou formou a kdy hlásit. Častá je nediskrétnost mezi pracovníky sociální sféry, policií a školskými pracovníky a zdravotníky při následném přešetřování skutečností orgány činnými v trestním řízení. Citelně chybí dostatek dobře vyškolených psychologů v této oblasti.

Z hlediska oboru soudního lékařství bude prvořadým úkolem zjistit incidenci (zpětně za dobu 10 let) se zaměřením na vraždu novorozeného dítěte matkou a týrání, zanedbávání a sexuální zneužívání dítěte. Je potřeba provést zpětnou studii nálezů soudně - lékařských pracovišť Výsledkem studie bude přesná informace o počtu takových úmrtí, což dosud chybí. Je nutné vypracovat příslušné hlášení o násilí na dítěti, které by nejspíše vystavoval PLDD. Problematika náhlé smrti se týká kojeneckého věku. V současné době je incidence cca 0,5 promile živě narozených dětí a jedná se o nejčastější příčinu smrti v kojeneckém věku. V současné době je vypracován doporučený postup pro PLDD při náhlé smrti kojence a dále součástí hlášení ÚZIS budou evidována náhlá úmrtí samostatně.

Aktivity ke splnění dílčího úkolu:

1.5.1 Doporučený postup pro praktické lékaře při podezření se syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte

odpovědnost: Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost
spolupráce: Liberecký kraj
termíny: průběžně, na odborných lékařských seminářích

1.5.2 Dotazník anamnesy úrazu dítěte pro odborné ambulantní lékaře

odpovědnost: Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost
spolupráce: Liberecký kraj
termíny: již vypracován a publikován, zajistit distribuci PLDD do konce roku 2002

Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:

Sběr statistických dat: náhlé úmrtí, registr dětí se syndromem týraného dítěte, následky rizikového chování mládeže, sebevražednost .

Dílčí úkol č. 1.6 (č. 3.6)
Stabilizace systému poskytování zdravotní péče dětem a mladistvým

Současný stav :

Z prognóz dlouhodobého rozvoje zdravotnictví v Libereckém regionu vyplývá, že v současné dostatečné síti ordinací praktických lékařů pro děti a dorost bude do 10 let polovina lékařů v důchodovém věku (stejný problém se týká i praktických lékařů pro dospělé). Ve výhledu nejbližších 5 let lze navíc očekávat značný úbytek lékařů v souvislosti s předpokládaným volným pohybem pracovníků v zemích Evropské unie. V relativně krátké době tak může být dostupnost léčebně preventivní péče dětským pacientům, zvláště v regionech s nižší hustotou obyvatel, vážně ohrožena.
Do současné doby není dopracován systém poskytování zdravotní péče mimo ordinační dobu, v některých okresech byla stanoviště lékařské pohotovostní služby vzhledem k počtu obyvatel nadbytečná, v některých obcích Libereckého kraje lékařské pohotovosti zanikly a dostupnost ošetření mimo ordinaci je pro tamní obyvatele ztížena. Není dořešen problém odpovídajícího financování zdravotní péče v lékařské pohotovostní službě, ani přesné rozdělení kompetencí. Jeden z možných modelů poskytování pohotovostní služby v dětském a dorostovém věku předpokládá jedno stanoviště dětské pohotovosti na území okresu, bez výjezdu, ale s dovozem nemobilních pacientů "na lékaře", vzhledem ke ztížené dostupnosti v horských oblastech Libereckého kraje bude v některých místech tento model potřeba modifikovat.

Oproti zemím s delší demokratickou tradicí není v České republice dostatečný důraz na přesun většího podílu zdravotní péče na lékaře primárního sektoru. To vede ke zbytečnému zvyšování finančních prostředků poskytovaných na úhradu zdravotnických služeb, rozvolněním vazby mezi praktickým lékařem a pacientem ke zbytečným duplicitám prováděných vyšetření, tím k dalšímu zvyšování nákladů . Je proto zapotřebí vytvořit systém soustavného posilování kompetencí praktických lékařů pro děti a dorost a rozšiřování spektra jimi poskytovaných zdravotních výkonů v návaznosti na lůžková dětská zdravotnická zařízení a ambulanci specialistů tak, aby se dostatečně vzdělaný a kompetentní praktický lékař pro děti a dorost stal průvodcem svých pacientů zdravotnickým systémem ve zdraví i nemoci.

Aktivity ke splnění dílčího úkolu:

1.6.1 Analýza sítě ordinací praktických lékařů pro děti a dorost

odpovědnost: Liberecký kraj
spolupráce: Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost
termíny: do konce roku 2003

1.6.2 Opatření ke dlouhodobé stabilizaci sítě ordinací PLDD v Libereckém kraji

odpovědnost: Liberecký kraj
spolupráce: Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost, VZP
termíny: 2005

1.6.3 Funkční systém zajištění dětské LSPP na území Libereckého kraje

odpovědnost: Liberecký kraj
spolupráce: Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost
Odborná společnost praktických dětských lékařů
VZP
termíny: návrh červen 2003

1.6.4 Zvyšování odborných kompetencí a spektra výkonů praktických dětských lékařů v primární péči

odpovědnost: Odborná společnost praktických dětských lékařů
Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost
spolupráce: Liberecký kraj
VZP
Česká pediatrická společnost ČLS JEP
přednostové dětských oddělení Libereckého kraje
termíny: průběžně, vyhodnocení 1x za rok

1.6.5 Udržení a zlepšení stávající úrovně léčebně preventivní péče v dětském a dorostovém věku

odpovědnost:	Česká pediatrická společnost ČLS JEP Odborná společnost praktických dětských lékařů Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost přednostové dětských oddělení Libereckého kraje VZP
spolupráce:	Liberecký kraj
termíny:	analýza a návrh do června 2003 průběžné vyhodnocení 1x za rok

Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:

Statistické údaje ÚZIS, průběžné vyhodnocování 1x ročně.

ZDRAVÍ MLADÝCH

Cíl č. 2 (č. 4 "Zdraví 21")

Koordinátor: MUDr.Jiří Soukup,dětské zdravotní středisko Harrachov

Spolupracující: prim.MUDr. Martin Zítek, dětské odd. nemocnice Liberec
prim.MUDr.Jaroslav Fromel, dětské odd. nemocnice Turnov
prim.MUDr. Jan Aulehle, gynekologické odd. nemocnice Liberec
MUDr.Věra Martincová, dětské zdravotní středisko Frýdlant , za SPLDD
MUDr.Josefina Mindžáková, dětské zdravotní středisko Liberec, za OSPDL

Dětství a dospívání jsou důležitými etapami lidského života, v nichž každý prochází významným tělesným a duševním vývojem, získává sociální a zdravotní návyky, které si uchovává po celý život. Zdravý vývoj mladých lidí je úzce podmíněn dobrým rodinným zázemím a dalšími sociálními vztahy mimo rodinu. Mladé lidi ohrožuje celá řada zdravotních rizik typických pro toto životní období, např. drogy, tabák, alkohol, touha po sexuálních zkušenostech.
Snížení tělesné aktivity a nezdravé stravovací návyky vedou v mnoha zemích k vyššímu počtu obézních osob mezi mladými lidmi. Obezita mnohdy přetrvává do dospělosti.
I přes dobrou úroveň zdravotnické péče o tuto skupinu obyvatelstva se zdravotní stav dětí a mladistvých výrazně nezlepšuje. Stoupá počet alergických onemocnění, onemocnění nervového a vertebrogenního sytému, trvá nárůst poruch chování, stoupá počet závažných úrazů.
Sebevraždy se v tomto věku v ČR staly, stejně jako v ostatních rozvinutých zemích, jednou z častých příčin úmrtí.

Dílčí úkol č. 2.1 (č. 4.1)
Počet úmrtí a invalidity mladých lidí v důsledku násilí a nehod.

Současný stav :

Úrazovost adolescentů byla v minulých letech sledována a analyzována ve SZÚ. Nejvíce úrazů bylo zjištěno u učňů. Byly doporučeny nezbytné úpravy prostředí a aktivní protiúrazové působení pedagogů, psychologů, trenérů a lékařů. Dopravní úrazy v tomto věku jsou často zaviněny alkoholem a zřejmě i dalšími psychoaktivními látkami (kanabinoidy). Násilí proti sobě - sebevraždy, se staly v rozvinutých zemích jednou z nejčastějších příčin úmrtí v tomto věku, stejně jako v ČR.

Aktivity ke splnění dílčího úkolu:

2.1.1 Zavedení povinného hlášení sebevražedného pokusu u mládeže (do 24 let)

odpovědnost: Liberecký kraj
spolupráce: MZ
Odborná společnost dětských praktických lékařů
Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost
Odborná společnost dětské a dorostové psychiatrie
termíny: 2005

Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:

- **evidence diagnostické kategorie MKN - 10**

Dílčí úkol č. 2.2 (č. 4. 2)
Podstatně snížit podíl mladých lidí, kteří se podílejí na zdraví škodlivých formách chování, ke kterým patří konzumace drog, tabáku a alkoholu.

Současný stav :

Kromě jiných rizik se přidávají v posledním desetiletí ještě negativní jevy v oblasti psychosociální a rizikové sexuální chování. Mluví se o tzv. nové morbiditě mládeže nebo o syndromu rizikového chování v dospívání.
Bezpodmínečně nutnou je větší spolupráce místních PLDD s příslušnou školou za účelem výchovy ke zdraví.

Aktivity ke splnění dílčího úkolu:

2.2.1 Komplexní přístup k rizikovému - škodlivému chování v dospívání

odpovědnost: Liberecký kraj

termíny: průběžně

2.2.2 Organizace osvětové činnosti, vyhledávání dětí a dorostenců se známkami rizikového chování, pravidelné semináře pro zdravotnické pracovníky v primární péči s odbornou, právní a sociální problematikou

odpovědnost: Liberecký kraj
spolupráce: Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost
Odborná společnost praktických dětských lékařů
termíny: průběžně

Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:

- vytvořit registr dospívajících problémových uživatelů psychoaktivních látek, zpřístupněný registrujícím a ošetřujícím lékařům
- evidovat počty učňů a středoškoláků, kteří nedokončili přípravu na povolání, podle oborů a škol
- monitorovat smysl reklam zaměřených na děti a mládež

ZDRAVÉ STÁRNUTÍ

Cíl č. 3 (č. 5 „Zdraví 21“)

Koordinátor : MUDr.Tomáš Drobník

Gestor : MUDr. Alena Jiroudková

Spolupracovníci : MUDr. Jan Šindelář
Mgr. Ivo Brát
Bc.Petra Heřmanová
MUDr. Dan Pospíšil

Stárnutí společnosti musíme chápat nejen jako problém zdravotní, ale také jako demografický, sociální a ekonomický problém s psychologickými a hlavně osobními důsledky. Nabídka i spotřeba zdravotní péče jsou výrazně determinovány nejen technologickým a vědeckým pokrokem, nýbrž i velice podstatně demografickými procesy a změnami ve věkovém složení populace.
Již ve středním věku bychom měli zdravě jíst, žít v relativně zdravém prostředí a vyhnout se civilizačním neřestem, především kouření. Do důchodu bychom neměli odcházet ze dne na den. Náhradní aktivity, zájmy a koníčky je dobré mít už před penzí. Pěstujme i v pozdním věku své přátelské vztahy a vazby. Důležité je denně chodit a cvičit. Skvělou náplní volného času jsou univerzity třetího věku. Veškeré naznačené aktivity provozované již ve středním věku jsou jediným předpokladem ke zdravému stárnutí.
Abychom mohli začít hovořit o zdravém stárnutí, musí tomu předcházet zdraví dospělých jedinců.

Cíle:

- stimulovat odpovědnost obyvatelstva za své zdraví,
- zlepšit strukturu spotřeby potravin u obyvatelstva,
- snížit spotřebu alkoholu na přijatelnou míru,
- zvýšit úroveň pohybové aktivity,
- snížit výskyt kuřáctví, zejména u mládeže,
- snížit poptávku po drogách a zpomalit zvyšující se trend závislosti,
- omezovat situace, které podporují vznik stresu a podpořit jeho zvládání,
- rozšířit plánování rodičovství a užívání vhodných forem antikoncepce.

Chápání zdraví jako záležitosti, za níž odpovídá stát resp. zdravotničtí pracovníci a zdůrazňování významu negativních vlivů zevního prostředí, vedlo v dřívějších letech k nezájmu obyvatelstva spolupodílet se na ochraně a podpoře zdraví.
Na neuspokojivém zdravotním stavu se významně podílela a dosud podílí **nevhodná skladba výživy** (nadměrný energetický přívod, převaha živočišných tuků, jednoduchých cukrů, soli, nedostatečná konzumace vlákniny, zeleniny a ovoce), i když v posledních letech došlo ke

změnám ve spotřebě potravin, které je možno pokládat za pozitivní (zvýšená konzumace zeleniny, ovoce, kuřecího a králičího masa, pokles spotřeby vepřového masa, trvanlivých salámů, másla, vajec, cukru). Dodržování správných stravovacích zvyklostí převažuje u žen. Přesto **tělesná hmotnost populace** charakterizovaná indexem tělesné hmotnosti (BMI) vykazuje hodnoty svědčící pro nadváhu až obezitu u mužů ve věku 45 - 64 let a u žen mezi 55 až 74 lety. Tato skutečnost souvisí i s nízkou pohybovou aktivitou populace. Ženy pravidelně sportují daleko méně než muži, 60 % mužů a 80 % žen nevěnuje tělesné aktivitě ani jeden den týdně. Průměrný počet aktivních dní se snižuje s věkem, zlom nastává kolem 25 let věku. Intenzita tělesné aktivity je nepřímo úměrná výši vzdělání, a to výrazněji u žen.
Spotřeba alkoholu v přepočtu na obyvatele vyjádřená v litrech čistého lihu stoupá a dosahovala v roce 1995 hodnoty 9,4 litru. Vyšší spotřeba alkoholu je u mužů (18,2 l), 70 % mužů lze zařadit mezi jeho pravidelné konzumenty. Nadměrná spotřeba (264 g a více pro muže a 180 g a více pro ženy během týdne podle kritéria WHO) byla zjištěna u 16 % mužů a 2 % žen. Výše spotřeby alkoholu u mužů je nepřímo úměrná jejich vzdělání (vyšší konzumace u základního vzdělání), u žen tyto rozdíly nejsou patrné.
Kouření je významnou příčinou předčasných onemocnění a úmrtí. Kuřáctví je v populaci značně rozšířené. V roce 1985 u nás kouřilo pravidelně 45,4 % mužů a 24,8 % žen, v poslední době se vykazuje trvalý mírný pokles kuřáctví, více u mužů. Šetřením ÚZIS v roce 1993 bylo již zjištěno jen 32,3 % pravidelných kuřáků u mužů a 21,3 % u žen s nejvyšším zastoupením pravidelných kuřáků u obou pohlaví ve věkové skupině 35 - 44 let. Větší zastoupení kuřáctví je u osob s nižším vzděláním a v nižších sociálních třídách a skupinách. Riziko kouření se zvyšuje sílícími aktivitami tabákových společností, především u dětí a mládeže. Ve věku 16 let kouří již 30 % chlapců a 20 % dívek.
Od začátku 90. let dochází k vzestupu **užívání omamných a psychotropních látek**. Příčinou je rostoucí nabídka a dostupnost drog. První zkušenosti jsou získávány již ve věku 13 až 17 let. Zhruba třetina středoškolských studentů se s drogou již prakticky setkala. Znepokojivé je rizikové chování uživatelů drog, více než 50 % je užívá injekčně.
Stres je jedním z faktorů, které zvyšují riziko výskytu řady chronických onemocnění. Spektrum stresových podnětů a jejich intenzita doznaly značných změn po roce 1990 v oblasti zaměstnání, společenské prestiže, ekonomického zajištění, politického dění i v oblasti zdraví a fungování zdravotnického systému. Na vzestup vlivu stresogenních faktorů a posun v jejich složení není společnost připravena. V roce 1997 se aktuálně ke stresovým podnětům přiřadil i výskyt akutního a chronického stresu u obyvatel rozsáhlých oblastí postižených záplavami.
Významným zdravotním problémem je rostoucí riziko sexuálně přenosných onemocnění včetně HIV/AIDS a klesající porodnost. Vysoký počet umělých ukončení těhotenství v 80. letech se sice v posledních letech snižuje v důsledku zvýšeného užívání antikoncepce u žen, přesto je situace dosud nepříznivá.

Aktivity ke splnění dílčího úkolu :

Průběžné, dlouhodobé (MŠMT, MZ):

- vysvětlovat občanům, že péče o zdraví je záležitostí nejen státu a zdravotníků, ale i občanů samotných,
- vychovávat ke zdravému životnímu stylu (ve všech jeho složkách) na základních a středních školách,
- vytvářet vlastní strategii pro prevenci negativních jevů, podporovat preventivní programy v oblasti závažných negativních jevů (např. drogy, kriminalita),
- ovlivňovat výživové zvyklosti v populaci prosazováním zásad zdravé výživy na všech úrovních společenských aktivit (školní stravování, podnikové a internátní stravování),

- získávat výrobce potravin a provozovatele potravinářských obchodů k výrobě a propagaci zdravotně žádoucích potravin,
- podporovat kojení,
- monitorovat výživové spotřeby vybraných populačních skupin,
- podporovat pohybové aktivity v rámci školní výuky, nabídkou různých forem mimoškolní tělesné aktivity dětí a mládeže, nabídkou a vytvořením podmínek pro individuální i rodinnou pohybovou aktivitu,
- omezovat a snižovat dostupnost alkoholických nápojů a vytvářet společenské vnímání negace alkoholických a preference nealkoholických nápojů,
- propagovat nekuřáctví jako pozitivní model chování a systematickou protikuřáckou výchovu ve školách, v hromadných sdělovacích prostředcích,
- chránit nekuřáky před pasivním kouřením,
- monitorovat aktuální stav užívání drog u mládeže a poskytovat informace o škodlivosti drog, příznacích počínající závislosti, o způsobech prevence a léčby zejména mládeži, rodičům a učitelům,
- poskytovat informace o způsobech zvládání stresu,
- motivovat veřejnost k omezování nadbytečných stresů a poskytovat odbornou pomoc rizikovým skupinám formou poraden.

Bude-li z výše uvedených cílů podmínek a naznačených aktivit dodrženo alespoň 50% pak by se mohlo podařit vytvořit podmínky pro optimální zdravé stárnutí.

Skutečnost, že společnost stárne a že jde o závažný jev, se již do obecného podvědomí prosadila. Nyní jde o správné pochopení „ fenoménu stáří“, skutečných potřeb starých lidí o vědomí rizik, úskalí a nutnosti nejen dobré vůle, ale i správného nastavení nabízených služeb a kontrolních mechanizmů.Demografický strom ČR nelze srovnávat se zahraničím.Česká republika v tomto smyslu bohužel zaostává za světovým vývojem.Ač si to neuvědomujeme, je náš podvědomý i odborný přístup deformován přesně v duchu celospolečenského systému poloviny 70. let, programu „ péče o staré a dlouhodobě nemocné”. Již tehdy bylo stáří spojeno s chronickou nemocností, ztrátou soběstačnosti problematické a vedlo k tragikomedickým nedorozuměním, která většinou zmařila i dobře míněné úsilí zdravotní péče.

Normální je zůstat do nejpokročilejšího věku soběstačný a zdatný, neboť ztráta soběstačnosti při dnešní životní úrovni vesměs není důsledkem biologického stárnutí (involuce), ale projevem chorob, které jsou do značné míry preventabilní. V Česku je však stáří stále ztotožněno s churavostí a závislostí. V zahraničí je pozornost soustředěna na to jak být ve stáří fit k zachování svébytnosti, u nás na to, jak „být opečován“, byť za cenu přiřazení mezi handicapované.

Problém péče o starého člověka spočívá v prolínání a kumulaci zdravotních a sociálních potřeb. Poskytování sociálních a zdravotních služeb sleduje linii od jedince přes rodinu ke komunitním zařízením až po institucionální a vysoce specializované formy péče. Přehled typů zařízení od zdravotnických zařízení primární, sekundární i terciární péče přes sociální zařízení jako jsou domovy důchodců, pečovatelské domy, domy pro seniory, pečovatelská služba, domácí péče home care.Integrativní přístupy a koncept komunitní péče se opírají o ideu sdílené odpovědnosti, delegování kompetencí a zodpovědnosti za vlastní zdraví na jedince a ne na společnost jako celek jak tomu bylo v minulosti.Ve světě existují programy výchovy k aktivnímu stáří. Plánování života ve stáří je stejně důležité jako výběr profese v mládí. Pojetí péče o seniory musí být v souladu s lidskými právy a právy seniorů.

Dílčí úkol č. 3.1 (č. 5.1)
Střední délka života a pravděpodobná délka života bez invalidity u 65letých by se měla prodloužit alespoň o 20 %.

Zastoupení dětí a obyvatelstva vyššího věku v ČR k 31.12.1997

Území	Procento dětí (0-14 let)	Procento obyvat.vyššího věku (60 let a více)	Procento obyv. vyššího věku (80 let a více)
ČR	17,4	18,0	2,41
	(1795 tisíc)	(1857 tisíc)	(248 tisíc)

Prognóza z roku 1996 o stárnutí obyvatelstva České republiky

Rok	Procento obyvatel ve věku 60 let a více (přibližně)
2000	18
2005	20
2010	23
2015	25
2020	27
2030	30

Hlavní cíle gerontologie a péče o staré občany :

1) Prodlužovat lidský život – střední délku života (naději dožití) využitím všech dosavadních vědeckých poznatků
2) Prodlužovat období zdravého života - preventivní prohlídky
3) Zvyšovat kvalitu života - důstojné prožívání stáří
4) Zabezpečit adekvátní a aktivní zdravotně sociální péči
5) Prosazovat správnou sociální politiku – příznivé společenské klima
6) Přizpůsobit strukturu zdravotnických a sociálních služeb změněné věkové struktuře obyvatel (ošetřovatelská péče, rehabilitace, pečovatelská služba, domovy důchodců, kluby, hospice).

Dílčí úkol č. 3.2 (č. 5.2)
Nejméně o 50% by se měl zvýšit podíl osob nad 80 let, které dosahují v domácím prostředí takovou úroveň zdraví , která jim umožní uchovat si autonomii, sebeúctu a své místo ve společnosti

Současný stav:

Problém autonomie nemocného ve stáří .S ubýváním fyzických sil a psychických schopností je pacient často omezen buď ve schopnosti učinit validní rozhodnutí nebo ve schopnosti rozhodnutí realizovat, a velmi často v obojím. To klade zvláštní nároky na ošetřujícího lékaře a na celé okolí. Především musí být schopen diagnostikovat rozsah poškození a zbývající kapacitu schopnosti nemocného. Tato diagnostika je poměrně složitá díky tomu, že je nutné stanovovat nároky na rozhodovací schopnosti nemocného podle vážnosti věci , o které se rozhoduje.(K odmítnutí vitamínové kúry stačí méně kompetentní rozhodnutí než k odmítnutí zdraví zachraňujícího výkonu).Druhým komplikujícím faktorem je fakt, že kompetence starého člověka je dynamická a proměnlivá v čase i v prostoru.Úkolem lékaře je být nemocnému „advokátem" a tedy hájit jeho zájmy.To je obtížné ve dvou směrech . Často jsou oprávněné zájmy pacienta v nesouladu s přáními a zájmy jeho rodiny.Někdy bývá obtížné rozpoznat tento konflikt přání a nemocný může být dalekosáhle manipulován rodinou. S rodinou je snazší domluva, argumentace jejích příslušníků srozumitelnější a průkaznější než argumentace takovéhoto pacienta. To však nesnímá z lékaře povinnost hájit a prosazovat více či méně zřetelná přání pacienta. V diagnostice lékaři velmi napomáhá psycholog či sociální pracovnice.

Aktivity ke splnění dílčího úkolu :

3.2.1 Zvýšit kvalitu domácí péče , a to především její dostupnost i v odlehlých částech LK

odpovědnost: Liberecký kraj
spolupráce: MZ, ZZ, agentury domácí péče, města, obce
termíny:průběžně

3.2.2 Umožnit a vytvořit podmínky pro rodiny , jež chtějí pečovat o své nejbližší v domácím prostředí (hmotné zabezpečení, dávky státní podpory, příspěvky na bydlení, telefony)

odpovědnost: Liberecký kraj
spolupráce: MZ, MF, MPSV, města, obce
termíny: 2004

3.2.3 Co nejvíce podpořit vznik hospice v LK - hlavně finanční podpora již vzniklého Občanského sdružení pro vznik hospice v jabloneckém okrese

odpovědnost: Občanská sdružení, Liberecký kraj
spolupráce:města, obce, podnikatelské subjekty
termíny:2002 - 3 a dále průběžně

3.2.4 Oslovit komunální politiky a začlenit péči o staré občany do koncepce zdravotnictví a sociální péče jednotlivých obcí.

odpovědnost: Liberecký kraj
spolupráce: samosprávné orgány
termíny: průběžně

3.2.5 Zmapování současného stavu ,počtu a systému zařízení poskytujících péči o staré občany na území celého Libereckého kraje. Toto šetření poskytne přehled o pozitivech a negativech a event. nedostatcích . kapacitních možnostech (vč. dostupnosti služeb) a požadavcích na tyto služby a problémech v oblasti péče o staré občany.

odpovědnost: Liberecký kraj
spolupráce: města a obce
termíny: 2003

3.2.6 Zajistit účelnou a efektivní spolupráci zainteresovaných sektorů, zejména sociální péče, zdravotnictví a školství při péči o staré občany a jejich seberealizaci v každém věku i stavu

odpovědnost: Liberecký kraj
spolupráce: města, obce, samosprávné orgány
termín: průběžně

ZLEPŠENÍ DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ

DO ROKU 2020 ZLEPŠIT PODMÍNKY PRO PSYCHOSOCIÁLNÍ POHODU LIDÍ A PRO LIDI S DUŠEVNÍMI PORUCHAMI ZAJISTIT DOSTUPNOST KOMPLEXNÍCH SLUŽEB

Cíl č. 4 (č. 6 „Zdraví 21“)

V oblasti péče o duševní zdraví má být věnováno hodně pozornosti snižování stigmatu spojeného s duševním onemocněním a prevenci a podpoře duševního zdraví. Důležitou roli v péči o osoby s duševní poruchou má hrát primární péče. Péče ve velkých psychiatrických zařízeních a léčebnách musí být nahrazena vyváženou kombinací psychiatrické nemocniční péče a služeb poskytovaných v rámci komunity - komunitní péče.
Zdravotnický personál pečující o nemocné musí být způsobilý a kontinuálně vzděláván tak, aby dokázal identifikovat rizikové faktory, působit na ně a vhodně používat moderní léčebné metody. Včasné a správné diagnostikování a léčba depresí může mít podstatný vliv na počet sebevražd. Pozornost v péči o duševní zdraví je nutno věnovat především rizikovým skupinám obyvatel.

Koordinátor : MUDr. Tučková Věra

Gestor: prim. MUDr. Lumír Tauš CSc. – psychiatrické odd. nemocnice Liberec

Spolupracující: MUDr. Stehlík – psychiatrická ambulance Jablonec nad Nisou
Fokus – MYklub – MUDr. Michaela Petišková, Mgr. Jana Horáková
MUDr. Veronika Kotková – psychiatrie nemocnice Liberec
MUDr. Marie Hyánková – poliklinika

Dílčí úkol č. 4.1 (č. 6.1)
Omezit výskyt a nežádoucí zdravotní důsledky duševních poruch a posílit schopnost vyrovnávat se se stresujícími životními okamžiky

Současný stav

V posledních 10-ti letech v ČR probíhá postupná proměna péče o duševní zdraví (duševní onemocnění).
Informovanost široké veřejnosti o problematice duševního zdraví a duševních nemocí je však nedostatečná.

Primární péče je jen částečně propojena s oblastí péče o duševní zdraví (duševní poruchy). Pracovníci primární péče nejsou vždy plně informováni o včasné diagnostice a moderních přístupech prevence, terapie a rehabilitace duševních poruch.
Uspořádání lůžkové psychiatrické péče je nevyhovující. V Libereckém kraji je poskytována na 76 lůžkách Nemocnice Liberec a 11 lůžkách Psychiatrického sanatoria (v podobě denního stacionáře) v České Lípě. Péče mimo nemocnice je poskytována v psychiatrických ambulancích jejichž kapacita je mnohdy nedostatečná. Teprve v posledních letech se rozvíjející komunitní zařízení a služby (krizová centra, denní stacionáře, chráněné dílny a bydlení .....) jsou ve zcela nedostatečném množství.
Nedořešenou zůstává otázka kompetencí a spolupráce mezi zdravotnickým a sociálním resortem, zvláště v oblasti péče o osoby s dlouhodobými duševními poruchami.

Aktivity ke splnění dílčího úkolu:

4.1.1 Spolupráce se sdružením FOKUS MYklub při organizování Týdnů pro duševní zdraví v Liberci

odpovědnost: sdružení Fokus MYklub
spolupráce: KHS, Magistrát města Liberce
termín: každoročně podzim

4.1.2 Zabezpečit provoz záchytné stanice pro alkohol a jiné toxikomanie

odpovědnost: Liberecký kraj ,regionální samospráva
spolupráce: nemocnice, města, obce
termín: 2005

4.1.3 Vytvořit denní zařízení stacionární péče pro gerontopsychiatrické pacienty

odpovědnost: Liberecký kraj
spolupráce: nemocnice, psychiatrické ambulance, soukromé subjekty, profesní organizace, Magistrát města Liberce
termín: 2005

4.1.4 Zajistit střednědobou léčbu pro nealkoholové drogy

odpovědnost: Liberecký kraj
spolupráce: nemocnice, soukromé subjekty, Magistrát města Liberce
termín: 2005

4.1.5 Vznik fungujících skupin pro anonymní alkoholiky, gamblery a narkomany

odpovědnost: Liberecký kraj
spolupráce: nemocnice, svépomocné organizace, soukromé subjekty
termín: 2005

4.1.6 Vznik statutu funkce psychiatra zabývajícího se ochrannou léčbou a nedobrovolnými pobyty v psychiatrickém zařízení

odpovědnost: Liberecký kraj
spolupráce: psychiatrická oddělení
termín: 2004

4.1.7 Přesun většiny akutní psychiatrické péče z psychiatrických léčeben do psychiatrických oddělení nemocnic, domácí péče a systému krizových center

odpovědnost: Liberecký kraj
spolupráce: psychiatrická oddělení, psychiatrické léčebny, zdravotní pojišťovny, regionální samospráva, odborné organizace, krizová centra
termín: 2010

Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:

- incidence duševně nemocných na vybrané diagnózy,
- počet lůžek v psychiatrických léčebnách,
- počet a typ služeb v rámci komunity,
- objem dotací pro poskytovatele sociálních služeb.

Dílčí úkol č. 4.2 (č. 6.2)
Snížit počet sebevražd

Současný stav

Sebevražednost v ČR od roku 1970 pozvolna klesá z 33/100 000 obyvatel na 23/100 000 obyvatel (1999). ČR tak stojí asi v polovině řady evropských států. Sebevražednost je v Evropě na 2. (muži) či 3. místě (ženy) v úmrtnosti ve věkové skupině 15 - 34 let.
Dokonané sebevraždy souvisí sice jen částečně, ale zřetelně :

- s věkem (vysoký výskyt v populaci nad 69 let, především u mužů; u mladistvých je vysoký počet sebevražedných pokusů)
- s výskytem duševních poruch (zvláště s depresivní poruchou, se závislostmi na návykových látkách, se schizofrenií), přičemž se v nejbližších letech očekává značný nárůst depresivních poruch
- s náboženským přesvědčením (u osob s náboženskou vírou, lhostejno s kterou, je výskyt sebevražd podstatně nižší)

- s dalšími již méně významnými faktory : rodinná zátěž, životní ztráty, izolovanost, povahové vlastnosti.

Naproti tomu se nezdá, že by sebevraždy souvisely se socioekonomickými změnami ve společnosti. Sebevražedných pokusů je asi 10 - 20x více než dokonaných sebevražd.

Úmrtí na úmyslné sebepoškození v roce 1999 na 100 000 obyvatel

	ČR	okr. Liberec	okr. Jablonec	okr. Semily	okr. Č. Lípa
muži	25	25,1	13,3	30,3	25
ženy	5,3	7,4	5,3	7,2	1,8

Aktivity ke splnění dílčího úkolu:

4.2.1 Zlepšení a zvýšení efektivity psychiatrických služeb rozšířením sítě krizových center, linek důvěry a psychiatrických oddělení nemocnic

odpovědnost: Liberecký kraj
spolupráce: MF, MZ, nemocnice, soukromé subjekty, svépomocné organizace
termín: 2003

4.2.2 Opětné zavedení evidence sebevražedných pokusů

odpovědnost: Liberecký kraj
spolupráce: ÚZIS, MZ
termín: 2003

Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:
- statistika dokonaných sebevražd a sebevražedných pokusů v ČR, podle věku, pohlaví a sociálních skupin, organizovaná ÚZIS a ČSÚ
- rozvoj sociálních služeb pro psychicky nemocné, antidiskriminace psychicky nemocných ve standardizaci kvality sociálních služeb

PREVENCE INFEKČNÍCH ONEMOCNĚNÍ

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

Cíl č. 5 (č. 7 „Zdraví 21“)

Některé z uvedených dílčích úkolů cíle 7 „Zdraví 21” jsou v Libereckém kraji již splněny, u ostatních pokračuje program v souladu s celostátně přijatou koncepcí. Předpokladem k úspěšnému zakončení požadovaných aktivit je

- dostatečná informovanost lékařů dle odbornosti daného úkolu (zajišťováno písemnou formou a účastí na seminářích)
- intenzivní spolupráce s infekčním oddělením v otázce diagnostiky, léčby i následné péče o pacienty, větší využívání izolačních možností oddělení zejména u průjmových onemocnění a meningitid
- nutnost zajištění dostatečné izolační kapacity pro případ výskytu zvlášť nebezpečných nákaz (importovaná onemocnění, bioterorismus)

Koordinátor: MUDr.Vladimír Valenta, krajský hygienik Libereckého kraje

Gestor: MUDr.Dana Zemanová, krajský epidemiolog
MUDr.Ludmila Nedvědová, prim.infekčního odd.Nemocnice Liberec

Spolupracují: MUDr.Martin Zítek, prim.dětského odd.Nemocnice Liberec
MUDr.Lenka Penízková, prim.odd.neurologie Nemocnice Liberec
MUDr.Andrea Šlechtová,krajský koordinátor pro pohlavní choroby
MUDr.Jiří Vytiska,krajský koordinátor TBC
MUDr.Vladimír Kracík,prim.odd.klinické mikrobiologie a imunologie
další specialisté jednotlivých oborů podle náplně konkrétního úkolu

Dílčí úkol č. 5.1 (č. 7. 1)
Eliminovat z území evropského regionu SZO případy dětské obrny a nejpozději do roku 2003 toto věrohodně potvrdit

Současný stav:

Od roku 1961 nebyl na území ČR zaznamenán případ dětské obrny s příznaky ochrnutí kosterního svalstva (paralytická poliomyelitida). Proočkovanost ve všech krajích je vyšší než 95%, v Libereckém kraji dosahuje hodnot 98 – 99%. Výsledky vyšetření odpadních vod na přítomnost poliovirů ukázaly, že od roku 1992 nebyl na území ČR divoký poliovirus zachycen. V roce 1992 byl celostátně zaveden systém sledování akutních případů ochrnutí a jejich vyšetřování u dětí do 15 let věku, od roku 1999 odpovídají zjištěné parametry požadavkům SZO. Celostátně je realizován systém spolupráce a kontroly kvality vyšetřování ve spolupracujících laboratořích, s využíváním metod doporučených SZO.
V ČR je dílčí úkol již splněn, výhledově bude potřeba v rámci trvání úkolu na území evropského regionu v zadaných úkolech pokračovat až do globálního vymýcení dětské obrny.

Aktivity ke splnění dílčího úkolu:

5.1.1 Pokračovat v plnění programu SZO k vymýcení dětské obrny v dosud uplatňovaném rozsahu

odpovědnost: Liberecký kraj, KHS Liberec
spolupráce: očkující lékaři, lůžková dětská, neurologická a infekční oddělení, virologické laboratoře, epidemiologická oddělení HS, informovaná veřejnost
termíny: průběžně – ročně do roku 2005

Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:

- výsledky sledování akutních případů ochrnutí u dětí do 15 let věku
- výsledky kontrol proočkovanosti
- výsledky hlášení nemocnosti dětskou obrnou

Dílčí úkol č. 5.2 (č.7.2)
Eliminovat novorozenecký tetanus

Současný stav:

V ČR se výskyt tetanu pohybuje od roku 1980 mezi 1 – 2 případy ročně, situace v Libereckém kraji je ještě příznivější – např. okres Liberec vykazoval od roku 1961 celkem 12 případů, k onemocnění došlo naposledy v roce 1978.
Novorozenecký tetanus byl v ČR hlášen přibližně před 30 lety, od té doby se nevyskytuje.Dílčí úkol se v ČR již podařilo splnit díky strategii očkování, zahrnující kromě základního očkování a přeočkování v dětském věku ještě další přeočkování v indikovaných případech poranění a v dospělosti vždy v intervalech každých 10-15 let.

Aktivity ke splnění dílčího úkolu:

5.2.1 Pokračovat v očkování proti tetanu, i nadále dosahovat vysokou proočkovanost, provádět administrativní kontrolu pravidelného očkování dětí, zajišťovat epidemiologické šetření každého případu tetanu

odpovědnost: Liberecký kraj, KHS Liberec
spolupráce: očkující lékaři, hlásící lékaři, epidemiologové HS, informovaná veřejnost
termíny: průběžně

Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:
- výsledky hlášení nemocnosti
- výsledky kontroly proočkovanosti
- výsledky analýzy hlášených případů

Dílčí úkol č. 5.3 (č.7.3)
Nejpozději do roku 2007 eliminovat spalničky

Současný stav:

V ČR bylo povinné očkování proti spalničkám zahájeno v roce 1969 jednodávkovou formou, od roku 1975 se očkuje dvěma dávkami (v této strategii má ČR celosvětové prvenství). Očkovací schéma, pokud jde o věk očkovaných, se podle výsledků sérologických přehledů několikrát měnilo, současný postup je používán od roku 1980. V roce 1984 byl v ČR zaveden systém kontroly spalniček, novelizován byl v roce 2002.
Před zahájením očkování se počet hlášených případů pohyboval kolem 60 000 případů a 50-60 úmrtí ročně. Po zavedení vakcinace nemocnost postupně klesala až na hodnoty kolem 10 případů ročně v období let 1993 – 1999. Těmito výsledky se ČR řadí mezi nejúspěšnější státy Evropy.
V okrese Liberec dosahoval počet onemocnění do roku 1976 průměrně 500 ročně, od roku 1977 bylo hlášeno celkem 11 případů, naposledy v roce 1992.
Proočkovanost proti spalničkám je celostátně v průměru 95%, Liberecký kraj vykazuje více než 99%.

Aktivity ke splnění dílčího úkolu:

5.3.1 Pokračovat v očkování proti spalničkám, dosahovat proočkovanost minimálně 95%.
5.3.2 Provádět administrativní kontrolu proočkovanosti proti spalničkám.
5.3.3 Zajistit epidemiologické šetření při podezření na výskyt spalniček podle jednotné metodiky, včetně odběru krve a odeslání vzorku k vyšetření do specializované laboratoře.

odpovědnost: Liberecký kraj, KHS Liberec
spolupráce: očkující a hlásící lékaři, laboratoře, epidemiologové HS, informovaná veřejnost
termíny: průběžně do roku 2010

Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:
- výsledky hlášené nemocnosti a jejich analýza
- výsledky kontroly proočkovanosti

Dílčí úkol č. 5.4 (č. 7.4)
Nejpozději do roku 2010 dosáhnout:

- **výskyt záškrtu pod 0,1 případu na 100 000 obyvatel,**
- **pokles nově zjištěných nosičů viru hepatitidy B nejméně o 80** %
- **méně než 1 případ na 100 000 obyvatel v případě příušnic, dávivého kašle a invazivních chorob vyvolaných Haemophilem influenzae b,**
- **výskyt vrozené syfilis nižší než 0,01 případů na 1 000 živě narozených dětí,**
- **vrozeného zarděnkového syndromu nižší než 0,01 případů na 100 živě narozených dětí**

Současný stav:

Záškrt

ČR – výskyt je vzácný, poslední případ byl registrován v roce 1995, jednalo se zřejmě o případ zavlečený, k dalšímu šíření na našem území nedošlo. Požadovaný index nepřekračujeme a situace se v budoucnosti pravděpodobně nezmění

Liberecký kraj – onemocnění nebylo hlášeno od roku 1966

Nové případy nosičství virové hepatitidy B

ČR – celostátně zatím není výskyt rutinně sledován, počet nových případů se pohybuje kolem 700 ročně

Liberecký kraj – nosičství virové hepatitidy B je sledováno dle vlastního programu v okrese Liberec a zahrnuje období let 1974 – 2001: počet dosahoval v letech 1989 – 1996 průměrně 100 případů ročně, od roku 1997 došlo k poklesu na 40 případů, v dalším období se výskyt ustálil na 25 případech ročně

Příušnice, dávivý kašel a agresivní choroby vyvolané Haemophilem influenzae b

ČR – celostátně vykazované hodnoty umožňují splnit požadované indexy

Liberecký kraj – situace ve výskytu uvedených chorob je příznivá a odpovídá celostátním trendům

Vrozená syfilis

ČR – výskyt je hlášen až v posledních letech, hodnoty sledované od roku 1999 překračují požadovaný index (0,18 na 1 000 narozených dětí). V prevenci syfilis se i nadále bude uplatňovat především zdravotní výchova, vakcína dosud není k dispozici

Liberecký kraj – ve sledovaném období nebyl hlášen případ vrozené syfilis

Vrozený zarděnkový syndrom

Hlášený výskyt je celostátně nulový a s ohledem na výsledky očkování proti zarděnkám u nás odpovídá tato situace zřejmě skutečnosti.

Aktivity ke splnění dílčího úkolu:

5.4.1 Pokračovat v očkování proti záškrtu, dávivému kašli,zarděnkám, příušnicím, virové hepatitidě B a nákazám vyvolaným Haemophilem infuenzae B, i nadále dosahovat vysokou proočkovanost, provádět administrativní kontrolu proočkovanosti, zajistit postup podle nové vyhlášky o očkování č.439/2000 Sb.

5.4.2 Pokračovat v hlášení, epidemiologickém šetření a analýze případů záškrtu, dávivého kašle, příušnic,zarděnek, virové hepatitidy B a nového nosičství, nákaz vyvolaných Haemophilem influenzae b, vrozené syfilis

5.4.3 Pokračovat ve zdravotní výchově vedoucí k omezení dalšího šíření pohlavně přenosných nákaz včetně syfilis

odpovědnost: Liberecký kraj, KHS Liberec
spolupráce: očkující lékaři, hlásící lékaři,dermatovenerologové, epidemiologové HS, informovaná veřejnost
termíny: průběžně do roku 2010

Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:

- výsledky hlášené nemocnosti a jejich analýza
- výsledky kontrol proočkovanosti

Dílčí úkol č. 5.5 (č.7.5)
Nejpozději do roku 2015:

- omezit výskyt malárie pod 5 případů na 100 000 obyvatel
- zajistit trvalé a pokračující snižování výskytu, úmrtnosti a negativních dopadů infekce HIV/AIDS, dalších pohlavně přenosných chorob, tuberkulózy, akutních respiračních a průjmových onemocnění

Současný stav:

Malárie

Výskyt neimportované malárie lze považovat za bezvýznamný.Počet hlášených případů se pohybuje kolem 30 případů ročně, většinou jde o importované případy našich občanů po návratu ze služebních či rekreačních cest nebo cizinců z oblastí výskytu. Pokud nenastane výrazná změna klimatických podmínek, není potřeba obávat se šíření v našich podmínkách. Nicméně bude nutné zlepšit úroveň hlášení, informovanost lékařů prvního styku o této nákaze a věnovat pozornost i tzv.letištní malárii.

Infekce HIV/AIDS

ČR – infekce je povinně hlášena, počet nových případů se od roku 1998 mírně snižuje. Ve srovnání s ostatními státy Evropy je situace u nás relativně příznivá.
Další infekce přenosné pohlavním stykem jsou charakterizovány vzestupem syfilis (300 případů na začátku 90. let, 800 v roce 1999) a poklesem kapavky (7 000 případů na začátku 90.let, 2 000 v roce 2000)

Liberecký kraj – situace je ve srovnání s ČR poměrně příznivá: k 30.4.2002 vykazuje Liberecký kraj celkem 10 HIV+ osob, tj. 23,3/1 000 000 obyvatel a mezi ostatními kraji ČR se řadí na 9.místo. Celostátně je registrováno 562 osob, tj. 54,7/1 000 000 obyvatel.Preventivní aktivity se zaměřují především na mladší věkové kategorie a osoby s rizikovým chováním.

Tuberkulóza

ČR – počet nových případů onemocnění se v období od poloviny 80.let do roku 1998 výrazně neměnil. Od roku 1999 je zaznamenán mírný pokles, v posledních letech se tento údaj pohybuje kolem 15 případů na 100 000 obyvatel.

Liberecký kraj – počet hlášených případů tuberkulózy je nižší než celostátně udávané počty, průměrné hodnoty za období let 1993 – 2000 vykazují 13 případů na 100 000 obyvatel. V souladu s pokynem hlavního hygienika ČR zajišťuje státní dozor v oblasti tuberkulózy a pohlavně přenosných infekcí hygienická služba, za plnění stanovených úkolů zodpovídá krajský hygienik.

Akutní respirační onemocnění

V počtu hlášených onemocnění nejsou větší změny. Proti chřipce se očkují zdravotně oslabené osoby, nově bylo zavedeno i očkování osob činných na pracovištích s vyšším rizikem vzniku nákazy.

Akutní průjmová onemocnění infekčního původu

ČR – výskyt je charakterizován poklesem infekcí s interhumánním přenosem a výrazným nárůstem infekcí přenosných ze zvířat (např. salmonelóza nebo kampylobakterióza).

Liberecký kraj – ve srovnání s celostátně hlášenými počty je situace příznivější: od roku 1993 do roku 2000 bylo v ČR hlášeno průměrně 450 případů na 100 000 obyvatel ročně, Liberecký kraj registroval za stejné období roční průměr 320 případů na 100 000 obyvatel. Významnou roli v oblasti prevence hraje především zdravotní výchova.

Aktivity ke splnění dílčího úkolu:

5.5.1 Uplatňovat zdravotně výchovné programy v oblasti pohlavně přenosných nemocí, především HIV/AIDS, podpora aktivit občanských sdružení v prevenci uvedených nákaz u cílových skupin s rizikovým chováním,účast v samostatném Programu řešení problematiky HIV/AIDS v ČR.

5.5.2 Pokračovat ve státním zdravotním dozoru v oblasti tuberkulózy.

5.5.3 Spolupracovat terénními laboratořemi v oblasti diagnostiky akutních respiračních onemocnění, realizovat vakcinaci proti pneumokokovým nákazám u pacientů léčeben pro dlouhodobě nemocné, obyvatel ústavů sociální péče a domovů důchodců, v případě výskytu nové shiftové varianty chřipkového viru postupovat podle přijatého „pandemického plánu“.

5.5.4 V oblasti prevence vzniku a šíření průjmových onemocnění infekčního původu zdůrazňovat zdravotní výchovu potravinářů i celé veřejnosti, prosazovat zásady hygieny a prevence infekcí z potravin (Deset zlatých pravidel SZO).

odpovědnost: Liberecký kraj, KHS Liberec

spolupráce: dermatovenerologové, infekční oddělení, občanská sdružení aktivní v problematice HIV/AIDS, pracovníci oboru TRN, očkující lékaři, laboratoře, epidemiologové HS, informovaná veřejnost

termíny: průběžně do roku 2015

Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:

- výsledky hlášené nemocnosti uvedenými infekcemi a HIV pozitivity, jejich analýza
- výsledky laboratoří
- výsledky aktivit v oblasti prevence HIV/AIDS a dalších pohlavních nákaz, alimentárních nákaz, tuberkulózy a akutních respiračních onemocnění, očkování proti chřipce

Dílčí úkol č. 5.6 (č.7.6)
Omezit výskyt virové hepatitidy B a hepatitidy C v Libereckém kraji

Současný stav:

Výskyt VHB v Libereckém kraji odpovídá svými průměrnými hodnotami od roku 1993 celostátním údajům. Situace je však značně rozdílná v jednotlivých okresech kraje: nejvyšší počty VHB vykazuje okres Česká Lípa – průměr za sledované období 1993 - 2000 je 9,8/100 000 obyvatel (v Libereckém kraji 6,3/100 000, v ČR 6,4/100 000). V letech 1996, 1997 a 1999 dosahovaly hlášené počty v okrese Česká Lípa téměř dvojnásobku celokrajských a celostátních hodnot (maximum 13,2/100 000 obyvatel).
U VHC je situace závažnější jak v celostátních hodnotách, tak registrovaným vzestupným trendem ve všech okresech kraje: v Libereckém kraji došlo k překročení celostátních hodnot nemocnosti po roce 1997 s maximem v roce 1999 – 9,7/100 000 obyvatel a v roce 2000 – 10,6/100 000 obyvatel. V ČR byl výskyt za toto období 6,3 a 6,4/100 000 obyvatel. V rámci Libereckého kraje opět dominuje okres Česká Lípa, kde průměr let 1993 – 2000 několikanásobně překračuje celokrajské i celostátní údaje (Česká Lípa 13,6/100 000, Liberecký kraj 4,5/100 000, ČR 3,5/100 000 obyvatel) s trvalým vzestupem k maximálním hodnotám v roce 1999 – 29,1/100 000 a v roce 2000 – 30,3/100 000 obyvatel. Pozorovaný trend odpovídá rostoucímu počtu drogově závislých osob s parenterální aplikací drog a tím i zvýšenému riziku nákazy VHB a VHC. Situace v okrese Česká Lípa je ovlivněna strukturou obyvatelstva danou přítomností azylového zařízení pro uprchlíky v této lokalitě.

Aktivity ke splnění dílčího úkolu:

5.6.1 Ve spolupráci s příslušnými odborníky zajišťovat vyšetření markerů VHB a VHC u skupin s rizikovým chováním, kde je vysoká pravděpodobnost pozitivního výsledku. Vzhledem ke způsobu přenosu nákazy provádět vyšetření především u osob s parenterální aplikací drog.

5.6.2 V indikovaných případech předávat pacienty k následné dispenzarizaci a léčbě specializovaným pracovištím,včetně péče o děti matek s nákazou VHC.

5.6.3 K omezení přenosu nákazy zajišťovat u sexuálních nebo rodinných kontaktů s onemocněním VHB nebo nosičstvím HBsAg vakcinaci dle vyhlášky 439/2000.

5.6.4 Provádět zdravotní výchovu obyvatelstva (drogová problematika, zásady bezpečného sexu, riziko tetování).

5.6.5 Omezit nozokomiální přenos nákaz průběžným vzděláváním lékařů a cíleným dozorem ve zdravotnických zařízeních.

odpovědnost: Liberecký kraj, KHS Liberec
spolupráce: praktičtí lékaři, infekční oddělení, hepatální poradny, epidemiologové HS, virologické laboratoře, zařízení pro drogově závislé osoby, informovaná veřejnost
termíny: průběžně

Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:

- výsledky hlášení nemocnosti VHB a VHC
- výsledky analýzy hlášených případů

SNÍŽENÍ VÝSKYTU NEINFEKČNÍCH NEMOCÍ

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

Cíl č. 6 (č. 8 „Zdraví 21“)

Nejčastějšími neinfekčními nemocemi jsou kardiovaskulární a nádorová onemocnění, cukrovka, plicní onemocnění, nemoci pohybového aparátu a kazivost chrupu. K dosažení cíle je třeba najít ucelený přístup k nejdůležitějším rizikovým faktorům v chování jednotlivce i v životním prostředí, tj. ve smyslu pozitivního ovlivnění stávající i budoucí situace. Souvislost rizikových faktorů, jako jsou kouření, konzumace alkoholu, obezita, nezdravá výživa, nedostatek tělesného pohybu a stress výskytem těchto chorob u jednotlivců ev. sociálních skupin byla jednoznačně prokázána. Samozřejmě, že významným faktorem determinujícím vznik neinfekčních nemocí je genetická výbava jednotlivce. Opatření orientovaná na vyhledávání rizikových faktorů nemocí a časné odhalování jejich počátečních stadií jsou hlavním přístupem k jejich snižování. Tento individuální přístup je však efektivní pouze v případě jeho propojení s organizačními opatřeními zaměřenými na snižování vlivu a omezování důsledků společných rizikových faktorů (populační přístup). Doporučení SZO proto směřuje k integrovanému programovému omezování výskytu neinfekčních nemocí.

Dílčí úkol č. 6.1 (č. 8.1)
Snížit počet úmrtí v důsledku kardiovaskulárních chorob u osob mladších 65 let o 40 %

Koordinátor: MUDr. Alena Klimovičová

Spolupracující: MUDr. Jan Štrincl

Současný stav:

Hlavní příčinou úmrtí v Evropě jsou kardiovaskulární onemocnění (KVO). Podíl KVO na celkovém počtu úmrtí je u mužů 43%, u žen 55%. Též ve skupině osob mladších 65 let jsou v Evropě KVO nejčastější příčinou úmrtí. U mužů mají na úmrtnosti podíl 30%, u žen 29%.
V České republice jsou KVO také hlavní příčinou úmrtí. Na celkové úmrtnosti se podílely 53,4%, z toho muži 48,2%,ženy 58,6%. I ve skupině do 65 let jsou KVO nejčastější příčinou úmrtí. V r.2000 činil podíl úmrtí na KVO u mužů 39,5% a u 47,8% žen.

Mortalita na KVO je v České republice významně vyšší než ve státech západní Evropy.
V roce 2000 byla v ČR standardizovaná úmrtnost na KVO 576,8 u mužů a 378,9 u žen na 100000 obyvatel. V roce 1997 byla v zemích EU průměrná úmrtnost na KVO 341,2 u mužů a 216,5 u žen na 100000 obyvatel.
V úmrtnosti na KVO jsou v Evropě různé trendy. V zemích severní,západní a jižní Evropy dochází k dlouhodobému poklesu. V zemích střední a východní Evropy lze naopak vysledovat v posledních 10 letech vzestupný trend úmrtnosti. Výjimku tvoří mj. i ČR. Od poloviny 80.let úmrtnost na KVO pozvolna klesá. Výrazný pokles trvá od r. l990.
S poklesem úmrtnosti na akutní formy KVO přibývá nemocných s chronickými formami KVO, hlavně ve vyšších věkových kategoriích. Počet hospitalizací na interních odděleních pro KVO je více než 50% všech hospitalizací a stále stoupá. Za posledních 10 let byl zaznamenán nárůst 25%.
Srdeční infarkt je nejčastější příčinou smrti a invalidity mužů v produktivním věku.
Za období 1990 – 1999 zemřelo průměrně ročně na KVO v Libereckém kraji 706 mužů a 469 žen/100 tis. obyvatel, v porovnání s ČR, kde zemřelo 708 mužů a 452 žen /100 000 obyvatel.
V jednotlivých okresech Libereckého kraje je trvale sestupný trend a to jak u mužů, tak i u žen. Z okresů Libereckého kraje je nejvyšší pokles úmrtnosti v okrese Jablonec n.N. (711 mužů a 476 žen/100 tis. obyvatel), v okrese Liberec (719 mužů a 457 žen/100 tis. obyvatel) a v okrese Semily (637 mužů a 437 žen/100 tis. obyvatel). Průměrně ročně zemřelo nejvíce mužů a žen v okrese Č. Lípa (756 mužů a 506 žen/100 tis.)
Z výše uvedených dat vyplývá, že standardizovaná úmrtnost na KVO klesá v Libereckém kraji obdobně jako v ČR a je blízká úmrtnosti v ČR.
Výrazně vyšší úmrtnost na KVO než v ČR je v okrese Česká Lípa, výrazně nižší je v okrese Semily. Umírá více mužů než žen.
Počty hospitalizovaných pro KVO stoupají i v Libereckém kraji.

Aktivity ke splnění úkolu:

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

- ***vypracováním detailních doporučení k diagnostice a terapii těchto onemocnění (včetně farmakoterapie) na základě doporučení odborných společností s přihlédnutím k ekonomickým možnostem úhrady z veřejného zdravotního pojištění a pojištění občanů ČR,***
- ***prosazování těchto doporučení a jejich důsledná kontrola***

odpovědnost: Liberecký kraj
spolupráce: všechna zdravotnická zařízení, zdravotní pojišťovny, Česká lékařská společnost JEP, media, hygienická služba, občané a zainteresované instituce
termíny**:** průběžně

6.1.2 Aktivity ke snížení rizika kardiovaskulárních onemocnění v rámci primární prevence.
Primárně preventivní aktivity, k nimž patří prevence kuřáctví, zlepšení stravovacích zvyklostí a tělesné aktivity jsou uvedeny v cílech č. 11 a 12.

6.1.3 Zajištění léčebné péče o nemocné s kardiovaskulárními chorobami:

a/ ambulantní péče , spolupráce praktického lékaře,kardiologa,internisty, cévního chirurga

b/ akutní přednemocniční péče- síť záchranné služby rovnoměrně pokrývající území kraje

c/ nemocniční péče – interní oddělení, kardiologická oddělení, specializované kardiocentrum,tvořené kardiologickým a kardiochirurgickým pracovištěm v krajské nemocnici vč. spolupráce s transplantačními centry

d/ lázeňská léčba

odpovědnost: Liberecký kraj
spolupráce: všechna zdravotnická zařízení, zdravotní pojišťovny.
termíny: průběžně

6.1.4 Registrace kardiovaskulárních chorob a sledování úrovně poskytované péče: registrace prevalence a incidence chorob srdce a cév,jejich morbidity a mortality, a zajištění těchto údajů všem zdravotnickým zařízením.

odpovědnost: Liberecký kraj
spolupráce: všechna zdravotnická zařízení, hygienická služba, ÚZIS
termíny: průběžně

<u>Ukazatelé k monitorování plnění úkolů:</u>

Prevalence a incidence kardiovaskulárních onemocnění, morbidita, mortalita, hospitalizace pro kardiovaskulární onemocnění, spotřeba léků, prevalence rizikových faktorů KVO, počet výkonů invazivní kardiologie.

Dílčí úkol č. 6.2 (č. 8.2)
Úmrtnost u všech typů nádorových onemocnění u osob mladších než 65 let snížit nejméně o 15 %, přičemž úmrtnost u rakoviny plic snížit o 25 %

Koordinátor : MUDr. Tučková Věra

Gestor : prim. MUDr. Libor Hanuš – Onkocentrum Liberec

Spolupracující: prim. MUDr. Magda Macháňová – Onkocentrum Liberec
MUDr. Marta Holíková – Onkocentrum Liberec
MUDr. Jiří Bartoš – Onkocentrum Liberec
MUDr. Michaela Häckelová - onkologická ambulance nemocnice Jablonec nad Nisou

Současný stav

Incidence zhoubných novotvarů/100 000 obyvatel v průměru za 7 let (1990 - 1997)

	muži	ženy
ČR	507	471
LBC kraj	465	455
okres Liberec	487	489
okres Jablonec n.N.	511	500
okres Semily	467	502
okres Česká Lípa	394	328

Incidence má vzestupný trend od roku 1990 do roku 1997 a to u mužů i u žen:

	muži			ženy		
	1990	1997	nárůst v %	1990	1997	nárůst v %
LBC kraj	419	560	34,6	358	521	44,9
ČR	456	579	26,9	408	543	33,1
Liberec	382	610	59,6	350	606	73,1
Jablonec n.N.	461	539	28,6	378	558	47,6
Semily	474	578	21,9	393	540	37,4
Česká Lípa	358	460	28,5	312	380	21,8

Nárůst incidence je patrný i ve všech okresech.
Nejvyšší nárůst je v okrese Liberec u mužů i žen, nejnižší nárůst je u mužů v okrese Česká Lípa a u žen v okrese Semily.

Vysoký vzestup počtu případů v okrese Liberec může být způsoben větší dostupností vyšetření a větší informovaností obyvatel.

Vyšší než v ČR je průměrná incidence:
- u mužů v okrese Jablonec
- u žen v okresech Liberec, Jablonec a Semily
Na této skutečnosti se podílí věková struktura obyvatel.
Nižší incidence nádorů v okrese Česká Lípa může být způsobena větším podílem mladé populace.
LBC kraj má nižší incidenci novotvarů než ČR. Stoupá počet nových nádorových onemocnění u mužů i žen. Rozdíly mezi roky jsou statisticky významné. Stoupající počty nově hlášených onemocnění novotvary a současně mírně klesající úmrtnost svědčí o účinnosti prevence a léčby.

Aktivity ke splnění dílčího úkolu:

6.2.1 Primární prevence vybraných nádorových onemocnění

odpovědnost: Liberecký kraj, KHS
spolupráce: onkologové, zdravotní sestry, praktičtí lékaři, MZ, SZÚ, veřejnost, masmedia, nevládní organizace
termín: dlouhodobě

6.2.2 Včasná diagnostika nádorových onemocnění (event. screening některých nádorových onemocnění)

odpovědnost: Liberecký kraj, klinický onkolog (terénní onkolog – viz dále)
spolupráce: specialisté příslušného oboru, praktičtí lékaři, zdravotní pojišťovny, MZ
termín: návrh 2003, plnění v následujících letech

6.2.3 Léčba nádorových onemocnění

odpovědnost: Liberecký kraj, Onkocentrum
spolupráce: příslušní specialisté,ZZ, zdravotní pojišťovny, MZ
termín: trvale

6.2.4 Dodržování standardů diagnostických a léčebných postupů

odpovědnost: Liberecký kraj, klinický onkolog
spolupráce: příslušní specialisté, MZ
termín: průběžně

6.2.5 Spolupráce s organizací Arcus (sdružení onkologických pacientů)

odpovědnost: Liberecký kraj, stanovený zástupce z obl. klinické onkologie
spolupráce: nadace Arcus, média, psychologové
termín: průběžně

6.2.6 Zajištění fungování onkologických registrů regionu (finanční krytí nákladů, zajištění kvality)

odpovědnost: Liberecký kraj, vedoucí lékař CKO, správce OR
spolupráce: vedení nemocnice, MZ, ÚZIS
termín: průběžně

6.2.7 Dispenzarizace onkologicky nemocných

odpovědnost: Liberecký kraj, klinicky onkolog, příslušní specialisté
spolupráce: PL, příslušné poradny, MZ
termín: průběžně

6.2.8 V Liberci zřídit terénní pracoviště klinického onkologa

náplň práce: spolupráce v primární prevenci, screening, léčba (paliativní, péče o terminální pacienty atd.), dispenzarizace onkologických pacientů.

odpovědnost: Liberecký kraj
spolupráce: zdravotní pojišťovny
termín: 2003 - 4

Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:

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

Dílčí úkol č. 6.3 (č. 8.3)
Amputace, oslepnutí, poruchy ledvin, těhotenské komplikace a další závažné zdravotní komplikace související s cukrovkou snížit o jednu třetinu

Koordinátor: MUDr. Klimovičová

Gestor: MUDr. Klimovičová

Spolupracující: MUDr. Vondráková
MUDr. Smělá
MUDr. Ludvíková
MUDr. Pospíšil

Současný stav:

V současné době celosvětově probíhá epidemie diabetu, hlavně 2. typu.
Výrazný nárůst nemocných diabetem a jeho komplikacemi způsobuje závažné zdravotnické i ekonomické problémy. Úmrtnost diabetiků 2. typu je 3x vyšší než běžné populace. Způsobují to hlavně cévní komplikace (infarkty myokardu, mozkové cévní příhody, amputace dolních končetin a další).
Diabetes 2. typu přitom patří mezi preventibilní choroby, tzn. že vzniku a vývoji komplikací lze buď zabránit, nebo je oddálit.
Zásadním problémem je v současné době pozdní diagnostika. Uvádí se, že od vzniku choroby, do jejího zjištění uplyne průměrně 5 - 10 let. V tomto nepoznaném období vzniká asi 1/3 všech cévních komplikací.
V České republice je v současné době kolem 6% diabetiků, přičemž ve věku nad 60 let stoupá výskyt až na 20 %. Předpokládá se, že další 3 - 4 % jsou zatím nepoznaná.
V Libereckém kraji bylo koncem r. 1999 evidováno 33 084 diabetiků, ve srovnání s r. 1990 jde o 30% nárůst.
Výskyt i trend vzestupu kopírují údaje České republiky.
Průměrné počty evidovaných diabetiků jsou v Libereckém kraji nižší než v ČR .
Pouze okres Semily jak u mužů, tak u žen překračuje hodnoty ČR:

Aktivity ke splnění dílčího úkolu:

6.3.1 Obecná změna životního stylu
(změna výživy, snížení výskytu obezity, zvýšení pohybových aktivit).
Řešení souvisí s mnoha ostatními dílčími úkoly (dostupnost zdravých potravin, možnosti pohybu všeobecně vč. možností využití volného času aktivním odpočinkem, výchova obyvatelstva ke zdravému životnímu stylu).

odpovědnost: Liberecký kraj
spolupráce: zdravotní pojišťovny, media, hygienická služba, všechna zdravotnická zařízení,vč. lázní, města, obce
termíny: průběžně, trvale

6.3.2 Časnější diagnosa diabetu
Vyhledávací programy pro rizikové skupiny populace

odpovědnost: Liberecký kraj
spolupráce: zdravotní pojišťovny, praktičtí lékaři, Svaz diabetiků, hygienická služba a další dle jednotlivých programů (např. lékárny, odborné společnosti)
termíny: průběžně, první program do 2 let.

6.3.3 Komplexní intervence rizikových faktorů diabetika
Diabetik musí být léčen komplexně ve všech rizikových faktorech (nadváha, vysoký tlak, poruchy tuků atd.).
Aktivity: vydání doporučených postupů pro všechny lékaře léčící diabetika.
Proškolení všech praktických lékařů v kraji.
Vytvořit instituci edukační sestry (edukačního centra) v každém okrese, pro výuku diabetických pacientů - podpora Svazu diabetiků, edukační lázeňské pobyty

odpovědnost: Liberecký kraj
spolupráce: Diabetologické centrum v Liberci, zdravotní pojišťovny, diabetické poradny, hygienická služba,vybraná lázeňská zařízení
termíny: průběžně, konečný 2007

6.3.4 Řešení vzniklých závažných komplikací diabetu:
Nutné je mezioborové řešení týmem zkušených odborníků ⟶ vytvořit tým v krajské nemocnici schopný řešit cévní komplikace a mající na to pracovní podmínky (diabetologické centrum, invazivní kardiologie, angiologie, oční laser centrum).

odpovědnost: Liberecký kraj
spolupráce: krajská nemocnice, MZ, zdravotní pojišťovny,ostatní ZZ
termín: 2005

Ukazatelé k monitoraci plnění úkolu:
Vývoj incidence diabetu a jeho komplikací podle každoročních hlášení ÚZIS.

Dílčí úkol č. 6.4 (č. 8.5)
Zlepšení orálního zdraví dětí a mládeže – dosáhnout, aby alespoň 80% dětí ve věku do 6 let bylo bez zubního kazu a ve věku do 12 let, měly děti v průměru maximálně 1,5 KPE zubů (zkažený, chybějící nebo zaplombovaný zub)

Koordinátor: MUDr. Drašnarová

Gestor: MUDr. Drašnarová

Spolupracující: Mgr. Škaloud,
MUDr. Tandlerová,
MUDr. Kolomá,
MUDr. Bruncová,
Mgr. Stejskalová,
Dr. Holek,
Dr. Benko

Současný stav:

V roce 2000 nemělo v ČR 24,6% dětí ve věku 5 let žádné dočasné zuby s kazem. Rozdíly mezi jednotlivými regiony ČR nepřesahují 5% republikového průměru tohoto ukazatele. Prevalence kazu v dočasném chrupu u předškolních dětí v ČR je vysoká a signalizuje absenci nebo neúčinnost primárně preventivních opatření. Ve velkých zemích západní Evropy (Velká Británie, Francie, Dánsko, Itálie) se tento ukazatel ke konci 90. let pohyboval kolem 50%, ve Skandinávii, Švýcarsku a Nizozemí mezi 60-70%. Průměrný počet KPE zubů ve věku 12 let činil 3,09 a meziregionální rozdíly nepřesáhly 0,7 KPE na dítě. Ve stupnici Světové zdravotnické organizace jde o kazivost střední. Ve velkých evropských státech se v současnosti tento ukazatel pohybuje kolem 2,5 KPE na dítě, ve Skandinávii mezi 1,2-1,5 KPE na dítě, ve Švýcarsku a Nizozemí mezi 0,8-1,2 KPE na dítě. Stav v ČR je výsledkem absence a malé účinnosti primárně preventivních opatření a malé dostupnosti stomatologické péče v předškolním a na počátku školního věku. Uvedené cíle v redukci kazivosti chrupu předškolních a školních dětí jsou v horizontu následujících dvou dekád splnitelné za předpokladu neprodlené mobilizace primárně preventivních individuálních a skupinových opatření.

Aktivity ke splnění dílčího úkolu:

Akční program zlepšování orálního zdraví dětí a mládeže – primární prevence zubního kazu v předškolním a školním věku spočívá ve včasném a pravidelném provádění orálně hygienických praktik, v nastavení optimálního alimentárního příjmu fluoridu v kombinaci s jeho lokální aplikací a v bezpečném stravovacím režimu. Individuální preventivní opatření uplatňovaná v rodině musí být k zajištění shora uvedených cílů doplněna o:

6.4.1 Časné, pravidelné a efektivní provádění hygienických praktik, skupinové a individuální

6.4.2 Instruktáž efektivní techniky čištění zubů

6.4.3 Fluoridace – lokální (fluoridové pasty)
celkové – tablety

6.4.4 Stravovací režim

6.4.5 Preventivní prohlídky

odpovědnost: Liberecký kraj

spolupráce: **Rezort školství**, **OS Dobrovolnické centrum -** instruktáže
střední zdravotnická škola – instruktáže, školení, peer skupiny, Liberecký kraj – metodické vedení středních, základních a mateřských škol ve skupinové preventivní péči
Rezort zdravotnictví, KHS – metodické vedení ve stravování individuálním (poradna) i skupinovém (školení, instruktáže, zdravotní výchovný materiál), **Česká stomatologická komora –** koordinace preventivní péče
OSTATNÍ – zdravotní pojišťovny, farmaceutické firmy, Společnost preventivní stomatologie - MUDr. Sekvard (Collegium stomatologicum)
Pro zvýšení účinnosti individuálních preventivních opatření je nezbytná koordinovaná spolupráce rodiny, stomatologů a pediatrů. Podmínkou účinnosti skupinových opatření je koordinované spolupráce resortu zdravotnictví, školství, regionální samosprávy.

termíny: koordinační a přípravné práce 2002 – 2003
realizace 2003

Ukazatele k monitorování:

- prevalence kazu v dočasném chrupu (carie index) hodnocená v 3-letých intervalech prevalence kazu ve stálém chrupu u 12-letých, hodnocená v 3-letých intervalech (k využití celostátního sledování)

SNÍŽENÍ VÝSKYTU PORANĚNÍ ZPŮSOBENÝCH NÁSILÍM A ÚRAZY

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

Cíl č. 7 (č. 9 „Zdraví 21“)

Úrazy jsou závažným problémem nejenom z hlediska zdravotnického, ale i humánního a ekonomického. Patří k nejzávažnějším příhodám trvale měnícím zdravotní stav početné části populace a znamenají nejen lidské utrpení, ale zvyšují i počet předčasných úmrtí a stojí společnost obrovské prostředky. Záchranné práce, léčení, rehabilitace a sociální dávky pro postižené jsou spojeny s vysokými finančními náklady. Léčení těžce zraněného pacienta v ČR se blíží milionu korun. V USA v posledních letech tvořily přímé i nepřímé náklady spojené s dětskými úrazy přibližně 7 miliard dolarů ročně, v Rakousku pro všechny věkové kategorie se tyto náklady odhadují na 155 miliard šilinků ročně. V ČR chybí validní ekonomické zhodnocení přímých i nepřímých nákladů spojených s úrazy.
Většina úrazových dějů je předvídatelná a tudíž preventabilní. Zkušenosti především ze severních evropských států dokazují, že koordinovaným mezioborovým a komplexním programovým přístupem realizovaným na různých úrovních lze úrazovou incidenci a mortalitu výrazně snížit.

Koordinátor: MUDr. Ludmila Truhlářová

Spolupracující: Policie České republiky -Správa Severočeského kraje / Gerhard Hejdus/
MUDr.Jaroslav Popelka

Dílčí úkol č. 7.1 (č. 9. 1)
Počty smrtelných a vážných zranění v důsledku dopravních nehod snížit alespoň o 30%

Současný stav

Dopravní úrazy / z podkladů policie ČR / :
Policie monitoruje veškeré dopravní nehody na celém území ČR a provádí 1x měsíčně vyhodnocení podle jednotlivých okresů a podle místa nehody. Zprávu dostává dopravní inženýr příslušného okresu, který na místech zvýšené nehodovosti doporučuje obcím nebo městům opatření ke snížení počtu nehod/ kruhové objezdy, zpomalovací pruhy apod./. Dle informací jsou města přístupna argumentům a návrhy vesměs realizují.

Dopravní úrazy jsou vyhodnocovány i podle závažnosti a topograficky. Od r. 1996 je zpracováván přehled o nehodovosti jednotlivých míst.

Průměrný počet *dopravních nehod* přepočtený na 100 tis.obyvatel
za období 1997 - 2000 :
ČR : 2008 dopravních nehod
LBC kraj : 2071 dopravních nehod
Počet dopravních nehod v přepočtu na 100 000/obyvatel se v Libereckém kraji a ČR příliš neliší.

Při porovnání jednotlivých okresů mají nejvyšší počet dopravních nehod okresy Jablonec n.Nisou / 1997,2000/ a Liberec / 1999,2001/.

Počty usmrcených osob v ČR a LBC kraji se příliš neliší.
Nejvyšší počet osob, usmrcených při dopravních nehodách má okres Česká Lípa.

Těžká zranění při dopravních nehodách jsou v Libereckém kraji ve všech letech vyšší než v ČR.
Mezi jednotlivými okresy není významnějších rozdílů.

Lehká zranění jsou v Libereckém kraji četnější než v ČR.
Nejvyšší četnost má okres Česká Lípa

Nejvyšší počet dopravních nehod je v okrese Liberec.
Nejvyšší počet smrtelných úrazů je v okrese Česká Lípa.

Průměrný počet usmrcených osob při dopravních nehodách v LBC kraji za roky 1997 - 2001 je 11,6. / v přepočtu na 100 000 obyvatel/.

Snížení počtu smrtelných a vážných úrazů o 30 % by znamenalo snížení ročně o 3,48 / v přepočtu na 100 000 obyvatel/ pro celý LBC kraj.

<u>Aktivity ke splnění úkolu</u> ***:***

7.1.1 Informovat rady měst a obcí vč. orgánů kraje o situaci v dopravní nehodovosti.
7.1.2 Zabezpečit včasnost a účinnost zdravotnického zásahu při nehodě minimálně v rozsahu současné kvality vč. budování efektivně fungujícího ISZ
7.1.3 Analyzovat příčiny neúspěšných zásahů zdravotnické a technické pomoci a iniciovat jejich odstranění, zejména zlepšení technického vybavení, umístění atd.
7.1.4 Realizovat účinný systém dopravní výchovy zejména dětí a mládeže

odpovědnost: Liberecký kraj, vedoucí lékař ÚZS ve spolupráci
spádovým traumatologickým oddělením
spádovým popáleninovým centrem a ostatními složkami ISZ
spolupráce : hygienická služba
termíny : průběžně 1x ročně

Ukazatele k monitorování plnění úkolů
Sledování dopravní úrazovosti podle lokalit, pohlaví,věku, druhu a příčin poranění

Dílčí úkol č. 7.2 (č.9.2)
Počty úmrtí a vážných úrazů na pracovišti, doma a při rekreaci snížit nejméně o 50%

Současný stav:

Statistika ÚZIS netřídí úrazy podle místa, kde k úrazu došlo. Počty jsou známy pouze u případů pracovních úrazů, pokud jsou hlášeny. Na počty poraněných lze usuzovat ze studií. K tomuto účelu jsou uvedeny závěry studie u školních dětí, kterou prováděl SZÚ ve spolupráci se dvěma okresy / Jablonec, Česká Lípa / LBC kraje.

Úmrtnost.
Standardizovaná úmrtnost /SMR/- poranění a otravy 1990-2000
SMR od r.1990 - 2000 klesá jak ČR tak v LBC kraji
SMR ČR – 1990 – 86 LBC kraj – 1990 - 86,5
2000 - 63 2000 – 70,6
SMR u žen je v LBC kraji ve většině roků vyšší než v ČR.

SMR u mužů je v LBC kraji ve všech letech vyšší než v ČR.

Umírá vyšší počet mužů než žen a to dvojnásobně až trojnásobně.

Nejvyšší počet zemřelých pro úraz je v okrese Česká Lípa.

Úmrtnost na sebepoškození:
Za období 1990 - 2000 zemřelo na následky sebepoškození v Libereckém kraji průměrně:
- žen - 21
- mužů - 61

Snížení o 50% by znamenalo snížit počet zemřelých mužů na následky sebepoškození o 31 a žen o 11 za rok.

Hospitalizovanost
Počet hospitalizovaných mužů a žen pro poranění a otravy nejeví za sledované období výrazné rozdíly ani v ČR ani v LBC kraji.

Je vykazován vyšší počet hospitalizovaných mužů než žen.

Okres Jablonec n. Nisou má opakovaně vyšší počty hospitalizovaných mužů i žen.

Pracovní neschopnost./PN/
Počty PN klesají jak v ČR tak v LBC kraji.

Počet PN na 100 prac.nem.pojištěných pro *ostatní úraz*

	1975	1980	1985	1990	1995	2000
ČR	7,6	7,5	8,6	8,8	3,7	3,7
LBC kraj	8,4	8,3	9	10	3,8	6,2

Počet PN na 100 prac.nem.pojištěných pro *pracovní úraz*

	1975	1980	1985	1990	1995	2000
ČR	3,7	2,9	2,7	2,8	2,3	2
LBC kraj	3,8	3,2	2,8	3	2,6	2,5

V okresech je podobně klesající trend.

Mezi jednotlivými okresy není významný rozdíl.

Za období 1995 - 2000 bylo průměrně ročně na 100 pojištěnců:
- V LBC kraji 2,55 pracovních úrazů
- v ČR 2,15 pracovních úrazů

Snížení o 50% by znamenalo snížit počty pracovních neschopností pro pracovní úraz o 1,27 / v přepočtu na 100 prac.nemocensky pojištěných/

Aktivity ke splnění úkolu:

7.2.1 Zpracovat program bezpečnost při práci, doma a na rekreaci.
7.2.2 Zpracovat samostatný program pro prevenci úrazů ve škole.
7.2.3 Výchova k poskytnutí první pomoci

odpovědnost: Liberecký kraj, podnikatelské subjekty, sportovní organizace ,podniky a provozovny
spolupráce: hygienická služba,IBP, školská a rekreační zařízení
termíny : průběžné - 1x ročně

Ukazatele k monitorování plnění úkolů:
1. Sledování pracovní úrazovosti
2. Sledování počtů úrazů doma a při rekreaci
3. Sledování školních úrazů

Dílčí úkol č. 7.3 (č.9.3)
Úmrtí v důsledku domácího násilí, násilí orientovaného na druhé pohlaví a organizovaného zločinu, stejně jako zdravotní důsledky takto vzniklých zranění snížit alespoň o 25 % .

Současný stav:

Sledování je vedeno Policií ČR podle okresů, podle typu trestného činu / § 221 - §224/ a typu následků.
Sledovány jsou : - úmyslné ublížení na zdraví s následným zraněním
- úmyslné ublížení na zdraví s následkem smrti
- ublížení na zdraví z nedbalosti s následkem zranění / pracovní úrazy/
- ublížení na zdraví z nedbalosti s následkem smrti

Dále jsou sledovány paragrafy : kuplířství, ohrožování mravnosti, týrání svěřené osoby , omezování osobní svobody, znásilnění a pohlavní zneužívání.

Je odlišeno, zda se jedná o organizovaný zločin.

Ublížení na zdraví, kde bylo vykázáno zranění za období
1997 - 2001 - úmyslné ublížení - nejvyšší absolutní počet skutků za toto období bylo vykázáno v okrese Liberec /760/.
- nejnižší počet je v okrese Semily / 163 /

V Libereckém kraji se stalo za období 1997 - 2000 průměrně ročně 375 úmyslných ublížení na zdraví.

Snížení o 25% by znamenalo snížení ročně v LBC kraji o 94 skutků ublížení na zdraví**.**

Ublížení na zdraví, kde byla vykázána smrt za období 1997 - 2001

Liberecký kraj celkem

	1997	1998	1999	2000	2002	**celk.**
muži	3	3	5	1	6	**18**
ženy	2	2	0	0	1	**5**
skupina	1	0	0	0	0	**1**
celkem	**6**	**5**	**5**	**1**	**6**	**24**

Snížení o 25% v Libereckém kraji by znamenalo snížení ročně o 1-2 činy s následkem smrti.

Násilí páchané na druhém pohlaví za období 1997 - 2001

V Libereckém kraji bylo za sledované období spácháno 520 násilných činů na druhém pohlaví. Průměrně za rok je to 104 činů.

Snížení o 25% by znamenalo snížení o 26 násilných činů, spáchaných na druhém pohlaví za rok v Libereckém kraji.

Aktivity ke splnění úkolu:

7.3.1 Navrhnout program výchovy a vzdělávání k prevenci násilí.

odpovědnost: Liberecký kraj
spolupráce: hygienická služba, školská a výchovná zařízení , policie, rodina
termín: průběžně – příprava programu bez časového omezení
- ukončit - k 1.1.2004

Ukazatele k monitorování plnění úkolů:

Sledování násilných činů podle jednotlivých kapitol druhů a zdravotních důsledků.

ZDRAVÉ A BEZPEČNÉ ŽIVOTNÍ PROSTŘEDÍ

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

Cíl č. 8 (č. 10 „Zdraví 21“)

Koordinátor: MUDr. Vladimír Valenta - Krajská hygienická stanice Liberec

Gestor: Ing. Jana Součková - Krajská hygienická stanice Liberec

Spolupracovníci: MUDr. Jana Novotná – KHS Liberec
Ing. Jaroslava Janečková - Krajský úřad Libereckého kraje
Ing. Marie Malcová - Krajský úřad Libereckého kraje
Ing. Jana Michalová - SčVaK
Ing. Markéta Miklasová - Krajský úřad Libereckého kraje
RNDr. Jitka Šádková - Krajský úřad Libereckého kraje
Mgr. Leona Škaloudová - Krajská hygienická stanice Liberec
MUDr. Taťjana Šoltysová – Premedis

Dílčí úkol č. 8.1 (č. 10.1)
Snížit expozice obyvatelstva zdravotním rizikům souvisejícím se znečištěním vody, vzduchu a půdy látkami mikrobiálními, chemickými a dalšími, aktivity koordinovat s cíli, stanovenými v Akčním plánu zdraví a životního prostředí.

Aktivity ke splnění dílčího úkolu:

8.1.1 Na základě dostupných údajů identifikovat a vyhodnotit hlavní lokální zdravotní rizika z vody, půdy a ovzduší na území Libereckého kraje a stanovit priority k řešení

Současný stav:

Voda

Na území Libereckého kraje je kvalita podzemní vody ohrožována zejména starými ekologickými zátěžemi v areálech jednotlivých společností. Nejčastěji jde o přítomnost nepolárních extrahovatelných látek, chlorovaných uhlovodíků, a těžkých kovů.

Zásobování pitnou vodou na území kraje zajišťují následující hlavní provozovatelé: Severočeské vodovody a kanalizace a.s.; pro severní část libereckého okresu Frýdlantská vodárenská společnost a pro okres Semily Vodovody a kanalizace Turnov, a.s..

Objem vyrobené pitné vody v roce 2000 bylo 34,6 milionů m^3. Obyvatel zásobených vodou z veřejných vodovodů je 353,2 tisíc. V pitné vodě dochází, v rámci Libereckého kraje, k překračování limitních hodnot v ukazatelích dusičnany, hliník, hořčík, mangan, pH, vápník, a železo.

Půda

V Libereckém kraji se vyskytuje zvýšený obsah těžkých kovů. U rtuti, kadmia a olova v půdách Jizerských hor v okrese Liberec a Jablonec nad Nisou dochází k překračování maximálně přípustných hodnot.

Velkým rizikem pro horninové prostředí v Libereckém kraji jsou staré ekologické zátěže. Nejrozsáhlejší z nich je kontaminace půdy a podzemních vod v bývalém vojenském prostoru Ralsko a likvidace chemické a klasické těžby uranu ve Stráži pod Ralskem. Mezi další zátěže patří Benzina Liberec a.s., Preciosa Turnov, TENECO MONROE CZ Hodkovice nad Mohelkou. Problémem jsou rovněž nezrekultivované skládky komunálního odpadu. Mezi nejvýznamnější v okrese Liberec patří skládka Vápenný vrch v Raspenavě, kde jsou uloženy i průmyslové odpady, v okrese Česká Lípa jsou to skládky v Mařenicích a Kozly. Ve Skalici u České Lípy se nachází průmyslová skládka patřící Crystalexu a.s. Nový Bor a v okrese Jablonec nad Nisou v Desné je lokalizována skládka Merklov, obsahující i průmyslové odpady.

Podíl ladem ležící půdy je značný (v průměru v okresech cca 12%), pro citlivou část populace tak představují zvýšený zdroj alergenů.

Ovzduší:

Emise:

Kvalita ovzduší je nejvíce ovlivňována emisemi z dopravy a ze spalovacích procesů. Dálkovým přenosem je ovzduší ovlivňováno nejvíce elektrárnou Turow z Polska.

V ovzduší se sledují tuhé látky, oxid siřičitý, oxidy dusíku, oxid uhelnatý a uhlovodíky. Trend poklesu celkových emisí ze stacionárních zdrojů u tuhých látek pokračuje. Emisní limity jsou překračovány u oxidů dusíku.

Imise:

Trend smogových situací v oblasti není, bývají jen zaznamenány (v roce 2000 dvakrát) zhoršené rozptylové podmínky.

Pokračuje pokles oxidu siřičitého, mírně došlo v roce 2000 ke zvýšení koncentrace oxidů dusíku v městě Liberec.

Dílčí aktivity:

1) Zisk dostupných údajů
2) Vyhodnocení dat a určení hlavních lokálních rizik ve vodě, ovzduší a půdě
3) Stanovit priority k řešení

odpovědnost: KHS, MŽP, Liberecký kraj
spolupráce: ČIŽP, samospráva
termíny: průběžně, konečný v roce 2005

8.1.2 Soustavně monitorovat ukazatele kvality ovzduší a ukazatele zdravotního stavu

Současný stav:

1) V hygienické službě:

V rámci Systému monitorování zdravotního stavu obyvatelstva ve vztahu k životnímu prostředí byl zaveden v roce 1994 tzv. I. Subsystém: „Zdravotní důsledky a rizika znečištěného ovzduší“, který se zabývá sledováním vybraných ukazatelů zdravotního stavu obyvatelstva a kvality ovzduší. V Libereckém kraji je do monitorování zapojena Krajská hygienická stanice v Liberci a Okresní hygienická stanice v Jablonci nad Nisou.

Informace o zdravotním stavu obyvatelstva jsou získávány od praktických lékařů, ve zdravotnických zařízeních (akutní respirační onemocnění) a od rodičů vybraných skupin dětí (alergie a vnitřní ovzduší), dílem z běžné evidence, dílem dotazníkovým šetřením. Výsledky měření koncentrací znečišťujících látek v ovzduší jsou získávány ze sítě manuálních a automatických stanic, které provozují hygienické stanice, a z vybraných měřících stanic, spravovaných Českým hydrometeorologickým ústavem (ČHMÚ).

2) Mimo hygienickou službu:

Mimo hygienickou službu jsou monitorovány ukazatele ovzduší:

- v okrese Liberec prostřednictvím ČHMÚ provozovaných čtyř stanic automatizovaného imisního monitoringu a dvou stanic manuálních, Výzkumného ústavu rostlinné výroby provozované jedné manuální stanice, Magistrátem města Liberec provozovaných dvou manuálních stanic
- v okrese Česká Lípa prostřednictvím ČHMÚ provozovaných tří stanic automatizovaného imisního monitoringu a čtyř stanic manuálních, Firmou EKOTOXA provozovaných dvou stanic manuálních, Městským úřadem v České Lípě a firmou EKOS provozovaných dvou stanic manuálních
- v okrese Jablonec nad Nisou prostřednictvím ČHMÚ dvou stanic automatizovaného imisního monitoringu a jedné stanice manuální,Výzkumným ústavem rostlinné výroby provozované jedné manuální stanici
- v okrese Semily prostřednictvím Okresního úřadu, který měří na čtyřech místech

Dílčí aktivity:

1) Zachovat monitoring ukazatelů ovzduší na celém území Libereckého kraje
2) Modernizace měřících stanic
3) Zvážit na základě zhodnocení rizik v ovzduší rozšíření měření ovzduší o další ukazatele
4) Zvážit rozšíření monitoringu zdravotního stavu

odpovědnost: MŽP, KHS, Liberecký kraj
termíny: průběžné – 2005

8.1.3 Zavést monitoring půd městských aglomerací

Současný stav:

1) V hygienické službě:

V rámci Systému monitorování zdravotního stavu obyvatelstva ve vztahu k životnímu prostředí byl zaveden v roce 2001 VIII. Subsystém: „Zdravotní rizika kontaminace půdy

městských aglomerací“, který se zabývá monitorováním kontaminace městské půdy s cílem posoudit stupeň zdravotního rizika, vyplývajícího z expozice toxickým látkám a mikrobiologickým agens z příjmu půdy a půdního prachu. V rámci monitoringu kontaminace půdy bylo také zavedeno sledování prašného spadu jako doplňující informace o původu kontaminace povrchové vrstvy půdy toxickými látkami.

V roce 2002 byly dostupné výsledky pilotní studie z roku 2000 a předběžné výsledky z roku 2001. V rámci Libereckého kraje není zapojena do monitoringu žádná hygienická stanice.

Zjištěno:

Z porovnání naměřených hodnot v půdě mateřských školek s limitními hodnotami lze konstatovat, že ve vzorcích půdy poloviny sledovaných školek byly překročeny limity v některém ze sledovaných ukazatelů.

Hlavní cíle projektu jsou:

- Zjištění kontaminace povrchové vrstvy půdy vybranými prvky, organickými látkami a mikroorganismy na sledovaných lokalitách (mateřské školy, dětská hřiště).
- Zhodnocení expozice dětské populace škodlivým látkám a mikrobiálnímu znečištění z příjmu půdy a prachu, a následného zdravotní rizika.
- Přehodnocení a vypracování návrhu nových limitních koncentrací chemických a biologických kontaminantů v městských půdách.

2) Mimo hygienickou službu

Mimo hygienickou službu není v rámci Libereckého kraje prováděn monitoring půd městských aglomerací.

Dílčí aktivity :

1) Zapojení do monitoringu
2) Zahrnout další plochy – provádět monitoring na obytných, školních, rekreačních, sportovních plochách, v půdách určených k sanaci a v areálech průmyslových závodů v rámci Libereckého kraje
3) Finanční zabezpečení, přístrojové vybavení
4) Vlastní monitoring
5) Hodnocení výsledků a návrhy konkrétních minimalizací rizika
6) Kampaň na omezení znečištění hřišť, veřejných prostranství směrem k veřejnosti

odpovědnost: MŽP,Liberecký kraj, KHS
termíny: průběžné - 2005

8.1.4 Zavést systém monitoringu kvality vod v koupalištích a koupacích oblastech

<u>Současný stav:</u>

Hygienické stanice Libereckého kraje sledují koupaliště s provozovatelem a tzv. volné vodní plochy na základě zákona 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů a hodnotí je podle vyhlášky č. 464/2000 Sb., kterou se stanoví hygienické požadavky na koupaliště, sauny a hygienické limity venkovních hracích ploch. Výsledky jsou k dispozici na webových stránkách jednotlivých hygienických stanic.

V okrese Liberec se sledují koupaliště Lesní a Vápenka v Liberci, Sluníčko ve Vratislavicích, dále Chrastava, Raspenava, Hejnice, Hodkovice, Hoření Paseky, Český Dub. Z volných vodních ploch je kontrola kvality vody prováděna na přehradních nádržích Harcov a Fojtka, na rybnících ve Vesci a v Novém Městě pod Smrkem, na Kristýně v Hrádku nad Nisou a na Písečácích v Příšovicích.

V okrese Česká Lípa se sledují následující koupaliště a volné vodní plochy s provozovatelem: Máchovo jezero (měří se na pláži v Doksech, v Klůčkách, ve Starých Splavech a v Borné), Česká Lípa - Dubice, Hamr na Jezeře, Heřmanice v Podještědí, Horní Police, Jablonné v Podještědí, Nedamov, Nový Bor, Sloup v Čechách, Zákupy, Žandov. Kontrola kvality vody na vodních plochách bez provozovatele se provádí na nádrži Stráž pod Ralskem, rybníku Pihel, koupališti Mimoň a na koupališti Kamenický Šenov.

V okrese Jablonec se sleduje vodní nádrž Mšeno v Jablonci nad Nisou, koupaliště Železný Brod, koupaliště Tanvald, koupaliště Frýdštejn, koupaliště Lučany nad Nisou a koupaliště Huť.

V okrese Semily se sleduje koupaliště Jablonec nad Jizerou, Kacanovy, Košťálov, Lomnice nad Popelkou a Harrachov.

Monitoring koupacích míst

Na základě směrnice Rady 75/160/EEC a § 34 zákona č. 254/2001 Sb. o vodách a o změně některých zákonů je požadována kontrola jakosti povrchové vody využívané ke koupání osob. Koupání v těchto povrchových vodách je povoleno, pokud jakost vody odpovídá požadavkům stanoveným zákonem č. 258/2000 Sb. Zákon č. 254/2001 Sb. stanovuje též povinnost Ministerstva zdravotnictví ve spolupráci s Ministerstvem životního prostředí stanovit vyhláškou tato monitorovaná místa. Za Liberecký kraj budou, mezi koupací místa, zařazena v okrese Liberec přehradní nádrž Harcov a Kristýna, v okrese Jablonec vodní nádrž Mšeno v Jablonci nad Nisou a v okrese Česká Lípa Máchovo jezero. Sledování koupacích míst bude podkladem pro každoroční předkládání zpráv Evropské unii. Evropská unie výsledky vydává formou brožury s informacemi pro obyvatele.

Dílčí aktivity :

1) Zapojení do Monitoringu
2) Zahrnutí zpětně kontinuální řady z běžného hygienického dozoru
3) Propagace problematiky sinic

odpovědnost: KHS, Liberecký kraj
spolupráce: MŽP, provozovatelé
termín: průběžně od roku 2003

8.1.5 Snižovat vliv dopravy na životní prostředí a zdraví obyvatel v Libereckém kraji

Současný stav:

1) Dopravní situace v Libereckém kraji:

Doprava železniční

Územím kraje prochází 9 celostátních (314,2 km) a 8 regionálních tratí (141,2 km). Hustota železniční sítě představuje 0,144 km tratě/km^2, což přesahuje o cca 8 % celostátní průměr.

Individuální automobilová doprava:
V posledním desetiletí byl zaznamenán výrazný nárůst počtu osobních automobilů a jejich výkonů na úkor využívání veřejné dopravy. Na území Libereckého kraje dosáhl stupeň motorizace cca 1:3, což se blíží republikovému průměru 1:2,98.

Nákladní doprava:
Nákladní doprava zaznamenala dynamický nárůst s negativním dopadem na komunikační síť (zvýšená četnost, přetěžování komunikací). V posledních letech dochází k obnově vozového parku a tím k postupnému omezování škodlivých vlivů na životní prostředí.

Veřejná doprava osob:
Vlivem ekonomických a společenských změn došlo v okresech (vyjímku tvoří Česká Lípa) k výraznému poklesu přepravy osob veřejnou autobusovou a městskou hromadnou dopravou. Propad kulminoval v roce 1993 (o 25 - 30%), umírněně pokračoval i v dalších letech. Teprve od roku 1998 dochází k mírnému nárůstu poptávky a rozšiřování spojů.

2) Problematika dopravy v rámci hygienické služby:

V rámci Systému monitorování zdravotního stavu obyvatelstva ve vztahu k životnímu prostředí byl jako III. zaveden v roce 1994 Subsystém : „Zdravotní důsledky a rušivé účinky hluku“, který se zabývá fyzikálním měření úrovně hluku a průzkumem zdraví obyvatel.
Hluk se v roce 2000 vyskytoval od 75 dB ve dne a 69 dB v noci v hlučných lokalitách, ke 42 dB ve dne a 36 dB v noci v tichých lokalitách. Z vyhodnocení vývoje hlučnosti v jednotlivých lokalitách za uplynulých sedm let je zřejmé, že nedošlo ve většině lokalit k významné změně hlučnosti.

Z šetření vztahu mezi hlučností a zdravotním stavem, v rámci dotazníkových šetření, vyplynul významný vztah mezi výskytem civilizačních chorob jako celku, dále výskytem hypertenze a častých katarů horních cest dýchacích jako ukazatele snížení imunitních schopností.

V rámci Libereckého kraje je do monitoringu zapojena Krajská hygienická stanice v Liberci a Okresní hygienická stanice v Jablonci nad Nisou.

3) Studie zabývající se dopravou v rámci Libereckého kraje

- zpracovávají se studie starých hlukových zátěží
- v rámci Akčního plánu z listopadu 2001 ve spolupráci s městem Liberec zahrnuto vypracování hlukové mapy města Liberce
- zpracována hluková a imisní studie v rámci Územního plánu města Liberce

Dílčí aktivity :

1) Pokračování v monitoringu vlivu dopravy na zdraví obyvatel, podpora studií zabývající se problematikou dopravy (hlukové mapy, hodnocení zdravotních rizik)
2) Vyhodnocení dat ze studií
3) Návrh protihlukových opatření a jejich realizace
4) Orientace i na vibrace a emise/imise z dopravy
5) Propagace šetrnějšího způsobu dopravy

odpovědnost: Liberecký kraj, samospráva, KHS
termíny: průběžné – 2005

8.1.6 Snižovat energetickou náročnost technologií, podporovat opatření ke snižování produkce skleníkových plynů

Současný stav:

1) V obecné rovině:

V České republice se cca 90 % energie získává z fosilních paliv. Specifická skladba palivové základny, kde podíl tuhých paliv na spotřebě primárních zdrojů energie je až 60 %, a přetrvávající vysoká energetická náročnost národního hospodářství jsou hlavními příčinami nadměrného zatížení životního prostředí emisemi škodlivin z energetických procesů. Porovnání s průměrem států OECD a EU je energetická náročnost ČR zhruba dvojnásobná.

Pokles energetické náročnosti představuje nejen snížení energetické náročnosti výroby, ale i úsporu energií, recyklaci a minimalizaci množství odpadů. Zavedení nových technologií pomůže rozšířit počet produktů, které se v regionu vyrábějí, což by mělo zvýšit odolnost firem vůči externím hospodářským změnám. To by mohlo přinést i zvýšení efektivnosti při využívání surovin Libereckého kraje a rozšíření výrobního cyklu na finální produkty, místo výroby vstupů pro výroby mimo region.

2) *Koncepce:*

Na regionální úrovni je koncepční proces v oblasti energetiky vymezen zákonem č. 406/2000 Sb., o hospodaření energií, požadujícím zpracování krajské územní energetické koncepce a územní energetické koncepce statutárního města Liberce. Zahrnuto je i právo obcí pro svůj územní obvod nebo jeho část pořídit územní energetickou koncepci.

Územní energetická koncepce vychází ze státní energetické koncepce a obsahuje cíle a principy řešení energetického hospodářství na úrovni kraje. Vytváří podmínky pro hospodárné nakládání s energií v souladu s potřebami hospodářského a společenského rozvoje včetně ochrany životního prostředí a šetrného nakládání s přírodními zdroji energie. Územní energetická koncepce se zpracovává na období 20 let a je závazným podkladem pro územní plánování.

V Libereckém kraji je zpracována Územně energetická koncepce města Liberce a byly zahájeny přípravy na Konceptu snižování emisí a imisí znečišťujících látek do ovzduší v Libereckém kraji

Dílčí aktivity:

1) Zisk dat o aktuálním stavu v Libereckém kraji
2) Promítnout požadavek snižování energetické náročnosti technologií do koncepcí
3) Formulovat nástroje (opatření) ke snižování produkce skleníkových plynů
4) Propagace zateplování a úspor energie, změn technologií vytápění, změn výrobních technologií, vytvořit programy v těchto oblastech
5) Provádět monitoring ovzduší

odpovědnost: MŽP, Liberecký kraj, samospráva
spolupráce: KHS, ČIŽP
termíny: průběžné - 2003

8.1.7 Uplatňovat ekonomické nástroje pro využívání ekologičtějších zdrojů výroby tepla, soustředit pozornost na snižování emisí z malých zdrojů

Současný stav:

Obecně:

Teplo je životní nezbytností, tvoří podstatnou část energetické bilance, a proto způsoby jeho opatřování nutně a významně ovlivňují životní prostředí a energetickou politiku státu.

Hlavní příčinou znečišťování ovzduší byla v minulých letech výroba tepla a energie spalováním fosilních paliv, které je provázeno emisemi oxidů síry, dusíku, uhlíku, tuhými úlety včetně emisí stopových prvků, jako jsou např. těžké kovy, dále emisemi těkavých organických látek a řady dalších látek anorganické a organické povahy, které znečišťují ovzduší.

Malé zdroje (REZZO 3) je možné rozdělit na tři skupiny:

- lokální otop domácností - domovní kotelny, etážové kotle a kamna
- vytápění malých provozoven a budov
- vybrané technologie vedené jako malé zdroje

V roce 2000 došlo v Libereckém kraji proti roku 1999, právě především vlivem velkých a malých zdrojů, k poklesu celkových emisí u tuhých látek o 34,3%, oxidu siřičitého o 18,4 %, oxidů dusíku o 11,6 %, oxidu uhelnatého o 22,1% a u uhlovodíků o 14,9 %.

Koncepce:

Na regionální úrovni je koncepční proces v oblasti energetiky vymezen zákonem č. 406/2000 Sb., o hospodaření energií, požadujícím zpracování krajské územní energetické koncepce a územní energetické koncepce statutárního města Liberce. Zahrnuto je i právo obcí pro svůj územní obvod nebo jeho část pořídit územní energetickou koncepci.

V Libereckém kraji je zpracována Územně energetická koncepce města Liberce a byly zahájeny přípravy na Konceptu snižování emisí a imisí znečišťujících látek do ovzduší v Libereckém kraji.

Dílčí aktivity :

1) Zisk dat o aktuálním stavu zdrojů a jejich podílu na zátěži v Libereckém kraji
2) Promítnout požadavek do koncepcí
3) Formulovat nástroje (opatření) ke snižování emisí z malých zdrojů podporou ekologičtějších způsobů výroby tepla
4) Propagace zateplování a snižování energetických úniků u výstavby, preference technologií s nižší energetickou spotřebou

odpovědnost: Liberecký kraj, samospráva
spolupráce: MŹP
termíny: průběžné - 2003

8.1.7 Dopracovat registr kontaminovaných zemědělských půd, a registr starých ekologických zátěží z hlediska hodnocení zdravotního rizika

Současný stav:

Registr kontaminovaných zemědělských půd:

Registr kontaminovaných zemědělských půd vytváří Ústřední kontrolní a zkušební ústav zemědělský v Brně v rámci oblasti kontroly a monitoringu cizorodých látek v zemědělské půdě a vstupech do půdy. Výsledky registru tvoří celoplošnou databázi charakterizující stav kontaminace zemědělských půd rizikovými prvky. Na úrovni Ministerstva zemědělství a Ministerstva životního prostředí slouží výsledky jako podkladové materiály k přípravě legislativních opatření. Na krajské úrovni lze využívat výsledky pro správní činnost, s možností aplikace do geografických informačních systémů (GIS).

Tvorba Registru kontaminovaných ploch zahrnuje spolupráci se zemědělskými podniky a okresními úřady při doplňování databáze registru, odběry vzorků půd a rostlin na pozemcích s aplikacemi kalů, podrobný průzkum v oblastech se zvýšeným rizikem obsahu thalia v půdě, zpracování internetové aplikace databáze registru.

Registr starých ekologických zátěží:

Ministerstvo životní prostředí v roce 1999 ukončilo inventarizaci ekologických zátěží a jejich hodnocení s tím, že byly určeny priority pro jejich sanaci.

Také byl zpracován seznam starých ekologických zátěží v rámci Koncepce odpadového hospodářství Libereckého kraje.

Dílčí aktivity:

1) Oslovení úřadů s požadavkem poskytnout, případně doplnit data
2) Sestavené registry pro Liberecký kraj zveřejnit

odpovědnost: MŽP, Liberecký kraj
spolupráce: KHS
termíny: průběžně - 2005

8.1.8 Systematicky hodnotit zdravotní rizika v celém cyklu nakládání s odpady, a to zejména při nakládání s nebezpečnými odpady a vytvářet podklady pro opatření na minimalizaci zdravotního rizika

Současný stav:

Produkce odpadů na území Libereckého kraje se pohybuje mezi 0,5 – 0,6 mil. t/rok a má, s výjimkou nebezpečných odpadů, sestupnou tendenci. Svým podílem se řadí Liberecký kraj v rámci ČR mezi mírně nadprůměrné kraje.

V celorepublikovém srovnání je Liberecký kraj nadprůměrný v produkci následujících odpadů: odpady s obsahem kovů (především v okrese Jablonec nad Nisou), odpady s obsahem azbestu z elektrolýzy (pouze v okrese Liberec), odpady barev a laků (především v okrese Liberec), odpady z povrchových úprav kovů (především v okrese Liberec), řezné oleje, emulze a kapaliny (především v okrese Jablonec nad Nisou), odpady z odmašťování kovů a z údržby strojního zařízení (především v okresech Česká Lípa, Jablonec nad Nisou a Liberec), zařízení s obsahem chlorfluoruhlovodíků (především v okrese Česká Lípa), vadné šarže (pouze v okrese Liberec), směsný stavební a demoliční odpad (především v okresech Česká

Lípa a Liberec), zemina a kameny (v drtivé většině v okrese Liberec), autovraky (pouze v okrese Jablonec nad Nisou)

Dominantním způsobem nakládání s odpady na území Libereckého kraje v roce 1999 byla úprava nebo využití fyzikálními a biologickými postupy, které představovalo 41% veškerých evidovaných odpadů Skládkováno bylo 22% evidovaných odpadů; materiálově využito 16% evidovaných odpadů; energeticky využito 9% evidovaných odpadů. Skladováno bylo 9% evidovaných odpadů na území Libereckého kraje; kompostování, anaerobní rozklad a vývoz představovaly souhrnně pouze 3% evidovaných odpadů. Ve srovnání s ČR je nadprůměrným způsobem nakládání s odpady na území Libereckého především solidifikace, vitrifikace, bitumenizace, regenerace kyselin, zásad, rozpouštědel (11%); chemická úprava (11%) a spalování s termickým zneškodněním s využitím tepla (7%).

Dílčí aktivity:

1) Shromažďování informací o potencionálních rizicích v oblasti odpadového hospodářství v Libereckém kraji
2) Požadování a provádění systematického vyhodnocování rizik v celém cyklu nakládání s odpady
3) Propagace HIA - hodnocení zdravotních rizik a LCA - hodnocení životního cyklu výrobků nebo činností
4) Shromažďovat podklady získané hodnocením
5) Prosazovat vhodné metody nakládání s odpady na základě shromážděných podkladů

odpovědnost: KHS, Liberecký kraj, samospráva
spolupráce: MŽP, ČIŽP
termíny: Průběžně

8.1.10 V rámci plánu odpadového hospodářství Libereckého kraje stanovit cíle minimalizace zdravotního rizika a podmínky z hlediska ochrany veřejného zdraví

Současný stav:

Na regionální úrovni je plánovací proces v oblasti odpadového hospodářství vymezen zákonem č. 132/2000 Sb., o změně a zrušení některých zákonů souvisejících se zákonem o krajích, zákonem o obcích, zákonem okresních úřadech a zákonem o hlavním městě Praze, požadujícím zpracování krajských koncepcí odpadového hospodářství a zákonem č. 185/2001 Sb., o odpadech a o změně některých dalších zákonů, požadujícím zpracování krajských plánů odpadového hospodářství.

Podle zákona č.132/2000 Sb., je v současné době zpracovávána koncepce odpadového hospodářství Libereckého kraje. Celý proces zpracování krajské koncepce odpadového hospodářství by měl skončit koncem roku 2002.

Dalším důležitým regionálním plánovacím procesem v oblasti odpadového hospodářství navazujícím na zpracování koncepcí bude proces zpracování krajských Plánů odpadového hospodářství tak, jak jej stanoví zákon č. 185/2001 Sb., o odpadech. Zákon vymezuje v § 43 „Plán odpadového hospodářství kraje“ jako dlouhodobý plánovací dokument na období 10 let, který musí být v souladu se závaznou částí řešení Plánu odpadového hospodářství ČR.

Kraj je povinen zpracovat a schválit návrh řešení Plánu odpadového hospodářství kraje do konce roku 2003 a vyhlásit jej obecně závaznou vyhláškou. Plán odpadového hospodářství

kraje se tak stane od roku 2004 závazným podkladem pro koncepční a plánovací činnost v Libereckém kraji i z hlediska nakládání s odpady, proto musí být řešení Plánu odpadového hospodářství využito zejména při zpracování navazujících Plánů odpadového hospodářství měst, obcí a dalších významných původců odpadů. Závazná část řešení Plánu odpadového hospodářství kraje vycházející z Plánu odpadového hospodářství ČR bude také dlouhodobým podkladem pro rozhodovací a jiné činnosti příslušných správních úřadů, krajů a obcí v oblasti odpadového hospodářství.

Dílčí aktivity :

1) Stanovit cíle minimalizace zdravotního rizika a podmínky z hlediska ochrany veřejného zdraví v oblasti nakládání s odpady
2) Začlenit do plánu problematiku nakládání s odpady ze zdravotnických zařízení a zařízení sociální péče

odpovědnost: Liberecký kraj, KHS, MŽP, ČIŽP
termíny: Krajské plány - 2004

8.1.11 Zlepšovat efektivitu spolupráce mezi resorty a jejich organizacemi při hodnocení zdravotních rizik a uplatňování opatření na ochranu veřejného zdraví

Současný stav:

V oblasti ochrany veřejného zdraví spolupracují při výkonu své činnosti v rámci Libereckého kraje hygienické stanice, obecní, městské úřady, Česká inspekce životního prostředí, Okresní úřad, Krajský úřad Libereckého kraje, Ministerstvo životního prostředí, Severočeské vodovody a kanalizace a Frýdlantská vodárenská společnost.

Dílčí aktivity:

1) Semináře orientované na seznámení s hodnocením zdravotních rizik
2) Leták informující o procesu hodnocení a řízení zdravotních rizik
3) Zapojení organizací do prosazování hodnocení a řízení zdravotních rizik, opatření na ochranu veřejného zdraví

odpovědnost: KHS, MŽP, Liberecký kraj
termín: průběžné – 2005

Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:

- znečištění vody, půdy a ovzduší, získávané v rámci Informačního systému kvality ovzduší (ISKO), Monitoringu zdravotního stavu obyvatelstva ve vztahu k životnímu prostředí (MZSO) a dalších systémů,
- podíl populace, vystavené určité úrovni expozice škodlivým faktorům,

Dílčí úkol č. 8.2 (č. 10.2)
Zajistit obyvatelstvu univerzální přístup k dostatečnému množství pitné vody uspokojivé kvality

Aktivity ke splnění dílčího úkolu:

8.2.1 Legalizovat provoz nezkolaudovaných a řádně neprovozovaných veřejných vodovodů - kolaudace a určení odpovědné osoby za provoz a kontrolu v Libereckém kraji

Současný stav:

V Libereckém kraji je 429 121 obyvatel (rok 2000). Podíl obyvatel zásobených vodou z veřejných vodovodů je 82,3 %. Vyrobená pitná voda činí v tomto regionu 80,6 m^3 na jednoho obyvatele. Ztráty ve vodovodní síti představují 33,5% (tento údaj pouze za hlavní provozovatele v Libereckém kraji). Chráněné oblasti přirozené akumulace vod zahrnují v Libereckém kraji 66,5 % z celkové plochy kraje, což je v České republice vůbec největší podíl v porovnání s ostatními kraji.

Zásobování pitnou vodou na území kraje zajišťují následující hlavní provozovatelé: Severočeské vodovody a kanalizace a.s.; pro severní část libereckého okresu Frýdlantská vodárenská společnost a pro okres Semily Vodovody a kanalizace Turnov, a.s..Část vodovodů v Libereckém kraji provozují jednotlivé obce.

Dílčí aktivity:

1) Zisk informací o nezkolaudovaných vodovodech, zaměření především na vodovody provozované obcemi v Libereckém kraji
2) Předání podnětů vodoprávním úřadům

odpovědnost: vodoprávní úřady
spolupráce: KHS
termíny: 2003 - 2004

8.2.2 Rozšířit počet obyvatel zásobovaných z veřejných vodovodů, zvláště v místech, kde kvalita vody v místních studnách neodpovídá hygienickým požadavkům (napojením na stávající vodovod nebo vybudováním nového vodovodu pro veřejnou potřebu), Plán rozvoje vodovodů

Současný stav:

V Libereckém kraji je 429 121 obyvatel (rok 2000). Obyvatel zásobených vodou z veřejných vodovodů je 353,2 tisíc. Podíl obyvatel zásobených vodou z veřejných vodovodů

je 82,3 %. To znamená, že zbylých 17,7 % obyvatel je odkázáno na jiný druh zásobování pitnou vodou.

Vypracování Plánu rozvoje vodovodů a kanalizací ukládá zákon č. 274/2001 Sb.,o vodovodech a kanalizacích pro veřejnou potřebu a o změně některých zákonů. Plán obsahuje koncepci řešení zásobování pitnou vodou, včetně vymezení zdrojů povrchových a podzemních vod, uvažovaných pro účely úpravy na pitnou vodu v daném územním celku a schvaluje se nejdéle na dobu 10 let.

Dílčí aktivity :

1) Vytipování možností kde napojit obyvatelé na stávající vodovod nebo kde lze vybudovat nový vodovod
2) Zahrnout tento požadavek do Plánů rozvoje vodovodů a investičních záměrů provozovatelů veřejných vodovodů
3) Prosazovat požadavek rozšířit počet obyvatel zásobovaných z veřejných vodovodů v rámci procesu územního plánování

odpovědnost: vodoprávní úřad
spolupráce: KHS, MŽP, Liberecký kraj, právnické a fyzické osoby, které se podílely na zpracování Plánu rozvoje vodovodů,
termíny: průběžné hodnocení situace (každoročně)
dosažení žádoucího stavu:
- zásobování 88,34% obyvatel z veřejných vodovodů - 2005
- zásobování 89,58% obyvatel z veřejných vodovodů - 2010

8.2.3 Zlepšit kvalitu pitné vody ve veřejných vodovodech Libereckého kraje tak, aby nikde nedocházelo k překračování limitních hodnot zdravotně závažných ukazatelů.

<u>Současný stav:</u>

Obecně:

Podíl obyvatel zásobených vodou z veřejných vodovodů je v Libereckém kraji 82,3 %. Zásobování pitnou vodou na území kraje zajišťují následující hlavní provozovatelé: Severočeské vodovody a kanalizace a.s.; pro severní část libereckého okresu Frýdlantská vodárenská společnost a pro okres Semily Vodovody a kanalizace Turnov, a.s..Část vodovodů v Libereckém kraji provozují jednotlivé obce.

Sledování kvality pitné vody:

1) V rámci hygienické služby

V rámci Systému monitorování zdravotního stavu obyvatelstva ve vztahu k životnímu prostředí byl zaveden v roce 1993 II. Subsystém: „Zdravotní důsledky a rizika znečištění pitné vody“. Tento Subsystém představuje ucelený otevřený systém sběru dat umožňující zpracování a hodnocení informací o jakosti pitné vody, o zátěži a poškození zdraví obyvatelstva ve vztahu k zásobování pitnou vodou. Součástí je i získávání informací o trendech vývoje ukazatelů jakosti pitné vody a základních poznatků o ukazatelích jakosti nově zařazovaných do legislativních předpisů. V rámci Libereckého kraje je zapojena do

monitorování Krajská hygienická stanice v Liberci a Okresní hygienická stanice v Jablonci nad Nisou.

V roce 2001 byl zřízen v rámci hygienické služby celostátní monitoring jakosti vod, který sbírá, zpracovává hodnotí a archivuje data o jakosti pitné vody ve veřejných vodovodech. Získané údaje slouží jako podklad pro rozhodování orgánů ochrany veřejného zdraví, plnění úkolů uložených hygienické službě zákonem 258/2000 Sb. a zdroj informací pro státní správu a pro veřejnost. Shromážděná data budou dále podkladem pro vypracování pravidelných zpráv o jakosti vody ve smyslu plnění požadavků směrnic EU a zpráv pro další mezinárodní organizace. V rámci Libereckého kraje jsou zapojeny všechny hygienické stanice a monitorování se týká celého území kraje.

2) Mimo hygienickou službu

Na základě § 4 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů má provozovatel vodovodu pro veřejnou potřebu povinnost kontrolovat, zda hygienické limity ukazatelů jsou dodrženy. Do systému monitorování v rámci hygienické služby jsou rovněž přebírány výsledky jejich rozborů.

Dle § 4 odst. 4 zákona č. 258/2000 Sb. může příslušný orgán ochrany veřejného zdraví, na žádost provozovatele vodovodu pro veřejnou potřebu, povolit na časově omezenou dobu užití vody, která nesplňuje hygienické limity ukazatelů vody pitné. V rámci Libereckého kraje podali tuto žádost provozovatelé vodovodu pro veřejnou potřebu u dusičnanů, hliníku, hořčíku, manganu, pH, vápníku a železa.

Dílčí aktivity :

1) Identifikace problémů v jednotlivých vodovodech
2) Návrhy minimalizace rizik, realizace opatření

Odpovědnost: vlastnící - provozovatelé vodovodů
Spolupráce: KHS, vodoprávní úřady
Termíny: průběžné hodnocení situace (každoročně)
dosažení žádoucího stavu v roce 2009

8.2.4 Optimalizovat síť a stav veřejných studní v obcích, v nichž není zajištěno zásobování pitnou vodou sítí veřejných vodovodů.

(Účelem je vytvoření racionální sítě potřebných malých zdrojů vody v požadovaném stavu a se zdravotně nezávadnou vodou k běžné konzumaci. Došlo by též ke zhospodárnění a zefektivnění nákladů na údržbu studní a zajištění ochrany podzemních vod daného území a tím i ostatních podzemních zdrojů pitné vody. Tato optimalizace by měla být provedena ve shodě s územním plánem a koncepcí nouzového zásobování pitnou vodou okresu [v současné době se pracuje na vytvoření celorepublikového systému vodních zdrojů pro nouzové zásobování vodou]).

Současný stav:

1) Sledování veřejných studní v rámci hygienické služby

V roce 1999 uložil pokynem hlavní hygienik České republiky orgánům hygienické služby provést mimořádnou kontrolu zdravotní nezávadnosti a jakosti pitných vod určených k zásobování obyvatelstva, tj. i veřejných studní.

V roce 2001 byl zřízen v rámci hygienické služby celostátní monitoring jakosti vod, který sbírá, zpracovává, hodnotí a archivuje data o jakosti pitné vody ve studních využívaných veřejností. Získané údaje slouží jako podklad pro rozhodování orgánů ochrany veřejného zdraví, plnění úkolů uložených hygienické službě zákonem 258/2000 Sb. a zdroj informací pro státní správu a pro veřejnost. Shromážděná data budou dále podkladem pro vypracování pravidelných zpráv o jakosti vody ve smyslu plnění požadavků směrnic Evropské unie a zpráv pro další mezinárodní organizace. V rámci Libereckého kraje jsou zapojeny všechny hygienické stanice a monitorování se týká celého území kraje.

2) Sledování veřejných studní mimo hygienickou službu

Na základě § 4 zákona 258/2000 Sb. o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů má osoba která dodává pitnou vodu pro veřejnou potřebu povinnost kontrolovat, zda hygienické limity ukazatelů jsou dodrženy. Do systému monitorování v rámci hygienické služby jsou rovněž přebírány výsledky jejich rozborů.

Dílčí aktivity:

1) Zhodnocení dat o kvalitě vody a zisk informací o stavu jednotlivých veřejných studní v rámci Libereckého kraje
2) Návrh opatření

- Optimalizace sítě
- Plán zlepšení stavu studní

3) Důraz na implementaci do územního plánu obcí

odpovědnost:provozovatel (obec), místní vodoprávní úřady
spolupráce: KHS
termíny: zhodnocení stavu a návrh opatření 2005
realizace opatření 2010

8.2.4 Informační kampaň pro uživatele, resp. majitele soukromých studní, zaměřená na zdravotní rizika vyplývající z užívání vody neznámé kvality (význam kontroly kvality péče o okolí a technický stav studny)

Současný stav:

V Libereckém kraji je 429 121 obyvatel (rok 2000). Podíl obyvatel zásobených vodou z veřejných vodovodů je 82,3 %, tudíž zbylých 17,7 % obyvatel Libereckého kraje je odkázáno na individuální zdroje zásobování pitnou vodou.

V rámci hygienické služby jsou v celostátním monitoringu jakosti vod sledovány veřejné studně označené jako zdroj pitné vody, studně využívané veřejností nebo

k podnikatelské činnosti. Voda ze soukromých studní není sledována a záleží pouze na zájmu majitele jak se kvalitou vody ve své studni bude zabývat.

Dílčí aktivity:

1) Vytvoření letáku a plakátu poukazující na zdravotní rizika vyplývající z užívání vody neznámé kvality a propagující nutnost kontroly a péče o technický stav studny
2) Distribuce na obce, úřady

odpovědnost: KHS
spolupráce: Liberecký kraj, samospráva
termíny: zpracování a vydání 2003
distribuce 2004

Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:

- počet provozovaných, ale nezkolaudovaných vodovodů,
- procentuální podíl obyvatel zásobovaných z veřejných vodovodů,
- procentuální podíl překročení limitních hodnot zdravotně závažných ukazatelů (z celkového počtu vzorků),
- počet veřejných studní odpovídajících technickým stavem a kvalitou vody ČSN 75 51 15 a vyhlášce č. 376/2000 Sb.

ZDRAVĚJŠÍ ŽIVOTNÍ STYL

DO ROKU 2015 BY SI LIDÉ MĚLI OSVOJIT ZDRAVĚJŠÍ ŽIVOTNÍ STYL

Cíl č. 9 (č. 11 „Zdraví 21“)

Koordinátor : MUDr. Tučková Věra

Gestor : Mgr. Leona Škaloudová - odd. Podpory zdraví KHS Liberec

Spolupracující: Mgr. Maňhalová Dana - odd. Podpory zdraví KHS Liberec
MVDr. Frühaufová Milena - odd. Zdravotního dozoru KHS Liberec
Mgr. Škaloud Ivan - Okresní úřad LB, odbor školství
Mgr. Markovičová Lenka - Liberecký den
MUDr. Němečková - pediatr (poliklinika u muzea)
Bc. Stehlíková Eva - Krajský úřad, odbor školství
Ing. Součková Jana - odd. Zdravotního dozoru KHS Liberec

Další spolupracující: Český rozhlas (p. Svoboda)

Dílčí úkol č. 9.1 (č. 11.1)
Rozšířit zdravé chování ve výživě a zvýšit tělesnou aktivitu

Současný stav :

Přestože se v minulosti v programech na změnu životního stylu vykonal již velký kus práce, není současný stav výživy v ČR uspokojivý. Doporučené dávky potravin jsou dodržovány prakticky jen u cereálií, nedostatečná je spotřeba ovoce, zeleniny a mléka. Vysoký je naopak příjem masa. Významnou roli v tomto trendu hrají stravovací návyky.

V roce 2000 se v Libereckém kraji uskutečnila dotazníková akce HELEN, krerá zjišťovala zdravotní stav obyvatel ve vybraných okresech. Z výsledků frekvenční analýzy vyplývá, že lidé ve věku 50-54 let v Liberci věnují průměrně 4,7 hodin týdně sportu a turistice. Z chronických onemocnění je nejvíce postihuje v 51% hypercholestelolémie, ve 29% hypertenze a v 6% diabetes. Dále bylo zjištěno, že pravidelně kouří 38% liberecké populace ve věku 50-ti let, průměrná délka kouření je 22 let. Nedostatečný pitný režim byl zjištěn u 21% sledované populace, průměrný BMI je 27,8 u mužů a 25,8 u žen.

Z výsledků studie provedené v roce 1996 vyplývá, že v Libereckém kraji má minimální tělesnou aktivitu valná část populace ve věku 18 - 64 let (méně než 2 hodiny týdně udává v letním období 38% a v zimním období 50% dotázaných respondetů). Pokles tělesné aktivity

proti minulosti uvedlo 36% dotázaných. O tělesnou aktivitu svých pacientů se zajímá 29% lékařů.
Velká část české populace trpí nedostatkem pohybové aktivity a z toho vyplývá zvýšený výskyt vadného držení těla a obezita, která se podílí na vzniku dalších neinfekčních chorob - diabetu, osteoporózy, kardiovaskulárních onemocnění.

Aktivity ke splnění dílčího úkolu:

9.1.1 Ozdravění výživy

Projekt zaměřený na ozdravění výživy bude směřován na propagaci hlavních zásad zdravé výživy a změny stravovacích návyků, zejména na pozitivní změny ve společném stravování dětí a seniorů. Cílem je dosažení příznivé změny stravovacích návyků u dospělých, vytváření vhodných stravovacích návyků u dětí, dosažení příznivé změny výživové spotřeby a případně výživového stavu.

termín: 2005
- individuální intervence v Poradně podpory zdraví - celoročně
- propagační akce ke „Dni zdravé výživy“
- hodnocení stravování v domovech důchodců
- výcvik pedagogů v oblasti výživy

odpovědnost: KHS, ÚSP, Liberecký kraj
spolupráce: SOŠ gastronomie a služeb, masmedia,veřejnost

9.1.2 Zabezpečit příjem zdravotně nezávadných potravin - Omezování kuřáctví

Projekt je zaměřen na propagaci nekouření na pracovištích a v restauracích v době podávání hlavních jídel.

V průběhu roku budou provozovatelé podniků veřejného stravování písemně informováni o nutnosti dodržování zákazu kouření v místnostech pro hosty v době podávání hlavních jídel dle zákona č. 258/2000 Sb., §24, odstavec 1, písm. k a zákona č.37/1989Sb, §4, odstavec 1, písm. f, bod 6.

- protikuřácká kampaň – soutěž „Přestaň a vyhraješ“ s informačním letákem
- individuální pomoc při odvykání kouření v Poradně pro léčbu závislosti na tabáku - *celoročně*

odpovědnost: KHS
spolupráce: masmedia, Liberecký kraj
termín: dlouhodobě

9.1.3 Optimalizace pohybové aktivity

Program zaměřený na podporu pohybové aktivity vhodné dle cílové skupiny (děti, rodiče a děti, mládež, střední generace)

- propagační kampaň tělesné aktivity v rámci „Dnů zdraví“
- ve spolupráci s Technickou univerzitou – příprava akce „Týdny pohybu hrou"
- organizace sportovních aktivit pro ženy a děti s nadváhou
- 2x v týdnu cvičení pro ženy s nadváhou + rekondiční pobyty - *celoročně*

odpovědnost: KHS,Liberecký kraj
spolupráce: TU, masmedia, Krajský úřad odbor školství, Pedagogická fakulta
termín: průběžně

Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:

- % obézních ,
- spotřeba potravin,
- počet dispenzarizovaných dětí pro nemoci pohybového aparátu

Dílčí úkol č. 9.2 (č. 11.2)

Zvýšit nabídku, cenovou dostupnost a dosažitelnost biologicky hodnotných, hygienicky a zdravotně nezávadných potravin (tzv. bezpečných potravin)

Současný stav:

Teoretický odhad pravděpodobnosti zvýšení počtu nádorových onemocnění v naší populaci v důsledku roční expozice vybraným chemickým látkám činil asi 76 případů pro ČR a rok 2000.

Nejvyšší podíl na zvýšení rizika představovaly PCB (44 případů) a As (17 případů). Odhad pro látky s dioxinovým účinkem (vyjádřené jako suma TEQ TCDD pro PCB, dioxiny a dibenzofurany) činí asi 62 případů pro ČR a rok 2000.

Podle modelu doporučených dávek potravin dosahují nejvyšších hodnot expoziční dávky pro kategorii dětí ve věku 4-6 roků. Odhad zvýšení počtu nádorových onemocnění pro tuto populační skupinu (cca 370 tis. dětí ve věku 4-6 roků) pak činí asi 8 případů pro ČR a rok 2000.

Existence rizik :

1) u vody:

- expozice dusičnanům 7 % ADI
- expozice baryu ve výši 1,4 % ADI.
- chloroformu, niklu a olova přesáhla expozice 1% expozičního limitu
- přítomnost radionuklidů v pitné vodě má za následek ozáření obyvatel v průměru 0,02 mSv/r
- překročení limitních hodnot bylo nalezeno u chloroformu, dichlorbenzenů, volného chloru a koliformních bakterií

2) u potravin:

- počet hlášených alimentárních onemocnění se u kampylobakterióz zvyšuje
- častý výskytu toxinogenních mikromycet (producentů mykotoxinů – aflatoxinů a ochratoxinu A) v potravinách.

Charakteristika zdravotního rizika vyznívá poměrně příznivě pro průměrnou osobu v populaci. Hodnocení pomocí modelu doporučených dávek potravin však odhaluje určitá zdravotní rizika zejména pro děti (vyšší expoziční dávky např. PCB, dusičnanům, dusitanům aj.) a také pro starší osoby (nedostatečný přívod některých minerálních látek).

Při hodnocení přívodu některých stopových prvků v roce 2000 (zinek, měď, selen, chrom, nikl, mangan, hořčík, vápník, fosfor, sodík, draslík, železo) byly podle spotřebního koše potravin zjištěny expoziční dávky, které se pro zinek pohybovaly na úrovni asi 104 % doporučeného populačního přívodu, u mědi byly mírně pod populačním normativním minimem (82 %). U selenu byla pokryta potřeba na úrovni normativního minima (109 %). Odhad normativního minima pro chrom byl pokryt na 138 %. Uvažovaná potřeba niklu byla kryta na 311 %, potřeba manganu na 134 %, hořčíku jen na 83 %, vápníku jen na 91 %, fosforu na 162 %, horní limit přívodu pro sodík byl naplněn na 73 % (tj. 125 % doporučení N.A.S. USA) a potřeba draslíku byla kryta na 83 %. Poměr mezi příjmem Ca/P byl opakovaně nízký, naopak poměr Na/K byl relativně vysoký. Přívod železa dosáhl opět pouze 71 % doporučeného přívodu pro naši populaci. V případě použití jódované soli ke kulinární úpravě potravin je doporučená dávka jódu pro populaci kryta nejméně na 84 %. Odhad přívodu stopových prvků podle modelu doporučených dávek potravin dosahuje nejnižších hodnot pro kategorii starších osob ve věku nad 60 let. Struktura spotřeby potravin v rozsahu doporučených dávek potravin nepokrývá většinou u této věkové skupiny doporučený přívod minerálních látek.

<u>Aktivity ke splnění dílčího úkolu:</u>

9.2.1 Podporovat management zdravotních rizik

zvýšit informovanost veřejnosti:

- o rizicích:
  a) informace jak k tomu přistupuje HS: možnost rozborů, při nadlimitech aplikace HIA
  b) leták upozorňující na existenci rizik při přípravě jídel
- o prevenci:
  a) jak to řeší výrobci potravin (propagace existence HACCP)
  b) jak to řeší kuchaři (propagace nutnosti hygienického minima)
  c) leták na téma na co si dát při kulinární úpravě pozor
- soutěž u kuchařů, zapojení vedoucích stravoven, vypracování obdoby HACCP, kontrola v rámci BHD

odpovědnost: KHS, Liberecký kraj
spolupráce: masmedia, MZ, ČZPI, SZÚ, veřejnost
termín: dlouhodobě

9.2.2 Rozvíjet programy podpory zdraví s cílem zlepšit výchovu výrobců a konzumentů

- propagace nutnosti hygienického minima
- leták na téma na co si dát při kulinární úpravě pozor
- vzdělávací soutěže pro děti a mládež

- zavedení certifikátu na "bezpečné" potraviny
- zavedení povinného poplatku (cca 1%) z komerční reklamy na reklamní šoty o zdraví

odpovědnost: KHS, Liberecký kraj
spolupráce: masmedia, MZe, MZ, veřejnost
termín: dlouhodobě

9.2.3 Sledovat dietární expozici chemickým látkám

- zaměření na dvě citlivé skupiny populace : děti předškolního věku, lidé starší 60 let
- statistické soubory z dětských domovů, domovů důchodců
- pomocí jídelníčku za tři dny a dotazníku získat expozici

Řešení a prevence deficitu

- zvýšit konzumaci jídel a nápojů s obsahem minerálů, vitamínů ve společném stravování
- zvýšit informovanost veřejnosti

Hodnocení skutečných expozičních dávek podle pohlaví a věku, s cílem získat více poznatků o rizikových skupinách v naší populaci. Na základě výsledku zrealizovat odhad a řízení zdravotních rizik.

Dílčí úkoly:

1) Sledování dietární expozice PCB u dětí ve věku 4-6 let

2) Sledování dietární expozice u dětí ve věku 4-6 let
   Současná situace: expozice dusičnanům dosáhla 95 % ADI

3) Sledování dietární expozice dusitanů dětí ve věku 4-6 let
   Současná situace: expozice dusitanům stoupla asi na 130 % ADI

4) Sledování dietární expozice manganu u dětí ve věku 4-6 let
   Současná situace: expozice manganu až téměř na 180 % RfD

5) Sledování dietární expozice kadmia u populace
   Současná situace: zátěž kadmiem se zvýšila (19 % PTWI)

6) Sledování dietární expozice olova u populace
   Současná situace: zátěž olovem vzrostla (15,4 % PTWI)

7) Sledování dietární expozice selenu u populace

Řešení:

1) Dotazníková akce:
- u dětí zaměřená na zdroje příjmu sledovaných xenobiotik
2) Rozbor potravin (nutnost zvážit laboratorní možnosti)
3) Hodnocení zdravotních rizik
4) Řízení rizik:
- monitoring
- prevence

odpovědnost: KHS
spolupráce:MZ, SZÚ, masmedia, veřejnost
termín: dlouhodobě

Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:

- hlášená alimentární onemocnění
- incidence mikrobiální a chemické kontaminace potravin

SNÍŽIT ŠKODY ZPŮSOBENÉ ALKOHOLEM, DROGAMI A TABÁKEM

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

Cíl č. 10 (č. 12 „Zdraví 21“)

Kouření cigaret způsobuje rozsáhlá poškození zdravotního stavu obyvatelstva, zejména zvýšení výskytu nemocí srdce a cév, nemoci dýchacího ústrojí a je hlavní příčinou rakoviny plic a jiných zhoubných nádorů.
Nadměrný **konzum alkoholu** má kromě sociálních důsledků vliv na riziko úrazů, na některé druhy zhoubného bujení a výskyt nervových a dalších nemocí.
Drogy mají rovněž kromě vážných sociálních dopadů vliv na psychické poruchy a zvyšují riziko některých závažných nemocí (AIDS, virové záněty jater atd.).
Problematiku tabáku, alkoholu a drog (dále TAD) do roku 2002 ošetřovaly na každém okrese Libereckého kraje Okresní protidrogové komise (dále OkPK), případně Komise pro bezpečnost a prevenci sociálně patologických jevů na městských úřadech měst v sídlech okresních úřadů. Žádné jiné instituce se jí v celé šíři systematicky nezabývaly. OkPK mají roli ***iniciační, poradní a koordinační*** a věnují se čtyřem pilířům protidrogové politiky: ***primární prevenci, léčbě a resocializaci, minimalizaci rizik spojených s užíváním drog a snižování nabídky – represi***.
Celkem dobře je popsán a průběžně monitorován systém péče o uživatele drog a jejich blízké. Problematika tabáku a alkoholu je však v materiálech OkPK zmiňována jen okrajově, zpravidla ve školních studiích v souvislosti s “nastartováním” experimentování s nelegálními návykovými látkami u dětí a mladistvých.
Všechny vyspělé státy mají v různém rozsahu vypracovány postupy na řešení vážných zdravotních rizik TAD. Tyto postupy jsou rozpracovány do podmínek menších oblastí (v ČR krajských samospráv).

Koordinátor: JUDr. Karel Bubeník, krajský protidrogový koordinátor

Gestor: Mgr. Alena Švejdová, okresní protidrogový koordinátor OkÚ Liberec

Spolupracující:

Liberec: p. Ivana Suková, Oddělení podpory zdraví při KHS Liberec
MUDr. Věra Tučková, Oddělení podpory zdraví při KHS Liberec
Bc. Zdena Flugrová, programy pro experimentátory
Ing. Jana Lanková, středisko výchovné péče, problémové děti a mladiství
PhDr. Vladimír Píša, psycholog, okresní metodik prevence v oblasti školství
p. Monika Jirmásková, městský protidrogový koordinátor, Liberec
Bc. Josef Dřevínek, kontaktní osoba na MěÚ Frýdlant, tajemník MěÚ
Mgr. Igor Pavelčák, terapeut – preventivní programy pro děti a mládež, vzdělávání pedagogů, poradenství pro rodiče
Mgr. Ivo Brát, manažer, systém zařízení sociální péče

Mgr. Kateřina Pšeničková, minimalizace rizik spojených s užíváním drog, terénní práce
MUDr. Veronika Kotková, psychiatr, detoxifikace, substituční léčba, programy ve věznicích
MUDr. Jaroslav Tržický, privátní psychiatr, alkoholové a nealkoholové závislosti v ambulanci
MUDr. David Adameček, psychiatr, terapeut, terapeutická komunita
Mgr. Markéta Sychrová, doléčování, nestátní nezisková organizace
Mgr. Jaroslav Kříž, okresní státní zástupce
PhDr. Jan Sochůrek, vězeňský psycholog, vysokoškolský učitel
MUDr. Jiří Drtil, CSc., privátní psychiatr, uživatelé drog ve věznicích
por. Bc. Karel Valter, kriminalista Policie ČR

Česká Lípa: p. Kateřina Gruntová, okresní protidrogový koordinátor
Jablonec n. N.: PhDr. Jaroslava Fojtíková, okresní protidrogový koordinátor
Semily: **okr. protidrogový koordinátor není**
Mgr. Věra Provazníková, ped.-psych. poradna

Dílčí úkol č. 10.1 (č. 12.1)
Mezi osobami staršími než 15 let by mělo být 80 procent nekuřáků a mezi osobami mladšími než 15 let by nekuřáci měli představovat téměř 100 procent

Současný stav:

V Evropském regionu je zdraví nejvíce ohrožováno kouřením. Vysoká prevalence kuřáků je především v populaci dospívajících a mladých dospělých do 34 let (20 % 15-tiletých kouří alespoň 1 cigaretu týdně). Jen 23 % je úplnými nekuřáky, ostatní již tabák okusili. To vypovídá o nízké účinnosti plošné protikuřácké kampaně).
Z výsledků studie Helen, která proběhla v roce 2000 vyplývá, že v Libereckém kraji pravidelně kouří celkem 38 % populace (muži 43 %, ženy 34 %). V průměru vykouří muži 18 cigaret/den a ženy 11 cigaret/den.
Ze sledování prováděného u žáků 8. tříd v Libereckém kraji vyplývá, že zkusilo někdy kouřit 78 % dětí, v současné době kouří pravidelně 20 % sledovaných žáků ZŠ (výsledky se shodují s celostátní studií). Děti vykouří v průměru 28 cigaret/týden. Studenti 2. ročníků středních škol odpověděli na otázku, zda kouří nyní, kladně ve 43 %.
Obliba klasické drogy tabáku, zvláště u školní mládeže v průběhu 90. let neklesá, pravidelných silných kuřáků na základních školách přibývá přesto, že informovanost o rizicích, respektive vědomí rizik, v čase výrazně roste. V ČR je nízká úroveň ochrany nekuřáků před tabákovým kouřem v prostředí a v porovnání s ostatními státy je vyšší úroveň úmrtnosti na nádory související s kouřením.

Aktivity ke splnění dílčího úkolu:

10.1.1 Popsat výchozí stav a definovat ukazatele tabakismu a jeho zdravotních a společenských dopadů, které se budou sledovat..

odpovědnost: Liberecký kraj
spolupráce: MZ, Rada vlády ČR pro koordinaci protidrogové politiky (dále RVKPP), Národní monitorovací středisko (dále NMS), krajské/městské/obecní protidrogové/bezpečnostní komise, školská, zdravotnická a sociální zařízení, odborní lékaři a složky činné v trestním řízení, SZÚ, poradny,
termíny: polovina r. 2003

10.1.2 Pro nevládní organizace a nezávislá hnutí vytvořit systém finanční podpory (např. fondy) programů specifické primární prevence tabakismu a dalších účinných preventivních programů a podpory osvětových kampaní zaměřených na zvýšení informovanosti široké veřejnosti o rizicích kouření pro zdraví, zaměřených na změnu postojů a chování ve prospěch zdravého způsobu života

odpovědnost: Liberecký kraj
spolupráce: MZ, MŠMT a RVKPP, zdravotní pojišťovny, obce III. stupně, obce, školy, nadace a fondy (i zahraniční), soukromý sektor
termíny: r. 2004

10.1.3 Účinná ochrana nekuřáků, především dětí, před pasivním kouřením

odpovědnost: Liberecký kraj
spolupráce: obce III. stupně, obce, Česká obchodní inspekce (dále ČOI), hygienické stanice, živnostenské úřady, média
termíny: zavedení stávajících legislativních nástrojů a systematizování kontrol do konce r. 2003, dále pak průběžně

10.1.4 Dostupnost léčby závislosti na tabáku a specializovaného poradenství v odvykání kouření

odpovědnost: Liberecký kraj
spolupráce: zdravotní pojišťovny, hygienické stanice, nevládní organizace
termíny: do poloviny r. 2003 mapování stávající sítě, do konce roku 2005 dosažení cílového stavu, dále přizpůsobování potřebám a trendům průběžně

Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:

- existence sběrného systému porovnatelných dat
- existence systému financování programů a výše finančních příspěvků
- trendy prevalence kuřáctví v jednotlivých skupinách populace

- počet zařízení poskytujících léčbu a poradenství osobám, které chtějí přestat kouřit
- trendy výskytu onemocnění vyvolaných užíváním tabákových výrobků (nádorová onemocnění, onemocnění srdce a cév, chronická plicní onemocnění)
- monitorování efektivity preventivních programů a kampaní a jejich přizpůsobování potřebám a trendům

Dílčí úkol č. 10.2 (č. 12.2)
Spotřeba alkoholu na hlavu by neměla přesáhnout 6 litrů za rok a u osob mladších 15 let by měla být téměř nulová

Současný stav:

Spotřeba alkoholu v ČR se pohybuje kolem 10 litrů 100 % alkoholu na osobu a v 90. letech se zvyšovala. Podobně nepříznivě se zvyšovaly ukazatele týkající se spotřeby alkoholu a výskytu opilosti u dětí a dospívajících.
Při šetření prováděném v 8. třídách ZŠ v Libereckém kraji vyplývá, že zkusilo někdy pít alkohol 95 % dětí. Průměrný věk zkoušky je 11 let. Jednou a vícekrát týdně pije alkohol 5 % dětí. Jednou a vícekrát měsíčně 17 % dětí. Již dvakrát a vícekrát za život bylo opilých 12,5 % žáků.
Studenti 2. ročníků středních škol jednou a vícekrát týdně pijí alkohol v 27 %. Jednou a vícekrát za měsíc pije alkohol 42 % studentů. Piva vypijí v průměru již 11 litrů za měsíc, vína 1,4 litru za měsíc a destilátů 0,9 litru za měsíc. Opravdu opilých dvakrát a vícekrát za život bylo 64 % studentů.
Závěr celostátní studie je, že obliba vína a destilátů a rozšířenost jeho pití stoupla. Mezi žáky přibyli zejména sváteční konzumenti vína a destilátů.
Alkohol, cigarety a léky (barbituráty, analgetika aj.) jsou látkami, u kterých vědomí jejich rizika v 90. letech sice posílilo nejvíce, na skutečné chování dětí tento pozitivní posun vědomí ale zjevně velký vliv nemá.
Také v mezinárodním srovnání (ESPAD a WHO) jsme v míře, množství a ve frekvenci konzumace alkoholu mládeží nad evropským průměrem. Nadměrné pití s sebou nese i ve srovnání s nelegálními drogami stále nejmasovější tragické následky, a to jak sociální tak zdravotní a ekonomické.

Aktivity ke splnění dílčího úkolu:

10.2.1 Popsat výchozí stav a definovat ukazatele užívání alkoholu a jeho zdravotních a společenských dopadů, které se budou sledovat

odpovědnost: Liberecký kraj
spolupráce: MZ, RVKPP nebo NMS, krajské/městské/obecní protidrogové/ bezpečnostní komise, školská, zdravotnická a sociální zařízení, odborní lékaři a složky činné v trestním řízení
termíny: polovina r. 2003

10.2.2 Pro nevládní organizace a nezávislá hnutí vytvořit systém finanční podpory (např. fondy) programů specifické prevence užívání alkoholu a dalších účinných preventivních programů a podpory osvětových kampaní zaměřených na zvýšení informovanosti široké veřejnosti o rizicích nadměrného užívání alkoholu pro zdraví, zaměřených na změnu postojů a chování ve prospěch zdravého způsobu života

odpovědnost: Liberecký kraj, obce III. stupně
spolupráce: MZ, MŠMT a RVKPP, zdravotní pojišťovny, obce, školy, nadace a fondy
(i zahraniční), soukromý sektor
termíny: r. 2004

10.2.3 Snížit poptávku po alkoholu u dětí a dospívajících realizací cílených programů na školách

odpovědnost: Liberecký kraj
spolupráce: MZ, MŠMT a RVKPP, hygienické stanice, zdravotní pojišťovny, obce III.stupně, obce, školy a školská zařízení, nevládní a neziskové organizace, média
termíny: do r. 2003 zajištění nabídky alespoň jednoho programu, do konce r. 2004 jeho pilotní ověření, dále rozšíření na školy dle harmonogramu

10.2.4 Potlačovat řízení motorových vozidel pod vlivem alkoholu a dalších omamných látek

odpovědnost: Liberecký kraj
spolupráce: MV, Policie ČR (dopravní policie), zdravotní pojišťovny, obce III. stupně, obce, zdravotní a školská zařízení, média
termíny: do r. 2004 ověření kampaňové akce, pak průběžně

10.2.5 Vytvořit dostatečnou síť ambulantních i lůžkových zařízení poskytujících pomoc, léčbu a poradenství osobám, které mají problémy s alkoholem, a jejich rodinám

odpovědnost: Liberecký kraj
spolupráce: MZ a RVKPP, zdravotní pojišťovny, obce III. stupně
termíny: do r. 2003 mapování stávající sítě, do konce roku 2005 dosažení cílového stavu, pak průběžně přizpůsobení sítě aktuálním potřebám a trendům

10.2.6 Uskutečnit mediální preventivní kampaň provázanou aktivitami na místní úrovni

odpovědnost: Liberecký kraj, obce III. stupně
spolupráce: MZ, MŠMT a RVKPP, zdravotní pojišťovny, obce, školská a zdravotnická zařízení, nevládní a nezávislé organizace, média
termíny: r. 2003 pilotní projekt, pak průběžně

Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:

- existence sběrného systému porovnatelných dat
- existence systému financování programů a výše finančních příspěvků
- trendy prevalence uživatelů alkoholu v jednotlivých skupinách populace
- dostupnost, odbornost a počet zařízení poskytujících pomoc, léčbu a poradenství
- monitorování efektivity a zajištění aktualizace programů a kampaní

Dílčí úkol č. 10.3 (č. 12.3)
Snížit užívání drog alespoň o 25 %

Současný stav:

Obliba nelegálních drog a jejich šíření stoupá, a přitom spotřeba těch legálních – alkoholu a cigaret neklesá. Mladá generace je tedy stále více vystavena kumulativním účinkům návykových látek.
Nelegální drogy jsou i pro žáky ze základních škol daleko dostupnější než v první polovině 90. let a děti dnes daleko lépe vědí, kde a jak se dá droga sehnat.
Dětem 8. tříd v Libereckém kraji byla droga nabídnuta v 22 %. Drogu jim nejčastěji nabízel kamarád (51 %). Drogu si někdy zkusilo vzít 8 % dětí, nejčastěji zkusily marihuanu. Průměrný věk, kdy drogu zkusily je stále 13 let.
Dále je z průzkumů KHS zřejmé, že neustále stoupá nabídka drogy u středoškoláků (76 % studentů). Drogu si zkusilo vzít 44 % studentů, nejčastěji se jednalo o marihuanu, extázi, hašiš, pervitin, tripy (LSD). Opakované užití drogy potvrdilo 16 % studentů.
Z celostátních závěrů vyplývá, že jistý nárůst lze pozorovat na základních školách u užívání pervitinu a heroinu. Podíl mladých lidí, kteří si drogu aplikují injekčně se v posledních letech zvyšuje.
Nejlepší "přirozenou prevencí" proti drogám je dobré rodinné zázemí, úplnost výchozí rodiny, harmonické vztahy k rodičům a pozitivní rodinné vzory, tedy nepřítomnost zneužívání drog – a to i legálních – v rodině.
Z analýzy dat drogové epidemiologie za rok 2001 (incidence) lze konstatovat, že ve 13 léčebných a kontaktních centrech Libereckého kraje vyhledalo pomoc 167 problémových uživatelů drog. Nejvíce kontaktů tvoří mladiství ve věku 15 až 19 let (48 %). Průměrný věk v roce 2001 byl 21 let. Nejčastěji užívanou drogou byl pervitin (51 %), druhou nejoblíbenější drogou jsou kanabinoidy (26 %), heroin (16 %).

Aktivity ke splnění dílčího úkolu:

10.3.1 Popsat výchozí stav a definovat ukazatele užívání drog a jeho zdravotních a společenských dopadů, které se budou sledovat

odpovědnost: Liberecký kraj
spolupráce: MZ, RVKPP, NMS, krajské/městské/obecní protidrogové/bezpečnostní komise, školská, zdravotnická a sociální zařízení, odborní lékaři a složky činné v trestním řízení, KHS
termíny: polovina r. 2003

10.3.2 Pro nevládní organizace a nezávislá hnutí vytvořit systém finanční podpory (např. fondy) programů specifické prevence užívání drog a dalších účinných preventivních programů a podpory osvětových kampaní zaměřených na zvýšení informovanosti široké veřejnosti o rizicích užívání drog pro zdraví, zaměřených na změnu postojů a chování ve prospěch zdravého způsobu života

odpovědnost: Liberecký kraj, obce III. stupně
spolupráce: MZ, MPSV, MŠMT a MPK, zdravotní pojišťovny, obce, školy, nadace a fondy (i zahraniční), soukromý sektor
termíny: r. 2004

10.3.3 Snížit poptávku po návykových látkách u dětí a dospívajících

odpovědnost: Liberecký kraj, obce III. stupně
spolupráce: MZ, MŠMT a RVKPP, hygienické stanice, zdravotní pojišťovny, obce, školská a zdravotnická zařízení, nevládní a neziskové organizace, média
termíny: do r. 2005 zastavení stávajícího vzestupného trendu poptávky, do r. 2015 snížení poptávky o 25 %

10.3.4 Dostupnost léčby a resocializace, specializovaného poradenství i postupů typu "harm reduction" (mírnění škod tam, kde není možná léčba orientovaná k abstinenci)

odpovědnost: Liberecký kraj
spolupráce: MZ, MPSV a MPK, zdravotní pojišťovny, obce III. stupně, zdravotnická a sociální zařízení, nevládní a neziskové organizace
termíny: do r. 2003 mapování sítě, do r. 2005 dosažení cílového stavu,dále průběžné přizpůsobování systému a sítě aktuálním potřebám a trendům

10.3.5 Uspořádat preventivní kampaň provázanou s aktivitami na místní úrovni

odpovědnost: Liberecký kraj, obce III. stupně
spolupráce: MZ, MPSV, MŠMT a MPK, zdravotní pojišťovny, hygienické stanice, zdravotnická, sociální a školská zařízení, obce, nevládní a neziskové organizace, média
termíny: r. 2003 pilotní projekt, pak průběžně

Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:

- existence sběrného systému porovnatelných dat
- existence systému financování programů a výše finančních příspěvků
- existence malých interaktivních programů k nácviku sociálních dovedností a dalších efektivních postupů zaměřených na prevenci užívání TAD na všech školách všech stupňů
- u prvních experimentů zvýšení věku a snížení počtu
- trendy prevalence uživatelů drog v jednotlivých skupinách populace
- existence systému a sítě zařízení poskytujících pomoc, léčbu, resocializaci a poradenství včetně programů "harm reduction"
- monitorování efektivity a zajištění aktualizace programů a kampaní

Dílčí úkol č. 10.4 (č. 12.4)
Zajistit součinnost všech složek vstupujících do problematiky tabáku, alkoholu a drog

Současný stav:

Součinnost v oblasti drog je na okresních úrovních zajišťována soustředěním všech složek v komisích a případně v pracovních skupinách. Prostředkem jsou pravidelná jednání, a pak různá setkávání, konference, semináře..., ale např. také společné supervize v zařízeních na sebe navazujících a vzájemně se podporujících.

Informace jsou shromažďovány okresními protidrogovými koordinátory a jsou minimálně jednou ročně vyhodnocovány. O stavu a vývoji ve věcech drog jsou média víceméně informována na tiskových konferencích, které svolávají různé složky vstupující do problematiky drog. Při OkPK jsou shromážděny informace o všech zařízeních podílejících se na řešení drogové problematiky, která jsou ochotna ke spolupráci. Tyto informace jsou průběžně aktualizovány. V oblasti tabáku a alkoholu není součinnost zajištěna, protože OkPK se jí zabývají jen okrajově.

Aktivity ke splnění dílčího úkolu:

10.4.1 V systému a síti programů primární, sekundární a terciární prevence TAD zajistit provázanost, návaznost a vzájemnou informovanost

odpovědnost: Liberecký kraj
spolupráce: okresní/městské protidrogové/bezpečnostní, komise, školská, zdravotnická a sociální zařízení, KHS
termíny: nastartovat do konce roku 2003, pak průběžně

10.4.2 Zajistit informovanost odborné i laické veřejnosti o existenci daných programů (poradenství pro děti, rodiče nebo partnery uživatelů TAD, distribuce svépomocných příruček, informace o tom, kde hledat pomoc, medializace, kampaně apod.)

odpovědnost: Liberecký kraj
spolupráce: krajské/městské/obecní protidrogové/bezpečnostní komise, školská, zdravotnická a sociální zařízení a složky činné v trestním řízení (např. programy ve vězeňství)
termíny: nastartovat do konce roku 2003, pak průběžně

10.4.3 Školení praktických lékařů, pedagogických pracovníků a dalších dotčených profesí v problematice TAD

odpovědnost: Liberecký kraj
spolupráce: školská, zdravotnická a sociální zařízení, zdravotní pojišťovny, hygienické stanice, nevládní organizace
termíny: zavedení systému do poloviny r. 2004, dále pak průběžně

Ukazatele k monitorování plnění úkolů:

- existence systému setkávání
- existence systému průběžného informování
- existence systému vzdělávání, počty proškolených praktických lékařů a učitelů
- monitorování efektivity postupů a průběžné přizpůsobování poptávce

ZDRAVÉ MÍSTNÍ ŽIVOTNÍ PODMÍNKY V LIBERECKEM KRAJI

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

Cíl č. 11 (č. 13 „Zdraví 21“)

Koordinátor: MUDr. Vladimír Valenta - Krajská hygienická stanice

Gestor: Ing. Jana Součková - Krajská hygienická stanice

Spolupracovníci: MUDr. Jana Novotná – KHS Liberec
Ing. Jaroslava Janečková - Krajský úřad Libereckého kraje
Ing. Marie Malcová - Krajský úřad Libereckého kraje
Ing. Jana Michalová - SčVaK
Ing. Markéta Miklasová - Krajský úřad Libereckého kraje
RNDr. Jitka Šádková - Krajský úřad Libereckého kraje
Mgr. Leona Škaloudová - Krajská hygienická stanice
MUDr. Taťjana Šoltysová – Premedis

Dílčí úkol č. 11.1 (č. 13.1)
Zlepšit bezpečnost a kvalitu domácího prostředí jak rozvojem schopností jednotlivců i rodin chránit a zlepšovat své zdraví, tak snížením vlivu zdravotních rizikových faktorů existujících v domácnostech

Aktivity ke splnění dílčího úkolu:

11.1.1 Vytvořit a aktualizovat legislativní nástroje vedoucí k omezení zdravotních rizik z domácího prostředí v oblasti bydlení

Současný stav:

V oblasti legislativní se dokončuje vyhláška Ministerstva zdravotnictví, kterou se stanoví hygienické limity chemických, fyzikálních a biologických ukazatelů pro vnitřní prostředí pobytových místností.

Dílčí aktivity :

1) Připomínkovat tvořené legislativní předpisy
2) Předávat podněty na základě zkušeností s uplatňováním legislativy v terénu

odpovědnost: KHS, Liberecký kraj
spolupráce: MŽP
termíny: průběžně
konečné - 2015

11.1.2 Zvýšit informovanost o možných rizicích ovlivňujících zdraví a vytváření zdravého domácího prostředí

Současný stav:

V Systému monitorování zdravotního stavu obyvatelstva ve vztahu k životnímu prostředí byl zaveden v roce 1994 tzv. I. Subsystém: „Zdravotní důsledky a rizika znečištěného ovzduší “, který se zabývá sledováním vybraných ukazatelů zdravotního stavu obyvatelstva a kvality ovzduší. Součástí je i monitoring vnitřního ovzduší.

V rámci tohoto Subsystému vznikl projekt, provedený v období 1999 až 2001 s cílem popsat expozici z vnitřního prostředí u dětí v předškolním věku navštěvující mateřskou školu. V současnosti se realizuje druhý projekt, kladoucí si za cíl popsat rozsah koncentrací vybraných látek, identifikovat další významné látky pro monitorování a popsat soubor měřených bytů a životní styl jejich uživatelů.

V oblasti legislativní se dokončuje vyhláška Ministerstva zdravotnictví, kterou se stanoví hygienické limity chemických, fyzikálních a biologických ukazatelů pro vnitřní prostředí pobytových místností.

Dílčí aktivity :

1) Propagace existence rizik působící na zdraví ve vnitřním prostředí formou letáků, seminářů
2) Propagace způsobů jak minimalizovat rizika z vnitřního prostředí (tj. vytvářet zdravé vnitřní prostředí) formou letáků, seminářů

odpovědnost: KHS
spolupráce: samospráva, Liberecký kraj
termín: Průběžně
konečné – 2015

11.1.3 Zjišťovat a hodnotit úroveň zátěže obyvatel ve vztahu k bydlení

Současný stav:

V Systému monitorování zdravotního stavu obyvatelstva ve vztahu k životnímu prostředí byl zaveden v roce 1994 tzv. I. Subsystém: „Zdravotní důsledky a rizika znečištěného ovzduší“, který se zabývá sledováním vybraných ukazatelů zdravotního stavu obyvatelstva a kvality ovzduší. Součástí je i monitoring vnitřního ovzduší.

V rámci tohoto Subsystému vznikl projekt, provedený v období 1999 až 2001 s cílem popsat expozici z vnitřního prostředí u dětí v předškolním věku navštěvující mateřskou školu. Po proměření 120 bytů byla potvrzena významnost zátěže oxidem dusičitým, benzenem, formaldehydem a mikroklimatickými faktory. Nezanedbatelný význam má i expozice polétavému prachu frakce TSP a PM10. Byly prokázány významné vztahy mezi koncentracemi oxidu dusičitého v dětském pokoji a v kuchyni, dokumentující transport znečištění v rámci bytu.

V současnosti se realizuje druhý projekt, kladoucí si za cíl popsat rozsah koncentrací vybraných látek, identifikovat další významné látky pro monitorování a popsat soubor měřených bytů a životní styl jejich uživatelů.

V oblasti legislativní se dokončuje vyhláška Ministerstva zdravotnictví, kterou se stanoví hygienické limity chemických, fyzikálních a biologických ukazatelů pro vnitřní prostředí pobytových místností.

Dílčí aktivity :

1) Zvážit zapojení do některého z budoucích projektů realizovaných v rámci Subsystému
2) Informovat o existenci zátěže na zdraví z vnitřního prostředí

odpovědnost: KHS
spolupráce: stavební úřady, MŽP
termín: průběžně - 1x za rok
konečné – 2015

11.1.4 Posílit a rozšiřovat pozitivní vlivy a zdravotně prospěšné aktivity v oblasti bydlení

Současný stav:

V oblasti legislativní se dokončuje vyhláška Ministerstva zdravotnictví, kterou se stanoví hygienické limity chemických, fyzikálních a biologických ukazatelů pro vnitřní prostředí pobytových místností.

Dílčí aktivity:

1) Program zaměřený na zlepšení zdravotních podmínek v sídlištích, ve starých domech (informace o problematice, prevence)
2) Letáky vypracované na jednotlivé fyzikální a biologické ukazatele (roztoči, větrání….)
3) Podpora programů zaměřených na pohyb ve venkovním prostředí
4) Programy bydlení pro sociálně slabé občany
5) Podpora rekonstrukce domů a výstavby nových bytů

odpovědnost: samospráva, Liberecký kraj
spolupráce: KHS, SZÚ, MŽP
termíny: průběžné - pravidelně
konečné - 2015

Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:

- indikátory úrovně bydlení - m^2 obytné plochy na osobu, počet osob na byt, vybavenost
- podíl osob spokojených se svým bydlením,
- počet komunitních programů bydlení pro sociálně slabé občany.

Dílčí úkol č. 11.2 (č. 13.2)
Zajistit, aby nejméně 50% dětí mělo příležitost zařadit se do mateřských škol podporující zdraví a 95% do základních škol podporující zdraví

Aktivity ke splnění dílčího úkolu:

11.2.1 Rozšiřovat pravidelně informace o programu podpory zdraví do sítě škol v Libereckém kraji prostřednictvím zavedených tištěných periodik, webových stránek

Současný stav:

Informace o programech podpory zdraví jsou Krajskou hygienickou stanicí poskytovány školám pouze při konkrétních akcích zaměřené na výživu a životní styl.

Například v rámci seminářů pro pedagogy, rodiče a děti jako byla Výživa dětí, Jak naučit děti výživě, Co dělat, když se na škole objeví droga, Otázky zdravé výživy dětí, Beseda o zdravé výživě, nebo třeba v rámci programu Kouření a já.

Dílčí aktivity:

1) Předávat tiskoviny ředitelům škol, pedagogům (biologie, občanská nauka, zeměpis) v rámci Libereckého kraje
2) Informace zveřejňovat na webovské stránce
3) Pokračovat v seminářích pro pedagogy, rodiče a děti

odpovědnost: KHS, Liberecký kraj
spolupráce: samospráva
termíny: od roku 2003 průběžně a pravidelně po celé období

Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:

- počet základních a mateřských škol přihlášených do sítě ŠPZ,
- procento dětí, které navštěvují školy zapojené do hnutí ŠPZ.

Dílčí úkol č. 11.3 (č. 13.3)
Dosáhnout, aby nejméně 50% měst, městských oblastí a komunit bylo aktivními členy sítě Zdravých měst či Zdravých komunit.

Aktivity ke splnění dílčího úkolu:

11.3.1 Zlepšit propagaci Zdravých měst na místní úrovni (místní média, regionální státní správa)

Současný stav:

Obecně:

„Zdravé město“ je prestižní označení pro město, které je aktivně zapojeno do mezinárodního Projektu Zdravé město WHO. V rámci jednotlivých států se tato města sdružují do národních sítí, v současné době vzniká síť celoevropská. Ačkoliv Projekt má v každém městě organizační zázemí úřadu, není pouhou „úřední aktivitou“. Je zejména projektem komunitním – vzniká „most“ pro spolupráci mezi radnicí a veřejností a otevírá se

prostor pro aktivitu obyvatel města. Projekt účinně podporuje zavádění místní Agendy 21 (MA21) a místního akčního plánu zdraví a životního prostředí (LEHAP). Cílem projektu je hledat cestu ke zdraví, udržitelnému rozvoji a kvalitě života v podmínkách města.

Situace v Libereckém kraji:

V rámci Libereckého kraje není v současné době zapojeno žádné město do tohoto projektu.

Dílčí aktivity :

1) Podpora prosazení zapojení měst do tohoto projektu v rámci Libereckého kraje
2) Seminář pro samosprávu, státní správu
3) Vytvoření letáku pro veřejnost, články do médií

odpovědnost: Liberecký kraj, KHS
spolupráce: samospráva, NSZM ČR
termíny: průběžně od 2003

11.3.2 Využívat objektivizované odborné podklady pro tvorbu lokálních akčních plánů zdraví a životního prostředí ve Zdravých městech Libereckého kraje

Současný stav:

Vláda České republiky svým usnesení č. 810 ze dne 9. prosince 1998 schválila dokument Akční plán zdraví a životního prostředí České republiky. Vláda potom následně ve svém usnesení č. 706 ze dne 12. července 2000 doporučila přednostům okresních úřadů vypracovat a uskutečňovat ve spolupráci se zdravotnickými orgány a orgány životního prostředí místní plány pro zkvalitnění zdraví populace a životního prostředí. Všeobecně lze říci, že akční plán, tak jak je vnímán v našich podmínkách, je vlastně analytickým, koordinačním a plánovacím nástrojem, nástroj pro zajištění udržitelného rozvoje a účinné prevence a kontroly působení rizikových faktorů prostředí na zdraví. Dělí se na Národní akční plán (angl. NEHAP - National Environmental Health Action Plan) a Místní akční plány (angl. LEHAP - Lokal Environmental Health Action Plan).

Dílčí aktivity :

1) Shromáždit stávající studie, vhodné jako podklad
2) Specifikovat studie, které jsou prioritní pro zařazení do akčního plánu a projektu Zdravé město
3) Podpořit jejich realizaci a jejich závěry začlenit do LEHAP a projektu Zdravé město

odpovědnost: samospráva
spolupráce: KHS, Liberecký kraj, NSZM ČR
termíny: průběžně od 2003

Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:

- počet členů Národní sítě zdravých měst ČR v Libereckém kraji
- % populace Libereckého kraje žijící v těchto městech

Dílčí úkol č. 11.4 (č. 13.4)
Zavázat alespoň 30% středních a velkých firem k dodržování principů zdravé společnosti/firmy

Současný stav v ČR

Na úrovni ČR byla realizace projektu Zdravý podnik (vytyčeného ve strategickém programu MZ, schváleném usnesením vlády ČR č. 273/1992) svěřena na základě iniciativy SZO-Euro Národní síti podpory zdraví na pracovišti.
Podpora zdraví na pracovišti rozšiřuje ochranu zdraví na závodech o nové pojetí zdravotní výchovy, avšak na rozdíl od ochrany zdraví a bezpečnosti práce, není tato aktivita podložena právními předpisy a jedná se spíše o nadstandard. Na úrovni ČR je příslušná infrastruktura zatím slabá. Jedním z důvodů je malá zainteresovanost případně motivační pobídky pro podniky ze strany státní správy. Přitom podniky v západní Evropě tuto strategii v rostoucí míře využívají pro příznivý vliv na produktivitu a image podniků a prospěch zaměstnance. Oficiálně tyto okolnosti vyjádřila Deklarace 3. ministerské konference o životním prostředí a zdraví z června 1999 a její dokument Za dobrou praxi v řízení zdraví, prostředí a bezpečnosti při práci v podnicích a jiných institucích (dohodnutá zkratka GP-HESME).

I. národní konference s názvem Dobrá praxe v řízení zdraví, prostředí a bezpečnosti při práci v průmyslových a jiných podnicích, konaná 19.-20. 9. 2001 v Olomouci byla dalším krokem k aktivaci snah o realizaci programů podpory zdraví na pracovišti, na druhé straně však ukázala na úkoly, které je nutno naplňovat, tj. vývoj referenčních ukazatelů efektivity, zabezpečení výcviku a vzdělávání odborníků v jednotlivých oblastech podpory zdraví a vytvoření sítě poradenských služeb a vytváření motivačních podmínek (bonifikace apod.). Důležitým úkolem je také zmapování potřeb pro zajištění a provádění regionálních a místních programů podpory zdraví.
Zajišťování úkolů probíhá za součinnosti odpovědných resortů, především MZ a MPSV a dále zástupců zaměstnavatelů a zaměstnanců.

Současný stav v Libereckém kraji

Na území kraje není situace v této oblasti zatím zmapována. Dle dostupných podkladů jsou informace o iniciativách v podpoře zdraví na pracovišti a programu Zdravý podnik zcela minimální.

Přitom v Libereckém kraji je řada velkých prosperujících podniků se zahraniční účastí (zejména podniky automobilového průmyslu), které ve svých domovských zemích tyto iniciativy podporují a postupně zavádějí.

Další výhodou kraje, se kterou je možné počítat, je rozvoj průmyslových oblastí a uvádění do provozu nových závodů. V podpoře zdraví na pracovišti jde zejména o začlenění této zdravotní politiky do strategií podniku a do myšlení managementu. A to je právě u nových rozvíjejících se firem snazší než u podniků, které již mají zažitý určitý stereotyp a zvyklosti.

Cílem níže uvedených aktivit je využít velkého průmyslového potenciálu území a podporovat vytváření podmínek pro rozvoj zdravých pracovních podmínek na pracovištích.

Aktivity ke splnění dílčího úkolu:

11.4.1 Propojit krajské aktivity s Národní síti podpory zdraví na pracovišti v ČR a využít zpracované odborné postupy - např. v rámci projektu Dobrá praxe v řízení zdraví na pracovišti.

odpovědnost: KHS, Liberecký kraj, KHK,
spolupráce: TU, odborná pracoviště
termíny: 2003

11.4.2 Spolupracovat na přípravě a realizaci pilotních studií GP-HESME na úrovni ČR, zapojit alespoň jeden podnik v kraji do pilotní studie.

odpovědnost: KHS, Liberecký kraj, KHK
spolupráce: odborná pracoviště
termíny: 2003

11.4.3 Iniciovat a organizovat rozvoj programu Zdravý podnik na krajské úrovni. Využít potenciál nově vznikajících podniků v průmyslových zónách Libereckého kraje.

odpovědnost: KHS, Liberecký kraj, KHK,
spolupráce: odborná pracoviště
termíny: průběžně
konečný 2006

11.4.4 Vytipovat stávající prosperující podniky v kraji, oslovit je a iniciovat jejich zapojení do programu Zdravý podnik.

odpovědnost: KHS, Liberecký kraj, KHK
spolupráce: pojišťovny poskytující zákonné pojištění odpovědnosti zaměstnavatele za škodu, odborná pracoviště, TU
termíny: průběžně 2003-2015
konečný 2015

Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:

- počet právnických subjektů, které se přihlásily k aktivitám Zdravý podnik uvedeným pod body 13.4.3 - 13.4.4.

INTEGROVANÝ ZDRAVOTNICKÝ SEKTOR

Cíl č. 12 (č.15 „Zdraví 21“)

Smyslem řešení tohoto cíle by mělo být vytvoření takového systému poskytování zdravotní péče, který umožní občanům z hlediska dostupnosti rovnocenný a včasný přístup ke kvalitní zdravotní péči ve všech oblastech našeho kraje.
Systém by měl jednoznačně vycházet z poskytování primární péče, na kterou by měla smysluplně navazovat nemocniční péče sekundární a terciální. Funkčnost takového systému pak musí být podpořena účinnou zpětnou vazbou s možností vyhodnocování kvality poskytované péče.
Nedílnou součástí tohoto sytému by měl být samozřejmě i informovaný občan – pacient.
Trendovým prvkem by měl být jednoznačně přesun poskytování zdravotní péče z lůžkové péče do ambulantní sféry a dále do domácí péče se snahou o humanizaci a individualizaci léčebných procesů, přičemž stranou nemůže zůstat ani otázka efektivního využívaní finančních zdrojů plynoucích do zdravotnického systému.

Koordinátor : Ing. Zdeněk Vokuš , zmocněnec VZP ČR Liberecký kraj

Spolupracující : MUDr. Jiří Šnajdr CSc., praktický lékař pro dospělé
MUDr. Myra Fraenklová , praktický lékař pro dospělé
MUDr. Vladimír Honzejk , interní lékařství
MUDr. Vladimír Poupa , ředitel LDN

Dílčí úkol č. 12.1 (č. 15.1)
Vytvoření uceleného systému primárních zdravotních služeb, který zajistí návaznost péče v podobě účinné a nákladově efektivní struktury, vzájemné interakce a zpětné vazby se sekundárními a terciárními nemocničními službami

Současný stav :

Jedním ze zásadních nedostatků v současném systému poskytování zdravotní péče v našem kraji z pohledu ucelenosti systému je nerovnoměrnost dostupnosti zdravotnických služeb. Tato nerovnoměrnost s sebou přináší zdravotní ale i finanční důsledky. Podíváme-li se například na rozložení akutních lůžek v rámci kraje, zjistíme, že v okrese Semily připadá na 1000 obyvatel 1,8x více akutních lůžek než v okrese Jablonec nad Nisou a podíváme-li se na rozložení lůžek následné péče, zjistíme, že v okrese Česká Lípa připadá na 1000 obyvatel 3,7x více lůžek než v okrese Liberec.

Podobné disproporce lze vysledovat i v ambulantní péči, kdy je problematika navíc umocněna ještě věkovou strukturou poskytovatelů (např. v okrese Jablonec nad Nisou bude v roce 2006 v odbornosti praktického lékaře pro dospělé 40% lékařů ve věku 55 – 65 let).
Důležitým prvkem systému je rovněž vyhodnocování účinnosti a kvality poskytované zdravotní péče v závislosti na ekonomické náročnosti. Ucelená data nejsou prakticky k dispozici, jelikož různé části dat vlastní různé instituce (ÚZIS, MZ ČR, zdrav.zařízení, pojišťovny, hygienické stanice atd.).
Ze zdravotního systému se díky stavu legislativy a překotné privatizaci v minulých létech časem zcela vytratila funkční návaznost. Neinformovaní pacienti procházejí systémem mnohdy dle svého laického uvážení bez jakýchkoliv vazeb, indikovanosti a zpětné vazby.

Aktivity ke splnění dílčího úkolu :

12.1.1 Vytvořit strukturu primární, sekundární a terciární péče, která by zaručovala rovný přístup všech obyvatel kraje ke zdravotní péči při maximální efektivnosti využitelných zdrojů

- ***restrukturalizovat lůžkovou péči, včetně nové dělby práce a specializace pracovišť***
- ***ovlivnit lokalizaci, kvantitu a kvalitu poskytované ambulantní zdravotní péče***

odpovědnost : regionální samospráva, místní a obecní samospráva
spolupráce : zdravotní pojišťovny, profesní a odborné zdravotnické organizace
termín : 2003 - 2005

12.1.2 Vytvořit systém sběru dat na krajské úrovni, který by zpětně informoval o kvalitě a kvantitě poskytované zdravotní péče na různých úrovních v porovnání s vynakládanými finančními prostředky

- ***vytipovat ukazatele a zajistit možnosti jejich pravidelného sběru***
- ***napojit nemocnice na projekt měření úspěšnosti systému zdravotní péče (DRG)***

odpovědnost : regionální samospráva
spolupráce : zdravotní pojišťovny, KHS, profesní a odborné zdravotnické organizace, místní a obecní samospráva
termín : 2003 a průběžně

12.1.3 Motivovat informovaného pacienta k co nejracionálnějšímu pohybu ve zdravotním systému

- ***vycházet vždy od primární péče, kde pacient musí získávat kvalitní informace o možnostech řešení jeho zdravotního stavu***

odpovědnost : zdravotní pojišťovny,
spolupráce : profesní a odborné zdravotnické organizace

Dílčí úkol č. 12.2 (č. 15.2)
Prioritní postavení práce praktických lékařů a zdravotních sester v rámci integrované primární zdravotní péče

Současný stav :

Praktičtí lékaři jsou vedle stomatologů v našem zdravotním systému nejorganizovanější skupinou lékařů a tvoří jednu z nejstabilnějších součástí tohoto systému. Tato stabilita však může být během krátké doby narušena vlivem věkové struktury praktických lékařů.
V současné době jsou praktičtí lékaři odměňováni za poskytování zdravotní péče tzv. kombinovanou kapitačně výkonovou platbou, kde rozhodující část odměny tvoří platba za kapitovaného (registrovaného) pojištěnce. Tento způsob financování má své pozitivní i negativní stránky, kdy největším negativem se v současnosti jeví u některých lékařů „nezájem“ o nemocného pacienta a snaha o jeho „přesouvání“ k dalším ambulantním lékařům – specialistům. Významným prvkem v poskytování a indikování zdravotní péče praktickými lékaři jsou regulační mechanismy uplatňované pojišťovnami.
Praktičtí lékaři pro dospělé mají velice ztíženou pozici v rámci poskytování tzv. sociálně-zdravotních služeb, jelikož je doposud nedostatečně rozvinutá síť sociálních lůžek a agentur poskytujících sociálně-zdravotní služby v domácím prostředí. Tato nedostatečná síť je zapříčiněna mimo jiné i nedokončeností restrukturalizace akutního lůžkového fondu.
Metoda tzv. „případových konferencí“ se prakticky nepoužívá a to vzhledem k tomu, že doposud neexistují standardy v oblasti zdravotně-sociální péče.
Velmi aktuálním problémem je rovněž odborná příprava nových praktických lékařů, která se liší od odborné přípravy jiných lékařů a stát ji v současné době nedostatečně podporuje. Rovněž motivace ke zvyšování kvalifikace (II. atestace) je nedostatečná, pro lékaře ze zvýšení kvalifikace nic nevyplývá.

Aktivity ke splnění dílčího úkolu

12.2.1 Ustavit a rozvíjet činnost krajského centra praktických lékařů

odpovědnost : sdružení praktických lékařů (SVL, OSPDL, SPL, SPLDD)
spolupráce : regionální samospráva
termín : 2003 a průběžně

12.2.2 V rámci restrukturalizace fondu akutní lůžkové péče vytvořit dostatečný počet lůžek následné péče (léčebné, léčebně rehabilitační, ošetřovatelské, paliativní apod.) s koordinovaným přechodem pacienta do domácího prostředí, popřípadě do zařízení poskytujících sociální služby

odpovědnost : regionální samospráva, místní a obecní samosprávy
spolupráce : zdravotní pojišťovny, profesní a odborné zdravotnické organizace, Liberecký kraj , ústavy sociálních služeb, agentury
termín : 2003 – 2005

12.2.3 Podpořit rozvoj systému domácí péče zajišťující služby jak zdravotního tak sociálního charakteru

odpovědnost : regionální samospráva, místní a obecní samosprávy
spolupráce : zdravotní pojišťovny, profesní a odborné zdravotnické organizace, Liberecký kraj , ústavy sociálních služeb, agentury
termín : 2003 a průběžně

12.2.4 Zavést pro lékaře primární péče systém případových konferencí a to v souladu s tvorbou příslušných standardů sociálně-zdravotní péče

odpovědnost : profesní a odborné zdravotnické organizace
spolupráce : Centrum pro rozvoj duševního zdraví, místní orgány, sociálních služeb
termín : 2003 a průběžně

12.2.5 Sledovat efektivitu preventivních programů a prevence v primární péči vyhodnocovat jejich efektivitu vzhledem ke zdravotním ukazatelům obyvatelstva kraje a k vynaloženým finančním prostředkům

odpovědnost : regionální samospráva
spolupráce : KHS, zdravotní pojišťovny, profesní a odborné zdravotnické organizace, Liberecký kraj
termín : průběžně

12.2.6 Posilovat v rámci legislativního procesu roli praktických lékařů za současného tlaku na zvyšování jejich odborné způsobilosti

odpovědnost : regionální samospráva
spolupráce : zdravotní pojišťovny, profesní a odborné, zdravotnické organizace
termín : 2003 a průběžně

Dílčí úkol č. 12.3 (č. 15.3)
Zahrnout do poskytování zdravotní péče podíl občanů a respektovat i podporovat jejich roli jako spolutvůrců péče o zdraví.

Současný stav :

Přístup obyvatelstva k vlastnímu zdraví je stále na velmi nízké úrovni, což je zapříčiněno hlavně malou informovaností obyvatel a současně i minimální motivovaností „něco“ ve svém zaběhnutém stylu života měnit. Stále u většiny obyvatelstva převládá názor : „ Platím daně,

tak mě musí s jakýmkoliv zdravotním problémem systém pomoci .“ V cílevědomé preventivní výchově člověka ke svému zdraví bylo zatím učiněno velmi málo.
Pokud ke zdravotnímu problému posléze dojde, sdružují se někteří pacienti do společenství podobně postižených lidí, většinou občanských sdružení, která se snaží upozorňovat veřejnost i instituce na problematiku postižených lidí a snaží se prosazovat jejich zájmy. I když se spolupráce příslušných institucí s těmito sdruženími v posledních létech zlepšila, stále se nedá v žádném případě hovořit o jakékoliv koncepčnosti či systémovosti.
V těchto aktivitách významně zaostáváme za vyspělými státy Evropy.

Aktivity ke splnění dílčího úkolu

12.3.1 ***Podporovat vznik nových a udržovat průběžný kontakt s již existujícími občanskými iniciativami zabývajícími se zdravotními potřebami různých skupin občanů***

odpovědnost : regionální samospráva, místní a obecní samospráva
spolupráce : pacientské organizace, profesní a odborné zdravotnické organizace,Liberecký kraj , zdravotní pojišťovny
termín : 2003 a průběžně

12.3.2 Získané připomínky občanů i občanských iniciativ k problematice zdravotní péče analyzovat a využívat cíleně ke zlepšení kvality poskytované zdravotní péče

odpovědnost : regionální samospráva, místní a obecní samospráva
spolupráce : zdravotní pojišťovny
termín : průběžně

12.3.3 Vytvořit systém pravidelné, kvalifikované a srozumitelné informovanosti občanů, orgánů a institucí o zdravotním stavu obyvatelstva kraje a možnostech jeho ovlivňování(včetně možných krizových situací)

odpovědnost : regionální samospráva, místní a obecní samospráva
spolupráce : KHS, pacientské organizace, zdravotní pojišťovny , ZZ
termín : 2003 a průběžně

Zkratky

ADI - (acceptible daily intake) doporučený denní příjem
adolescent - dospívající
alimentární nákaza - nákaza vznikající požitím infikované potravy
analgetika - lék utišující, zmírňující bolest
angiologie - nauka zabývající se stavbou, funkcí, chorobami a léčením cév a krevního oběhu
As - arsen
BHD - běžný hygienický dozor
bioterorismus - terorismus prováděný biologickými zbraněmi
bitumenizace - způsob nakládání s odpady
CKO - Centrum klinické onkologie
ČEÚ - Český ekologický ústav
ČHMÚ - Český hydrometeorologický ústav
ČGPS - Česká gynekologicko - porodnická společnost
ČIŽP - Česká inspekce životního prostředí
ČNÚ - časná novorozenecká úmrtnost
ČOI - Česká obchodní inspekce
ČZPI - Česká zemědělská a potravinářská inspekce
demografie - věda o obyvatelstvu v závislosti na společenskohistorických a ekonomických podmínkách
depotní - zásobní
diabetes mellitus - úplavice cukrová (cukrovka)
dispenzární - pod stálým lékařským dohledem
eliminace - vyloučení, odstranění
emise - množství příměsí vstupující za jednotku času ze zdroje znečišťování do ovzduší
ESPAD - European school survey project on alcohol and other drugs (Evropský průzkum na školách týkající se alkoholu a drog)
eufunkční - přiměřeně fungující
gerontologie - nauka o stáří
GP - HESME - General practise in health enviroment and safety management in Enterprice (Všeobecní lékaří ve zdravotnictví a bezpečnostní politika v podniku)
gravidita - těhotenství
HACCP - Hazard analysis and critical control point (Analýza rizika a kritických bodů při výrobě)
HIA - Health impact assessment (hodnocení zdravotních rizik)
homeostáza - rovnováha vnitřního prostředí organismu
HS - hygienická stanice
hypercholesterolémie - zvýšená hladina cholesterolu v krvi
hypertenze - zvýšený krevní tlak
hypoxie - nedostatek kyslíku v tkáních
chronický - vleklý, trvalý
IBP - institut bezpečnosti práce
imigrant - přistěhovalec
imise - znečišťující příměsi ve vzduchu působící na živé organismy jako důsledek emisí
implementace - doplnění
importovaná onemocnění - onemocnění dovezená ze zahraničí
incidence - počet nově vzniklých případů daného onemocnění za jeden rok vztažený na určitý počet obyvatel (nejčastěji na 1 000)

indikovat - stanovení vhodného diagnostického nebo léčebného postupu na základě příznaků a průběhu nemoci
interhumánní přenos - přenos z člověka na člověka
intrapartální - během porodu
intrauterinní - nitroděložní
involuce - zpětný vývoj
ISKO - informační systém kvality ovzduší
JPP - jed. preventivní prohlídka
kanabinoidy - návykové látky zneužívané jako drogy (marihuana, hašiš)
KHK - Krajská hospodářská komora
koitarché - zahájení pohlavního života
kojenecká úmrtnost - úmrtnost dětí do 1 roku věku na 1000 živě narozených
kontinuálně - plynule, souvisle
kontracepce - antikoncepce, přípravky zabraňující početí
KPE zuby - kaz, plomba, extrakce zubu
KÚ LK - Krajský úřad Libereckého kraje
KVO - kardiovaskulární onemocnění
LCA - Life cycle assessment - hodnocení životního cyklu
LDN - léčebna dlouhodobě nemocných
LEHAP (local enviromental health action plan) Místní zdravotnický plán
MA 21 - místní agenda 21
MDS - ministerstvo dopravy a spojů
meningitida - zánět mozkových plen
mentální retardace - zpomalení duševního vývoje
MMR - ministerstvo pro místní rozvoj
monitoring - činnost, která na základě systematického pozorování měření a analýz současného stavu objektu předpovídá jeho budoucí vývoj
morbidita - nemocnoct, číselný údaj vztažený pro danou nemoc k určitému časovému úseku a počtu obyvatel
MPK - Mezirezortní protidrogová komise
MPO - ministerstvo průmyslu a obchodu
MPSV - ministerstvo práce a sociálních věcí
MŠMT - ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy
MZSO - monitoring zdravotního stavu obyvatelstva
MŽP - ministerstvo životního prostředí
NAS USA - National assessment specialists USA (Národní hodnotící specialisté USA)
NEHAP - national enviromental health action plan (Národní zdravotnický plán)
neonatální péče - péče o novorozence
neonatální úmrtnost - úmrtnost dětí novorozeneckého věku (do 28. dne života) na 1000 živě narozených
nozokomiální - nemocniční
NPH - nízká porodní hmotnost
NSZM ČR - Národní svaz zdravých měst ČR
OkPK - okresní protidrogová komise
onkologie - lékařský obor zabývající se nádorovými onemocněními
orální - ústní
OSPDL - Odborná společnost praktických dětských lékařů
paliativní péče - zmírňuje obtíže a bolest, ale neléčí vlastní podstatu choroby
parenterální - mimostřevní
PCB - polychlorované bifenyly

pediatrie - dětské lékařství
perinatální - určitý časový úsek před a po narození
perinatální mortalita - úmrtnost dětí v perinatálním období
PN - pracovní neschopnost
polétavý prach - frakce TSP - total suspended particles (celkový polétavý prach)
PM_{10} - prachové částice o velikosti 10 μm
prematurita - předčasná duševní a tělesná zralost
prenatální - před narozením
preskripce - předpis
prevalence - počet evidovaných pacientů na 100 000 mužů, žen
prevence - předcházení nemoci
princip subsidiarity - politický princip podle něhož má být každá aktivita státu a společnosti jen podpůrná
psychoaktivní látky - látky aktivizující duševní činnost člověka
PTWI - Provisional tolerable weekly intake (prozatímní tolerovatelný týdenní příjem)
radius návštěvní služby - vzdálenost, do které zdravotní pojišťovny proplácí lékařům návštěvy u pacientů
PMS 2000 - program pro nemocnice (sledování hospodaření a kvality péče)
resocializace - opětovné začlenění do společnosti
respirační - dýchací
retardace - opoždění
REZZO 3 - zahrnuje technologické objekty obsahující stacionární zařízení ke spalování paliv o tepelném výkonu nižším než 0,2 MW
RfD - referenční dávka
screening - metoda vyhledávání časných forem nemocí v populaci
SMR - standardizovaná úmrtnost
solidifikace - způsob zpracování odpadů do tuhé podoby
SPL - Spolek praktických lékařů
SPLDD - Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost
STD - sexual transmiter diseases (sexuálně přenosné nemoci)
stigma - znamení, projev
SÚJB - státní úřad jaderné bezpečnosti
SVL - Společnost všeobecného lékařství
sy CAN - Child abuse and neglect (syndrom zneužívaného a týraného dítěte)
syndrom - typická kombinace příznaků určitého onemocnění
SZÚ - Státní zdravotní ústav
TAD - tabák, alkohol, drogy
teenager - osoba mezi 13 - 19 roky
TEQ TCDD - toxický ekvivalent dioxinu (2,3,7,8-tetrachlordibenzo-p-dioxin)
trimestr - třetina těhotenství, tři po sobě jdoucí měsíce
TRN - tuberkulóza a respirační nemoci
úmrtnost - počet úmrtí v poměru k počtu obyvatel
ÚSP - ústav sociální péče
ÚZIS - Ústav zdravotnických informací a statistiky
ÚZS - Ústav zdravotnických studií
validní - platný
VHB - žloutenka typu B (virová hepatitida B)
VHC - žloutenka typu C (virová hepatitida C)
vitrifikace - likvidace toxických popílků z eletrofiltrů spaloven komunálních odpadů
vývoj dentice - vývoj zubů

VVV - vrozené vývojové vady
WHO = SZO - Světová zdravotnická organizace