



Krajská hygienická stanice
Moravskoslezského kraje
se sídlem v Ostravě

2004 ROCENKA

Předmluva

Vážení čtenáři,

do rukou se Vám opět dostává Ročenka Krajské hygienické stanice Moravskoslezského kraje se sídlem v Ostravě. Uplynul rok od doby, kdy jsme vám poprvé předložili materiál s tímto názvem. Během tohoto roku tým pracovníků KHS prosazoval a uskutečňoval státní zdravotní dozor, jak nám ukládá zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, ale také prováděl řadu dalších činností, které směřují k naplnění základního poslání hygienické služby, a to je ochrana a podpora zdraví v nejširším slova smyslu.

V úvodu bych ráda upozornila na některé oblasti činnosti, které dokládají naši snahu poskytnout zainteresované veřejnosti kvalitní informace z oblasti jak životního a pracovního prostředí, tak o zdravotním stavu, životním stylu i některých socioekonomických ukazatelích obyvatel našeho kraje, které mají značný dopad na úroveň zdraví populace.

Jde především o průběžný monitoring kvality pitné vody, velmi širokou a náročnou činnost při kategorizaci prací a hodnocení pracovního prostředí. V roce 2004 byl završen v úzké součinnosti se Zdravotním ústavem v Ostravě a řadou dalších

odborníků desetiletý Speciální monitoring zdravotního stavu obyvatelstva v Ostravsko-karvinské oblasti ve vztahu k životnímu prostředí. Podíleli jsme se na nastartování programu „Zdraví 21 v Moravskoslezském kraji“, který má šanci stát se nosnou aktivitou v podpoře zdraví. Podíleli jsme se na činnosti Moravskoslezského kraje a jeho reprezentaci v evropské „Síti zdravých regionů“ (RHN). Ve spolupráci s Ministerstvem zdravotnictví ČR, Regionálním úřadem pro Evropu Světové zdravotnické organizace a Fakultní nemocnicí v Ostravě jsme uskutečnili projekt „Motivované vyhledávání nemocných TBC“. Pokračujeme v dlouhodobé mezinárodní studii s názvem HAPIEE, jejímž cílem je zjistit míru poškození zdravotního stavu obyvatel a prozkoumat příčiny vysoké nemocnosti na srdečně-cévní onemocnění ve státech střední a východní Evropy.

Odborní pracovníci Krajské hygienické stanice MSK se podílejí na teoretické i praktické výuce studentů vysokých i středních škol v našem regionu. Zajišťujeme také praxe studentů medicínských oborů univerzit mimo region a přípravu lékařů před atestací.

V roce 2004 jsme uskutečnili řadu odborných seminářů pro odbornou veřejnost, ale také pro představitele samospráv k problematice vlivu

faktorů životního prostředí na zdravotní stav obyvatel. Pořádáme celostátní i mezinárodní konference, kde za zmínku stojí již V. ročník Slezských dnů preventivní medicíny nebo Moravské epidemiologické dny.

Krajská hygienická stanice MSK je důležitou součástí integrovaného záchranného systému, který funguje v našem kraji na vysoké úrovni.

Jde jistě o řadu zajímavých aktivit, které zde uvádím pro komplexnější pohled na činnost naší instituce.

Vydáním Ročenky 2004 pokračujeme v prezentaci souhrnných zpráv o stavu hygieny vydávaných do konce roku 2002 jednotlivými hygienickými stanicemi v okresech Moravskoslezského kraje a chceme vytvořit tradici zveřejňování informací o stavu v oblasti ochrany veřejného zdraví, jak je v mnohých evropských státech zvykem.

Jsme vedeni snahou vypracovávat souhrnný materiál za Moravskoslezský kraj a přivítáme proto vaše konkrétní návrhy, připomínky a podněty pro zvýšení kvality nejen tohoto materiálu, ale naší práce vůbec. Průběžně aktualizované podrobnější informace jsou uvedeny na webových stránkách www.khsova.cz

Po této Ročence bude následovat vydání Zpravodaje, kterým chceme širokému spektru občanů našeho kraje

poskytnout stručný informativní materiál pro jejich potřeby.

Přijměte tuto publikaci jako naši snahu prezentovat nejen výsledky roční činnosti, ale také přispět k tvorbě a realizaci zdravotní politiky na regionální i komunální úrovni.

Ráda využívám této příležitosti k tomu, abych poděkovala mnoha lidem z našich partnerských, spolupracujících institucí za velmi dobrou vzájemnou komunikaci, vstřícnost a ochotu při řešení problémů.

MUDr. Helena Šebáková
ředitelka

I. Moravskoslezský kraj

Moravskoslezský kraj má mnohé zajímavosti, na které bychom rádi upozornili i přesto, že se mohou jevit jako informace dostatečně známé. Svou rozlohou - 5 535 km² - Moravskoslezský kraj zaujímá šesté místo mezi kraji v ČR. Na severu a východě hraničí s polskými vojvodstvími - Slezským a Opolským, na jihovýchodě s Žilinským krajem na Slovensku. Příhraniční charakter kraje poskytuje možnosti efektivní spolupráce ve výrobní oblasti, rozvoji infrastruktury, ochrany životního prostředí, kulturně-vzdělávací činnosti a především turistického ruchu. Za tímto účelem vznikly na území kraje již 4 euroregiony - Beskydy, Praděd, Silesia a Těšínské Slezsko.



V místě soutoku Odry s Olší dosahuje území kraje svého výškového minima - 195 m n. m. Nejvyšším bodem kraje je vrchol Praděda - 1 491 m n. m.

Kraj je svou povahou přírodní, ekonomickou i sociální značně nehomogenní. Jeho centrum - Ostravsko-karvinská aglomerace je silně průmyslová, okrajové části jsou tvořené horskými masívy Jeseníků a Beskyd a představují ideální oblasti pro turistiku a jsou typicky venkovskými oblastmi.

Co se týče počtu obyvatel, je kraj nejlidnatějším v rámci ČR (1,264 milionu obyvatel). Hustota osídlení 228 obyvatel na km² převyšuje hustotu osídlení ČR (129 obyvatel na km²), přičemž v rámci kraje jsou velké územní rozdíly. V kraji je 16 měst nad 10 000 obyvatel, v nichž žije většina, to je 67 % obyvatel kraje. V krajském městě Ostravě žije zhruba čtvrtina obyvatel kraje. Celkový podíl městského obyvatelstva je ve srovnání s ostatními kraji nadprůměrný.

Velmi nízká porodnost je základním rysem současné populační situace nejen našeho regionu, ale i v rámci celé republiky. Proto dochází k pozvolnému stárnutí populace a, což je alarmující, k postupnému vymírání populace. V MSK a v ČR se od devadesátých let dostává přirozený

přírůstek obyvatel do záporných hodnot (mimo okres Bruntál). Přirozený přírůstek na 1000 obyvatel v roce 2003 se v MSK sice snížil na (-1,1), ale je vyšší než v ČR (-1,9). V rámci všech 192 zemí světa v období let 1992 až 2002 vykazuje ČR dvacátý nejnižší přírůstek obyvatel. Lidé bohužel v Moravskoslezském kraji ubývají také migrací, což je další závažný demografický rys.

Pokud se týče podílu osob starších 65ti let (13,9 %) je v současné době ČR na 18. místě mezi 30 zeměmi OECD (Organizace pro ekonomickou spolupráci a rozvoj). Nejvyšší podíl má Itálie 18,4 %, nejnižší Mexiko 5,2 %.

Věkové složení obyvatel kraje je příznivější oproti celostátnímu průměru. Ukazatelem tohoto stavu je tzv. index stáří - číslo, které udává počet obyvatel nad 64 let na 100 dětí ve věku 0-14 let. V MSK je toto číslo 76,4 (3. místo v ČR, která má průměr 90,4). Nejvyšší index stáří vykazuje Praha (123,4).

K 30.6.2004 pobíralo důchod v ČR celkem 3 229 248 osob a v MSK 394 634 osob v členění dle tabulky č. 1. V MSK je nejnižší podíl starobních důchodů a nejvyšší podíl invalidních důchodů v rámci všech krajů ČR, na čemž se podílí nepříznivá průmyslová struktura MSK.

Region Moravskoslezského kraje je vybaven kvalitním systémem školního vzdělávání. Na 458 základních školách plní povinnou školní docházku 131 200 žáků. Širokou škálu 36 gymnázií, 85 středních odborných škol a 56 středních odborných učilišť doplňuje 10 vyšších odborných škol a čtyři vysoké školy (Vysoká škola báňská - Technická univerzita Ostrava, Ostravská univerzita, Slezská univerzita v Opavě a Vysoká škola podnikání Ostrava), které svými 14 fakultami zabezpečují výuku pro více než 25 000 studentů.

Přesto vzdělanost obyvatel starších 15ti let v kraji je nižší než v ČR.

Tabulka 1 - Příjemci důchodů v roce 2004 v ČR a MSK

Druh důchodu	ČR	MSK	ČR	MSK	Rozdíl
Starobní	1 931 941	224 835	59,8	57	-2,9
Invalidní	551 916	78 382	17,1	19,9	2,8
Vdovský	601 273	73 176	18,6	18,5	-0,1
Vdovecký	87 281	10 207	2,7	2,6	-0,1
Sirotčí	56 837	8 034	1,8	2	0,3
Důchody celkem	3 229 248	394 634	100	100	0

Vysokoškolsky vzdělaných lidí je v kraji 7,7 %, což je o 1,3 % méně než v ČR, středoškoláků s maturitou je 27,0 % (méně o 1,9 %), středoškoláků bez maturity a vyučených je 39,5 % (o 0,9 % více) a se základním vzděláním a bez školního vzdělání je 25,8 % obyvatel, což je o 2,3 % více než činí průměr ČR.

Moravskoslezský kraj zůstává i přes probíhající restrukturalizaci průmyslových podniků jedním z hospodářsky nejvýznamnějších regionů v České republice. Dominuje průmysl, ve kterém jsou zastoupena téměř všechna odvětví, ale převládá průmysl těžby uhlí, hutnictví a energetika, z nichž první dva tvoří téměř 100 % kapacity ČR. Průmyslové jádro kraje tvoří okresy – Ostrava, Karviná a Frýdek – Místek, zatímco v okresech – Bruntál, Opava a Nový Jičín je výraznější zastoupení zemědělství.

V kraji žije 12,4 % obyvatel ČR a je zde 9,8 % zaměstnanců ČR. Podle výběrových šetření pracovních sil pracuje v průmyslových odvětvích více než třetina z celkového počtu 524,3 tis. zaměstnaných osob, dalších 11,8 % v obchodu a opravách zboží.

Hrubý domácí produkt (HDP) v roce 2003 činí 10,3 % HDP ČR. HDP na 1 obyvatele dosahuje 83,5 % průměru ČR a jen 58,5 % úrovně všech 25 států EU. Průměrný plat v roce 2003 byl

v kraji 15 837 Kč, což bylo 93,6 % průměrného platu v ČR.

K 31.12.2004 vykazovala ČR průměrnou nezaměstnanost 9,5 %. Míra nezaměstnanosti v kraji patří k nejvyšším mezi kraji České republiky a je vysoká ve všech okresech kraje. V kraji vykázal nejvyšší nezaměstnanost 19,6 % okres Karviná. V kraji se nachází cca 20 % všech nezaměstnaných České republiky. Vysoká nezaměstnanost a frustrace s ní spojená pravděpodobně negativně ovlivňuje zdravotní stav nezaměstnaných a jejich rodin.

Vzhledem ke struktuře průmyslu nelze očekávat zlepšení pracovních podmínek zejména v hornictví a hutnickém průmyslu. Proto nadále zůstávají okresy Ostrava, Frýdek – Místek a Karviná místy s nejvyšším počtem rizikových prací v rámci MSK i v rámci ČR. Rizikem pro další období je výkon prací zařazených zejména do kategorií 4 a 3 pro faktory fibrogenní prach, prachy s alergizujícími účinky, práce s chemickými karcinogeny, vibrace přenášené na ruce, práce malými svalovými skupinami v hornictví, hutnictví, montáže přístrojů a jejich částí ve středních a malých firmách.

V Moravskoslezském kraji je 95,0 % obyvatel zásobováno pitnou vodou z veřejných vodovodů. Kvalita pitné vody z veřejných a skupinových

vodovodů a studní je trvale monitorována a je vesměs vyhovující. Hlavními zdroji pitné vody jsou vodárenské nádrže Šance a Morávka v Moravskoslezských Beskydech a Kružberk v Nížkém Jeseníku. Určitou nevýhodou je převažující podíl povrchových zdrojů pitné vody. Tato voda je měkká, protože jejím zdrojem jsou z velké části srážky, které jsou minimálně mineralizovány. Naproti tomu voda z podzemních zdrojů je středně tvrdá až tvrdá. Její složení je dáno horninami, kterými voda prochází, a schopností vody rozpouštět jejich jednotlivé složky. Tvrdost vody je termín vyjadřující celkový obsah solí vápníku a hořčíku ve vodě. Tyto minerální soli jsou velmi důležité pro lidský organismus, jejich přítomnost je tedy žádoucí.

Na území MSK se nachází 5 552 zařízení (tj. 11 % ze všech zařízení ČR), které slouží dětem, žákům a studentům našeho kraje k výchovným, vzdělávacím či ozdravným účelům. V porovnání s jinými kraji máme nejvíce školních stravovacích zařízení s produkcí nad 500 jídel/den. V kraji byla v hojně míře uplatněna centralizace školních kuchyní a připravené pokrmy se tudíž rozváží do mnoha výdejen, jejichž počet je po Olomouckém kraji druhý nejvyšší v ČR. Po Středočeském a Jihomoravském kraji máme třetí největší počet školních stravovacích zařízení

s kapacitou do 500 jídel/den. Jsme na 2. místě v počtu základních škol, speciálních výchovných zařízení a zařízení pro mimoškolní aktivity a na 3. místě v počtu mateřských škol a středních škol.

Rekreační objekty, turistická zařízení, školská zařízení, ale i volné pozemky jsou hojně využívány pro všechny formy rekreace a zájmové aktivity dětí – letní tábory, školy v přírodě, lyžařské výcvikové zájezdy.

Okresy Bruntál a Frýdek – Místek jsou specifické vysokým počtem zařízení rekreačních a cestovního ruchu, většinou o malé kapacitě, které poskytují kombinaci stravovacích a ubytovacích služeb. V okrese Karviná a městě Ostrava prakticky nejsou významnější rekreační oblasti s výjimkou Těrlické přehrady.

Česká republika vydává na zdravotnictví celkem 7,4 % HDP (22. místo mezi 30 zeměmi OECD). Nejvíce vydávají na zdravotnictví Spojené státy 14,6 % HDP a nejméně Slovensko 5,7 % HDP. Česká republika má nejvyšší podíl (91,4 %) veřejných výdajů na zdravotnictví celkem ze všech 30 zemí. Nejnižší podíl (44,9 %) mají Spojené státy a Mexiko. V ČR neexistuje soukromé zdravotní pojištění. Naproti tomu ve Spojených státech dosahuje podíl soukromého zdravotního pojištění na celkových výdajích na zdravotnictví 36,2 %.

Česká republika vykazuje v roce 2003 3,3 praktických lékařů na 1 000 obyvatel (7. místo mezi 30 státy OECD, nejvíce Řecko 4,5 a nejméně Turecko 1,3). V MSK pracují 3,0 lékaři na 1 000 obyvatel.

Rizikem na úseku nemocničních nákaz je zvyšující se počet kmenů kultivovaných z biologického materiálu pacientů i z nemocničního prostředí, odolných na léčbu antibiotiky - tzv. multirezistentní kmeny. V rámci státního zdravotního dozoru ve zdravotnických zařízeních je nutná zvýšená kontrola dodržování předepsaných hygienických režimů a zásad správné ošetrovatelské péče.

II. Kontrolní činnost v roce 2004

Tabulka 2 – Přehled kontrolní činnosti KHS MS kraje v roce 2004

Odbor	Stanoviska	Rozhodnutí	Kontroly	Vzorky
hygieny obecné a komunální	3 738	1 519	3 306	1 492
hygieny výživy a předmětů běžného užívání	1 492	287	6 703	958
hygieny dětí a dorostu	817	9	2 847	61
hygieny práce	3 665	773	8 115	532
protiepidemický	164	647	16 718	2 508
Celkem KHS MS kraje	9 876	3 235	37 689	5 551

V rámci výkonu státního zdravotního dozoru bylo v roce 2004 provedeno celkem 37 689 kontrol a šetření, vydáno 3 235 rozhodnutí k zajištění ochrany zdraví. Na základě provedených kontrol bylo uloženo 2 585 blokových pokut v celkové výši 1 855 700 Kč a 361 pokut ve správním řízení v celkové výši 2 369 000 Kč. Celkem bylo prošetřeno 339 stížností a k laboratornímu vyšetření odebráno 5 551 vzorků.

V rámci součinnosti s jinými orgány státní správy bylo vydáno 9 368 odborných stanovisek. Jednalo se především o stanoviska k územním řízením, projektovým dokumentacím staveb, ke kolaudacím.

Tabulka 3 – Přehled stanovisek KHS MS kraje v roce 2004

Stanovisko k PD	4 404
Stanovisko ke změně užívání	1 467
Stanovisko ke kolaudaci a zkušebnímu provozu	2 806
Stanovisko EIA, IPPC, havárie, odpady	113
Jiná stanoviska pro stavební řízení	578
Celkem KHS MS kraje	9 368

Hygiena obecná a komunální

V oblasti hygieny obecné a komunální byl dozor zaměřen na kvalitu pitné vody ve vodovodech pro veřejnou potřebu, na poskytování služeb v oblasti vodní rekreace (kryté bazény, sauny, letní koupaliště, přírodní koupaliště a koupací místa), na poskytování služeb v péči o tělo (kadeřnictví a holičství, kosmetické salóny, manikúra a pedikúra, masáže, solária a fit centra) a na problematiku hluku.

V oblasti pitné vody bylo dozorováno 197 vodovodů a 276 studní využívaných ke komerčním účelům. Kromě kontrol plnění povinností provozovatelů byly prováděny i vlastní kontrolní odběry a vyšetření kvality pitné vody. Celkem bylo provedeno 386 kontrol a odebráno přes 500 vzorků vody (podrobněji viz kap. III).

U koupališť a saun (49 krytých, 46 letních, 89 saun) byly kontroly zaměřeny na dodržování provozních řádů, jakosti vody pro koupání. Bylo provedeno přes 500 kontrol (podrobněji viz kapitola III).

Provozoven péče o tělo je v kraji evidováno 2 500. Kontroly byly zaměřovány na dodržování osobní a provozní hygieny. Za zjištěné nedostatky byla ve 275 případech uložena bloková pokuta v celkové výši 127 tisíc Kč. Celkem provedeno 1 460 kontrol.

V problematice hluku v životním prostředí byla činnost soustředěna především k řešení stížností občanů. Největší podíl představovaly stížnosti na hluk z provozu restauračních zařízení – zejména na hlučnou hudební produkci. Celkem bylo na území kraje v roce 2004 podáno 155 stížností na hluk. K těmto stížnostem provedeno 3 602 šetření a 82 měření. Za nadměrný hluk bylo zahájeno v 53 případech správní řízení, z toho ve 40 případech byly uloženy pokuty v celkové výši 413 000 Kč.

Hygiena výživy a předmětů běžného užívání

V oblasti hygieny výživy byl dozor zaměřen na zařízení společného stravování, výroby lahůdek, cukrářských výrobků a zmrzliny, stánků s občerstvením. V prodejnách

a výrobnách potravin bylo prováděno šetření zejména v souvislosti s výskytem alimentárních onemocnění.

Pracovníci odboru hygieny výživy kontrolují na území kraje celkem 10 022 potravinářských zařízení. Z tohoto počtu je 5 541 zařízení společného stravování, na které je kontrola zaměřována prioritně. Dále dozoruje 99 výrobců a dovozců PBU (hračky, sklo, porcelán, keramika, potravinářské stroje a zařízení, kosmetika, výrobky pro děti do 3 let věku) a cca 800 prodejen těchto výrobků.

U předmětů běžného užívání (PBU) byly kontroly soustředěny na výrobce a dovozce PBU a na distribuční síť těchto výrobků s cílem vyhledání dovozců a výrobců, kteří nesplnili svou oznamovací povinnost. Jedná se zejména o kosmetické výrobky, hračky, užitkovou keramiku.

Celkem bylo odborem HV a PBU provedeno 6 703 kontrol, z toho 707 místních šetření v rámci kolaudací staveb, 2 528 kontrol ve vyvařujících restauracích, 270 kontrol v zařízeních uzavřeného stravování, 353 kontrol stánků s občerstvením, 1 590 kontrol v nevyvařujících restauracích, 155 kontrol v prodejnách potravin a skladů, 140 kontrol ve výrobnách lahůdek, cukrářských výrobků a zmrzliny, 346 opakovaných kontrol-

ních šetření a 614 šetření u výrobců, dovozců či prodejců PBU.

Hygiena dětí a dorostu

V dozorové oblasti byla pozornost pracovníků odboru hygieny dětí a dorostu zaměřena hlavně na všechny typy školských stravovacích zařízení, ve kterých se připravují a vydávají pokrmy či občerstvení pro děti, žáky a studenty – školní kuchyně, výdejny a školní bufety. V kuchyních s produkcí 500 a více pokrmů denně (79 zařízení v kraji) byly provedeny v roce 2004 minimálně dvě kontroly, v zařízeních s nižší kapacitou (663 zařízení) minimálně kontrola jedna. Na základě provedených 1 325 kontrol, kdy byla sledována nutriční hodnota stravy dle výživových a specifických požadavků věkových skupin spotřebitelů, dodržování správných zásad při výrobě, osobní a provozní hygiena – úklid, používání osobních ochranných oděvů, předepsané teploty pokrmů, skladování potravin, podmínky rozvozů atd. lze konstatovat, že strava podávaná ve školních kuchyních nutriční hodnotou a složením odpovídá výživovým dávkám pro tuto specifickou skupinu konzumentů. Nové legislativou stanovené podmínky se začaly projevovat v úpravách těchto mnohdy zastaralých provozů – kuchyně se přestavují, vybavují modernější

technologii, postupně se zlepšují i pracovní podmínky. Přesto byly v některých stravovacích provozech za nedodržení hygienických požadavků uděleny blokové pokuty a to ve výši 100 900 Kč.

Stanovené hygienické požadavky byly sledovány i v předškolních zařízeních, všech typech škol, speciálních výchovných zařízeních, v zařízeních pro mimoškolní aktivity, v ubytovacích objektech, na pracovištích praktické výuky, tělovýchovných zařízeních, dětských léčebnách, kde bylo provedeno dalších 1 341 kontrol. Vyskytující se hygienické nedostatky hlavně ve vybavení a osvětlení povoluje legislativní výjimka odstranit až do konce roku 2007, přesto školy a školská zařízení se snaží je řešit v předstihu, o čemž svědčí 379 vydaných stanovisek k projektovým dokumentacím na úpravy, rekonstrukce, přístavby i 176 kladných stanovisek k proběhlým kolaudacím v roce 2004.

Hygiena práce

V oblasti hygieny práce byl dozor zaměřen na kontroly rizikových i nerizikových prací a pracovišť se zaměřením na provedení kategorizace prací, na ověřování podmínek vzniku nemocí z povolání, kontrolu manipulace s nebezpečnými chemickými látkami a přípravky, na

komplexní prověrky ve spolupráci s ostatními odbory KHS, kontrolní měření parametrů pracovního prostředí, kontrolu učňovských pracovišť a na kontrolu plnění všech ostatních požadavků na pracovní prostředí.

Celkem bylo provedeno 8 115 kontrol, z toho 259 kontrol nerizikových prací, 4 004 kontrol prací v riziku 2. kategorie, 2 941 v kategorii rizika 3 a 576 kontrol prací v riziku 4. kategorie. Dále pak 902 místních šetření v rámci kolaudací staveb. Spektrum zjišťovaných nedostatků při kontrolách nedoznalo významnějších změn – jedná se o nedostatky v používání osobních ochranných pomůcek, nedostatečné podklady při ověřování míry rizika měřením škodlivin, nedostatky ve větrání (zejména u svařování) a odsávání škodlivin (především u malých firem), negativní vliv provozů na okolí (hluknost a prašnost), udržování čistoty oken a světlíků a úklidu na pracovištích z hlediska zamezení sekundární prašnosti.

Dále bylo provedeno 530 ověřování podmínek pro vznik nemocí z povolání, 335 kontrol plnění uložených opatření a 1455 dalších šetření. Kategorizace pracovišť byla prakticky ukončena.

Infekční epidemiologie, hygiena zdravotnických zařízení

Pracovníci protiepidemického odboru prováděli šetření a vyhledávání v ohniscích infekčních onemocnění včetně sledování pohlavních nemocí a TBC a provedli celkem 14 328 depistáží v ohniscích infekčních onemocnění. Zdravotní dozor byl zaměřen zejména na organizaci povinného očkování dětí, mimořádného očkování proti chřipce a dalším onemocněním, očkování v domovech důchodců a léčebnách dlouhodobě nemocných. V oblasti zdravotního dozoru a předcházení vzniku nemocničních nákaz bylo v rámci státního zdravotního dozoru provedeno 2 390 kontrol ve státních a nestátních ambulantních a lůžkových zařízeních, v domovech důchodců, ústavech sociální péče, centrálních sterilizacích, zdravotnických laboratořích a firmách provádějících ochrannou dezinfekci, dezinsekcí a deratizaci. Kontroly hygienického režimu byly zaměřeny na dodržování zákona č. 258/2000 Sb., a vyhlášky č. 440/2000 Sb., (tj. kontrola hygienického režimu dle schválených provozních řádů, manipulace se sterilizovaným materiálem, provádění dezinfekce, kontroly účinnosti sterilizačních přístrojů, manipulace s komunálním a biologickým od-

padem). V rámci státního zdravotního dozoru byla u 326 sterilizačních přístrojů provedena kontrola správné účinnosti, ve 46 případech byl vydán zákaz používání sterilizačního přístroje. V souvislosti s tím bylo odebráno 886 vzorků na sterilitu a 447 vzorků dezinfekčních přípravků k chemické analýze. Také bylo provedeno 956 šetření nemocničních nákaz. V rámci zvýšeného epidemického výskytu v lůžkových zařízeních bylo provedeno 35 hygienicko-epidemiologických laboratorních prověrek, při kterých bylo odebráno 2 508 bakteriologických vzorků.

Celkem bylo provedeno 16 718 kontrol a šetření, 2 390 prověrek v lůžkových a ambulantních zdravotnických zařízeních, k provozním řádům bylo vydáno celkem 647 rozhodnutí, bylo vydáno 164 stanovisek dle §77, zákona č. 258/2000 Sb. v rámci stavebního řízení.

III. Stav a vývoj složek životního prostředí

Ovzduší

Gestorem monitorování parametrů znečištění ovzduší v České republice je Český hydrometeorologický ústav, který provozuje Informační systém kvality ovzduší. Podává jak aktuální informace o stavu ovzduší, tak soustřeďuje a zpracovává všechna měření, prováděná i jinými resorty, do souhrnných přehledů a publikací. Informace zveřejňuje na internetu. Každoročně vydává tiskem „Přehled znečištění ovzduší na území České republiky“.

Státní správa v ochraně ovzduší je svěřena obcím, krajům, resortu životního prostředí. Krajská hygienická stanice, jako orgán ochrany veřejného zdraví (OVZ), vystupuje v řízeních týkajících se problematiky vnějšího ovzduší jako dotčený orgán státní správy v oblasti hodnocení a řízení zdravotních rizik.

Na území Moravskoslezského kraje základní imisní monitoring provádí ČHMÚ. Se souhlasem ostravské pobočky ČHMÚ jsou v tabulce č. 4 uvedeny roční průměry za rok 2004.

Tabulka 4 – Roční průměry SO₂, NO₂ a PM10 v MSK v roce 2004

číslo stanice	2004	SO ₂		NO ₂		prašnost frakce PM 10	
		průměr/rok	> IL	průměr/rok	průměr/rok	průměr/rok	> IL
111	Lysá hora	2,9	0	-	-	-	-
125	Ostrava-Poruba/ČHMÚ	5	0	17,7	38	72	-
625	Červená	-	-	7,2	-	-	-
1061	Ostrava-Fifejdy	8,6	0	25	44	101	-
1064	Ostrava-Zábřeh	10,9	0	27	44	101	-
1066	Český Těšín	12,5	0	24,9	55	169	-
1067	Frýdek-Místek	9,2	0	20,2	44	98	-
1068	Havířov	10,4	0	25,3	57	167	-
1069	Karviná	14	0	25,4	46	105	-
1070	Orlová	14,9	0	22,9	48	110	-
1074	Studénka	9,2	0	15,8	39	78	-
1186	Opava-Kateřinky	7,4	0	17,5	33	46	-
1188	Třinec-Kosmos	8,4	0	19,2	44	94	-
1214	Bílý Kříž	5,8	0	7,4	-	-	-
1356	Čeladná	4,5	0	15,2	-	-	-
1357	Návsí u Jablunkova	-	-	14,4	-	-	-
1410	Ostrava-Přívoz	9,9	0	28,9	50	145	-
1192	Světlá Hora	-	-	10,5	-	-	-

Tabulka 5 - Průměrné roční koncentrace prachu PM 10 (zdroj ČHMÚ Ostrava)

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
OV-Fifejdy	40	41	44	45	50	57	44
OV-Zábřeh	33	32	35	48	45	51	44
OV-Přívoz	n	n	39	48	53	59	50
OV-Radvanice	31	31	38	47	51	n	n
OV-Bartovice*)						62	64
Karviná	30	32	36	46	45	59	46
Orlová	30	28	44	52	49	56	48
Bohumín	43	36	59	65	55	n	n
Havířov	31	31	39	45	45	66	57
Český Těšín	35	32	41	49	51	66	55
Frýdek-Místek	34	32	37	45	45	52	44
Třinec Kosmos	32	30	34	32	32	48	44
Studénka	26	24	28	36	42	48	39
Opava-Kateřinky	25	28	31	35	37	44	33

n- neměřeno, nebo nehodnoceno

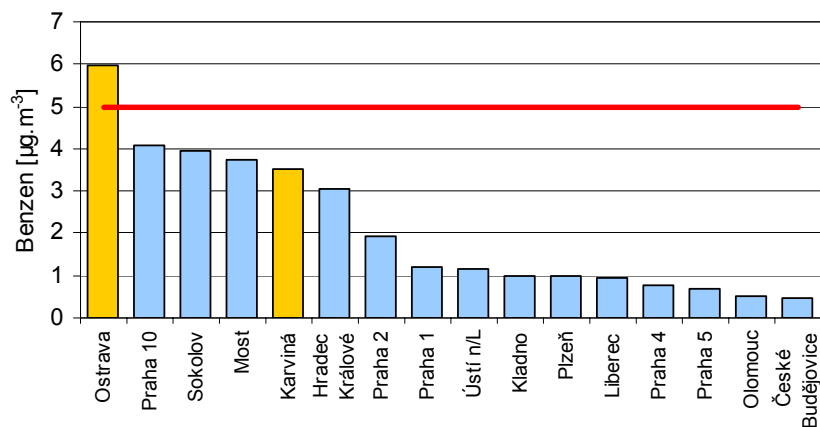
*) měřeno Zdravotním ústavem Ostrava

V roce 2004 pokračoval dlouhodobě pozorovaný trend ve snižování imisí SO₂. Na žádné ze sledovaných stanic v rámci MS kraje nebyl roční aritmetický průměr oxidu siřičitého v roce 2004 vyšší než 15 µg.m⁻³ tj. 30 % imisního limitu (50 µg.m⁻³). Nejvyšší hodnota ročního aritmetického průměru byla stanovena v Orlové (14,9 µg.m⁻³), ale ani na jedné stanici nebyla překročena limitní hodnota denní 24-hodinové koncentrace 100 µg.m⁻³.

Ani na jedné ze sledovaných stanic nebyl roční aritmetický průměr oxidu dusičitého v roce 2004 vyšší než 30 µg.m⁻³ tj. cca 75 % imisního limitu (40 µg.m⁻³). Nejvyšší hodnota ročního aritmetického průměru 28,9 µg.m⁻³ byla naměřena v Ostravě-Přívoze.

Problém zvýšeného znečištění ovzduší poléťavým prachem především v ostravsko-karvinské průmyslové aglomeraci a přilehlých území přetrvává i v roce 2004. Přesto, že v meziročním porovnání došlo k mírnému poklesu, nadále přípustný roční imisní limit 40 µg.m⁻³ je téměř na všech městských měřicích stanicích překročen. Rovněž překročen je i přípustný počet 35 dní s naměřenou hodnotou vyšší než 24 hodinový limit 50 µg.m⁻³. Nejvyšší počet dnů s překročenou denní přípustnou hodnotou byl zjištěn měřeními ČHMÚ v Českém Těšíně (169) a v Havířově (167). Následuje městská část Ostrava - Bartovice se 157 dny zjištěnými měřeními Zdravotního ústavu v Ostravě.

Obrázek 1 – Koncentrace benzenu v ovzduší – rok 2004



V tabulce č. 5 jsou průměrné roční koncentrace polévatého prachu (PM 10) na vybraných městských monitorovacích stanicích od roku 1998 provozovaných ČHMÚ v Ostravě a Zdravotního ústavu se sídlem v Ostravě. Z přehledu je patrné, znečištění ovzduší prachem má vzrůstající tendenci.

Zdravotní ústav v Ostravě nadále provozuje měřicí stanice na území měst Ostrava a Karviná. Tyto stanice jsou součástí „Monitoringu zdravotního stavu obyvatelstva ve vztahu k životnímu prostředí“, který je řízen Ministerstvem zdravotnictví a organizován Státním zdravotním ústavem v Praze (SZÚ). Následující údaje o znečištění ovzduší ve vybraných městech v roce 2004 byly poskytnuty SZÚ Praha. Kromě

monitorování základních škodlivin – oxid siřičitý, oxid dusičitý a prašný aerosol jsou stanice využívány především pro nadstavbová měření

těch polutantů, které nelze automatickými analyzátory sledovat a jejichž výskyt právě na Ostravsku a Karvinsku je závažný. Jedná se o polyaromatické uhlovodíky (PAU), těkavé organické látky (TOL). Ve vzorcích prašného aerosolu jsou ještě stanovovány těžké kovy – arsen (As), kadmium (Cd), chróm (Cr), mangan (Mn), nikl (Ni), olovo (Pb).

Koncentrace těkavých organických látek (TOL) v ovzduší (reprezentované benzenem) jsou v Ostravě vyšší než v dalších sledovaných městech a překračuje limit pro benzen 5 mg.m³.

Koncentrace polyaromatických uhlovodíků v ovzduší v Karvině a zejména v Ostravě je podstatně vyšší než v ovzduší ostatních sledovaných

měst, a to zřejmě v důsledku přetrvávajícího znečišťování ovzduší těžkým průmyslem, především z koksoven a hutních provozů. Limitní hodnota benzo(a)pyrenu 1 ng.m⁻³ je v Ostravě překračována téměř u více než 50 % dní v roce.

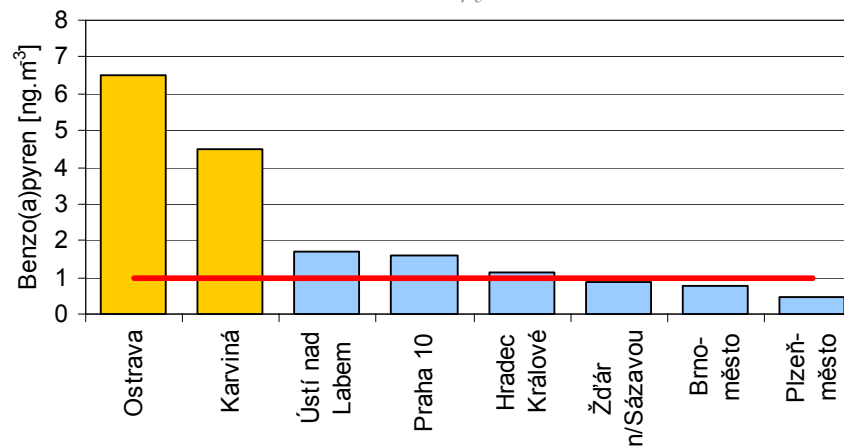
Závěr

Zlepšení kvality ovzduší v ostravsko - karvinské průmyslové aglomeraci ke kterému docházelo v 90. letech z důvodů útlumu těžkého průmyslu a investicemi do odlučovačích zařízení a technologií bylo nesporné. Byl vyřešen problém oxidu siřičitého, výrazně se snížily koncentrace dalších škodlivin. Provozovatelé zdrojů znečišťování ovzduší se vyrovnali s předepsanými emisními limity. Vývoj znečištění ovzduší byl s ohledem na dřívější nevyhovující stav proto opakovaně hodnocen jako příznivý.

Oživení průmyslu v posledních letech ale také změna legislativy v oblasti monitorování a hodnocení prachu v ovzduší bylo důvodem k změně optimistických hodnocení.

V současné době je na Ostravsko - karvinsku a v přilehlých lokalitách trvale nepříznivá situace v znečištění ovzduší prachem (frakce PM 10). Problémem jsou rovněž nadlimitní koncentrace organických látek (polyaromatické uhlovodíky, benzen).

Obrázek 2 – Koncentrace benzo(a)pyrenu v ovzduší – rok 2004



Rovněž situace v obsahu těžkých kovů v prašné frakci PM 10 (arzen) je na území města Ostravy nepříznivá.

V rámci celostátního „Monitoringu zdravotního stavu obyvatelstva ve vztahu k životnímu prostředí“, je potřebné problematiku venkovního ovzduší (Projekt I) rozšířit o biologickou odezvu organismu zhoršeným podmínkám ostravsko-karvinské oblasti.

Zhoršování situace v znečištění ovzduší prašným aerosolem především v ostravsko-karvinské oblasti Moravskoslezského kraje vyžaduje přijetí zásadních opatření krajských a obecních orgánů samosprávy a zainteresovaných orgánů státní správy.

Pitná voda

Pitnou vodou je veškerá voda v původním stavu nebo po úpravě, která je určena k pití, vaření, přípravě jídel a nápojů, voda používaná v potravinářství, voda, která je určena k péči o tělo, k čištění předmětů, které svým určením přicházejí do styku s potravinami nebo lidským tělem, a k dalším účelům lidské spotřeby, a to bez ohledu na její původ, skupenství a způsob jejího dodávání.

Hygienické požadavky na zdravotní nezávadnost a čistotu pitné vody se stanoví hygienickými limity mikro-

biologických, biologických, fyzikálních, chemických a organoleptických ukazatelů. Hygienické limity stanovuje vyhláška č. 252/2004 Sb. Jejich dodržování ukládá zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví.

Zákon vymezuje povinnosti provozovatelům vodovodů pro veřejnou potřebu, ale i jiným osobám, které provozují zdroje pitné vody jako součást své podnikatelské činnosti nebo dodávají vodu pro veřejnou potřebu. Každá takto definovaná osoba je zodpovědná za dodržování kvality vody, je povinna zajišťovat kontrolní vyšetření ve stanoveném počtu a rozsahu a výsledky předkládat orgánu ochrany veřejného zdraví (OVZ). Krajská hygienická stanice v Ostravě kromě kontrol plnění povinností provozovatelů provádí vlastní odběry a vyšetření. V průběhu roku 2004 byl zprovozněn celostátní informační systém „PiVo – registr pitné a rekreační vody“, do kterého jsou provozovatelé povinni neprodleně zasílat v elektronické podobě veškerá data týkající se provedených kontrol kvality vody. Zavedením tohoto systému tak orgán ochrany veřejného zdraví má aktuální informace o kvalitě pitné vody ve všech systémech veřejných vodovodů a zákonem vymezených studní.

Zásobování obyvatel Moravskoslezského kraje je z více než 80 % zajišťováno z centrálního systému, tzv. Ostravského oblastního vodovodu (OOV), který pitnou vodu přivádí do všech okresů Moravskoslezského kraje včetně města Ostravy. Zdrojem vody tohoto systému jsou přehrady Kružberk, Šance a Morávka. V jednotlivých oblastech je voda z OOV dále doplňována z lokálních podzemních zdrojů. Kromě uvedeného systému je na území kraje řada menších a malých vodovodů, které využívají jen místní podzemní zdroje a jejich provozovateli jsou nejčastěji obce. Dále pak zákonem vymezené tzv. komerční studny využívané pro podnikatelskou činnost.

Individuální zdroje pitné vody – domovní studny nejsou ze zákona předmětem výkonu státního zdravotního dozoru.

Tabulka 6 – Rozdělení vodovodů v MSK podle zásobovaných obyvatel (rok 2004)

Počet zásob.obyvateľ	Počet vodovodů
nad 50 000	5
5 000 – 50 000	22
500 – 5 000	67
do 500	114
komerční studny	273

KHS Moravskoslezského kraje jako orgán OVZ v rámci výkonu zdravotního dozoru provedla v roce

2004 minimálně 1x kontrolu plnění povinností provozovatelů všech vodovodů a kontrolu 95 komerčních studní. Kromě toho byly prováděny kontrolní odběry vzorků vody k laboratornímu vyšetření. Celkem bylo vyšetřeno 514 vzorků pitné vody.

Státní zdravotní dozor byl zaměřen na kontrolu kvality vody dodávané menšími vodovody. Jedná se zejména o místní vodovody do 5 000 obyvatel. Kvalita pitné vody dodávané ze studní byla kontrolována u školských, zdravotnických zařízení, některých stravovacích a ubytovacích zařízení.

Profesionální úroveň provozovatelů těchto vodovodů je rozdílná, ve většině případů je spíše nízká. Orgán OVZ se při výkonu státní kontroly tak často setkává se základními nedostatky ve zdravotním zajištění vody - mikrobiální kontaminace.

K tomu, aby kvalita pitné vody malých vodovodů a studní pro podnikání odpovídala předepsaným hodnotám, přispívá kromě snahy provozovatelů i vědomí, že jsou kontrolováni a za zjištěné nedostatky mohou být postiženi. Pracovníci Krajské hygienické stanice v Ostravě v roce 2004 provedli 386 kontrol povinností provozovatelů a odebrali k vyšetření přes 500 vzorků vody. Bylo vydáno 29 zákazů používání vody (5x BR, 8x FM, 12xNJ, 4x OP). Vydání zákazu používání vody mělo ve všech

případech kladný vliv na rychlost provedení nápravy ze strany provozovatelů. Stejný účinek měla i současně zahájená řízení o uložení pokuty. Celkem bylo ve správním řízení za nedostatky v plnění povinností v oblasti pitné vody uloženo 10 pokut v částce 99 000 Kč.

Zvýšená kontrolní činnost orgánu OVZ včetně sankcí v uplynulých 2 letech se projevila na území Moravskoslezského kraje v poklesu počtu studní využívaných v rámci podnikatelské činnosti k zásobování pitnou vodou. V roce 2003 bylo evidováno 439 studní, v roce 2004 již jen 273. Hlavním důvodem snížení počtu těchto studní je napojení na spolehlivější zdroj pitné vody – veřejný vodovod.

Celkové hodnocení kvality pitné vody

Z rozboru epidemiologické situace v Moravskoslezském kraji vyplývá, že nebyl prokázán případ přenosu infekce vodou z vodovodu pro veřejnou potřebu. Rovněž nebyl zaznamenán žádný případ otravy z konzumace pitné vody v důsledku její chemické kontaminace.

U velkých vodovodů provozovaných velkými vodárenskými společnostmi v kraji (SmVaK Ostrava, a.s.,

Ostravské vodárny a kanalizace, a.s.) nejsou závažnější nedostatky zjišťovány – a to jak v kvalitě vody, tak v dodržování četnosti a rozsahu kontrolních rozborů vody.

Nejčastější nedostatky – pozitivní mikrobiologické nálezy u malých vodovodů a komerčních studní byly neprodleně řešeny důsledným prováděním zdravotního zabezpečení vody (chlorace).

Neuspokojivý stav po stránce chemických ukazatelů (dusičnany) u skupinového vodovodu zásobujícího cca 7 600 obyvatel obcí Fulnek, Stachovice, Suchdol n/O. (NJ) byl ukončen přepojením na centrální zdroje Ostravského oblastního vodovodu v září 2004.

Problém zvýšeného obsahu dusičnanů v pitné vodě ještě není zcela vyřešen u místního vodovodu Úvalno (BR), zásobujícího cca 900 obyvatel. V souladu se zákonem č. 258/2000 Sb., byl povolen do doby zjednání nápravy, nejpozději do 31. 8. 2007, mírnější hygienický limit 60 mg/l (limit 50 mg/l).

Hodnoty dusičnanů velkých vodovodů zásobujících převažující část obyvatel kraje systémem Ostravského oblastního vodovodu jsou na nízké úrovni. Průměrná hodnota v místech zásobovaných ze zdroje Kružberk je 7,6 mg/l, ze zdroje

Šance 4,2 mg/l a ze zdroje Morávka 4,1 mg/l.

Častým problémem jsou zvýšené hodnoty železa, především ve vodovodním systému města Ostravy. Příčina je ve stavu rozvodného potrubí.

Koupaliště a koupací oblasti

Umělým koupalištěm je krytá nebo nekrytá stavba nebo zařízení určené ke koupání a přístupné veřejnosti a související plochy s vybavením.

Koupalištěm ve volné přírodě je přírodní nebo umělá vodní plocha, která je označena jako vhodná ke koupání pro veřejnost. Má provozovatele, který odpovídá za kvalitu vody.

Koupací oblastí je vodní plocha, která je využívána ke koupání větším počtem fyzických osob a byla takto označena zvláštním právním předpisem. Nemá provozovatele, kvalitu vody kontroluje stát.

Koupaliště krytá a letní

Provozovatel koupaliště má ze zákona obdobné povinnosti jako provozovatel vodovodu. Je povinen koupaliště provozovat podle schváleného provozního řádu, udržovat kvalitu vody v předepsaných ukazatelích a laboratorními vyšetřeními zajišťovat pravidelnou kontrolu. Výsledky měření a laboratorních vyšetření je povinen neprodleně sdělovat příslušnému orgánu ochrany veřejného zdraví.

Voda v umělých koupalištích po celou dobu provozu trvale cirkuluje mezi bazénem a úpravnou. Průběžně musí být zajišťována její zdravotní nezávadnost dezinfekcí, chlorací nebo ozonizací, případně kombinací obou způsobů. Podle počtu návštěvníků musí být voda v bazénu doplňována novou, čistou vodou. Na 1 návštěvníka je předepsána obměna min. 30 l vody za den. Kromě krytých bazénů a letních koupališť je v obdobném režimu v kraji provozováno ještě 89 saun.

Tabulka 7 – Přehled o počtu koupališť a koupacích oblastí v MSK v roce 2004

Okres	Krytá	Letní	Volná příroda	Koupací oblast
Bruntál	6	13	0	10
Frydek-Místek	13	7	0	7
Karviná	7	6	0	5
Nový Jičín	6	9	0	6
Opava	4	7	1	2
Ostrava	13	4	1	0
Celkem MSK	49	46	2	30

Kontroly koupališť ze strany pracovníků KHS MSK jsou prováděny podle kontrolního plánu 4× ročně u krytých a minimálně 2× za sezónu u letních koupališť, z toho při každé druhé kontrole jsou odebírány vzorky vody k laboratornímu vyšetření. Celkem bylo provedeno 446 kontrol koupališť a saun, odebráno téměř 800 vzorků na mikrobiologické vyšetření a 550 vzorků na chemický rozbor.

Drobnější nedostatky v provozní kázní popř. v kvalitě vody jsou řešeny blokovými pokutami. V závažnějších případech je vydán zákaz provozu a s provozovatelem je zahájeno správní řízení o uložení pokuty podle zákona o ochraně veřejného zdraví. V roce 2004 bylo vydáno 7 zákazů (1× BR, 1× FM, 5×OV) a uloženo 6 pokut v celkové částce 22 000 Kč.

Koupaliště ve volné přírodě

Je to místo, za které si provozovatel vzal odpovědnost a sleduje na své náklady kvalitu vody a zabezpečuje další služby na břehu. Povinně je to sběr odpadků, provoz sociálního zařízení a údržba ploch na koupališti, často zajišťuje také sprchy a převlékač kabiny.

V kraji v roce 2004 byla provozována 2 koupaliště ve volné přírodě – Štěrkovna Hlučín a koupaliště Ostrava-Poruba.

Tabulka 8 – Přehled koupacích oblastí v MSK v roce 2004 s uvedením kvality vody

Koupací místo/datum	28.5.	4.6.	11.6.	18.6.	25.6.	2.7.	8.7.	15.7.	22.7.	29.7.	5.8.	12.8.	19.8.	26.8.	2.9.
Bruntál															
VN Slezská Harta – Leskovec nad Moravicí	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊
VN Slezská Harta – Roudno I.	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊
VN Slezská Harta – Roudno II.	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊
VN Slezská Harta – Karlovec	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊
VN Slezská Harta – Rázová	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊
VN Slezská Harta – Nová Pláň	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊
Rybník Tvrdkov													😊	😊	😊
Rybník Edrovice	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊
Rybník Bohušov	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊
Lom Svobodné Helfmanice	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊
Frydek - Místek															
VN Baška	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊
VN Brušperk I	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊
VN Olešná – Palkovice	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊
VN Olešná – Místek	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊
VN Žermanice – Dolní Domaslavice	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊
VN Žermanice – Lučina	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊
VN Žermanice – Soběšovice	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊
Karviná															
Kališovo jezero	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊
Vrbické jezero	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊
VN Těrlická přehrada - Pacalůvka	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊
VN Těrlická přehrada – Pod Motelem	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊
VN Těrlická přehrada – Těrlícko střed	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊
Nový Jičín															
VN Údolí mladých - Bílovec	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊
VN Čerták - Nový Jičín	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊
VN Kacabája - Hodslavice	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊
VN Kletné - Suchdol nad Odrou	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊
VN Větkovice - Kopřivnice	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊
VN Vítovka - Odry	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊
Opava															
VN Stříbrné jezero - Opava	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊
VN Budišov nad Budišovkou	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊
Ostrava															
Letní koupaliště Poruba	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊
Opava															
Štěrkovna Hlučín	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊

Legenda k celoroční charakteristice sezóny

- 😊 trvale vyhovující kvalita vody pro koupání
- 😊 převládá vyhovující kvalita vody se zhoršenými senzoryckými změnami
- 😊 rozhraní mezi nezávadností a závadností vody; zdravotní riziko pro vnímavé jedince
- 😞 převládá nevyhovující kvalita vody se zdravotním rizikem
- 😞 vydán zákaz koupání

Koupací oblasti

Jedná se o vodní plochy, které jsou vhodné pro koupání, jsou využívány větším počtem lidí a byly státem takto označeny. Povinnost sledovat kontrolu kvality vody a podávat informace, popřípadě vydávat upozornění při zhoršené kvalitě nebo i zákaz, stát delegoval na krajské hygienické stanice.

Česká republika vyhláškou č. 159/2003 Sb. vydala seznam míst vhodných ke koupání, který obsahuje 128 položek. V rámci Moravsko-slezského kraje se jedná o 30 míst. Pro rok 2004 byl zaveden jednotný systém podávání informací o kvalitě vody koupacích míst pro celou Českou republiku. Informace o jednotlivých koupacích místech byly v době letní rekreační sezóny zpřístupněny na www.mzcr.cz a www.khsova.cz.

Kontrolu kvality vody provádí ze zákona příslušná krajská hygienická stanice. Při zhoršení kvality vody je vydáváno upozornění pro občany, při překročení limitů, kdy hrozí ohrožení zdraví, je krajská hygienická stanice povinna vydat zákaz koupání. Zákaz musí být zveřejněn na úřední desce místně příslušné obce s rozšířenou působností a na úředních deskách všech obcí tvořících její správní obvod. Kromě toho je zákaz dán k zveřejnění sdělovacím prostředkům. Je pak věcí

občana, zda vezme na vědomí údaje o nevhodnosti vody ke koupání a bude zákaz respektovat. V tomto bodě je nutné upozornit na právní důsledky, kterým se mohou vystavit v případě nerespektování vydaného zákazu organizátoři dětských táborů, vedoucí vodáckých kurzů, učitelé s dětmi na výletech a pod.

V roce 2004 na převážné části koupacích míst byla zjišťována vyhovující kvalita vody pro koupání, na dvou nádržích nebyla voda vhodná ke koupání a v jednom případě vedla k vydání zákazu koupání (NJ Kletné).

Ostatní vodní plochy

Jedná se o poslední a nesporně největší množinu všech možných vodních ploch a vodních toků. Kvalita vody z hlediska využití pro vodní rekreaci a koupání není nikým sledována. Jedná se o tzv. obecné užívání vod. Pokud není vydán výslovný zákaz koupání, lidé se v těchto vodách mohou koupat na vlastní nebezpečí. Zodpovědnost za koupání dětí v těchto případech plně nesou rodiče. I v tomto případě platí právní odpovědnost vedoucích organizovaných akcí dětí a mládeže.

Krajská hygienická stanice Moravskoslezského kraje bude i nadále podávat pravidelné informace o kvalitě vody na všech druzích koupališť a koupacích oblastí jak prostřednictvím

centrálního systému, tak místním a regionálním sdělovacím prostředkům, dotčeným obcím včetně podávání informací na dotazy elektronickou poštou či telefonicky.

IV. Ochrana spotřebitele

Zákon č. 258/2000 Sb., upravuje podmínky pro provozování širokého spektra služeb, u kterých při nedodržení předepsaných podmínek a požadavků by mohlo dojít k ohrožení či poškození zdraví jednotlivce nebo i skupiny spotřebitelů. Tyto činnosti jsou ze zákona charakterizovány jako epidemiologicky závažné.

Z hlediska možných zdravotních důsledků je nejzávažnější provozování stravovacích služeb. S ohledem na tuto závažnost byla bezpečnost potravin, pokrmů a předmětů běžného užívání – kosmetika, nádobí, hračky pro děti a obaly na potraviny stanovena jako priorita i v rámci zemí Evropské unie. Se vstupem naší země do Evropské unie došlo k plné implementaci nařízení Evropského parlamentu do legislativy ČR. Jak již bylo uvedeno v úvodních kapitolách, je v rámci Moravskoslezského kraje více než 5 500 zařízení společného stravování. Výkon státního zdravotního dozoru je zaměřen na tři základní oblasti. První jsou stavebně-technické podmínky výroby pokrmů ve stravovacích zařízeních, druhou oblastí dodržování podmínek technologie výroby pokrmů a jejich zdravotní nezávadnost a třetí dodržování zásad osobní a provozní hygieny.

Stavebně-technická úroveň provozoven se postupně zlepšuje, jak nabývají účinnosti termíny stanovené právními předpisy. Přesto stále v cca 15 % provozoven existují nedostatky. V případech, že provozovny naprosto neodpovídají současným legislativním požadavkům a nejsou patrna ani dílčí zlepšení, jsou zahajována ze strany orgánu ochrany veřejného zdraví správní řízení. Řada provozovatelů za stávajících podmínek pak raději omezuje sortiment podávaných pokrmů.

Nedodržování provozních podmínek při výrobě a přípravě pokrmů je přímo úměrné míře zdravotních rizik, kterým je vystaven finální spotřebitel – konzument. Riziko onemocnění nákazou z potravin narůstá především v letním období a v místech vyšší koncentrace lidí včetně rekreačních oblastí. Během teplých dní dochází snadno ve špatně uskladněných potravinách či pokrmech k masivnímu pomnožení mikroorganismů. Každoročně je v tomto období zaznamenáván nárůst výskytu alimentárních onemocnění. To byly hlavní důvody, které vedly v roce 2004 pracovníky KHS k cíleným kontrolám stravovacích provozů na koupacích místech. Na území kraje byla provedena kontrola společného

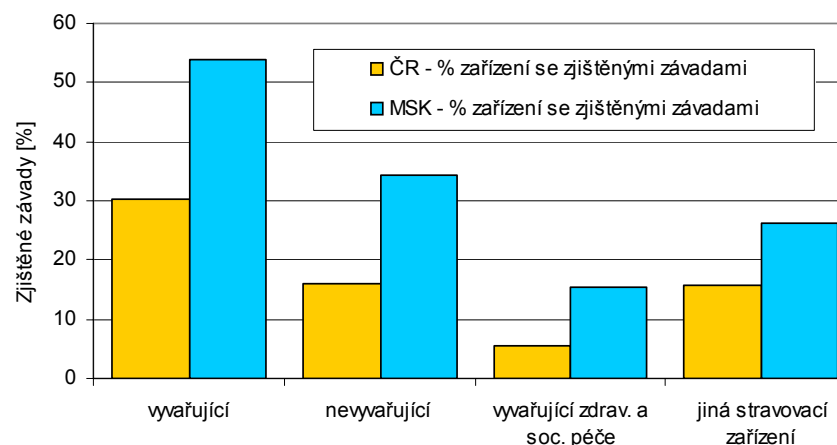
stravování na 22 koupacích lokalitách, kde bylo zkontrolováno 94 zařízení. Převážně se jednalo o sezónní stánky či mobilní prodejny občerstvení. Nejčastěji byly zjišťovány při plnění tohoto úkolu závady ve stavebně-technickém stavu (nezajištění potřebných skladů či připraven, chybějící teplá voda) – tyto závady byly zjištěny v 16 % zařízení. Dále byly časté závady ve skladování surovin (nevhodné uložení uzenin společně s masem či vejci, nevhodné teploty při skladování mléčných výrobků) – tyto závady byly zjištěny v 9 % zařízení a u 8 % zařízení byly zjištěny závady v dodržování provozní hygieny.

Jak již bylo uvedeno problematika veřejného stravování je z hlediska

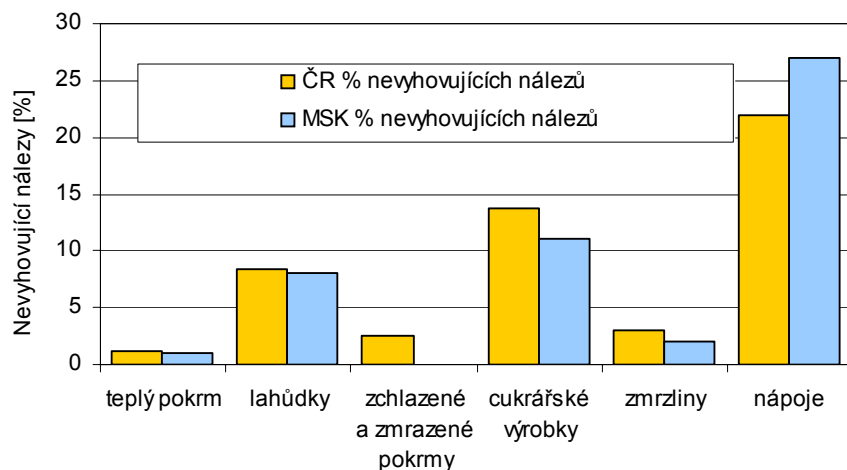
možného ohrožení zdraví spotřebitele nejvíce rizikovou, s ohledem na tuto rizikovost je stanovena i četnost kontrol těchto zařízení, kdy každá vyvažující provozovna je kontrolována nejméně 1× ročně a nevyvažující 1× za 2 roky. Při výkonu státního zdravotního dozoru je v provozovacích službách, s ohledem na jejich rizikovost, za téměř každé porušení zákonných povinností přistupováno k uložení sankce. Sankce jsou ukládány jak v blokovém, tak ve správním řízení.

Za rok 2004 bylo uloženo 1 915 blokových pokut ve výši 1 291 800 Kč, 260 pokut ve správním řízení v částce přesahující 1,6 mil. Kč a 84 pokut dle zákona o ochraně spotřebitele ve výši

Obrázek 3 – Výsledky kontrol stravovacích zařízení v roce 2004



Obrázek 4 – Výsledku kontrol potravinářských výroben v roce 2004



180 700 Kč. Vzhledem k tomu, že značná část konkrétních šetření byla ukončena pokutou, nelze hygienickou úroveň stravovacích provozoven považovat za uspokojivou.

S ohledem na celosvětový nárůst výskytu mikroorganismu *Listeria monocytogenes*, zejména v potravinách, které se již dále tepelně nepracovávají a s ohledem na to, že u citlivých jedinců může vyvolat závažná onemocnění, bylo zavedeno do standardních vyšetřovacích postupů vyšetřování tohoto mikroorganismu u lahůdkářských a cukrářských výrobků. Z celkového počtu vyšetřených lahůdkářských

výrobků byla tato bakterie prokázána ve 4 %. Cukrářské výrobky byly negativní.

Poprvé byla v loňském roce řešena 4 hlášení ze systému rychlého varování pro potraviny EU.

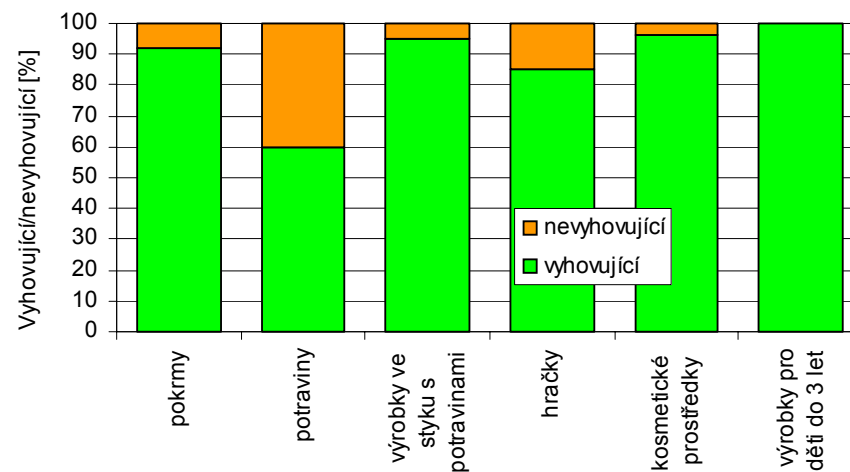
Druhou prioritou Evropské unie ve vztahu k ochraně spotřebitele jsou předměty běžného užívání. V loňském roce po přistoupení do EU byla poprvé řešena hlášení v systému rychlého varování pro PBU. Celkem takto bylo řešeno 5 hlášení, které se týkaly kosmetických prostředků a hraček.

Za rok 2004 bylo na úseku PBU nutno vydat 7 rozhodnutí o pozastavení či vyřazení z oběhu výrobků. Za závady zjištěné zejména při výrobě či dovozu PBU byly uloženy pokuty v celkové výši 64 900 Kč, celkem 23 provozovatelům. Jednalo se zejména o závady ve značení výrobků či o distribuci zdravotně závadných výrobků.

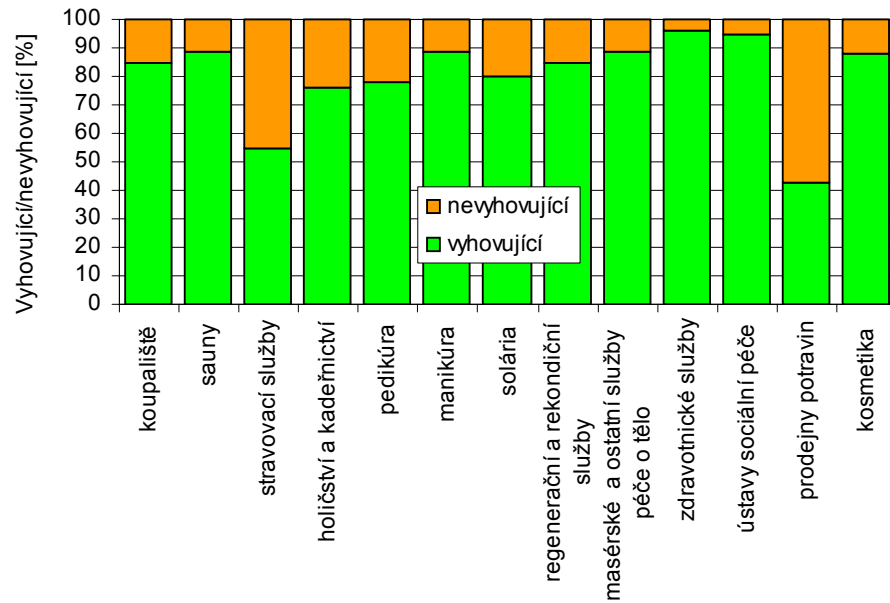
Ostatní činnosti epidemiologicky závažné zahrnují především provozovny holičství, kadeřnictví, pedikúry, manikúry, kosmetických, masérských, regeneračních nebo rekondičních služeb, provozování živnosti, při níž je porušována

integrita kůže a provozování živnosti, ve které se používají k péči o tělo speciální přístroje. V MSK bylo v roce 2004 evidováno 2 502 takových zařízení. Každý provozovatel těchto služeb musí mít vypracovaný a orgánem ochrany veřejného zdraví schválený provozní řád. Při prověrkách je pak následně kontrolováno dodržování schválených postupů – jedná se především o dezinfekci případně i sterilizaci nástrojů a prostředí, manipulaci s prádlem, nebezpečným odpadem, celkovou čistotu provozoven.

Obrázek 5 – Výsledky kontrol výrobků v MS kraji v roce 2004



Obrázek 6 – Výsledky kontrol služeb v MSK



Nedodržení stanovených zásad a postupů především u těch činností, u kterých může dojít k drobným krvavým poraněním spotřebitele, nebo kdy samotná služba představuje porušení integrity kůže (např. tetování) může mít vážné důsledky na zdraví spotřebitele. Kromě možnosti přenosu kožních onemocnění je nutné stále mít na paměti nebezpečí přenosu i velmi rizikových nemocí (AIDS, žloutenka).

Vzhledem k tomu, že stále vznikají nové provozovny tohoto typu, je nutné ze strany KHS věnovat těmto novým provozovnám zvýšenou kontrolní pozornost. V průběhu roku 2004 za nedostatky zjištěné v oblasti služeb péče o tělo bylo uloženo 244 blokových pokut v celkové výši 111 200 Kč.

V. Podmínky pro výchovu, vzdělávání a zotavení dětí a mladistvých

Základní a střední školy, předškolní a školská zařízení zařazená do sítě předškolních zařízení, škol a školských zařízení a zařízení sociálně výchovné činnosti a zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc jsou povinny zajistit, aby byly splněny hygienické požadavky na prostorové podmínky, vybavení, provoz, osvětlení, vytápění, mikroklimatické podmínky, zásobování vodou a úklid. Stejnou povinnost má i osoba provozující živnost péče o dítě do 3 let věku v denním režimu a osoba provozující živnost výchova a mimoškolní vzdělávání, je-li živnost provozována v provozovně.

Režim dne zohledňující věkové a fyzické zvláštnosti dětí a mladistvých, podmínky jejich pohybové výchovy a otužování, podmínky odborného výcviku a učební praxe, režim stravování včetně pitného režimu musí být upraveny provozním řádem.

Zařízení pro výchovu, vzdělávání a zotavení dětí a mladistvých byla s účinností zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, postavena před problém, jak se vyrovnat s novými požadavky na stavebně technické uspořádání a vybavení. Byla provedena řada rekonstrukcí umělého osvětlení, hygienických zařízení,

školských stravovny byly vybaveny novým strojně technologickým zařízením. Je však nutné konstatovat, že stále ještě většina školských zařízení všechny požadavky neplní. Provozovatelé si uvědomují své povinnosti, mají zájem splnit dané podmínky, jsou však limitováni omezenými finančními možnostmi v resortu školství. Problém zmírnila novela zákona o ochraně veřejného zdraví, která plnění některých požadavků prodloužila do konce roku 2007.

Zotavovací akce

V letním období roku 2004 se konalo na území MSK celkem 171 táborů s různou dobou trvání (v rozsahu 4-14 dnů) a to v 5 okresech kraje. Tábory absolvovalo 16 893 dětí tj. o 3 366 dětí méně než v roce 2003. Z uvedeného počtu až 70 % dětí trávilo část prázdnin v rekreačních oblastech okresů Frýdek-Místek a Opava, 15 % dětí na území okresu Bruntál, 14 % v okrese Nový Jičín. Ve srovnání s rokem 2003 se uskutečnilo o 84 táborů méně. Nejvíce táborů bylo hlášeno z okresu Frýdek-Místek (59), o něco méně v okrese Bruntál (47), Opava (42), Nový Jičín (20) a 3 tábory byly na území okresu Karviná. K nejvýraznějšímu poklesu počtu táborů proti loňskému roku došlo

v okrese Opava. Převahu měly tábory umístěné ve stálých objektech (91) nad tábory stanovými (80).

Z rozboru dat dle počtu dětí a dle typu tábora vyplývá, že nejčastější formou rekreace byly tábory s kapacitou 21-30 dětí stanové (36 táborů) a tábory stálé (33 táborů) – tedy dle nové legislativy „jiné zotavovací akce“, které ani nemají povinnost nahlášení akce a plný rozsah povinností daných vyhláškou č. 148/2004 Sb.

Ze všech 171 táborů na území našeho kraje bylo tedy 40 % akcí s kapacitou do 30 dětí, 37 % táborů s kapacitou od 31 - 50 dětí, 16 % táborů s kapacitou 51-100 dětí a pouze 6 % táborů proběhlo ve stálých objektech s kapacitou nad 100 dětí.

Z celkem 371 turnusů bylo pracovníky odboru hygieny dětí a dorostu Krajské hygienické stanice MSK zkontrolováno 143 běhů (38,5 % ze všech turnusů). Dozor byl zaměřen na dodržování podmínek ubytování, stravování, osobní hygieny, zdravotní péče, zásobování pitnou vodou a režimových opatření na táborech.

Výsledky kontrol ukázaly, že provozovatelé zotavovacích akcí jsou vesměs zkušenější a zodpovědní. Jen v ojedinělých případech byly zjištěny drobné závady v ubytování (např.

nedostatečný úklid, děti mladší 10ti let na patrových lůžkách, ošetřovna sloužící i jako pokoj zdravotníka), v zásobování pitnou vodou (voda sice byla vyšetřena, ale protokol nebyl na místě k dispozici), v osobní hygieně (nezajištěna tekoucí voda u WC).

Nejvíce blokových pokut (26 pokut v celkové výši 10 900 Kč), ale méně než v roce 2003 (30 pokut ve výši 14 400 Kč), kontrolující pracovníci udělili v táborových kuchyních a to za nevhodné uložení a skladování potravin – hlavně skladování vajec mimo lednice, zamrazování masa a jiných potravin, prošlé doby spotřeby, strava neodpovídající věku dětí (nedostatek mléka a mléčných výrobků, ovoce, zeleniny, hodně uzenin), nevhodný způsob zajištění pitného režimu, nedostatky v provozní a osobní hygieně pracovníků kuchyní, uchovávání zbytků jídel atd.

Díky dobrým letním povětrnostním podmínkám, zodpovědnému přístupu a plnění daných povinností většiny provozovatelů s jejich vedoucími, zdravotníky i obslužného personálu a snad i častému a četnému hygienickému dohledu nedošlo mezi účastníky táborů k žádnému epidemickému výskytu infekčních onemocnění, vážnějším úrazům či jiným problémům. Nebyl důvod k vydání zákazů či zahájení správních řízení.

Průběh letních táborů, které se konaly v rekreačních oblastech našeho kraje, lze tedy z hygienického hlediska hodnotit kladně.

Strava dětí - doporučení „Aby nám děti zdravě rostly“

Rodičům se mnohdy zatím nedostává dostatek informací, jak lze tento nelehký úkol optimálně řešit. Následující text by mohl být inspirací k postupným krokům zajištění plnohodnotné vyvážené stravy – nezbytného předpokladu zdravého vývoje a růstu našich dětí.

Děti potřebují pro svůj zdravý vývoj a růst dostatek různých stavebních látek a energie. Obojí lze čerpat pouze z vyvážené plnohodnotné stravy. Víme, že každé dítě je jiné, jí jinak, má rozdílné chutě i potřeby. Některé naopak paradoxně trpí „nedostatkem z přebytku“ = jedí mnoho, ale ne to, co je pro ně potřebné, proto je významné zajistit dítěti správný výběr potravin. Dobrý příklad rodičů je též velmi důležitý, vždyť kořeny stravovacích návyků spadají právě do raného dětství. Když tu a tam nebude stravování dítěte přesně podle vašich představ nezoufejte a buďte trpěliví – váš osobní příklad je pro dítě to nejdůležitější.

Co je vlastně „zdravá výživa“?

Rozdíl mezi „ideální stravou“ dětí a dospělých spočívá především ve velikosti porcí, nikoliv ve výběru speciálních dětských pokrmů. Dbáme-li na správný poměr jednotlivých skupin potravin, bude přísun živin, vitaminů, minerálních látek a vlákniny prakticky zajištěn pro celou rodinu. Různé výživové doplňky pak budou zbytečné a peníze raději investujeme do nákupu kvalitního zboží - do čerstvé zeleniny a ovoce, bio-potravin, mléčných výrobků.

Nápoje hasí žízeň

Má-li tělo nedostatek tekutin, musí ledviny vodou šetřit a jsou pak zbytečně přetěžovány, což může vést až k onemocnění ledvin. Proto dítě v pití nikdy neomezujte, mělo by se naučit vypít spíše o sklenici více než méně. V horkém létě nebo při zvýšené tělesné námaze potřebuje až dvojnásobné množství tekutin, hodně vody se totiž ztrácí potem kůží a ke své tělesné váze mají děti větší povrch těla než dospělí. K pití se nejvíce hodí pitná voda z vodovodu, voda kojenecká, stolní perlivá či neperlivá, neslazené bylinné nebo ovocné čaje, ale i ředěné ovocné či zeleninové šťávy v poměru 1:1. Mělo by platit pravidlo: ke každému jídlu podat vhodný nápoj. I neslazený čaj přidáním malého množství čerstvé ovocné šťávy se může stát oblíbeným nápojem. Těm

dětem, které pít zapomínají, může pomoci změna způsobu podávání (pěkný hrnek, sklenička se slámkou), ale také osobní příklad, nebo alespoň to, aby jedlo polévky, kaše, zeleninu, ovoce.

Přílohy a chléb základ na talíři

Obilniny, těstoviny, rýže, kroupy, brambory a chléb jsou nejdůležitější skupinou potravin, mají vždy tvořit nejméně třetinu celého pokrmu. Krajíc chleba ke snídani lze zaměnit za 3-5 polévkových lžic ovesných vloček nebo corn flakes. Do dvou let věku dítěte nutno vločky vařit. Nemusíte mít špatné svědomí, když vaše dítě dostává občas i bílé pečivo a pokud si pečivo připravujete sami, zpočátku do bílé mouky celozrnnou jen přidávejte a její podíl postupně zvyšujte. Je zde obsažena nejen cenná vláknina, minerály, ale i vitaminy skupiny B. Brambory lze zařadit mezi přílohy a zároveň zeleninu. Díky velkému obsahu vody nejsou tak syté jako obiloviny. Ale místo hranolků (obsahují až 15 % tuku), nabídněte dětem jiné úpravy, např. pečené brambory v troubě bez tuku. Máme-li přesto v jídelníčku hranolky, vyhněme se v tomto dni alespoň dalším smaženým pokrmům (řízky, rybí prsty).

Pestrá a zdravá zelenina

Abychom zabezpečili dostatečný příjem vitaminů, mělo by dítě sníst

polovinu zeleniny v syrové podobě, (obloha na chlebě, salát), pro vysoký obsah vody, je chudá na kalorie, proto ji lze označovat jako „přírodní light produkt“. To je významné zvláště u dětí se sklonem k obezitě – těm je třeba připravovat zeleninu v podobě chutných jídel co nejčastěji. Když je zelenina odmítána – pak může pomoci dochucení čerstvými bylinkami, doplněk smetany nebo jogurtu, ale i kombinace s ovocem. Pozor, děti citlivě reagují i na nevyšlovené signály – proto volte jen takovou úpravu zeleniny, která chutná celé rodině. Příjem usnadňuje i to, že si lze vybrat; otázka „chceš raději papriku nebo rajče?“ je ku prospěchu věci. Nepomohou-li však žádné triky, podávejte dětem alespoň hodně ovoce, ovocných šťáv a brambor. Vitaminové doplňky nikdy plně nenahradí zeleninu ani ovoce. Dodržujeme-li zásady správné výživy, nepotřebujeme je užívat, navíc neodborné dávkování může způsobit víc škody než užitku, proto užívejte tyto preparáty výhradně na doporučení lékaře. Mrkev obsahuje karoten (pro-vitamin A), který se ve střevě mění na vitamin A (vitamin rozpustný v tucích), přidáme-li k ní i trochu ořechů, nebo pár kapek oleje, bude vitamin A využíván ještě lépe. V zimě používáme hluboce zmrazenou zeleninu – při této úpravě zůstává vitaminů nejvíce, ale pozor - po

rozmrazení je třeba zeleninu ihned co nejšetrněji zpracovat. Luštěniny obsahují vedle vlákniny i důležité minerální látky, vitaminy a bílkoviny, ale jsou vůbec tak zdravé, když nadýmají? Pokud nebudete užívat vodu, ve které jste luštěniny namáčeli nebo vařili, jejich snášenlivost se zvýší.

Ovoce bohaté na vitamíny

Děti je mají většinou rády, je sladké a šťavnaté, obsahuje až 80 % vody, ovocný cukr, množství vitaminů, minerálních látek. Dodává tzv. antioxidanty, tj. látky chránící naše buňky před různými škodlivinami. Konzumaci ovoce se meze „téměř“ nekladou – průměrně obsahuje 15 % sacharidů; banány až 23 % - jsou tedy větším dodavatelem energie než zelenina. Nikdy ale nejezme ovoce nahnilé nebo plesnivé - tato místa nepomůže ani odkrojit, obsahují totiž jedovaté produkty plísní a hnilobné bakterie. Ovoce jezme hlavně čerstvé, konzervováním teplotou se ničí choullostivý vitamin C. Některé děti ovoce milují, jiné se ho ani nedotknou a přesto stále znovu jej nabízejme v nejrozmanitějších podobách – rozmixované s mléčnými nápoji nebo tvarohem, ovoce lze „schovat“ do ovocného koláče, rýže, knedlíků. Raději obložme chléb s máslem nebo tvarohem čerstvým ovocem, protože marmeláda má až 60 % cukru. Sušené ovoce nahradí čerstvé jen částečně, minerální látky a vláknina zůstanou

zachovány, vitaminy se ale znehodnotí, navíc svým vysokým obsahem cukru se stávají přímo „kalorickými bombami“.

Mléčné produkty

Jsou důležité pro stavbu kostí a zubů, kysané mléčné produkty mají zdravotní blahodárné účinky (poskytují příznivé bakterie ve střevě a chrání organismus před infekcemi). Ne všechny děti však akceptují hrnek mléka a spíš jim chutnají jogurty a sýry – i tak lze optimálně zajistit příjem vápníku. Lze je také schovat do nejrůznějších pokrmů: mléčný koktejl s ovocem, müsli nebo corn flakes s jogurtem, tvarohový dezert, salát s jogurtovým dresinkem. Pokud však dítě principiálně mléčné výrobky odmítá, dodejme mu potřebný vápník z jiných zdrojů (sardinky a ostatní ryby, mák, ořechy, luštěniny).

Maso

Místo pro děti zcela nevhodných uzenin stačí prostřídat trochu libového masa drůbežího, vepřového, hovězího a ryb. Smažené maso dětem maximálně 1× týdně, protože obsahuje zbytečně mnoho tuku. Bílkovinu z masa lze též nahradit přidáním vejce, sýra, ale i luštěnin, obilnin, pohanky. Ryby jsou důležitou součástí stravy a měly by být v jídelníčku dětí od 2 let minimálně 1× týdně.

Jídlo rozdělte do 5ti porcí

Což má pozitivní vliv na výkonnost. Denní potřeba energie má být pokryta z 25 % snídaní, 10 % přesnídávkou, 30 % obědem, 10 % svačinou, 25 % večeří. Přísné zakazování sladkostí zpravidla mnoho nepřinese, ale budeme-li sladit minimálně, ochráníme nejen první zuby a dítě si do budoucna nezvykne na sladkou chuť. Také mějme na paměti, že chybí-li dítěti rovnoměrný přísun energie především z hodnotných obilovin, bude tuto „nouzovou situaci“ jeho organismus řešit zvýšenou chutí na sladké.

VI. Ochrana zdraví při práci

V oblasti ochrany zdraví při práci byla dozorová činnost v roce 2004 zaměřena na dokončení kategorizace prací dle návrhů předložených zaměstnavateli. Všechny vyhlášené rizikové práce jsou evidovány v informačním systému rizikových prací. Provedená kategorizace prací objektivizovala situaci v oblasti úrovně pracovního prostředí a jeho vlivu na zdraví zaměstnanců, což je základním předpokladem pro realizaci dalších opatření ke zlepšování pracovních podmínek. Oproti předchozím letům významně poklesl počet zaměstnanců vykonávajících rizikové práce zařazené do kategorie 4. K tomu došlo zejména zrušením některých rizikových technologií či jejich modernizací u nejvýznamnějších výrobců (zejména oblast hutnictví včetně koksochemie).

V současnosti je na rizikových pracovištích v kraji zaměstnáno více než 55 000 pracovníků z toho v nejrizikovější kategorii tj. 4 – více než 8 500 pracovníků. Tímto se náš kraj z hlediska rizikovitosti řadí bezkonkurenčně v ČR na první místo.

Vzhledem ke struktuře průmyslu ovšem nelze očekávat zlepšení pracovních podmínek zejména v oblasti hornictví a hutnictví. Proto nadále zůstávají okresy Ostrava,

Frýdek-Místek a Karviná místy s nejvyšším počtem rizikových prací.

Z hlediska upřesnění rizik se jedná v kategoriích 4 a 3 o faktory fibrogenní prach (zejména v hornictví), práce s chemickými karcinogeny (zejména koksochemie), vibrace přenášené na ruce (strojírenství), práce malými svalovými skupinami (hornictví, hutnictví, montáže přístrojů a jejich částí ve středních a malých firmách).

Do předpisů o ochraně zdraví při práci byly zapracovány Směrnice Rady Evropské unie a to:

- Směrnice 89/654/89 o minimálních požadavcích na bezpečnost a ochranu zdraví na pracovišti
- Směrnice 83/477/83 (ve znění pozdějších směrnic) o ochraně zaměstnanců před riziky spojenými s expozicí asbestu při práci
- Směrnice 90/394/90 o ochraně zaměstnanců před riziky spojenými s expozicí karcinogenům při práci
- Směrnice 90/269/90 o minimálních požadavcích na bezpečnost a ochranu zdraví pro ruční manipulaci s břemeny

- Směrnice 90/270/90 o minimálních požadavcích na ochranu zdraví při práci se zobrazovacími jednotkami
- Směrnice 98/24/98 o ochraně zdraví před riziky spojenými s chemickými činiteli
- Směrnice 2000/54/2000 o ochraně zaměstnanců před riziky spojenými s expozicí biologickým činitelům při práci

Kontrolní činnost z hlediska ochrany zdraví při práci byla zaměřena zejména na kontrolu rizikových prací kategorie 3 a 4 a na zaměstnavatele, u nichž byl v minulosti zaznamenán zvýšený výskyt nemocí z povolání. Dále pak na řešení zvýšené zátěže zaměstnanců karcinogenními látkami a na kontrolu správnosti navržené kategorie rizika. Neplánovaná kontrolní činnost byla zaměřena tak jako v předchozích letech především na kategorizaci pracovišť, na snižování míry rizika, na zlepšování účinnosti ochrany zdraví, na kontrolu plnění všech dříve uložených opatření a na úpravu dříve provedené kategorizace.

Dále byla sledována úroveň lékařské preventivní péče (ne všechny podniky ji mají uspokojivě dořešenou včetně návštěv závodních lékařů na pracovištích). Novou položkou kontrol byla manipulace s chemickými látkami a přípravky (legislativa začala

platit od vstupu do EU). Kontroly byly provedeny v celém spektru právnických a fyzických osob oprávněných k podnikání, a to od hutních a strojírenských podniků, přes galvanovny, prodejce chemikálií, drogerie a prodejny barev, supermarkety, čerpací stanice PHM, autoservisy a lékárny.

Porušení povinností vyplývajících ze zákonných požadavků je zjišťováno při naprosté většině kontrol. Jedná se zejména o nevypracování písemných pravidel o bezpečnosti, ochraně zdraví a ochraně životního prostředí při práci s chemickými látkami a chemickými přípravky, zaměstnanci nejsou seznámeni s nebezpečnými vlastnostmi látek, se kterými nakládají, zásadami ochrany zdraví a životního prostředí, zásadami první předlékařské pomoci.

Za výraznější nedostatky v ochraně zdraví při práci (nedostatky v používání OOPP, v údržbě odsávacích zařízení při svařování, v informacích zaměstnanců o kategoriích vykonávané práci a další) a neprovedení kategorizace prací byly uloženy sankce v celkové částce 175 000 Kč.

Poměrně efektivním přístupem je komplexní projednávání stavu hygieny práce na důlních podnicích, obdobné prověrky proběhly i v hutním průmyslu a chemickém

průmyslu. Jedná se o dlouhodobou každoroční akci za účasti vrcholného managementu podniků. Projednávány jsou tyto oblasti:

- Obory činnosti podniku, organizační členění, dceřinné společnosti, počty zaměstnanců
- Kategorizace prací – tj. celkový stav v jednotlivých rizikových faktorech, trendy tohoto stavu. Kategorizace prací podle jednotlivých závodů, srovnání jednotlivých závodů.
- Nemoci z povolání a jejich trendy dle jednotlivých položek a závodů
- Sledování parametrů pracovního prostředí – objektivizace měřením, kontrolní měření, kritické hodnoty expozice u vibrací a nejvýše přípustné expozice (NPE) u pneumokonióz
- Závodní preventivní péče, její zajištění a úroveň
- Jiné aktivity podniku (např. Zdravý podnik, projekty podpory zdraví, Dny zdraví atp.)
- Nedostatky zjišťované při kontrolách
- Námety k projednání
- Kontrola nedostatků a závěrů z minulých let a jejich projednání

Přibývá rovněž komplexních prověrek (tj. kontrola všech oblastí za účasti ostatních odborů KHS, např. včetně stravování) a společných prověrek

(např. hutní provozy, kdy kontrolu provádí i zaměstnanci KHS z jiných územních pracovišť).

Dále bylo dodáno do Registru profesionálních expozic karcinogenům (databáze REGEX) cca 320 expozičních dat, která charakterizují genotoxické riziko na pracovištích v MSK. Jednalo se o výsledky cytogenetické analýzy periferních lymfocytů, BET (biologické expoziční testy), měření faktorů pracovního prostředí a údajů o době expozice. Databáze byla ZÚ Ostrava v září 2004 předána SZÚ Praha, který je správcem systému pro celou ČR.

Rozsáhlá byla i agenda vyhodnocování BET a sledování překročení limitních hodnot BET a doporučení pro mimořádné preventivní prohlídky.

Pracovníci se rovněž podíleli na publikační a přednáškové činnosti (zejména proškolení bezpečnostních a protiprašných techniků, zástupců BOZP v odborech, zacházení s chemickými látkami a přípravky, kategorizace prací) a v neposlední řadě i na přípravě legislativních předpisů (mikroklimatické podmínky u pracovníků hlubinných dolů).

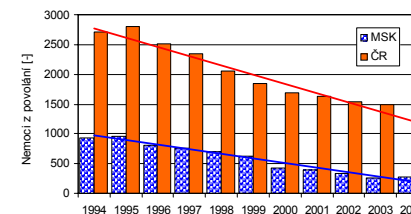
Nemoci z povolání

V roce 2004 bylo v ČR hlášeno celkem 1 329 nemocí z povolání, v kraji 267 nemocí. Kraj se tedy podílí přibližně 20 % na celostátním výskytu. V roce 2004 se tento podíl, při srovnání s rokem předcházejícím, nevýznamně zvýšil (v roce 2003 činil cca 18 %). V roce 1994 činil podíl kraje na nemocech z povolání v ČR přibližně 35 %.

Tabulka 9 – Nemoci z povolání v ČR a MSK

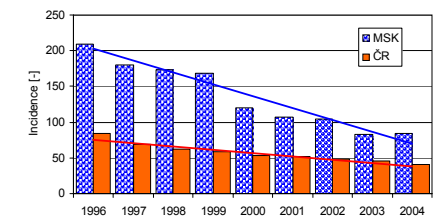
Rok	ČR	MSK	MSK v % ČR
1994	2707	936	34,6
1995	2806	954	34
1996	2519	810	32,2
1997	2350	766	32,6
1998	2054	697	33,9
1999	1845	628	34
2000	1691	430	25,4
2001	1627	390	24
2002	1531	328	21,4
2003	1486	262	17,6
2004	1329	267	20,1

Obrázek 7 – Nemoci z povolání v MSK



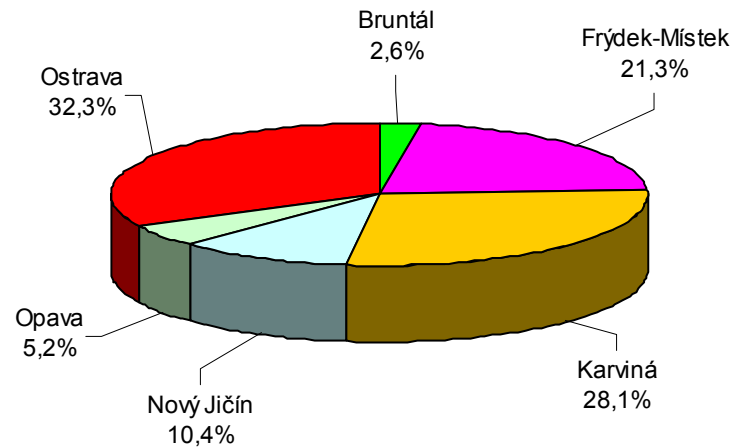
Z grafu je zřejmé, že stále setrvává sestupný trend v celkovém počtu hlášených profesionálních onemocnění s tím, že pokles onemocnění v kraji je daleko výraznější než v ČR. Rovněž incidence profesionálních onemocnění klesla v kraji proti roku 1996 o 45 %. V období 1994 až 2004 klesla incidence nemocí z povolání v MSK o 125 případů na 100 000 zaměstnanců proti 43 případům na 100 000 zaměstnanců v rámci celé ČR.

Obrázek 8 – Incidence nemocí z povolání v MSK a ČR



V období let 2000 až 2004 ve srovnání s lety 1995 až 1999 se snížil podíl pneumokonióz z 27,3 % na 19,4 % a onemocnění z nadměrných vibrací z 36,4 % na 32,9 %. Současně se zvýšil podíl kožních onemocnění ze 7,6 % na 10,0 %, onemocnění z nadměrného hluku z 2,4 % na 3,9 % a profesionálních infekčních onemocnění z 6,1 % na 7,9 %. Nemoci a otravy způsobené chemickými látkami se v současné době podílí 0,7 % na celkovém počtu

Obrázek 9 – Podíl jednotlivých okresů MSK na nemocech z povolání (2000-2003)

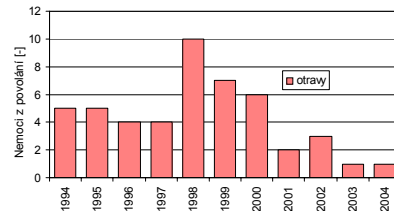


nemoci z povolání a ostatní nemoci z povolání pak 3,8 %.

Na celkovém počtu nemocí z povolání se podílí město Ostrava přibližně 32 %, okresy Karviná 28 % a Frýdek - Místek 21 %. Podíl zbývajících tří okresů (Bruntál, Nový Jičín a Opava) činí cca 18 %.

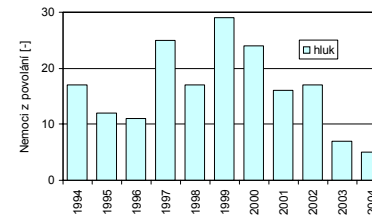
Otravy chemickými látkami jsou v kraji výjimečné (v posledních 2 letech pouze jedno onemocnění).

Obrázek 10 – Otravy chemickými látkami v MSK



Porucha sluchu způsobená hlukem je v posledních dvou letech pod 10 případů za rok.

Obrázek 11 – Onemocnění z nadměrného hluku v MSK

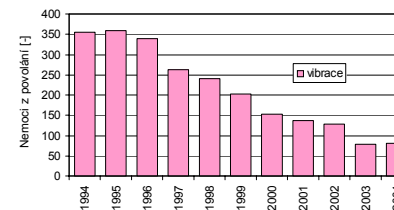


Onemocnění z vibrací přenášenými na ruce

Nemoci cév rukou při práci s vibraujícími nástroji a zařízeními vykazují stálý pokles, v roce 2004 pouze 80 onemocnění proti 355 onemocněním v roce 1994.

Onemocnění cév rukou z vibrací (traumatická vazoneuróza) bylo diagnostikováno u cca 12 % zaměstnanců z celkového počtu priznaných onemocnění z vibrací přenášených na ruce. Poškození periferních nervů z vibrací bylo

Obrázek 12 – Onemocnění z nadměrných vibrací v MSK

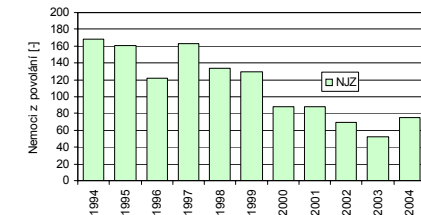


zjištěno u 72 % osob a nemoci kostí a kloubů rukou nebo zápěstí nebo loktů při práci s vibraujícími nástroji a zařízeními byly hlášeny u 16 % osob (průměr za poslední čtyři roky).

Ke skupině onemocnění z vibrací přenášených na ruce jako celku lze konstatovat, že jde o faktor pracovních podmínek nejobtížněji řešitelný po stránce prevence. Technicky zatím nejsou dostatečně řešena opatření, která by ovlivňovala míru přenosu z nástroje na ruku. Osobní ochranné pracovní prostředky nejsou dostatečně účinné, tzv. antivibrační rukavice situaci v ochraně zdraví dokonce zhoršují. Proto zůstává hlavním opatřením omezení doby expozice, které je však nesnadno kontrolovatelné.

Onemocnění z dlouhodobého nadměrného jednostranného přetěžování (NJZ) bylo diagnostikováno v roce 2004 pouze u 75 zaměstnanců (v roce 1994 168 onemocnění).

Obrázek 13 – Onemocnění z nadměrného jednostranného zatížení v MSK



Poškození periferních nervů končetin z dlouhodobého nadměrného jednostranného přetěžování bylo diagnostikováno u cca 68 % případů. Nemocemi šlach, šlachových pochev nebo úponů nebo svalů nebo kloubů končetin z dlouhodobého nadměrného jednostranného přetěžování bylo postiženo cca 28 % případů a poškození menisku u cca 4 % případů.

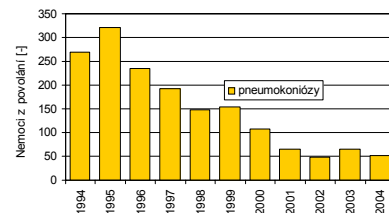
Práce spojená s přetěžováním pohybového ústrojí, jehož příčinou jsou nadměrná zátěž drobných svalových skupin, vysoká četnost vykonávaných pohybů, nevhodná pracovní poloha popř. jejich kombinace, je obdobně jako práce spojená s expozicí vibracím přenášeným na ruce, jedním ze současných závažných pracovních lékařských problémů. Rozšíření tohoto rizika sahá od výrobních závodů až po obchody, zejména velké obchodní jednotky a přitom stále narůstá. Bude proto vyžadovat prvořadou pozornost.

Pneumokoniózy

V roce 2004 bylo hlášeno celkem 52 pneumokonióz (nemocí z povolání zaprášením plic). Počet pneumokonióz se snižuje zejména u horníků, kdy se plně osvědčilo zavedené preventivní přezazování mimo riziko fibrogenního prachu po

dovršení nejvýše přípustné expozice. V roce 2004 bylo přiznáváno 38 pneumokonióz a silikóz s typickými rtg znaky, dále pouze 2 onemocnění v nejjednodušší formě dle dynamiky onemocnění, 8 komplikovaných pneumokonióz a 4 pneumokoniózy spojené s plicní tbc. Dále bylo přiznáno 17 profesionálních astmat (zahrnuto do ostatních onemocnění).

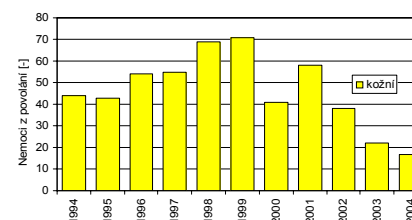
Obrázek 14 – Onemocnění pneumokoniózou v MSK



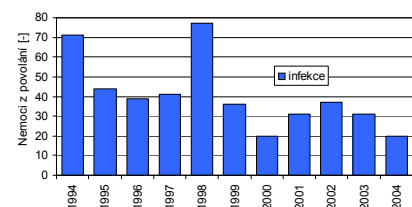
V roce 2004 bylo diagnostikováno celkem 17 **kožních profesionálních onemocnění**. Nejvíce (více než 50 % v posledních třech letech) činila z toho kontaktní alergická dermatitida na pryž u gumových holínek.

Nemoci přenosných a parazitárních bylo v roce 2004 hlášeno celkem 20 případů, z čeho bylo 9 s interhumánním přenosem a 11 přenosem ze zvířat. Počet profesionálních infekčních onemocnění se pohybuje v posledních 5 letech mezi 20 až 40 případy.

Obrázek 15 – Kožní profesionální onemocnění v MSK



Obrázek 16 – Infekční onemocnění v MSK



Závěr

Počet přiznaných nemocí z povolání v roce 2004 je přibližně na stejné úrovni jako v roce 2003. Při srovnání posledních dvou uvedených let došlo jen k částečnému zvýšení počtu přiznaných nemocí z povolání z nadměrné a jednostranné zátěže. U ostatních onemocnění se pohybuje počet na přibližně stejné úrovni.

Při hodnocení dlouhodobého vývoje všech přiznávaných nemocí z povolání je možno i nadále potvrdit

sestupný trend. Snižování výskytu nemocí z povolání je významným dokladem zlepšování pracovních podmínek v porovnání s předchozími lety a to nejen pokud jde o celkové počty, ale i o incidenci (nové případy onemocnění).

Přes pokles nemocí z povolání nemůžeme být spokojeni s tím, že jsou stále přiznávána profesionální onemocnění z nadměrného hluku a fibrogenního prachu. U těchto faktorů jsou chrániče sluchu a respirátory při jejich používání schopny zcela eliminovat působení hluku a prachu na lidský organismus. Nestačí jen poskytovat tyto osobní ochranné prostředky ale při práci je nutné je i používat a používání kontrolovat.

Rovněž je i zbytečný výskyt profesionálních infekčních onemocnění a otrav chemickými látkami, které jdou vesměs na vrub porušování bezpečnostních a hygienických předpisů.

U faktorů vibrací přenášených na ruce a jednostranného a nadměrného zatěžování nejsou k dispozici dostatečně účinná náhradní opatření. Zde jsou jediné schůdné cesty ve vývoji nových nástrojů, strojů a technologií.

Kontrola účinnosti zdravotních opatření k ochraně zdraví horníků

Doly jsou v našem regionu jedním z nejvýznamnějších průmyslových odvětví. Také z hlediska ochrany zdraví představují významnou oblast už tím, že zaměstnávají největší počet pracovníků. Tito pracovníci jsou vesměs vystaveni nepříznivým faktorům pracovního prostředí s výraznými dopady na jejich zdravotní stav.

Nejvýznamnější počet pracovníků je na důlních pracovištích vystaven působení fibrogenního prachu. Za fibrogenní se považuje takový prach, který po vdechnutí může vzhledem ke svému vlastnostem (biologická účinnost, složení) vyvolat onemocnění zaprášením plic. Biologicky aktivní složka důlního prachu je oxid křemičitý (křemen). Tato látka vzhledem ke svému biologickému účinku, pokud je zachycena v plicích, je odpovědná za vznik choroby z povolání - uhlokopské pneumokoniózy, která podstatně zhoršuje funkci plic. Tím poškozuje celý organismus. Toto poškození je nevratné a s postupem doby se zhoršuje. Proto se ukázalo jako naprosto nezbytné vést intenzivní boj ke snížení prašnosti na důlních pracovištích a rovněž zavést i další organizační a zdravotnická opatření,

kteří by riziko vzniku onemocnění zaprášením plic snížila.

Intenzivní boj proti prašnosti na důlních pracovištích byl zahájen již v padesátých letech minulého století. V roce 1966 získala hygienická služba pro vedení tohoto boje i legislativní oporu. Byl vydán hygienický předpis sv. 27/1966, Směrnice č. 31 o ochraně zdraví pracujících před účinky škodlivé prašnosti v organizacích podléhajících hornímu zákonu. Tento hygienický předpis řešil komplexně otázku ochrany zdraví horníků vzhledem k prašnosti. Postupně tak byla prosazena účinná technická opatření (postřik na kombajnech, zavlažování porubů, zkrápění na přesypech dopravníků, vrtání s vodním výplachem apod.) a jejich běžné provádění v praxi, takže průměrná prašnost poměrně rychle poklesla.

Po počátečním úspěchu ve snižování prašnosti se již v dalším období nepodařilo najít nové tak účinné postupy ke snižování prašnosti. Například byly zkoušeny metody s použitím pěny k likvidaci prašnosti při těžbě dobývacími kombajny a při dopravě uhlí na pásových dopravnících, začalo se používat tekuté smáčedlo ke snižování povrchového napětí při zavlažování uhléno pilíře apod.

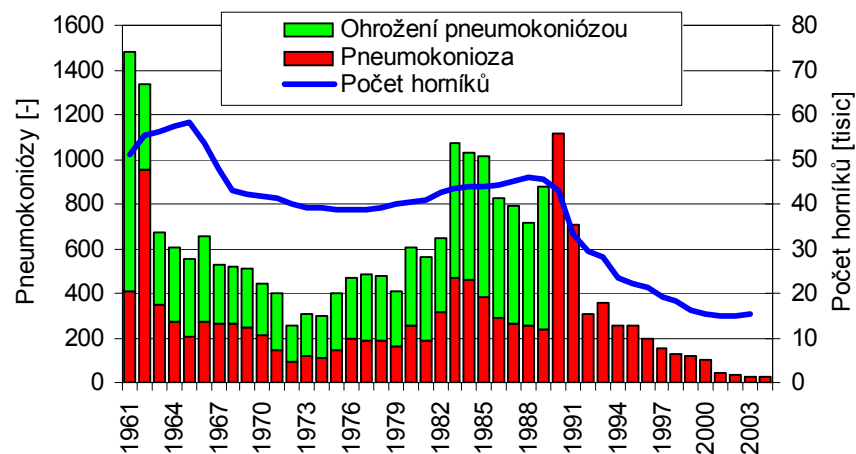
V praxi se ovšem vyskytují práce, kdy není z objektivních důvodů dodržován přípustný expoziční limit (PEL) a je nutno zajišťovat ochranu zdraví horníků náhradními opatřeními. V úvahu přichází používání respirátorů, které je však opatřením nejistým co do účinnosti, neboť zhoršuje pracovní podmínky určitým ztížením dýchání, tlakem na kůži obličeje a jeho důsledky, a v našich podmínkách není ze strany uživatelů dostatek vůle tyto nesnáze překonat a respirátory používat alespoň při nejprašnějších pracovních operacích. Zásadním opatřením za podmínek, kdy nejsou dodržovány PEL, je úprava celoživotní doby práce spojené se zvýšenou expozicí prachu vyjádřená stanovením nejvyšší přípustné

expoze (NPE), kterou se docílí omezení dávky prachu kumulovaného v plicích a tím snížení pravděpodobnosti vzniku onemocnění uhlokopskou pneumokoniózou, nebo alespoň vzniku a rozvoji jejich těžších forem spojených s poškozením funkce dýchacího ústrojí a srdečně cévního systému.

Uplatňování NPE a přerazování horníků v zájmu omezení jejich expozice uhléno prachu je u nás zavedeno již v roce 1961.

O účelnosti přerazování horníků svědčí také některé globální údaje. Před zahájením důsledného přerazování pracovníků v roce 1988 se pohyboval počet přiznávaných pneumokonióz včetně ohrožení

Obrázek 17 – Vývoj onemocnění pneumokoniózou a počet pracovníků od roku 1961



pneumokoniózou v OKR kolem 800 až 1 000 případů ročně. Zavedení preventivního přeřazování důlních pracovníků s dovršenou NPE se již v roce 1992 projevilo výrazným snížením počtu přiznaných chorob z povolání zaprášením plic. V roce 1992 bylo přiznáno celkem 306 pneumokonióz, v roce 1996 pak 198, v roce 2000 jen 101 pneumokonióz a v roce 2004 pouze 25 pneumokonióz aktivních důlních pracovníků. Na obrázku č. 17 je uveden vývoj všech přiznávaných pneumokonióz a ohrožení pneumokoniózou od roku 1961.

Počet pracovníků v dolech poklesl přibližně na čtvrtinu, z 58 000 v šedesátých letech na cca 15 000 v současnosti. Počet pneumokonióz však poklesl daleko výrazněji. Riziko onemocnění pneumokoniózou se výrazně snížilo.

Systém preventivního přeřazování horníků po dovršení NPE se projevil jako účinný a vedl k podstatnému snížení počtu onemocnění uhlo-kopskou pneumokoniózou a bylo prokázáno, že v karvinské části OKR je v současné době riziko onemocnění pneumokoniózou nižší než 5 %. Není důvod tento model opustit a vytvořit zcela nový model. Na základě provedeného vyhodnocení se navrhuje zahrnout do modelu i efekt používání respirátorů. V současné době reálně uvažovat pouze o modelu

s účinností respirátorů maximálně 25 %. Přitom lze zcela reálně předpokládat, že i při nižší účinnosti riziko onemocnění pneumokoniózou nepřekročí 10 %.

Pro důležitost celé problematiky byla zřízena při MZ ČR a SZÚ Praha komise, jež pak připravila materiál pro jednání vlády ČR. Vláda ČR přijala k této problematice usnesení č. 665 ze dne 30. června 2004 k úpravě kritérií pro stanovování nejvyšší přípustné expozice a vyřazování pracovníků z hlubinných dolů. Citované vládní usnesení bylo v regionu rozpracováno a pro jednotlivé důlní organizace vydána rozhodnutí.

VII. Epidemiologická situace v roce 2004

V roce 2004 bylo ohlášeno v Moravskoslezském kraji celkem 20 976 infekčních nákaz, z toho 1 347 parazitárních. V rámci preventivních opatření provedli pracovníci protiepidemických oddělení šetření ve 14 328 ohniscích infekčních nákaz, tj. rodinách, kolektivech či pracovištích, kde se infekční onemocnění vyskytlo.

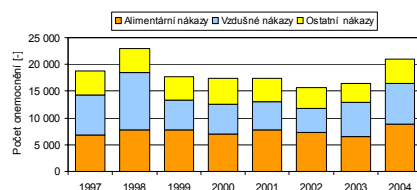
osob v uvedeném týdnu v kraji a nelze hovořit o explozivní epidemii chřipky na území MSK. K opětovnému a předpokládanému sezónnímu zvýšení týdenní incidence ARI došlo koncem roku a to od počátku listopadu. Avšak ani v tomto období nebyla zaznamenána nemocnost svědčící o chřipkové epidemii. Maximální týdenní nemocnost byla

Tabulka 10 – Infekční onemocnění v MSK

Onemocnění	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Salmonelózy	5 533	6 420	5 916	4 441	4 173	3 573	2 947	3 201
Bacilární úplavice	70	39	79	78	86	25	149	84
Kampylobakteriόza	1 153	1 228	1 825	2 451	3 579	3 699	3 385	5 611
Virový zánět jater	141	230	123	162	148	93	107	139
Lymeská boreliόza	484	407	445	589	511	439	428	363
Zánět mozkových blan	359	304	123	206	199	144	141	145
Spála	576	861	706	265	244	338	398	511
Zarděnky	138	1 842	40	5	39	447	8	6
Neštovice	6 559	8 027	4 837	5 348	4 904	3 732	5 975	7 029
Příušnice	253	41	14	7	9	16	19	8
Svrab	1 468	1 494	1 394	1 487	1 354	1 178	961	722
Ostatní infekční onemocnění	2 023	2 037	2 158	2 331	2 139	2 059	1 865	3 157
Celkem	18 757	22 930	17 660	17 370	17 385	15 743	16 383	20 976
Alimentární nákazy	6 756	7 687	7 820	6 970	7 838	7 297	6 481	8 896
Vzdušné nákazy	7 526	10 771	5 597	5 625	5 196	4 533	6 400	7 554
Ostatní nákazy	4 475	4 472	4 243	4 775	4 351	3 913	3 502	4 526

Relativně příznivá epidemiologická situace ve výskytu akutních respiračních infekcí (ARI) z konce roku 2003 trvala i v prvních měsících roku 2004. Šlo pouze o mírný nárůst onemocnění, který trval do 6. kalendářního týdne, kdy nemocnost dosáhla maxima, tj. 1 687 případů na 100 tisíc obyvatel kraje. Tato hodnota představuje cca 20 000 postižených

Obrázek 18 – Infekční onemocnění v MSK



zaznamenána v 51. kalendářním týdnu a představovala 1 900 případů na 100 000 obyvatel.

Výskyt akutních průjemových onemocnění (APO) vyvolaných nejčastějšími původci, tj. salmonelami a kampylobaktery se ve srovnání s loňským rokem, kdy bylo zaznamenáno 6 481 onemocnění, zvýšil na 8 896, což představuje 37 % nárůst. Na tomto navýšení se výraznou měrou podílí onemocnění vyvolaná kampylobaktery, nemocnost salmonelózou se zvýšila mírně. U salmonelózy bylo zaznamenáno několik hromadných výskytů s postižením nejvýše 48 osob a k přenosu nákazy došlo zpravidla z důvodů nedodržení správné technologie při přípravě stravy.

Po loňském navýšení počtu hlášených onemocnění bacilární úplavice, ke kterému došlo v souvislosti s epidemickými výskyty v rómské populaci v Karviné, se počet onemocnění v roce 2004 ustálil na hodnotě odpovídající předchozím letům – 84 případy. Většinou se jednalo o sporadická onemocnění, mnohdy zavlečená ze zahraničí, případně o menší rodinné výskyty s kontaktním šířením nákazy.

Podíl průjemových onemocnění vyvolaných jinými původci, případně bez prokázané etiologie, neměl na nemocnost APO větší význam, avšak bylo zaznamenáno několik hro-

madných výskytů, z nichž nejzávažnější je postižení 122 konzumentů stravy připravované v centrální školní kuchyni na Fulnecku.

Celkový počet onemocnění infekční žloutenkou se ve srovnání s loňským rokem zvýšil ze 107 na 139 případů.

Toto zvýšení bylo způsobeno zejména vyšším počtem hlášených chronických virových žloutenek typu C, jejichž podíl představoval 55 % ze všech žloutenek a vesměs byly diagnostikovány u osob užívajících drogy. Závažný hromadný výskyt nebyl zaznamenán.

Ze vzdušných nákaz bylo hlášeno 511 případů spály, což je nejvyšší počet od roku 2000. V roce 2004 bylo hlášeno celkem 7 029 onemocnění planými neštovicemi a jedná se o nejvyšší výskyt v kraji od roku 1999. Účinky vakcinace se výrazně projevily na preventabilních nákazách, o čemž svědčí ta skutečnost, že nebylo hlášeno onemocnění spalničkami, jen 6 osob onemocnělo zarděnkami a pouze 8 epidemickým zánětem příušnic.

Ve skupině neuroinfekcí bylo hlášeno 8 případů meningokokových onemocnění, z toho 4 případy s těžkým průběhem, 1 dospělá osoba zemřela. Ve srovnání s minulým rokem se snížil počet onemocnění klíšťovou encefalitidou ze 43 na 33 onemocnění a jednalo se o onemocnění

neočkovaných osob, rovněž došlo ke snížení onemocnění hnisavou meningitidou a to z 27 na 21 případů.

Drogová epidemiologie

Hygienická služba provozuje drogový informační systém (dále DIS) s centrálním pracovištěm drogové epidemiologie - Hygienickou stanicí hl. m. Prahy. Obsahem DIS jsou informace o poprvé léčených uživatelích drog, kteří žádali o léčebnou, poradenskou či sociální službu v některém z tzv. léčebně kontaktních center, což jsou zdravotnická i nezdravotnická zařízení, poskytující tyto služby (dále L/K centra). V roce 2002 byl tento systém rozšířen o informace o klientech, kteří jsou v L/K centrech v dlouhodobém či opakovaném léčení. Získaná data, která jsou naprosto anonymní a neobsahují identifikační údaje klientů (rodné číslo, trvalé bydliště) jsou shromažďována čtvrtletně prostřednictvím pracovišť drogové epidemiologie KHS. Rutinní sběr dat o léčených uživatelích drog je prováděn s využitím formuláře doporučeného Evropským monitorovacím centrem pro drogy a užívání drog (EMCDDA) pro drogový informační systém v Evropě.

Mezi léčebně kontaktní centra (L/K) patří jakékoliv zařízení, které poskytuje zdravotní, poradenské,

sociální služby osobám, které mají problém s užíváním drog.

Ve smyslu doporučení (EMCDDA) jsou rozlišena do 3 kategorií.

- nízkoprahová zařízení jsou určena k včasné krizové intervenci, poradenství, zdravotní a sociální pomoci osobám s nízkou motivací k léčbě
- ambulantní zařízení poskytující léčebně preventivní péči (psychoterapii, farmakoterapii, socioterapii)
- lůžková zařízení, léčebné komunity

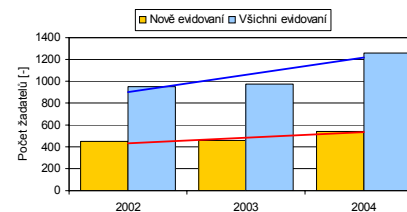
Tabulka 11 – Databáze L/K center v MS kraji v roce 2004

	Nízkoprahová	Ambulantní	Lůžková	Celkem L/K center
Bruntál	1	2	1	4
Frýdek– Místek	1	6	2	9
Karviná	4	4	1	9
Nový Jičín	0	6	0	6
Opava	1	0	2	3
Ostrava	2	8	1	11
Celkem	9	26	7	42

Počet všech hlášených návštěv v L/K centrech – uvádí celkový počet všech hlášení, které byly zaslány z daného pracoviště.

L/K centry je realizován rovněž „Výměnný program“ jehel a stříkaček. Jde o terénní program, který se neomezuje jen na výměnu stříkaček, ale jeho součástí je i distribuce

Obrázek 19 – Počet všech hlášených návštěv v L/K centrech a nově evidovaní uživatelé drog - žadatelé o léčbu v MSK



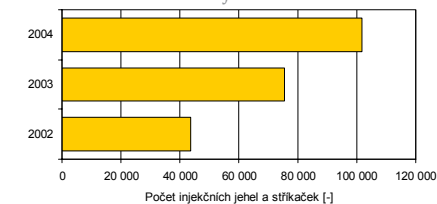
ochranných a ošetrovacích materiálů, jako jsou například kondomy, alkoholové tampony, náplasti, filtry apod. Nedílnou součástí výměnného

programu, jehož významným rysem je ochrana většinové společnosti před infekcí, je také motivace klientů k léčbě, průnik do subkultury uživatelů, bezpečná likvidace injekčního náčiní a některé další úkony.

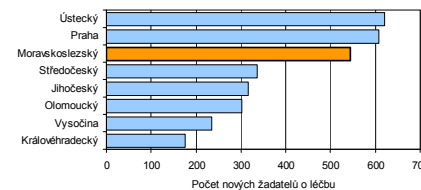
Cílem terénních programů je minimalizovat důsledky užívání drog nejen pro uživatele, ale i pro společnost:

- udržet nízký výskyt HIV/AIDS pozitivitu
- snížit výskyt žloutenek typu B, C
- snížit počet úmrtí v důsledku předávkování
- předcházet kriminalitě
- navazovat důvěru a motivovat klienty ke kontaktu se službami pro uživatele drog

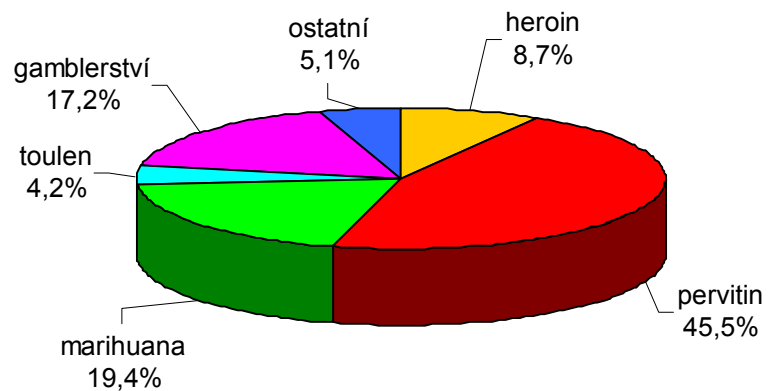
Obrázek 21 – Výměnný program stříkaček a jehel v MSK



Obrázek 20 – Počet nových žadatelů o léčbu v roce 2004



Obrázek 22 – Nejčastěji užívaná základní droga v roce 2004 v MSK



Nejčastěji užívanou drogou v roce 2004 v MSK se stala stimulační droga pervitin (45,5 % z užívaných drog). Další je pak marihuana (19,4 %) a stále

častěji užívaný heroin (8,7 %). Významný je podíl gamblerů – závislých hráčů (17,2 %).

VIII. Zdravotní stav

Údaje o zdravotním stavu byly čerpány ze statistických ročenek Českého statistického úřadu, statistických ročenek Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky, prezentačního systému zdravotnických ukazatelů DPS ÚZIS ČR Praha a z publikace Atlas of health in Europe.

Svým počtem obyvatel 1,264 milionu zaujímá kraj první místo v rámci krajů České republiky. Závažný je migrační úbytek obyvatel kraje. Věkové složení obyvatel Moravskoslezského kraje je příznivější oproti celostátnímu průměru, je zde větší podíl mladých lidí (viz kap.1).

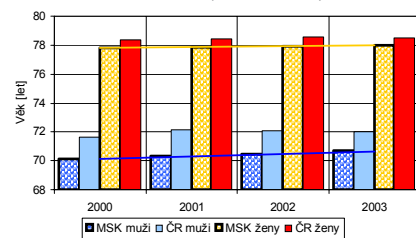
Vývoj počtu živě narozených dětí má klesající trend, hodnota MSK (9,16 na 1 000 obyvatel) je pod hodnotou ČR (9,18 na 1 000 obyvatel). V kraji se stejně jako v ČR od devadesátých let dostává přirozený přírůstek obyvatel do záporných hodnot (MSK -1,5; ČR -1,7).

Střední délka života při narození

znázorňuje, jakého věku by se v průměru dožil novorozenec, jestliže by po dobu jeho života zůstaly pravděpodobnosti úmrtí v jednotlivých letech věku takové, jako byly

v roce jeho narození. Proti roku 1985 se střední délka života při narození v ČR prodloužila u mužů a žen o přibližně 5 let. V roce 2003 byla v MSK kraji střední délka života mužů při narození 70,68 let (ČR 72,03), což je přibližně o 4 až 5 let nižší než u nejvyspělejších evropských zemí a u žen byla 77,97 let (ČR 78,51), což je přibližně o 2 až 3 roky nižší. Ve světovém srovnání mezi 192 státy se řadí ČR mezi muži na 39. místo a mezi ženami na 37. místo.

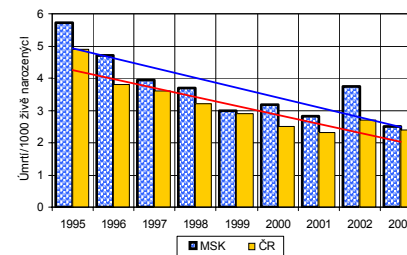
Obrázek 23 – Střední délka života při narození (ÚZIS ČR)



Novorozenecká úmrtnost

vyjadřuje počet zemřelých do 28 dnů věku na 1 000 živě narozených. V ČR a MSK vykazuje klesající trend, avšak v kraji (2,51) je vyšší než v ČR (2,36).

Obrázek 24 – Novorozenecká úmrtnost (ÚZIS ČR)



Kojenecká úmrtnost

vyjadřuje počet zemřelých do 1 roku věku na 1000 živě narozených a v posledních letech vykazuje klesající trend. V roce 2003 byla v kraji 4,19 a v ČR 3,90.

V rámci evropských zemí patří ČR mezi země s nejnižší kojeneckou úmrtností. ČR je na 3. místě obdobně jako Norsko, Rakousko a Španělsko.

Standardizovaná úmrtnost celková (SDR)

ukazuje, jaká by byla v jednotlivých zemích, krajích a okresech úmrtnost na 100 000 obyvatel, kdyby věková struktura jejich obyvatelstva byla shodná. Tento ukazatel můžeme bez obav srovnávat, neboť je na věkové struktuře zkoumaných populací prakticky nezávislý. V rámci 30 evropských zemí je ČR ve standar-

dizované úmrtnosti (SDR) na 19. místě u mužů i žen. V roce 2003 byla standardizovaná úmrtnost (přepočten na evropský standard) v MSK u mužů 1 296 na 100 000 obyvatel (ČR 1 165) a u žen 727 na 100 000 obyvatel (ČR 703). MSK je na 2. místě (muži) a na 5. místě (ženy) v porovnání s ostatními kraji ČR.

SDR se v kraji snižuje s výjimkou roku 2003. Z okresů je nejlepší situace v SDR v okresech Opava a Ostrava a nejhorší v okresech Bruntál a Nový Jičín. U žen je pak nejlepší situace v okresech Frýdek-Místek a Opava a nejhorší v Bruntále a Karviné.

Nemoci oběhové soustavy a zhoubné nádory jsou v Evropě a v rozvinutých zemích hlavní příčinou úmrtí.

V druhé polovině 60. let úmrtnost na nemoci oběhové soustavy začala rychle narůstat, nejvýrazněji pak ve středních věkových skupinách mužů. Tento trend trval s menšími výkyvy až do druhé poloviny osmdesátých let, což bylo patrné zejména ve srovnání mezinárodním. V USA od druhé poloviny šedesátých let a v západní Evropě od poloviny let sedmdesátých úmrtnost na nemoci oběhové soustavy trvale klesala.

Nemoci oběhové soustavy v MSK představují nejčastější příčinu úmrtí, na druhém místě jsou novotvary a na třetím místě jsou u mužů poranění

a otravy a u žen nemoci trávicí soustavy. Nemoci oběhové soustavy mají sice klesající trend, ale hodnoty MSK jsou vyšší než v ČR. V MSK i v ČR jsou hodnoty mužů vyšší než žen. Podíl na tomto stavu může mít nezdravý životní styl.

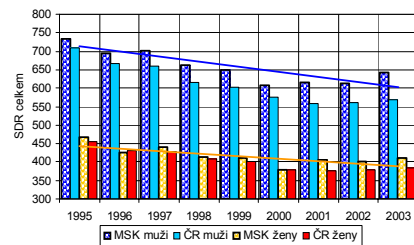
Procentuální podíl vybraných skupin diagnóz na celkové úmrtnosti v kraji a ČR uvádí tabulka č. 121.

Standardizovaná úmrtnost celková, na nemoci oběhové soustavy, na novotvary a na nemoci dýchací soustavy má od roku 1995 klesající trend, hodnoty v MSK jsou vyšší než v ČR (hodnoty u novotvarů žen v kraji jsou obdobné s hodnotami ČR), hodnoty v MSK i ČR jsou u mužů vyšší než u žen.

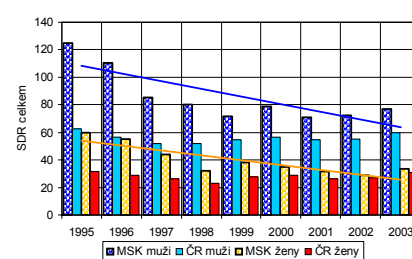
Tabulka 12 – Podíl jednotlivých diagnóz na celkové úmrtnosti v ČR a MSK

Název skupiny diagnóz	Moravskoslezský kraj		Česká republika	
	muži	ženy	muži	ženy
Oběhová soustava	45,5	58,2	47,3	58,4
Novotvary	28,5	23,3	29,5	23,8
Poranění a otravy	8,6	3,6	8,5	4,2
Trávicí soustava	5,7	4,5	4,6	3,6
Dýchací soustava	5,5	4,1	4,7	4
Ostatní	6,2	6,3	5,5	6
Celkem	100	100	100,1	100

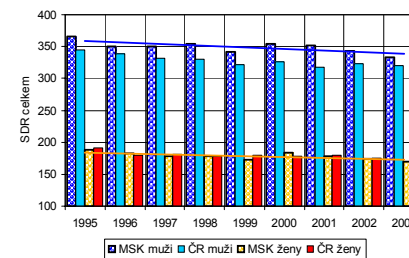
Obrázek 25 – Standardizovaná úmrtnost na nemoci oběhové soustavy (ÚZIS ČR)



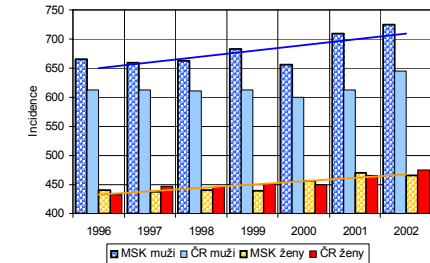
Obrázek 26 – Standardizovaná úmrtnost na nemoci dýchací soustavy (ÚZIS ČR)



Obrázek 27 – Standardizovaná úmrtnost na novotvary (ÚZIS ČR)



Obrázek 28 – Standardizované incidence všech zhoubných novotvarů (ÚZIS ČR)



V tabulce č. 13 je uvedena standardizovaná úmrtnost (evropský standard, na 100 000 obyvatel) na vybrané diagnózy zhoubných novotvarů (ZN) v kraji a v ČR roce 2002.

Tabulka 13 – Standardizovaná úmrtnost na jednotlivé diagnózy v roce 2002 v ČR a MSK

Název diagnózy (kód)	Moravskoslezský kraj		Česká republika	
	muži	ženy	muži	ženy
ZN prsu (C50)	neuveдено	23,5	neuveдено	27,4
ZN plic (C33, 34)	86,9	16,2	84,1	18,1
ZN tlustého střeva (C18)	32,8	15,1	28,6	14,9
ZN konečníku (C19, 20, 21)	23	8,9	23,1	9,6
ZN žaludku (C16)	23,1	11,9	16,9	8,6
ZN melanom kůže (C43)	2,5	2,3	3,7	2,1

Nemocnost

Incidence onemocnění (nemocnost) je definována jako počet nových onemocnění v daném roce na 100 000 obyvatel trvale bydlících v daném regionu.

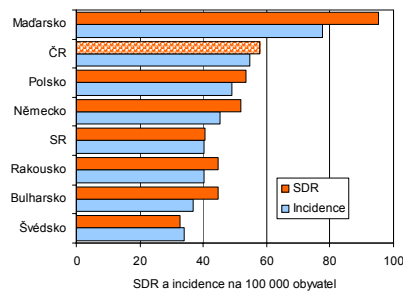
Incidence zhoubných novotvarů (poslední data z roku 2002) se u mužů

v MSK pohybuje v rozmezí mezi 650 až 750 případy na 100 000 obyvatel a u žen v MSK kolem 450 případů na 100 000 obyvatel. Riziko onemocnění zhoubnými nádory je u mužů v MSK

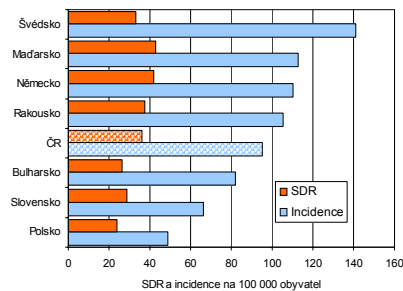
(rovněž i v ČR) přibližně o jednu třetinu vyšší než u žen. U mužů v MSK je tento ukazatel ještě o cca 10 % vyšší než u mužů v ČR. U žen v MSK se celková incidence novotvarů prakticky shoduje s incidencí novotvarů v rámci ČR.

Nejrozšířenějším nádorovým onemocněním u mužů v MSK jsou zhoubné novotvary plic se standardizovanou incidencí 92,8 případů na 100 000 obyvatel, v ČR je to 88,8 případů na 100 000 obyvatel. Toto onemocnění vykazuje mírný pokles u mužů.

Obrázek 29 – Standardizovaná úmrtnost a incidence karcinomu plic ve vybraných zemích (Atlas of health in Europe)



Obrázek 30 – SDR a incidence karcinomu prsu žen u vybraných zemí (Atlas of health in Europe)



Nejrozšířenějším onemocněním u žen v MSK je nádorové onemocnění prsu se standardizovanou incidencí 82 případů na 100 000 obyvatel. Úroveň onemocnění v kraji je přibližně totožná s úrovní onemocnění v rámci ČR. U onemocnění prsu je patrný stálý nárůst tohoto onemocnění.

V tabulce č.14 je uvedena standardizovaná incidence (evropský standard, na 100 000 obyvatel) na vybrané diagnózy zhoubných novotvarů (ZN) v MS kraji a v ČR v roce 2002.

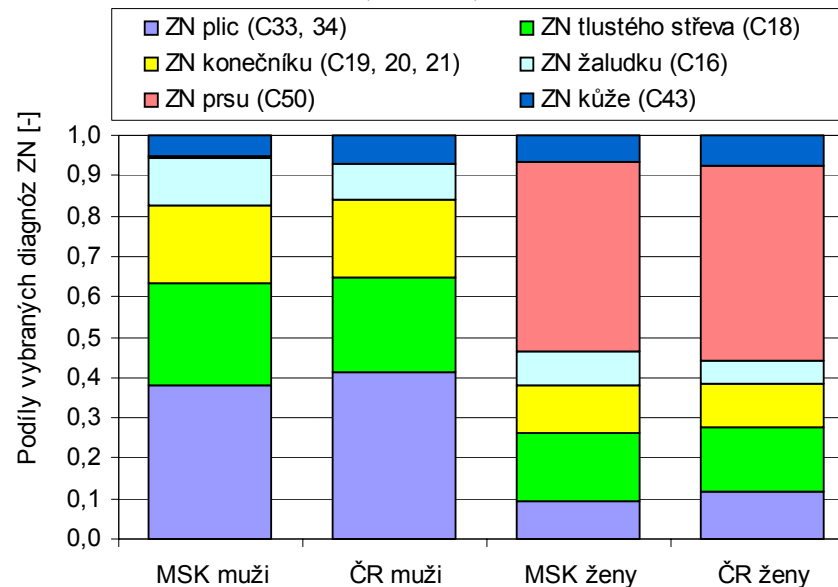
Tabulka 14 – Standardizovaná incidence onemocnění na vybrané diagnózy v roce 2002 v ČR a MSK

Název diagnózy (kód)	Moravskoslezský kraj		Česká republika	
	muži	ženy	muži	ženy
ZN prsu (C50)	neuvedeno	81,9 ↗	neuvedeno	83,6 ↗
ZN plic (C33, 34)	92,8 ↘	16,7	88,8 ↘	20,5
ZN tlustého střeva (C18)	61,7 ↗	28,8	51,2 ↗	27,1
ZN konečníku (C19, 20, 21)	47,4 ↘	20,9	41,4	18,6
ZN žaludku (C16)	27,8 ↘	14,2 ↘	19,4 ↘	9,7 ↘
ZN melanom kůže (C43)	13,1 ↗	11,2 ↗	14,8 ↗	12,7 ↗

Jako preventivní opatření proti vzniku civilizačních onemocnění se doporučuje nekouřit, snížit konzumaci alkoholu, jíst stravu bohatou na zeleninu, ovoce, luštěniny a mini-

málně zpracované obilniny, zamezit vzniku nadváhy, dodržovat přiměřenou pohybovou aktivitu, vyhýbat se nadměrnému slunění, dodržovat zdravotní a bezpečnostní pokyny při práci.

Obrázek 31 – Podíly vybraných diagnóz zhoubných nádorů v roce 2002 (ÚZIS ČR)



Prevalence diabetiků na 100 000 obyvatel

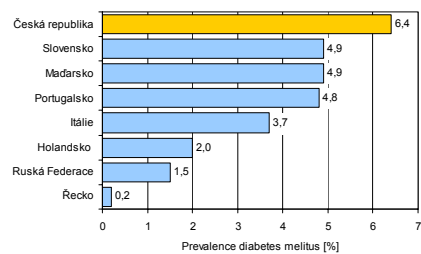
Prevalence je definována jako počet evidovaných pacientů na 100 000 obyvatel v daném roce.

Cukrovka (diabetes mellitus) je vleklé onemocnění, způsobené neschopností organismu hospodařit s cukrem. Projevuje se zvýšenou hladinou glukózy v krvi nebo jejími ztrátami močí. Tato porucha však nepostihuje jen hospodaření s cukry, zasahuje i do hospodaření s ostatními živinami a ovlivňuje tak celkově přeměnu látek v organismu. Nemocnému může již od počátku přinášet potíže v podobě neuhasitelné žízně, častějšího močení, únavy, nevykonnosti, úbytku tělesné hmotnosti a k nim se mohou

přidružovat i jiné příznaky či komplikace (např. svědění kůže, sklon k zánětům apod.). Jindy mohou být potíže minimální, což vede k podceňování nemoci a důsledky pak mohou být závažnější.

V České republice je registrováno přes 600 tisíc nemocných s cukrovkou. Stejně jako na celém světě, i u nás se počet nemocných trvale zvyšuje a předpokládá se, že každých patnáct let se počty registrovaných diabetiků zdvojnásobí.

Obrázek 32 – Diabetes mellitus (Atlas of health in Europe)

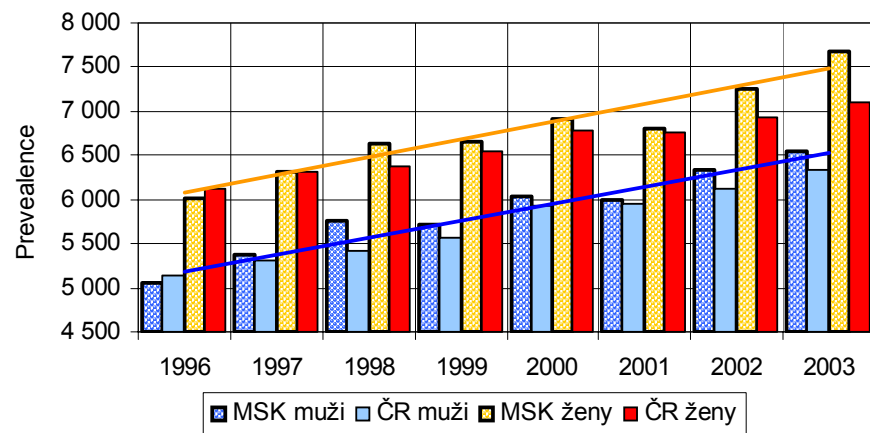


Prevalence diabetiků na 100 tisíc obyvatel je v MSK od roku 1997 vyšší než v ČR. Nemocnost u žen na 100 000 obyvatel (MSK 7676,1 a ČR 7104,7) je vyšší než u mužů na 100 000 obyvatel (MSK 6546,3 a ČR 6328,2).

Obezita

Pro zdravý vývoj každého jednotlivce je důležitá správná proporce mezi výškou a hmotností. Zdravý vývoj zejména nejmladší populace je jednou ze základních podmínek harmo-

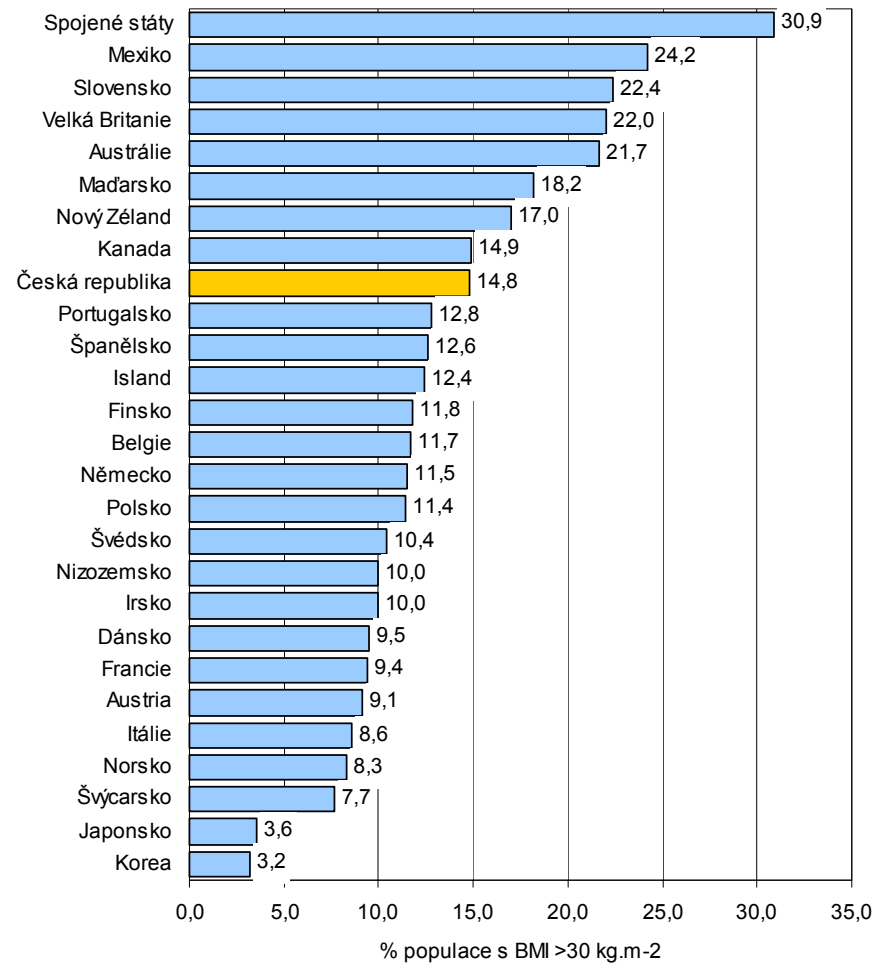
Obrázek 33 – Prevalence diabetiků (ÚZIS ČR)



nického rozvoje osobnosti a vytváří předpoklady k úspěšnému zapojení do produktivního života v dospělosti. Tělesnou konstrukci člověka neovliv-

ňují pouze genetické dispozice, ale velkou roli hrají i stravovací zvyklosti a pohybová aktivita. K vyjádření vztahu mezi tělesnou výškou

Obrázek 34 – Obezita (Atlas of health in Europe)



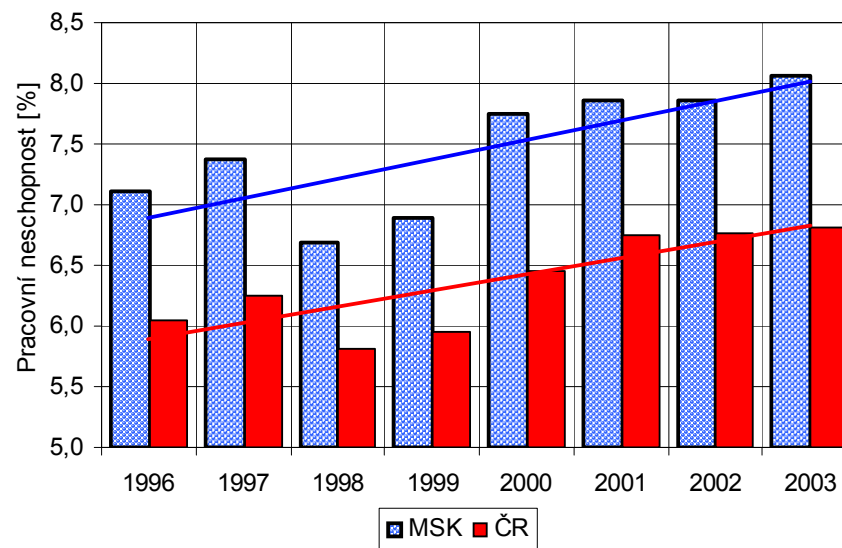
a hmotností se používá BMI (Body Mass Index), který u dospělé populace koreluje s tělesným tukem a který definujeme jako podíl hmotnosti a druhé mocniny výšky ($\text{kg}\cdot\text{m}^{-2}$). Podle hodnot BMI (index tělesné hmotnosti) rozlišujeme pět skupin: velká podváha do 18, podváha 18-20, normální váha 20-27, nadváha 27-30 a obezita 30 a více.

Nejvíce obézních obyvatel je v USA, zhruba jedna třetina. ČR je svými 15 % mezi vybranými zeměmi na 9. místě, obdobně jako Kanada a Nový Zéland. Naproti tomu nejméně obézních má Japonsko a Korea (necelá 4 %). V rámci provádění studie HAPIEE zaměřené na životní styl a zdravotní stav populace ve věku 45 až 69 let, která probíhala ve městech Karviná a Havířov v letech 2002 až 2004, byla zjištěna obezita u 31 % mužů (z celkového počtu 655 mužů) a u 44 % žen (z celkového počtu 689 žen) (viz také kap. IX).

Průměrné procento pracovní neschopnosti

Pracovní neschopnost v MSK je vyšší o více než 1 % ve srovnání s pracovní neschopností v rámci České republiky a má stoupající tendenci jak v kraji, tak také v ČR. Vyšší pracovní neschopnost souvisí pravděpodobně s vysokou nezaměstnaností v kraji. Nejvyšší procento pracovní neschopnosti

Obrázek 35 – Pracovní neschopnost v MSK a ČR (ÚZIS ČR)



v rámci kraje vykazuje v roce 2003 okres Karviná (8,7 %) a nejnižší okres Opava (6,9 %). Taktéž nejvyšší procento pracovní neschopnosti pro pracovní úraz v rámci kraje vykazuje okres Karviná (0,426 %) a nejnižší okres Opava (0,17 %).

MSK vykazuje v roce 2003 průměrné procento pracovní neschopnosti ve výši 8,1 (pro nemoc je to 7,2 %, pro ostatní úrazy 0,63 % a pro pracovní úrazy 0,25 %).

Závěr

Pokud by i do budoucna pokračovaly trendy ve vývoji zdraví z 90. let, lze předpokládat vzestup počtu nových případů nádorových onemocnění, metabolických poruch, zejména cukrovky, nemocí pohybového aparátu, nervových a duševních nemocí, psychosociálních důsledků užívání drog a vybraných infekčních onemocnění např. AIDS. Naproti tomu lze uvažovat o poklesu úmrtnosti na kardiovaskulární onemocnění.

IX. Projekty a jiné aktivity

Program ZDRAVÍ 21 v MS kraji

Zdravotní stav obyvatel kraje je v mnoha ukazatelích horší než je průměr České republiky. Jde například o střední délku života u mužů i žen, novorozeneckou úmrtnost, kojeneckou úmrtnost, standardizovanou úmrtnost celkovou a na nemoci oběhové soustavy. Proto je třeba hledat cesty ke změně tohoto stavu a ke zlepšování zdraví obyvatel kraje. Jedním z dosažitelných prostředků k naplnění tohoto cíle je program „Zdraví 21 v Moravsko-slezském kraji“.

Obecný základ programu je dán deklarací Světové zdravotnické organizace (květen 1998) a usnesením vlády ČR (říjen 2002), kde se shodně konstatuje, že zdraví je jedním ze základních lidských práv a jeho zlepšování hlavním cílem sociálního a hospodářského vývoje.

Program „Zdraví 21 v MSK“ si stanovil z definovaných jednadvaceti cílů WHO jako prioritní následující cíle:

- Cíl 3 Zdravý start do života
- Cíl 4 Zdraví mladých
- Cíl 5 Zdravé stárnutí

- Cíl 9 Snížení výskytu poranění způsobených násilím a úrazy
- Cíl 10 Zdravé a bezpečné životní prostředí
- Cíl 11 Zdravější životní styl
- Cíl 12 Snížit škody způsobené alkoholem, drogami a tabákem
- Cíl 13 Zdravé místní životní podmínky

Nutno podotknout, že ani program jako takový, ani jednotlivé jeho cíle, nejsou rigidní a naopak se očekává, že budou průběžně hodnoceny a doplňovány. V každém případě by měly reflektovat konkrétní podmínky v daném území a odpovídat potřebám regionu, obce, komunity a zvláště občanů.

V Moravskoslezském kraji má program za sebou první rok fungování.

Cílem bylo (nejen pro rok 2004) aktivně zapojit do programu zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva maximum subjektů, které mohou zasáhnout do pozitivního ovlivnění zdraví na úrovni regionu. Dále pak dosáhnout úzkou součinností všech zapojených subjektů, vzájemnou informovanost a zkoordinovat programy a aktivity v oblasti ochrany zdraví a životního prostředí.

Od počátku roku probíhala řada jednání, zahájených již v roce 2003, s orgány krajské samosprávy – sociálním a zdravotním výborem zastupitelstva kraje, členy rady kraje, hejtmanem i řadou dalších institucí i osobností participujících v oblasti podpory zdraví.

Výsledkem této přípravné fáze bylo vytipování priorit pro MSK, které probíhalo na základě znalosti prostředí, problémů a specifík kraje, respektu k pohledu odborníků i zohlednění názorů a rolí politiků. Výsledkem bylo nalezení konsensu zúčastněných subjektů o upřednostnění cílů označených čísly 3, 4, 5, 9, 10, 11, 12, 13. Cíle je možno uspořádat do skupin „zdravé stárnutí-senioři“, „mládež“, „životní prostředí“ a „životní styl“. V další fázi pak sociální a zdravotní výbor zastupitelstva kraje ustanovil pracovní skupiny k naplňování programu.

Pracovní skupiny mají následující strukturu:

- Řídící komise
- Komise pro seniory (cíl 5)
- Komise pro mládež (cíle 3, 4, 9)
- Komise pro životní prostředí (cíle 10 a 13)
- Komise pro životní styl a neinfekční nemoci (cíle 11, 12)
- Koordinační komise

V pracovních skupinách jsou zastoupeni odborníci v daném oboru, zástupci neziskových organizací, regionální i komunální politici.

Konkrétní výstupy, aktivity a doporučení pracovních skupin:

- Byla provedena sumarizace (analýza) aktivit ORP (obce s rozšířenou působností - v kraji 22) v oblasti ochrany životního prostředí zařaditelných do rámce programu
- V oblasti životního stylu byly definovány podstatné problémy - obezita, stres, osteoporóza a stav chrupu dětí
- Byly připraveny populárně odborné tiskové materiály pro prezentaci v médiích ke zvládnutí stresu a ekonomické dostupnosti zdravé výživy
- Jsou připraveny k odborným připomínkám texty k problematice osteoporóza, péče o chrup dětí
- Byla využita při zadávání bakalářských a magisterských prací studentů Ostravské univerzity témata programu (životní styl, problematika mládeže, děti se syndromem CAN, domácí násilí...)
- Aktivity programu byly vyhlášeny k podpoře v grantových tématech Moravskoslezského kraje
- Komise doporučují

- * připravit adresáře, seznamy poskytovaných sociálně zdravotních služeb na jejich území
- * finančně podpořit alternativní formy péče o seniory (domácí péče, osobní asistence)
- * hledat metodu omezení kouření na veřejných místech
- * aplikovat program „Školní mléko“
- * připravit modifikaci „Národního programu přípravy na stárnutí“
- * zavést monitoring kvality ovzduší, povrchové vody, půdy
- * medializovat problematiku seniorů a měnit postoj společnosti k seniorům i seniorů k sobě samým

Program Zdraví 21 se týká celé populace v MSK, jeho prostřednictvím chceme oslovit co možná největší podíl obyvatel kraje. Program je otevřený a může zahrnovat řadu aktivit v oblasti ochrany zdraví a životního prostředí jako např. snižování expozice obyvatel zdravotními riziky vyplývajícími ze znečištění vody, vzduchu a půdy, nadměrného hluku, nakládání s odpady, programy na zkvalitnění zdravotní péče o občany, především mládež a seniory, programy zaměřené na zdravější životní styl, zejména u mladé generace (sport a pohybové aktivity, racionální výživa, prevence toxikománie), programy na prevenci úrazů, zdravější bydlení apod.

Mezinárodní studie HAPIEE - Zdraví a životní styl populace střední a východní Evropy

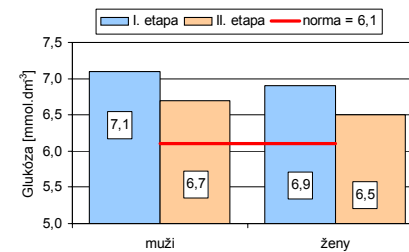
Cílem studie je zjistit míru poškození zdravotního stavu obyvatelstva a prozkoumat příčiny vysoké kardio-vaskulární nemocnosti ve státech střední a východní Evropy. Probíhá ve spolupráci s University College London a Státním zdravotním ústavem Praha.

Studie proběhla zatím ve dvou etapách a to listopad 2002 – květen 2003 a listopad 2003 – květen 2004 ve vybraných městech České republiky (Karviná/Havířov, Ústí nad Labem, Liberec, Jihlava, Kroměříž, Hradec Králové), v Polsku a Rusku.

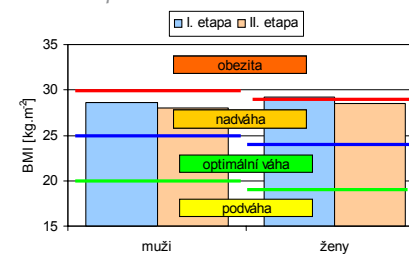
Ve druhé etapě, která probíhala v Havířově od listopadu 2003 do května 2004, bylo osloveno pracovníky KHS MSK 1 400 náhodně vybraných obyvatel (700 mužů a 700 žen) ve věku od 45 do 69 let, kteří byli požádáni o vyplnění anonymních zdravotních dotazníků a bylo jim nabídnuto bezplatné vyšetření rizikových faktorů srdečně cévních onemocnění včetně konzultace s lékařem k naměřeným výsledkům a k možnostem minimalizace rizikových faktorů srdečně cévních onemocnění. Na dotazník odpovědělo 830 respondentů, vyšetření absolvovalo 730 osob.

Některé varující odpovědi respondentů z části osobních názorů a sociálních podmínek: 29 % respondentů uvedlo, že nevěnuje tělesné výchově, sportu a turistice ani hodinu týdně, 23 % respondentů v současné době kouří a 14 % se necítí v noci v okolí svého bydliště bezpečně.

Obrázek 36 – Průměrné hodnoty glukózy v krvi u respondentů studie HAPIEE



Obrázek 37 – Průměrné hodnoty BMI u respondentů studie HAPIEE



Body Mass Index (zkratka BMI) lze přeložit jako index tělesné hmotnosti. BMI vzájemně porovnává výšku a hmotnost člověka. Zjednodušeně lze říci, že vypočítaná hodnota BMI říká,

jestli je hmotnost jedince optimální hmotnost nebo jde o nadváhu či podváhu.

BMI lze vypočítat jednoduše a to tak, že hmotnost v kilogramech se vydělí druhou mocninou výšky v metrech. Pro příklad výška 174 cm a hmotnost 82 kg bude výpočet vypadat takto:

$$\text{BMI} = 82 / 1,74^2 = 82 / 3,03 = 27$$

Kardiovaskulární onemocnění se podílejí celosvětově každoročně zhruba jednou třetinou na celkové úmrtnosti. Tato onemocnění jsou již několik let na prvním místě v příčinách úmrtí jak u mužů, tak i u žen v Moravskoslezském kraji i v České republice a jsou také nejčastější příčinou hospitalizací.

Přitom více než polovině všech úmrtí a pracovní neschopnosti na akutní srdeční infarkt a cévní mozkovou příhodu lze předcházet a to zanecháním kouření, zdravou stravou, pouze velmi střídmým pitím alkoholu a pravidelnou pohybovou aktivitu.

Projekt podpory zdraví „Ženy v domácnosti nesmí zůstat bez informací o své šanci zůstat zdravé“

V rámci Národního programu zdraví byl realizován ve městech Karviná a Havířov druhý rok celkem tříletého projektu „Ženy v domácnosti nesmí

zůstat bez informací o své šanci zůstat zdravé“. Cílem projektu je zvýšit informovanost o rizikových faktorech nádorových onemocnění a jejich včasném zachytu včetně ovlivnění možných rizik u dívek ve věku od 18 do 25 let a žen ve věku 45 let a starších, zvláštní důraz je kladen na časné vyhledávání rakoviny prsu. Tato prevence má velký význam z hlediska další úspěšné léčby.

Je potřeba si uvědomit, že nádorová onemocnění jsou v České republice druhou nejčastější příčinou úmrtí. Nádorem prsu onemocní v České republice během svého života každá dvanáctá žena, což je 4 500 žen ročně a toto číslo se každý rok zvyšuje.

Dívky ve věku od 18 do 25 let byly osloveny v rámci přednášek na středních a vysokých školách včetně promítnutí instruktážního filmu a provedení praktického nácviku samovyšetření prsu pod vedením zkušených zdravotnických pracovníků. V anketě provedené po přednáškách uvedlo 90 % z celkem 68 studentek, že získalo nové informace o onemocnění nádorem prsu a zvýšilo si svou úroveň znalostí o tomto onemocnění.

Další skupinou byly ženy ve věku od 45 do 69 let (celkem 174), kterým byly podány podrobné informace o samovyšetření prsu s cílem zařadit toto vyšetření mezi osobní hygienické návyky. Téměř devět z deseti žen

uvedlo, že by chtělo ovlivnit svůj životní styl, což je prospěšné, neboť bylo zjištěno, že u žen ve věku nad 60 let trpí obezitou 45 % z nich a stejné procento žen má nadváhu.

Zdravotně výchovný materiál o samovyšetření prsu byl zpřístupněn širokému okruhu žen všech věkových kategorií s využitím havírovských lékáren, veřejných institucí včetně městských informačních center a obcí s rozšířenou působností v celokrajském měřítku. Celkem bylo na území kraje distribuováno přes 15 000 letáků, z toho 7 000 bylo poskytnuto regionálně. Zároveň proběhla i mediální regionální kampaň prostřednictvím Radničních listů pro 35 000 havírovských domácností. Pro uživatele Internetu je k dispozici webová stránka www.khsova.cz. O zjištěných z projektu byla rovněž informována odborná veřejnost formou prezentace na celostátní konferenci.

Motivované vyhledávání nemocných TBC mezi bezdomovci a jinými sociálně slabými skupinami obyvatelstva.

Cílem akce, zaměřené proti šíření tuberkulózy, bylo motivované vyhledávání onemocnění plicní tuberkulózou mezi bezdomovci,

narkomany a jinými sociálně slabými vrstvami obyvatelstva a jeho následná léčba. Motivace k tomuto vyšetření spočívala v předání poukázky na odběr potravin v hodnotě 100 Kč pro každého vyšetřeného. Projekt byl plněn v rámci dvouleté smlouvy mezi Ministerstvem zdravotnictví České republiky a Regionálním úřadem pro Evropu Světové zdravotnické organizace na léta 2004/2005.

Vyšetření proběhlo v listopadu 2004 na území okresů Karviná a Ostrava, v mobilní jednotce s rentgenovou technikou - autobusu Mobix, kterou zapůjčila Armáda ČR. Souběžně s vyšetřením byly s jednotlivými osobami vyplňovány dotazníky s otázkami na zdravotní stav a socioekonomické poměry.

Krajská hygienická stanice Moravskoslezského kraje byla koordinátorem akce v těsné spolupráci s Fakultní nemocnicí v Ostravě-Porubě a ve spolupráci s pracovníky Národní jednotky dohledu nad tuberkulózou v Praze. Na zajištění účasti cílových osob na vyšetření spolupracovaly charitativní organizace (Slezská diakonie, Armáda spásy) a Magistrát města Ostravy. Na realizaci projektu byla získána dotace Moravskoslezského kraje.

Vyšetřeno bylo celkem 279 osob (157 v okrese Karviná a 122 v Ostravě). Přitom bylo zjištěno 17 pozitivních

plicních nálezů. Následným podrobným vyšetřením čtrnácti těchto vyšetřených byla vyloučena aktivní plicní tuberkulóza.

V rámci dotazníkové akce bylo zjištěno, že mezi vyšetřovanými byly nejvíce zastoupeny osoby ve věku 41 - 50 let (36,6 %) a osoby ve věku 31- 40 let (24 %). Z celkem vyšetřených 279 osob byly ženy zastoupeny 6,8 %, muži 93,2 %. Z hlediska rodinného stavu byla více než polovina osob svobodných 51,6 %, rozvedených 41,9 %, ženatých 3,9 % a 2,5 % ovdovělých. Analýza údajů o vzdělání ukázala, že největší část vyšetřených 65 % má ukončeno jen základní vzdělání, 32 % středoškolské a 3 % vysokoškolské. Výsledky této akce vypovídají v základních pohledech o životě takzvaných bezdomovců, z nichž většina (52%) využívá azylových zařízení, která jim zabezpečují uspokojování bazálních potřeb.

V letošním roce bude KHS MSK v tomto projektu pokračovat, cílová skupina i metodika vyšetřování budou pro rok 2005 v nejbližší době stanoveny.

Seznam obrázků

Obrázek 1	Koncentrace benzenu v ovzduší – rok 2004	11
Obrázek 2	Koncentrace benzo(a)pyrenu v ovzduší – rok 2004	11
Obrázek 3	Výsledky kontrol stravovacích zařízení v roce 2004	16
Obrázek 4	Výsledky kontrol potravinářských výroben v roce 2004	17
Obrázek 5	Výsledky kontrol výrobků v MS kraji v roce 2004	17
Obrázek 6	Výsledky kontrol služeb v MS kraji v roce 2004	18
Obrázek 7	Nemoci z povolání v MS kraj	23
Obrázek 8	Incidence nemocí z povolání v MS kraji a ČR	23
Obrázek 9	Podíl jednotlivých okresů MSK na nemocech z povolání (2000-2003)	24
Obrázek 10	Otravy chemickými látkami v MSK	24
Obrázek 11	Onemocnění z nadměrného hluku v MSK	24
Obrázek 12	Onemocnění z nadměrných vibrací v MSK	24
Obrázek 13	Onemocnění z nadměrného jednostranného zatížení v MSK ..	24
Obrázek 14	Onemocnění pneumokoniózou v MSK	25
Obrázek 15	Kožní profesionální onemocnění v MSK	25
Obrázek 16	Infekční onemocnění v MSK	25
Obrázek 17	Vývoj onemocnění pneumokoniózou a počet pracovníků od roku 1961	26
Obrázek 18	Infekční onemocnění v MSK	28
Obrázek 19	Počet všech hlášených návštěv v L/K centrech a nově evidovaní uživatelé drog - žadatelé o léčbu v daném roce v MSK	29
Obrázek 20	Počet nových žadatelů o léčbu v roce 2004	29
Obrázek 21	Výměnný program stříkaček a jehel v MSK	29
Obrázek 22	Nejčastěji užívaná základní droga v roce 2004 v MSK	30
Obrázek 23	Střední délka života při narození (ÚZIS ČR)	31
Obrázek 24	Novorozenecká úmrtnost (ÚZIS ČR)	31
Obrázek 25	Standardizovaná úmrtnost na nemoci oběhové soustavy (ÚZIS ČR)	32
Obrázek 26	Standardizovaná úmrtnost na nemoci dýchací soustavy (ÚZIS ČR)	32
Obrázek 27	Standardizovaná úmrtnost na novotvary (ÚZIS ČR)	32
Obrázek 28	Standardizované incidence všech zhoubných novotvarů (ÚZIS ČR)	32

Obrázek 29	Standardizovaná úmrtnost a incidence karcinomu plic ve vybraných zemích (Atlas of health in Europe)	33
Obrázek 30	SDR a incidence karcinomu prsu žen u vybraných zemí (Atlas of health in Europe)	33
Obrázek 31	Podíly vybraných diagnóz zhoubných nádorů v roce 2002 (ÚZIS ČR)	33
Obrázek 32	Diabetes mellitus (Atlas of health in Europe)	34
Obrázek 33	Prevalence diabetiků (ÚZIS ČR)	34
Obrázek 34	Obezita (Atlas of health in Europe)	34
Obrázek 35	Pracovní neschopnost v MS kraji a ČR (ÚZIS ČR)	35
Obrázek 36	Průměrné hodnoty glukózy v krvi u respondentů studie HAPIEE	37
Obrázek 37	Průměrné hodnoty BMI u respondentů studie HAPIEE	37

Seznam tabulek

Tabulka 1	Příjemci důchodů v roce 2004 v ČR a MSK	4
Tabulka 2	Přehled kontrolní činnosti KHS MS kraje v roce 2004	7
Tabulka 3	Přehled stanovisek KHS MS kraje v roce 2004	7
Tabulka 4	Roční průměry SO ₂ , NO ₂ a PM10 v MS kraji v roce 2004	10
Tabulka 5	Průměrné roční koncentrace prachu PM 10 (zdroj ČHMU Ostrava)	10
Tabulka 6	Rozdělení vodovodů v MSK podle zásobovaných obyvatel (rok 2004)	12
Tabulka 7	Přehled o počtu koupališť a koupacích oblastí v MSK v roce 2004	13
Tabulka 8	Přehled koupacích oblastí v MSK v roce 2004 s uvedením kvality vody	14
Tabulka 9	Nemoci z povolání v ČR a MSK	23
Tabulka 10	Infekční onemocnění v MSK	28
Tabulka 11	Databáze L/K center v MSK v roce 2004	29
Tabulka 12	Podíl jednotlivých diagnóz na celkové úmrtnosti v ČR a MSK	32
Tabulka 13	Standardizovaná úmrtnost na jednotlivé diagnózy v roce 2002 v ČR a MSK	32
Tabulka 14	Standardizovaná incidence onemocnění na vybrané diagnózy v roce 2002 v ČR a MSK	33

Obsah

Předmluva	3	VII. Epidemiologická situace v roce 2004	28
I. Moravskoslezský kraj	4	Drogová epidemiologie	29
II. Kontrolní činnost v roce 2004	7	VIII. Zdravotní stav	31
Hygiena obecná a komunální	7	Střední délka života při narození	31
Hygiena výživy a předmětů běžného užívání	7	Novorozenecká úmrtnost	31
Hygiena dětí a dorostu	8	Kojenecká úmrtnost	31
Hygiena práce	8	Standardizovaná úmrtnost celková (SDR)	31
Infekční epidemiologie, hygiena zdravotnických zařízení	8	Nemocnost	31
III. Stav a vývoj složek životního prostředí	10	Prevalence diabetiků na 100 000 obyvatel	33
Ovzduší	10	Obezita	34
Závěr	11	Průměrné procento pracovní neschopnosti	35
Pitná voda	12	Závěr	35
Celkové hodnocení kvality pitné vody	13	IX. Projekty a jiné aktivity	36
Koupaliště a koupací oblasti	13	Program ZDRAVÍ 21 v MS kraji	36
Koupaliště krytá a letní	13	Mezinárodní studie HAPIEE - Zdraví	
Koupaliště ve volné přírodě	14	a životní styl populace střední a východní Evropy	37
Koupací oblasti	14	Projekt podpory zdraví „Ženy v domácnosti nesmí	
Ostatní vodní plochy	15	zůstat bez informací o své šanci zůstat zdravé“	37
IV. Ochrana spotřebitele	16	Motivované vyhledávání nemocných TBC mezibezdomovci	
V. Podmínky pro výchovu, vzdělávání a zotavení dětí		a jinými sociálně slabými skupinami obyvatelstva.	38
a mladistvých	19	Seznam obrázků a tabulek	39
Zotavovací akce	19		
Strava dětí - doporučení „Aby nám děti zdravě rostly“	20		
VI. Ochrana zdraví při práci	22		
Nemoci z povolání	23		
Pneumokoniózy	25		
Závěr	25		
Kontrola účinnosti zdravotních opatření k ochraně zdraví			
horníků	26		