

do Oceny stanu zdrowia oraz określenia potrzeb zdrowotnych mieszkańców województwa lubelskiego na potrzeby opracowywania programów polityki zdrowotnej realizowanych przez Samorząd Województwa Lubelskiego w latach 2016-2021

SPIS TREŚCI

1. Analiza sytuacji zdrowotnej – główne zagrożenia zdrowia mieszkańców województwa lubelskiego	2
1.1. Analiza epidemiologiczna	2
1.1.1. Umieralność.....	2
1.1.2. Samobójstwa i próby samobójcze	17
1.1.3. Chorobowość, zachorowalność	20
1.1.4. Niepełnosprawność	37
1.1.5. Wypadkowość	45
1.1.6. Choroby zawodowe	56

1. Analiza sytuacji zdrowotnej – główne zagrożenia zdrowia mieszkańców województwa lubelskiego

1.1. Analiza epidemiologiczna

1.1.1. Umieralność

Z analizy danych dotyczących zgonów mieszkańców woj. lubelskiego wynika, że ich wskaźnik jest znacznie wyższy w porównaniu z innymi województwami w Polsce. W 2013 roku na terenie województwa lubelskiego zmarło 22 849 osób (rycina 1). Liczba zgonów w 2013 roku w porównaniu z rokiem 2005 zmniejszyła się o 333 (1,4%), ale w porównaniu z rokiem poprzednim (2012) wzrosła 1,3% (287 osób). W przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców województwa lubelskiego, w 2013 roku przypadło 1058 zgonów (tabela 1). Był to wskaźnik znacznie wyższy niż w skali całego kraju (1006) i jeden z wyższych w porównaniu z innymi województwami. Wyższą liczbę zgonów odnotowano tylko w województwie śląskim, świętokrzyskim i łódzkim.

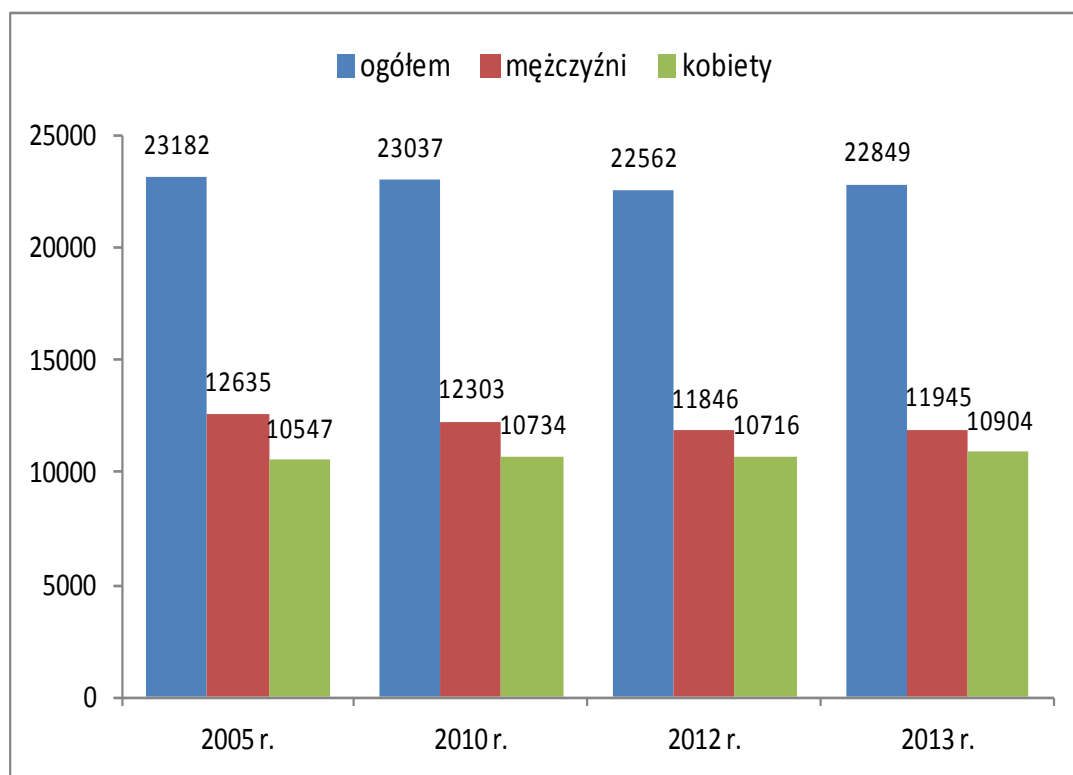
Tabela 1. Zgony w 2013 roku wg województw na 100 tys. ludności

	ogółem	miasto	wieś
Polska	1006	1009	1001
Łódzkie	1241	1250	1227
Świętokrzyskie	1117	1036	1183
Śląskie	1067	1088	996
Lubelskie	1058	896	1197
Dolnośląskie	1048	1077	980
Mazowieckie	1022	998	1066
Opolskie	1020	1001	1040
Podlaskie	1016	856	1258
Zachodniopomorskie	988	999	964
Lubuskie	983	984	980
Kujawsko-pomorskie	978	1017	919
Warmińsko-mazurskie	961	957	968
Wielkopolskie	932	967	889
Małopolskie	902	929	876
Pomorskie	876	950	738
Podkarpackie	873	799	926

Źródło: Rocznik Statystyczny województw 2013. GUS. Warszawa 2014 s.258

Wskaźnik zgonów w województwie lubelskim jest znacząco wyższy niż w województwie wielkopolskim (o 126 osoby), małopolskim (156), pomorskim (182) i podkarpackim (185).

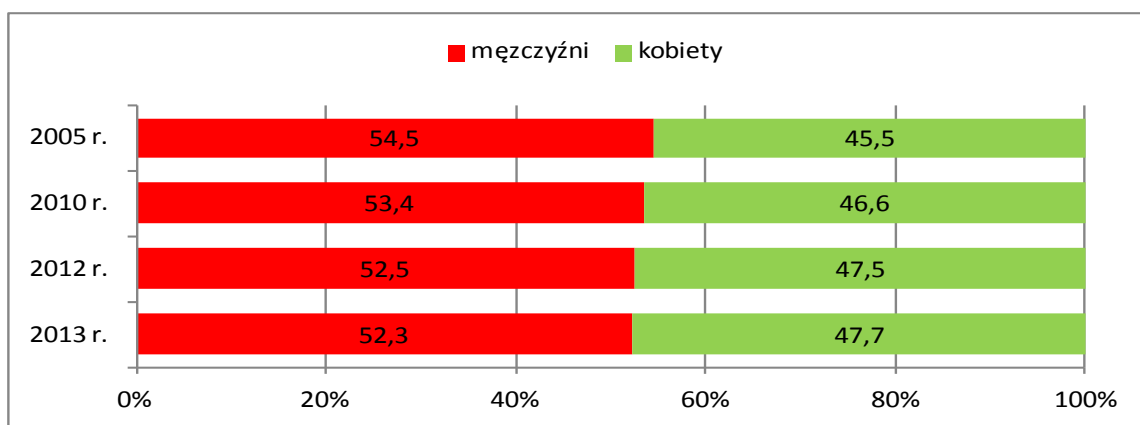
Województwo lubelskie charakteryzuje się dużą dysproporcją pomiędzy wskaźnikiem zgonów w mieście i na wsi - wysoki wskaźnik zgonów na wsi (1197 na 100 tys. mieszkańców wsi) i niski wskaźnik zgonów w mieście (896 na 100 tys. mieszkańców miast) (tabela 1). Wskaźnik zgonów wśród mieszkańców lubelskich wsi jest znacznie wyższy w porównaniu z analogicznym wskaźnikiem dla całego kraju (o 196 osób na 100 tys.) i tylko w dwóch województwach wskaźnik zgonów na wsi jest wyższy (łódzkie i podlaskie) niż na Lubelszczyźnie. Jednocześnie wskaźnik zgonów w mieście jest jednym z najniższych w kraju. Niższy stwierdzono jedynie w województwie podlaskim (856 na 100 tys.) i podkarpackim (799), które podobnie jak województwo lubelskie są regionami typowo rolniczymi o niskim stopniu urbanizacji i uprzemysłowienia.



Źródło: na podstawie - Rocznik Statystyczny województwa lubelskiego 2014, s.111

Rycina 1. Zgony wg płci w województwie lubelskim w latach 2005-2013

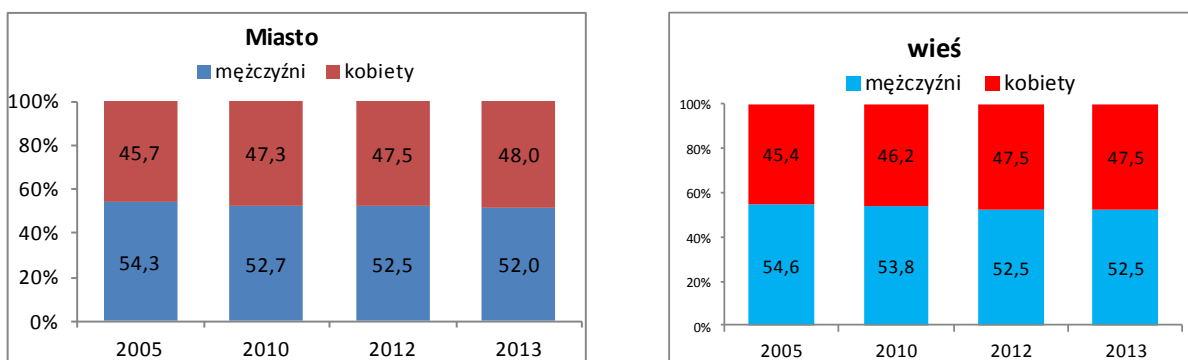
Struktura zgonów według płci świadczy o nadumieralności mężczyzn; w 2013 roku w województwie lubelskim zmarło 11 945 mężczyzn i 10 904 kobiet. We wszystkich analizowanych latach stwierdzono znaczącą nadwyżkę zgonów mężczyzn w porównaniu z liczbą zgonów kobiet. Od roku 2005 zaobserwowano tendencję systematycznego zmniejszania się dysproporcji pomiędzy liczbą zgonów kobiet i mężczyzn (Ryc.1, 2). Zgony mężczyzn w 2005 r. stanowiły 54,5% ogółu zgonów w województwie lubelskim, natomiast do roku 2013 odsetek ten zmniejszył się do 52,5%.



Źródło: Obliczenia własne - Rocznik Statystyczny województwa lubelskiego 2014, s.111

Rycina 2. Odsetki zgonów wg płci w województwie lubelskim w latach 2005-2013

W 2013 roku w województwie lubelskim zmarło 13 867 mieszkańców wsi i 8982 mieszkańców miast. Zarówno w mieście jak i na wsi stwierdzono nadumieralność mężczyzn. W mieście zgony mężczyzn stanowiły 52,0% ogółu zgonów mieszkańców miast, a na wsi zgony mężczyzn stanowiły 52,5% (rycina 3.). Porównanie proporcji pomiędzy liczbą zgonów kobiet i mężczyzn w zależności od środowiska zamieszkania wskazuje, że skala nadumieralności mężczyzn w ostatnich latach jest podobna w mieście i na wsi. W obu środowiskach podobna jest również tendencja zmniejszania się dysproporcji pomiędzy liczbą zgonów mężczyzn i kobiet.



Źródło: Obliczenia własne - Rocznik Statystyczny województwa lubelskiego 2014, s.111

Rycina 3. Odsetki zgonów wg płci i miejsca zamieszkania w województwie lubelskim w latach 2005-2013

W 2013 roku najczęstszą przyczyną zgonów w woj. lubelskim były choroby układu krążenia, choroby nowotworowe, oraz urazy i zatrucia (tabela 2).

W grupie chorób układu krążenia najczęstszą przyczyną zgonów była miażdżycy, choroby naczyń mózgowych oraz choroba niedokrwienna serca. Zjawisko umieralności z powodu chorób układu krążenia jest zróżnicowane w zależności od płci oraz miejsca

zamieszkania (tabela 2). Te choroby są nieznacznie częściej przyczyną zgonów kobiet (558 zgonów na 100 tys. kobiet) niż mężczyzn (494 na 100 tys. mężczyzn) i znacząco częstszą przyczyną zgonów mieszkańców wsi (628 na 100 tys. ludności wiejskiej) niż mieszkańców miast (412 na 100 tys. ludności miejskiej). Kobiety częściej niż mężczyźni umierają z powodu chorób naczyń mózgowych oraz miażdżycy, a mężczyźni częściej umierają z powodu choroby niedokrwiennej serca i zawału serca. Większa umieralność z powodu chorób układu krążenia wśród mieszkańców wsi niż miast jest skutkiem głównie dwóch chorób - miażdżycy i chorób naczyń mózgowych.

Nowotwory złośliwe to wśród chorób nowotworowych najczęstsze przyczyny zgonów (przyczyny 219 zgonów na 100 tys. ludności). W tej grupie przyczyn najwięcej zgonów odnotowano z powodu nowotworów układu oddechowego (tchawicy, oskrzeli i płuc – 52 zgony na 100 tys.). Stosunkowo częstą przyczyną zgonów były nowotwory sutka u kobiet, żołądka, trzustki i gruczołu krokowego. Nowotwory złośliwe były zdecydowanie częściej przyczyną zgonów wśród mężczyzn (267 zgonów na 100 tys. mężczyzn) niż wśród kobiet (174 zgony). Biorąc pod uwagę nowotwory, na które chorują zarówno kobiety jak i mężczyźni stwierdzono dużą różnicę w liczbie zgonów z powodu nowotworu żołądka – mężczyźni dwukrotnie częściej niż kobiety oraz z powodu nowotworów układu oddechowego – mężczyźni prawie czterokrotnie częściej niż kobiety (tabela 2). Nie stwierdzono znaczących różnic w liczbie zgonów spowodowanych nowotworami wśród mieszkańców miast i wsi.

Tabela 2. Przyczyny zgonów w województwie lubelskim w 2013 roku na 100 tys. ludności.

	ogółem	mężczyźni	kobiety	miasto	wieś
Choroby zakaźne i pasożytnicze	5	6	4	5	5
w tym gruźlica i następstwa gruźlicy	1	2	1	1	2
Nowotwory	228	277	182	227	230
w tym nowotwory złośliwe	219	267	174	219	220
w tym: żołądka	11	15	7	11	10
trzustki	10	11	10	11	9
tchawicy, oskrzela i płuca	52	84	22	52	53
sutka u kobiet	11	0	21	12	9
szyjki macicy	4	0	7	4	3
gruczołu krokowego	10	22	0	9	12
białaczka	7	7	6	7	6
Zaburzenia wydzielania wewnętrznego, odżywiania i przemiany metabolicznej	16	15	17	14	18
w tym cukrzyca	16	15	17	14	17
Choroby układu nerwowego i narządów zmysłów	14	13	16	13	15
Choroby układu krążenia	527	494	558	412	628
w tym: choroba nadciśnieniowa	8	6	9	6	9

choroba niedokrwienna serca	78	92	64	72	83
w tym: ostry zawał serca	39	50	28	38	39
choroby naczyń mózgowych	101	89	112	71	127
miażdżyca	154	111	194	108	193
Choroby układu oddechowego	48	62	35	39	56
Choroby układu trawiennego	35	44	27	35	35
w tym: zwłóknienie i marskość wątroby	6	9	3	6	6
Choroby układu moczowo-płciowego	11	10	11	8	13
Wady rozwojowe wrodzone	2	3	2	2	2
Objawy i stany niedokładnie określone	80	91	69	61	96
Urazy i zatrucia wg zewnętrznej przyczyny	68	106	33	51	83
w tym: wypadki	16	24	8	11	20
samobójstwa	22	40	5	15	27

Źródło: Obliczenia własne - Rocznik Statystyczny województwa lubelskiego 2014, s.112-113.

Trzecią pod względem częstości przyczyną zgonów są urazy i zatrucia wg zewnętrznej przyczyny, w tym między innymi wypadki i samobójstwa. Te zdarzenia są częściej przyczyną zgonów mężczyzn (106 na 100 tys. mężczyzn) niż kobiet (33 na 100 tys. kobiet). W populacji mężczyzn województwa lubelskiego kilkakrotnie częściej niż w populacji kobiet przyczyną zgonów są wypadki (trzykrotnie częściej) oraz samobójstwa (ośmiokrotnie częściej). Wypadki i zatrucia jako przyczyny zgonów częściej występują wśród mieszkańców wsi (83 zgony na 100 tys. ludności) niż wśród mieszkańców miast (51 zgonów).

Tabela. 3. Surowe współczynniki zachorowań na nowotwory złośliwe na 100 tys. ludności w latach 2000 do 2010 w województwie lubelskim wg powiatów

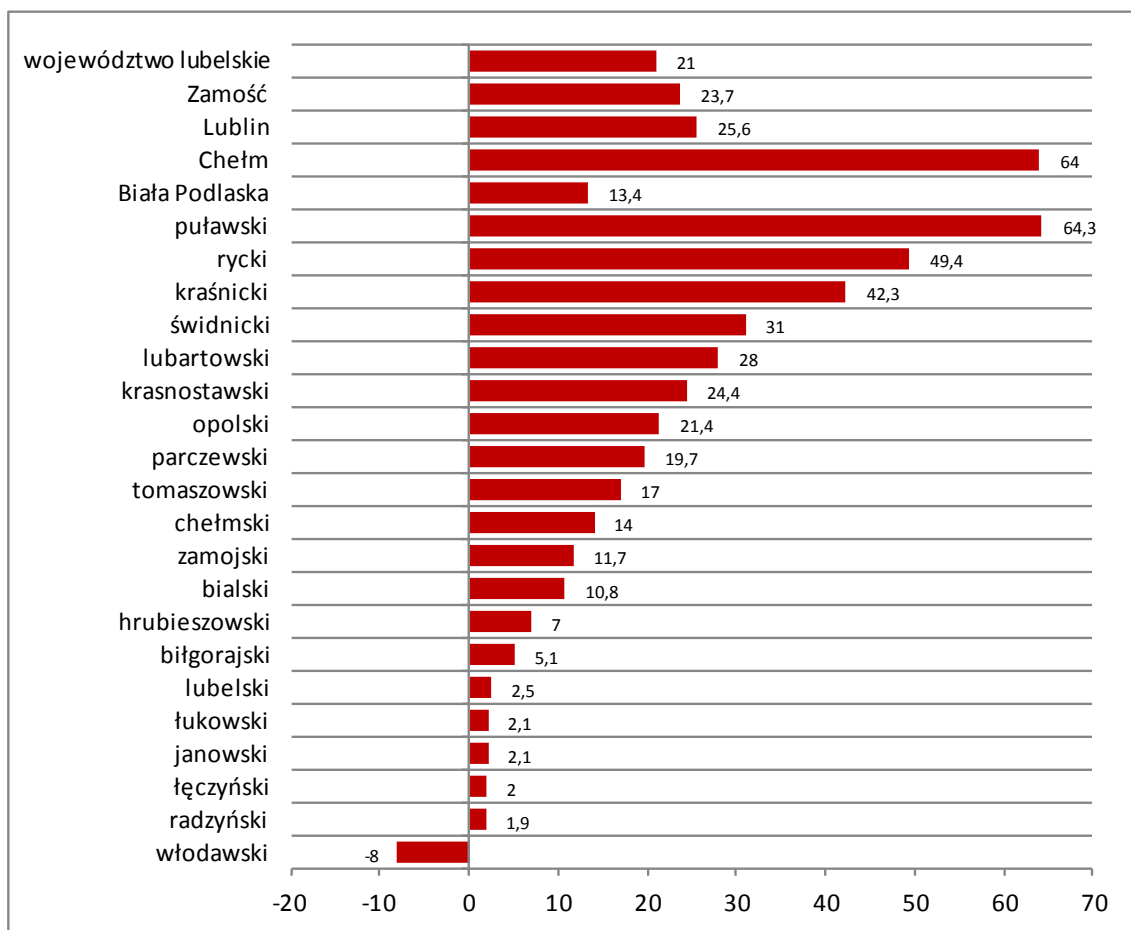
Powiaty	Lata					2010 r.	
	2000 r.	2002 r.	2004 r.	2006 r.	2008 r.	Wspólcz.	Wzrost wobec r. 2000
puławski	335,6	332,8	332,4	336,0	372,3	551,5	215,9
kraśnicki	309,4	339,6	345,1	381,8	408,7	440,2	130,8
krasnostawski	337,7	353,4	431,0	443,5	493,0	420,1	82,4
hrubieszowski	362,3	358,5	367,0	356,7	480,3	387,8	25,5
świdnicki	290,1	340,1	374,8	389,8	313,3	380,0	89,9
Rycki	252,9	250,2	309,6	344,9	395,3	377,8	124,9
chełmski	306,1	373,1	303,2	400,9	437,3	348,9	42,8
zamojski	307,4	308,7	329,9	378,9	443,5	343,4	36
biłgorajski	326,4	270,8	302,0	339,4	323,3	342,9	16,5
parczewski	286,2	350,8	312,3	362,0	446,8	342,6	56,4
opolski	281,2	293,3	323,3	295,4	272,6	341,3	60,1
bialski	304,6	369,0	341,9	303,1	221,5	337,5	32,9
tomaszowski	276,9	289,0	350,0	353,8	376,4	323,9	47
lubartowski	252,7	275,4	336,7	335,2	324,5	323,5	70,8
lubelski	304,2	358,1	313,9	322,7	281,6	311,9	7,7

włodawski	319,2	398,8	271,4	316,9	345,4	293,8	-25,4
łęczyński	282,0	260,2	284,6	286,5	294,0	287,7	5,7
janowski	277,8	333,8	330,2	412,0	367,0	283,5	5,7
radzyński	269,7	299,7	361,1	313,4	362,1	274,7	5
lukowski	267,6	285,6	299,3	333,2	266,5	273,2	5,6
Biała Podlaska	244,5	275,1	292,9	294,5	233,6	277,3	32,8
Chelm	278,6	305,2	314,8	385,9	441,6	456,9	178,3
Lublin	342,3	417,2	382,9	403,1	382,9	429,8	87,5
Zamość	304,6	308,7	347,6	341,3	437,4	376,9	72,3
Woj. lubelskie	304,5	334,5	339,0	357,1	360,0	368,5	64

Źródło: na podstawie: Wojewódzki Rejestr Nowotworów Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej im. św. Jana z Dukli (www.rejestr.cozl.eu).

Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej im. św. Jana z Dukli prowadzi od roku 2000 systematyczną rejestrację zachorowań na nowotwory oraz zgonów z powodu chorób nowotworowych. Najnowsze dostępne dane są z roku 2010, a dane z roku 2012 opracowane, ale jeszcze nie opublikowane. Z danych tych wynika, że w roku 2010 na choroby nowotworowe w województwie lubelskim zachorowało 8027 osób, w tym nieco więcej mężczyzn (4139) niż kobiet (3888)¹. Surowy współczynnik zachorowań wyniósł 368,5 na 100 tys. mieszkańców Lubelszczyzny, wśród mężczyzn był większy (391,8) niż wśród kobiet (346,4) (tabela 3).

¹ Wojewódzki Rejestr Nowotworów Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej im. św. Jana z Dukli (www.rejestr.cozl.eu).



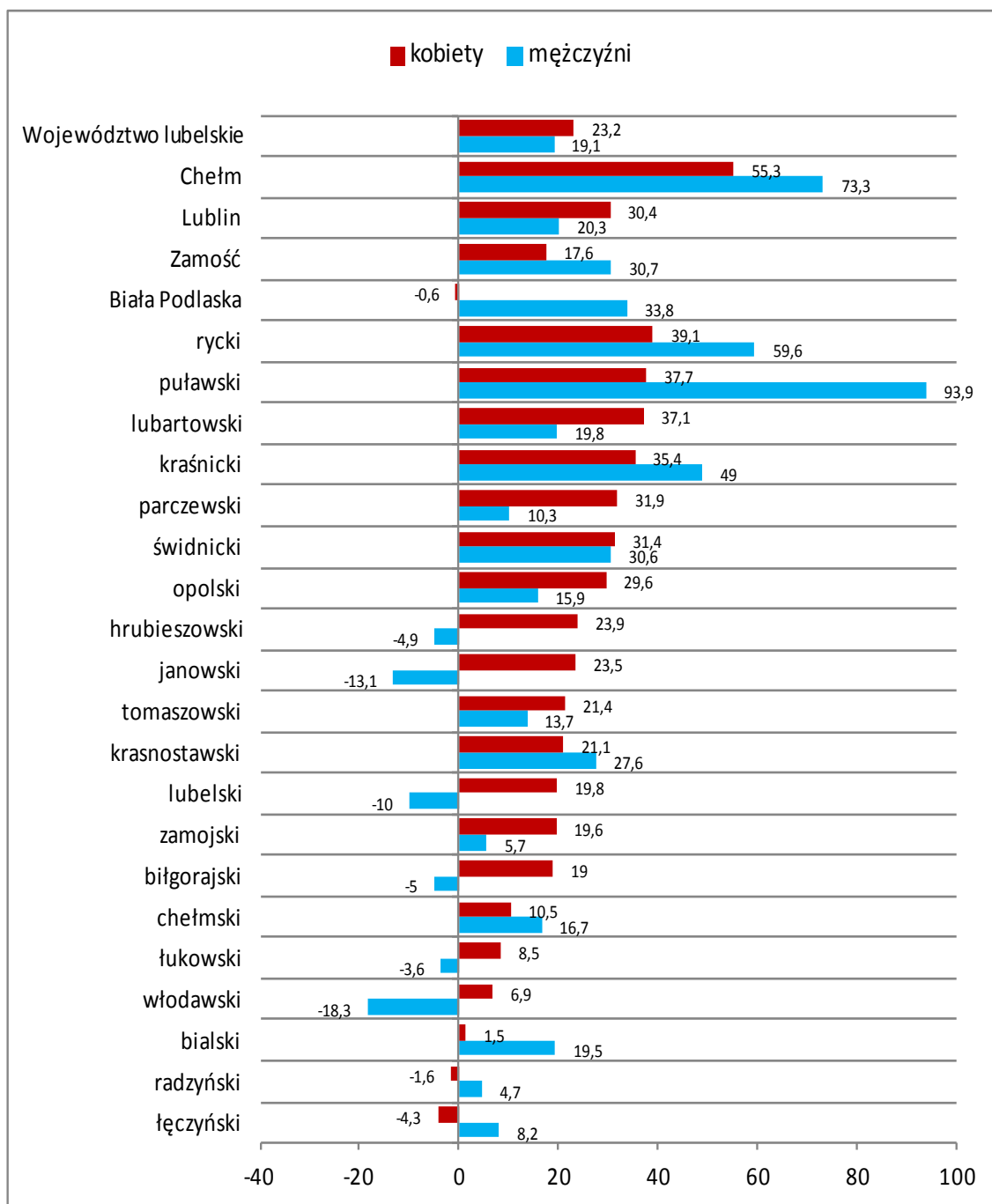
Źródło: Obliczenia własne na podstawie: Wojewódzki Rejestr Nowotworów Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej im. św. Jana z Dukli (www.rejestr.cozl.eu).

Rycina 4. Procentowy wzrost wskaźnika zachorowań na nowotwory złośliwe w roku 2010 w porównaniu z rokiem 2000 wg powiatów

Analiza materiałów zgromadzonych przez Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej w okresie 10 lat wykazała, że liczba zachorowań na nowotwory złośliwe na terenie województwa systematycznie wzrasta (tabela 3). W roku 2010 w porównaniu z rokiem 2000 odnotowano wzrost współczynnika zachorowań o 64 zachorowania na 100 tys. ludności to jest o 21 %. Wzrost współczynnika zachorowań na nowotwory złośliwe zanotowano prawie we wszystkich powiatach województwa lubelskiego choć jego skala jest bardzo zróżnicowana. Tylko w powiecie włodawskim liczba zachorowań zmniejszyła się o 8% (rycina 4). Należy jednak podkreślić, że w latach 2000 do 2008 wskaźnik zachorowań na nowotwory złośliwe w powiecie włodawskim utrzymywał się na dość wysokim poziomie – powyżej przeciętnego dla województwa. Największy przyrost zachorowań (ponad 60%) stwierdzono w powiecie puławskim i mieście Chełm. W Chełmie obserwuje się systematyczną tendencję wzrostową wskaźnika zachorowań na nowotwory złośliwe, natomiast w powiecie puławskim odnotowano gwałtowny wzrost w ostatnich latach. Do roku

2008 wskaźnik zachorowań utrzymywał się na wysokim, ale stałym poziomie i znacząco wzrósł w roku 2010 (tabela 3). Bardzo wysoki wzrost zachorowań na nowotwory złośliwe wystąpił również w powiecie ryckim (49,4%) i kraśnickim (42,3%). Wzrost zachorowań powyżej przeciętnego w województwie stwierdzono również w powiatach: świdnickim (31,0%) lubartowski (28,0%), krasnostawskim (24,4%), opolskim (21,4%). W powiatach: radzyńskim, łęczyńskim, janowskim, łukowskim i lubelskim wzrost poziomu zachorowań na nowotwory był minimalny, można powiedzieć, że w ciągu 10 lat nie uległ znaczącej zmianie. Należy przy tym podkreślić, że w poszczególnych latach wskaźnik zachorowań w tych powiatach utrzymywał się na niskim poziomie (tabela 3). W dużych miastach województwa lubelskiego, takich jak Zamość czy Lublin przyrost zgonów z powodu chorób nowotworowych jest niewiele wyższy niż średni przyrost w skali całego województwa. Wyjątek stanowi Biała Podlaska, gdzie procentowy przyrost współczynnika zgonów z powodu chorób nowotworowych był dwukrotnie niższy (13,4%).

Analiza zachorowań na nowotwory w województwie lubelskim wykazała, że dynamika zmian współczynnika zachorowań w latach 2000 do 2010 kształtowała się odmiennie wśród mężczyzn i kobiet. W skali całego województwa odnotowano większy wzrost zachorowań na nowotwory wśród kobiet (23,2%) niż wśród mężczyzn (19,1%).



Źródło: Obliczenia własne na podstawie: Wojewódzki Rejestr Nowotworów Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej im. św. Jana z Dukli (www.rejestr.cozl.eu).

Rycina 5. Procentowy wzrost wskaźnika zachorowań na nowotwory złośliwe w roku 2010 w porównaniu z rokiem 2000 w województwie lubelskim wg płci i powiatów

Analiza tego zjawiska w poszczególnych powiatach województwa lubelskiego pokazuje interesującą prawidłowość. W regionach o ogólnie wysokim przyroście zachorowań na nowotwory złośliwe większy przyrost tego typu zachorowań stwierdzono wśród mężczyzn niż kobiet. Przykładem takiego regionu jest powiat puławski, w którym w okresie 10 lat liczba zachorowań na nowotwory złośliwe wzrosła prawie o 100%, a wśród kobiet o 37,7%. Podobna sytuacja ma miejsce w powiecie ryckim, kraśnickim i mieście Chełm. Jednocześnie w powiatach o najmniejszym przyroście zachorowań proporcje były odwrotne, przyrost był znacznie większy wśród kobiet niż mężczyzn. W powiatach lubelskim, biłgorajskim, łukowskim, włodawskim, janowskim przyrost liczby zachorowań stwierdzono wśród kobiet, natomiast wśród mężczyzn liczba zachorowań z powodu nowotworów zmniejszyła się (o 3,6% w pow. łukowskim, o 5,0% w biłgorajskim, o 10,0% w lubelskim, o 13,1% w janowskim, o 18,3% w włodawskim). Nieco inna sytuacja zaistniała w mieście Biała Podlaska. Mimo ogólnie stosunkowo niskiego przyrostu zachorowań na nowotwory złośliwe, to wśród mężczyzn wystąpił znaczący wzrost odsetka tego typu zgonów (o 33,8%), natomiast wśród kobiet liczba zachorowań uległa nawet niewielkiemu zmniejszeniu (o 0,6%).

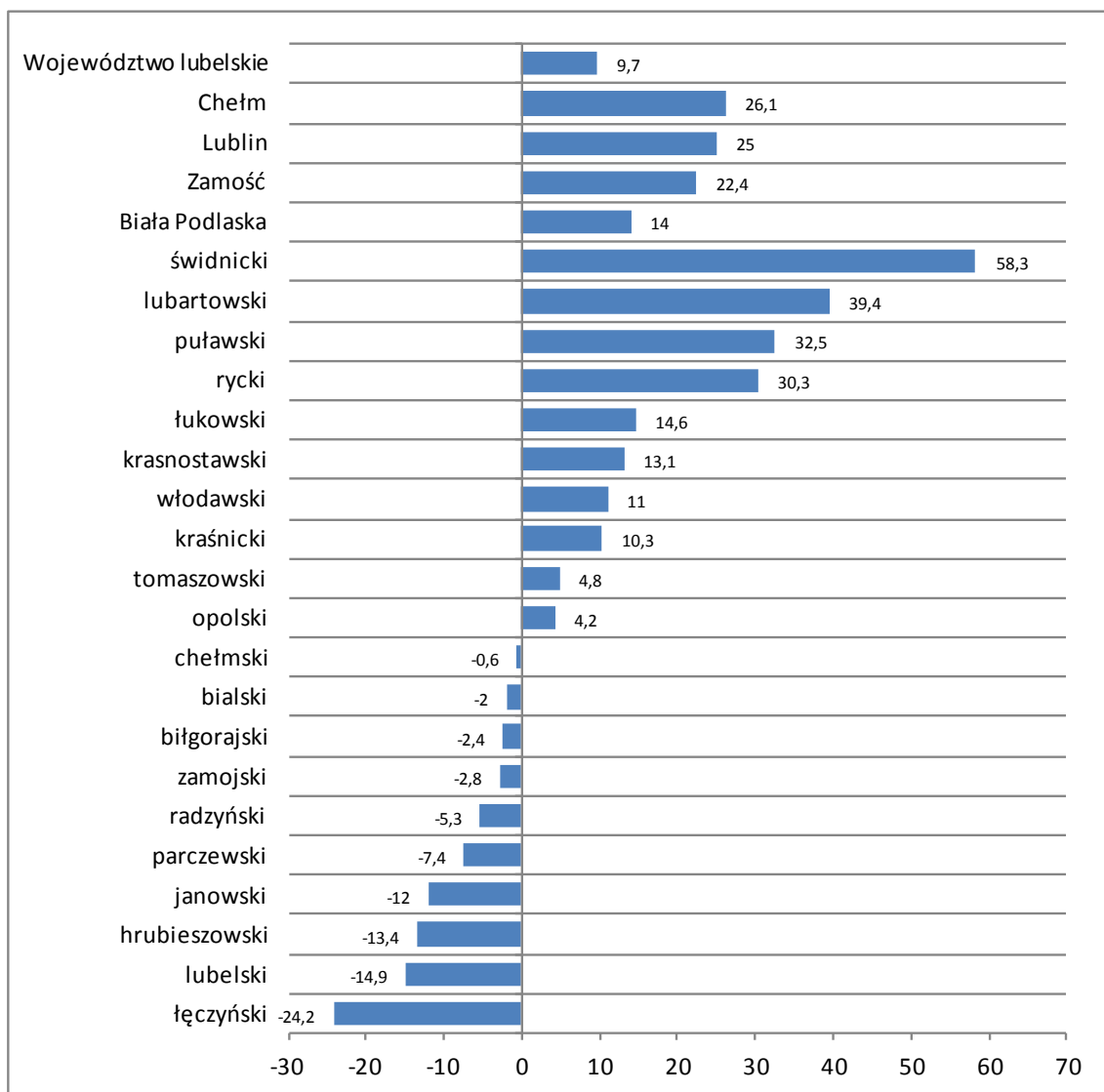
Miarą problemów związanych z zapadalnością na nowotwory złośliwe jest wskaźnik umieralności z powodu tych chorób. W roku 2010, w województwie lubelskim stwierdzono wzrost tego współczynnika o 19 zgonów na 100 tys. ludności w porównaniu z rokiem 2000 (tabela 4). W dużych miastach województwa wskaźnik ten był dużo większy: Lublin i Chełm – wzrost o 46 zgonów na 100 tys. mieszkańców tych miast, Zamość wzrost o 36 zgonów, a Biała Podlaska – o 22 zgony na 100 tys. mieszkańców tego miasta. W poszczególnych powiatach zjawisko zgonów z powodu chorób nowotworowych jest bardzo zróżnicowane. Najbardziej niekorzystną jest sytuacja w powiatach świdnickim (wzrost o 93,8 zgonów na 100 tys. mieszkańców), puławskim (66,3), i lubartowskim (62,1), ryckim (59,9). Wzrost zgonów z powodu nowotworów złośliwych odnotowano również w powiatach krasnostawskim, włodawskim, łukowskim, kraśnickim tomaszowskim i opolskim. W pozostałych powiatach wskaźnik tego typu zgonów zmniejszył się w przeciągu 10 lat. Największy spadek wskaźnika zgonów stwierdzono w powiecie janowski (-24,2), lubelskim (-27,7), hrubieszowskim (-33,4), łęczyńskim (-47,0).

Tabela. 4. Współczynniki umieralności na nowotwory złośliwe (na 100 tys. ludności) w województwie lubelskim w latach 2000 do 2010 według powiatów

Powiaty	Lata					2010 r.	
	2000 r.	2002 r.	2004 r.	2006 r.	2008 r.	Współcz.	Wzrost wobec r. 2000
świdnicki	160,9	191,4	254,5	196,3	223,6	254,7	93,8
puławski	203,9	223,9	236,1	215,2	245,6	270,2	66,3
lubartowski	157,7	224,4	215,7	215,7	280,1	219,7	62,1
rycki	164,3	183,6	216,4	201,2	256,7	214,2	49,9
krasnostawski	200,6	229,7	261,7	229,0	208,4	227,0	26,4
włodawski	228,7	201,8	214,6	204,6	252,1	253,9	25,3
lukowski	170,3	187,1	151,0	195,7	182,3	195,1	24,8
kraśnicki	191,3	222,8	247,4	214,0	243,8	211,1	19,8
tomaszowski	223,0	241,2	242,6	210,9	210,0	233,6	10,6
opolski	173,6	223,5	239,3	177,9	222,9	180,9	7,3
chelmski	223,7	254,4	224,7	215,5	230,0	222,3	-1,5
bialski	207,8	246,9	231,5	214,4	187,1	203,7	-4,1
bilgorajski	181,1	170,4	190,2	210,6	198,8	176,8	-4,4
zamojski	243,1	231,6	253,2	231,7	263,7	236,2	-6,9
radzyński	218,0	216,1	226,7	213,8	214,7	206,4	-11,6
parczewski	236,8	234,8	211,8	233,1	283,1	219,3	-17,5
janowski	201,3	209,6	224,3	182,0	223,6	177,2	-24,2
lubelski	186,1	219,7	192,0	178,3	197,3	158,4	-27,7
hrubieszowski	248,3	243,1	223,1	200,3	263,9	214,9	-33,4
łęczyński	194,4	150,2	197,3	136,3	182,0	147,3	-47,0
Biała Podlaska	157,2	186,9	146,4	165,3	171,3	179,2	22,0
Chelm	177,6	166,3	225,9	178,2	186,1	223,9	46,4
Lublin	184,3	220,4	202,3	207,1	233,1	230,3	46,0
Zamość	162,0	158,8	200,8	184,9	181,9	198,3	36,3
Województwo lubelskie	193,9	213,2	215,8	202,6	222,4	212,8	18,8

Źródło: Obliczenia własne na podstawie: Wojewódzki Rejestr Nowotworów Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej im. św. Jana z Dukli (www.rejestr.cozl.eu).

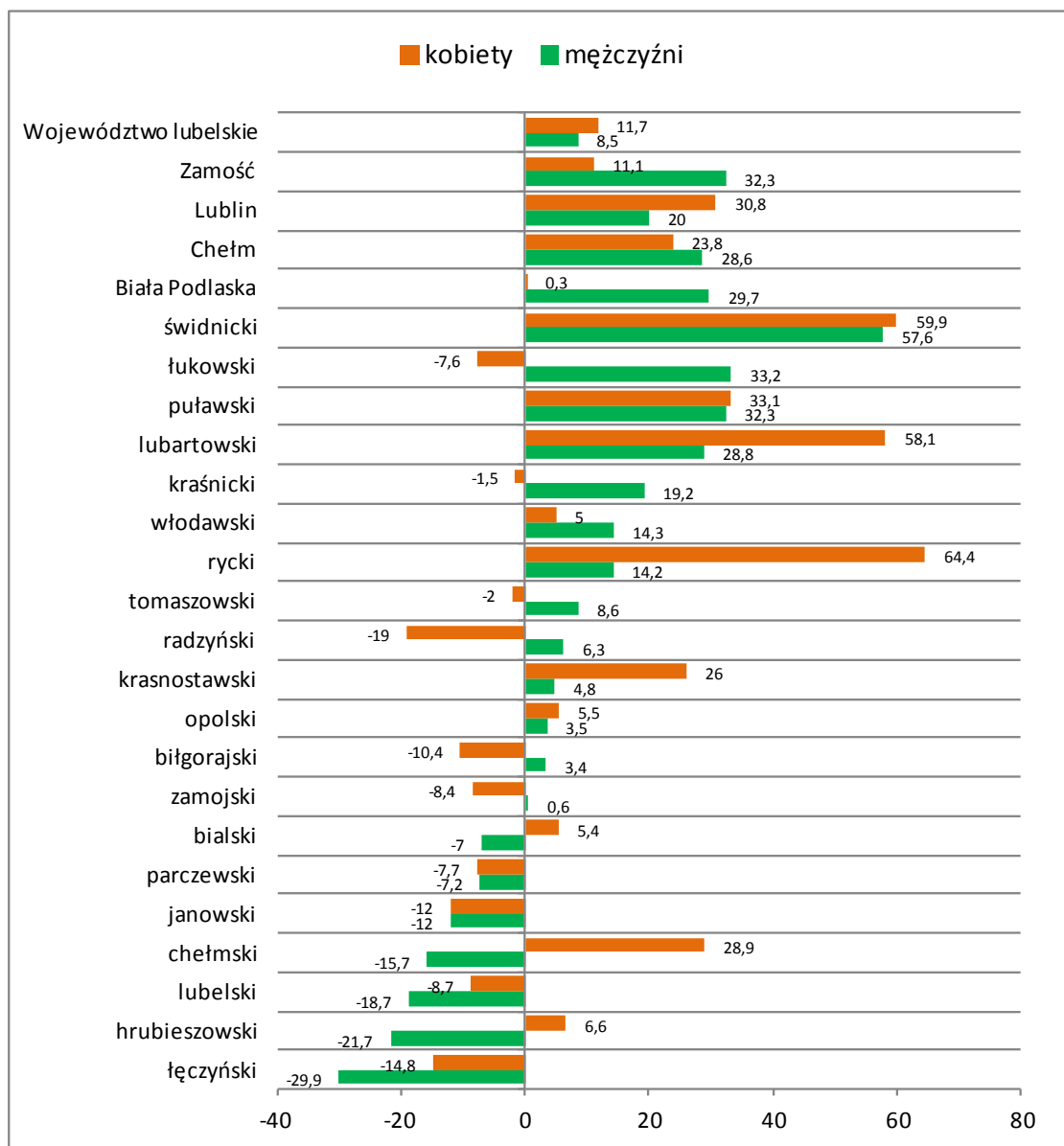
W skali całego województwa, w ostatnich 10 latach współczynnik umieralności na nowotwory złośliwe wzrósł o prawie 10% (rycina 6). Znacznie większy odsetek wzrostu wystąpił w dużych miastach województwa oraz w powiatach świdnickim (58,3%), lubartowskim (39,4%), puławskim (32,5%), ryckim (30,3%). W sumie wzrost współczynnika zgonów z powodu nowotworów złośliwych nastąpił w 10 powiatach województwa lubelskiego i czterech miastach na prawach powiatów. W pozostałych powiatach (10 powiatów) współczynnik tego typu zgonów zmniejszył się. Największy procentowy spadek współczynnika wystąpił w powiecie janowskim (-12,0%), hrubieszowskim (-13,4%) lubelskim (-14,9%) iłęczyńskim (-24,2%).



Źródło: Obliczenia własne na podstawie: Wojewódzki Rejestr Nowotworów Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej im. św. Jana z Dukli (www.rejestr.cozl.eu).

Rycina 6. Procentowy wzrost wskaźnika umieralności (na 100 tys. Ludności) na nowotwory złośliwe w roku 2010 w porównaniu z rokiem 2000 wg powiatów

W latach 2000 do 2010 nastąpił wzrost zgonów na nowotwory złośliwe zarówno wśród kobiet jak i mężczyzn, ale dynamika wzrostu była większa u kobiet (11,7%) niż wśród mężczyzn (8,5%) (rycina 7). Taką prawidłowość stwierdzono również w niektórych regionach województwa – w powiecie lubartowskim, ryckim, krasnostawskim, chełmskim i hrubieszowskim. Szczególnie niepokojący jest wysoki wzrost zgonów kobiet z powodu nowotworów w powiecie ryckim (o 64,4%), lubartowskim (o 58,1%) i chełmskim (o 28,9%). Dużo większy odsetek zgonów mężczyzn niż odsetek zgonów kobiet stwierdzono w powiatach łukowskim, kraśnickim oraz w miastach Biała Podlaska i Chełm (rycina 7).



Źródło: Obliczenia własne na podstawie: Wojewódzki Rejestr Nowotworów Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej im. św. Jana z Dukli (www.rejestr.cozl.eu).

Rycina 7. Procentowy wzrost wskaźnika umieralności (na 100 tys. ludności) na nowotwory złośliwe w roku 2010 w porównaniu z rokiem 2000 wg płci i powiatów

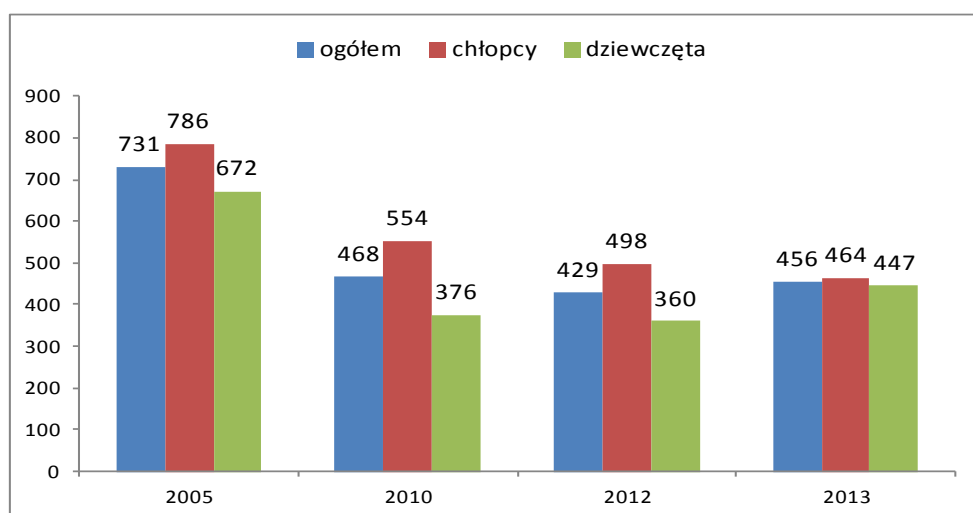
Jednym ze wskaźników stanu zdrowia populacji, a zwłaszcza zdrowia kobiet w wieku rozrodczym oraz stanu opieki nad kobietą w ciąży i nad noworodkiem jest umieralność niemowląt. W roku 2013 w województwie lubelskim zmarło 90 niemowląt, co w przeliczeniu na 100 tys. żywych urodzeń daje wskaźnik 456 zgonów. Jest to wskaźnik identyczny ze wskaźnikiem dla całego kraju (tabela 5). Najniższe wskaźniki umieralności niemowląt stwierdzono w województwach małopolskim i mazowieckim (poniżej 400), natomiast najwyższe w województwach śląskim, dolnośląskim, lubuskim i warmińsko-mazurskim (powyżej 500 zgonów na 100 tys. żywych urodzeń). W województwie lubelskim

współczynnik umieralności okołoporodowej w 2013 roku wyniósł 6 zgonów i był identyczny z analogicznym wskaźnikiem dla całego kraju. Należy podkreślić, że poziom umieralności okołoporodowej jest znacznie wyższy w Polsce niż średni w krajach Unii Europejskiej (3,8 na 100 tys. żywych urodzeń)².

Tabela 5. Umieralność niemowląt wg województw w roku 2013.

Województwo	ogółem		umieralność okołoporodowa	
	Liczba	na 100 tys. urodzeń żywych	Liczba	na 100 tys. urodzeń żywych
Polska	1684	456	2232	6
Małopolskie	131	382	157	5
Mazowieckie	214	386	330	6
Opolskie	35	425	57	7
Pomorskie	103	430	164	7
Kujawsko-pomorskie	88	443	129	6
Wielkopolskie	163	446	236	6
Podkarpackie	92	452	122	6
Lubelskie	90	456	112	6
Podlaskie	49	461	60	6
Łódzkie	105	468	135	6
Świętokrzyskie	52	485	52	5
Zachodniopomorskie	77	499	83	5
Śląskie	218	509	257	6
Dolnośląskie	132	512	180	7
Lubuskie	55	565	71	7
Warmińsko-mazurskie	80	587	87	6

Źródło: na podstawie - Rocznik Statystyczny województw 2013. GUS. Warszawa 2014 s.264.



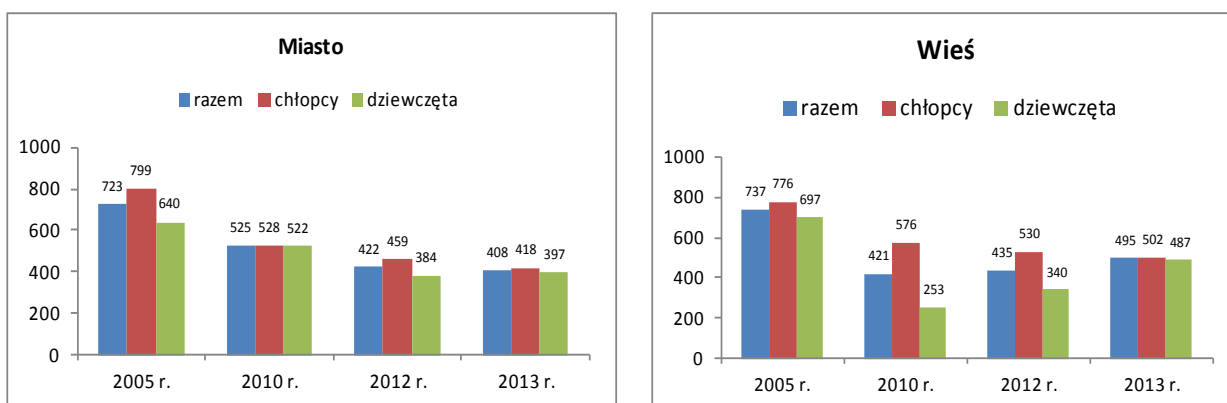
Źródło: na podstawie - Rocznik Statystyczny województwa lubelskiego 2014, s.114

Rycina 8. Zgony niemowląt na 100 tys. żywych urodzeń wg płci w województwie lubelskim w latach 2005-2013

² Rocznik Demograficzny 2014. GUS. Warszawa 2014, s. 552.

Od początku XXI wieku systematycznie zmniejsza się liczba zgonów niemowląt w województwie lubelskim. W roku 2013 liczba zgonów niemowląt zmniejszyła się w porównaniu z rokiem 2005 o 275 na 100 tys. żywych urodzeń, to jest o 37,6% (na podstawie tabeli 8). W roku 2005 znacznie więcej zmarło chłopców niż dziewcząt (różnica 114 zgonów na 100 tys. żywych urodzeń). W kolejnych latach zmniejsza się liczba zgonów niemowląt zarówno płci męskiej jak i żeńskiej, z tym, że dynamika zmian jest większa wśród chłopców niż wśród dziewcząt. Efektem tego jest prawie wyrównany poziom zgonów dziewcząt (447) i chłopców (464) w roku 2013 (rycina 8).

Wyrównanie poziomu zgonów wśród chłopców i dziewcząt w roku 2013 nastąpiło zarówno w mieście jak i na wsi (rycina 9). W roku 2005 nadwyżka zgonów chłopców w porównaniu ze liczbą zgonów dziewcząt była większa w mieście niż na wsi. W mieście, do wyrównania współczynników zgonów dziewcząt i chłopców doszło już w roku 2010. W tym samym roku w środowisku wiejskim stwierdzono największą dysproporcję wartości wskaźnika w obu grupach, zmarło bowiem prawie dwukrotnie więcej chłopców niż dziewcząt.



Źródło: Obliczenia własne - Rocznik Statystyczny województwa lubelskiego 2014, s.114.

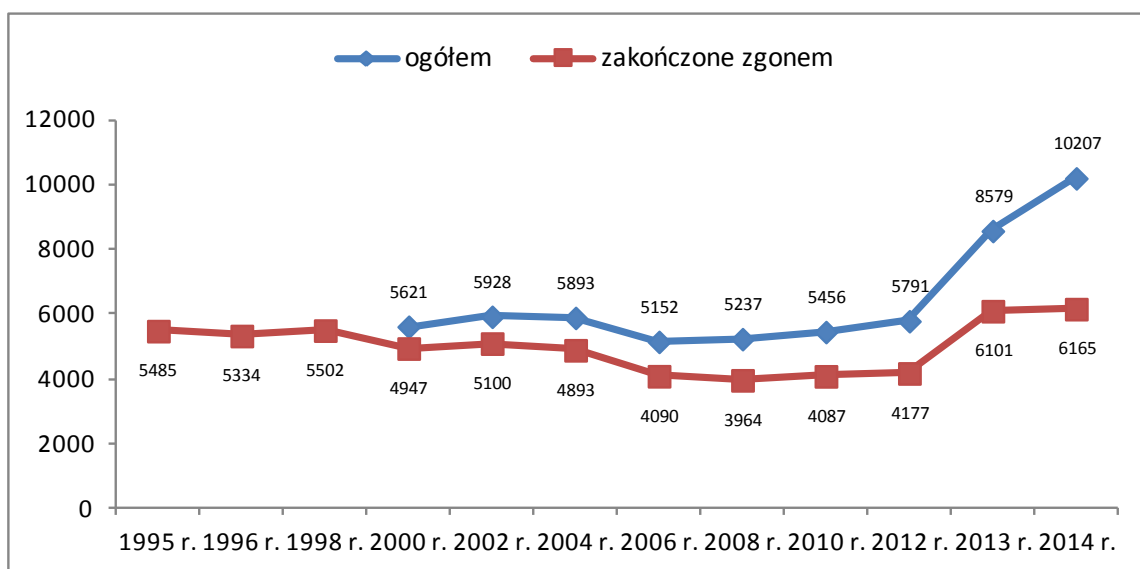
Rycina 9. Zgony niemowląt na 100 tys. żywych urodzeń wg płci i miejsca zamieszkania w województwie lubelskim w latach 2005-2013

Niekorzystnym zjawiskiem dla środowisk wiejskich jest mniejsza niż w mieście dynamika zmniejszania się zjawiska umieralności niemowląt. W roku 2005 wskaźniki umieralności niemowląt w mieście i na wsi kształtowały się na podobnym poziomie, natomiast w roku 2013 skala umieralności niemowląt była znacznie wyższa na wsi (495 na 100 tys. żywych urodzeń) niż w mieście (408 na 100 tys. żywych urodzeń) (rycina 9).

1.1.2. Samobójstwa i próby samobójcze

Zachowania samobójcze obejmują groźby samobójcze, myśli samobójcze, próby samobójcze i samobójstwa dokonane. Rozpatrywane są najczęściej w aspekcie zdrowotnym, psychologicznym, socjologicznym i kryminologicznym. Powszechnie przyjmuje się, że liczba samobójstw w stosunku do danej populacji stanowi istotny wskaźnik zdrowia psychicznego oraz wskaźnik integracji i kondycji społecznej³.

W Polsce w latach 1995 do 2006 obserwuje się systematyczny spadek liczby samobójstw, zakończonych zgonem (Rycina 6). Ze statystyk Komendy Głównej Policji wynika, że w roku 1995 popełniono 5485 samobójstw, a do roku 2006 liczba ta spadła do 4090 samobójstw. W latach 2006 do 2012 liczba samobójstw utrzymuje się na podobnym poziomie około 4000 samobójstw w ciągu roku, natomiast w roku 2013 i 2014 odnotowano gwałtowny wzrost tych zdarzeń do ponad 6000 w ciągu roku. Podobną tendencję stwierdzono analizując ogólną liczbę zamachów samobójczych, z tą różnicą, że wyraźny wzrost zamachów samobójczych obserwuje się już od roku 2006, a od roku 2013 nastąpił gwałtowny wzrost zamachów samobójczych. W roku 2014 liczba zamachów samobójczych wzrosła o 4416 zdarzeń w porównaniu z rokiem 2012, co oznacza, że w ciągu dwóch lat wzrosła o 76,2%. Tak duży wzrost liczby samobójstw pozwala przypuszczać, że w ostatnich latach pogorszyła się znacząco kondycja psychiczna społeczeństwa polskiego.



Źródło: Komenda Główna Policji (<http://statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/samobojstwa>)

Rycina 10. Samobójstwa w Polsce w latach 1995 do 2014.

³ J. Szymańczak. Samobójstwa Polaków. Analizy BAS 2015, nr 6, s. 1.

[http://orka.sejm.gov.pl/WydBAS.nsf/0/AE36DD18223C892CC1257E28003E0E12/\\$file/Analiza_BAS_2015_126.pdf](http://orka.sejm.gov.pl/WydBAS.nsf/0/AE36DD18223C892CC1257E28003E0E12/$file/Analiza_BAS_2015_126.pdf)

Tabela 6. Samobójstwa w Polsce w roku 2013 wg płci

Wiek	Płeć				Ogółem	
	kobiety		mężczyźni			
	N	%	N	%	N	%
Do 14 lat	2	2,6	1	0,3	3	0,6
15-19 lat	8	10,4	21	5,3	29	6,1
20-29 lat	4	5,2	82	20,7	86	18,2
30-49 lat	20	26,0	126	31,8	146	30,9
50-69 lat	32	41,6	123	31,1	155	32,8
70 i więcej	11	14,3	43	10,9	54	11,4
Ogółem	77	100,0	396	100,0	473	100,0

Źródło: Komenda Główna Policji (<http://statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/samobojstwa>)

Z danych za rok 2013 wynika, że samobójstwa najczęściej popełniają osoby w wieku 50-69 lat - prawie 1/3 ogółu samobójstw (tabela 6). Niewiele mniejsza część samobójców to osoby w wieku od 30 do 49 roku życia (30,9%). Sprawcami prawie 1/5 samobójstw są osoby młode w wieku 20-29 lat. Samobójstwa zdarzają się również wśród młodzieży szkolnej w wieku 15-19 lat (6,1%), a nawet wśród dzieci do czternastego roku życia (trzy osoby).

Samobójstwa zdecydowanie częściej są popełniane przez mężczyzn niż przez kobiety. Ponad 4/5 sprawców samobójstw to mężczyźni (83,8% ogółem i 84,7% ze skutkiem śmiertelnym). Wśród samobójców pięciokrotnie mniejszy odsetek stanowią kobiety (16,2% ogółem, 15,5% ze skutkiem śmiertelnym).

Tabela 7. Zamachy samobójcze wg województw w roku 2013

	Ogółem	w tym dokonane	
	Liczba	Liczba	% z ogółu
Dolnośląskie	503	484	96,2
Mazowieckie	1037	903	87,1
Pomorskie	399	337	84,5
Lubelskie	474	386	81,4
Śląskie	1149	935	81,4
Wielkopolskie	504	407	80,8
Podkarpackie	327	264	80,7
Zachodniopomorskie	416	320	76,9
Opolskie	218	152	69,7
Łódzkie	698	476	68,2
Lubuskie	265	178	67,2
Małopolskie	752	479	63,7
Podlaskie	283	171	60,4
Kujawsko-pomorskie	303	179	59,1
Warmińsko-mazurskie	461	248	53,8
Świętokrzyskie	727	256	35,2

Źródło: Komenda Główna Policji (<http://statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/samobojstwa>)

W roku 2013, statystyki policyjne odnotowały 473 zamachy samobójcze wśród mieszkańców województwa lubelskiego, w tym 337 zdarzeń (81,4%) spowodowało śmierć (tabela 7). Śmiertelność zamachów samobójczych w województwie lubelskim jest bardzo wysoka. Tylko w trzech województwach odsetek samobójstw ze skutkiem śmiertelnym był wyższy – pomorskie (84,5%), mazowieckie (87,1%), dolnośląskie (96,2%). W województwach śląskim, wielkopolskim i podkarpackim odsetek dokonanych samobójstw był zbliżony, natomiast w pozostałych województwach odsetek ten był znacząco niższy. Należy podkreślić, że w województwie warmińsko-mazurskim połowa samobójstw spowodowała śmierć, a w województwie świętokrzyskim taki skutek stwierdzono tylko w przypadku 1/3 zamachów (35,2%).

Tabela 8. Zamachy samobójcze dokonane w roku 2013 na 100 tys. ludności wg województw i miejsca zamieszkania

	Ogółem	Miasta	Wieś
Polska	16	14	21
Lubelskie	22	15	27
Łódzkie	20	17	24
Kujawsko-pomorskie	20	18	24
Dolnośląskie	19	17	23
Wielkopolskie	18	16	19
Lubuskie	18	15	22
Zachodniopomorskie	17	15	24
Podlaskie	16	13	22
Małopolskie	16	13	19
Świętokrzyskie	16	12	19
Mazowieckie	15	12	21
Opolskie	15	15	14
Pomorskie	15	14	18
Warmińsko-mazurskie	12	10	17
Śląskie	11	11	13

Źródło: Komenda Główna Policji (<http://statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/samobojstwa>)

Analiza liczby zamachów samobójczych w poszczególnych województwach w odniesieniu do liczby ludności w danym województwie potwierdza, że zjawisko samobójstw stanowi poważny problem mieszkańców województwa lubelskiego. W roku 2013 na 100 tys. mieszkańców Lubelszczyzny przypadło 22 dokonane samobójstwa i jest to najwyższy wskaźnik w Polsce i dużo wyższy w porównaniu z przeciętnym wskaźnikiem dla całego kraju (16) (tabela 8). Podobna skala samobójstw wystąpiła w województwie łódzkim i kujawsko-pomorskim, natomiast dwukrotnie mniejsza w województwie pomorskim i warmińsko-mazurskim. Wysoki wskaźnik samobójstw w województwie lubelskim jest wynikiem bardzo

dużej liczby zamachów samobójczych wśród mieszkańców wsi. Liczba zamachów samobójczych w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców miast (15) jest prawie równa liczbie tych zdarzeń w skali całego kraju. Wskaźnik samobójstw na 100 tys. mieszkańców wsi jest prawie dwukrotnie większy w porównaniu z analogicznym wskaźnikiem dla miasta (27). Wyższy wskaźnik samobójstw na wsi niż w mieście stwierdzono również w innych województwach. Podobnie wysoka dysproporcja pomiędzy zjawiskiem samobójstw w mieście i na wsi wystąpiła również w województwie podlaskim i mazowieckim. W pozostałych różnice są dużo mniejsze, a w województwach opolskim i śląskim wskaźnik samobójstw jest prawie równy na wsi i w mieście (tabela 8).

1.1.3. Chorobowość, zachorowalność

Negatywne wskaźniki zdrowia odwołują się najczęściej do choroby, w tym głównie do liczby chorych oraz liczby nowych przypadków zachorowań. Jednym z tych wskaźników jest chorobowość, która oznacza liczbę chorych w danym czasie na konkretną chorobę, przypadającą na określoną grupę mieszkańców (np. na 100 tys. mieszkańców). Drugim wskaźnikiem odwołującym się do choroby jest zapadalność, określana również jako zachorowalność i oznacza liczbę nowo zarejestrowanych przypadków konkretnej choroby w przedziale czasu (roku) na 100 tys. osób badanej populacji⁴.

Na nowotwory złośliwe w roku 2011 zachorowało ponad 8 tys. mieszkańców województwa lubelskiego, w tym nieco więcej mężczyzn (4200) niż kobiet (3843). Wskaźnik zachorowalności jest znacznie większy wśród mężczyzn (257 na 100 tys.) niż wśród kobiety (199,3). Skala zachorowań na nowotwory w województwie lubelskim jest na poziomie przeciętnych wskaźników w skali całego kraju. Należy przyznać, że wskaźniki zachorowań na nowotwory w poszczególnych województwach są dość podobne (różnice nie są duże). Nowotwory złośliwe częściej niż w województwie lubelskim występują w województwach kujawsko-pomorskim, pomorskim i wielkopolskim, natomiast rzadziej w województwach podkarpackim, zachodniopomorskim, mazowieckim i podlaskim (tabela 9). We wszystkich województwach wyraźnie więcej jest zachorowań na nowotwory złośliwe wśród mężczyzn niż wśród kobiet.

⁴ Miquel Porta: *A Dictionary of Epidemiology*. Oxford: Oxford University Press, 2008.

Tabela 9. Zachorowania na nowotwory złośliwe wg województw w 2011 roku

Województwa	liczba bezwzględna			na 100 tys. ludności	
	ogółem	mężczyźni	kobiety	mężczyźni	kobiety
POLSKA	144366	71786	72550	251,5	207,3
Wielkopolskie	13816	6850	6966	285,2	235,2
Pomorskie	9475	4866	4609	296,9	235,1
Kujawsko-pomorskie	8592	4388	4204	290,8	227,5
Dolnośląskie	12389	6044	6345	276,2	226,6
Warmińsko-mazurskie	5173	2502	2671	254,7	215,0
Świętokrzyskie	5182	2617	2565	259,0	211,8
Małopolskie	12063	5926	6137	244,8	210,3
Opolskie	3986	1962	2024	252,7	209,8
Śląskie	17872	8948	8924	246,8	206,1
Lubuskie	3514	1671	1843	234,1	205,8
Łódzkie	10221	5091	5130	255,4	201,3
Lubelskie	8043	4200	3843	257,3	193,3
Podkarpackie	7263	3810	3343	251,3	189,1
Zachodniopomorskie	5483	2586	2897	205,4	187,3
Mazowieckie	17478	8420	9058	212,4	185,2
Podlaskie	3786	1905	1881	213,5	176,1

Źródło: Biuletyn statystyczny Ministerstwa zdrowia. Centrum Systemów Informatycznych Ochrony Zdrowia (<http://www.csioz.gov.pl/publikacja.php?id=6>)

W roku 2013 w województwie lubelskim odnotowano 516 przypadków zatruc pokarmowych, w tym większość spośród nich stanowiły zatrucia salmonellozą (483) (tabela 10). Wskaźnik zachorowalności na wszystkie zatrucia jest identyczny ze wskaźnikiem dla całego kraju, natomiast wskaźnik na salmonellozę - nieco wyższy (22,4 na 100 tys. mieszkańców Lubelszczyzny, 19,2 – Polska).

Tabela 10. Bakteryjne zatrucia pokarmowe wg województw w 2013

województwa	ogółem		w tym salmonelloza	
	liczba	na 100 tys.	liczba	na 100 tys.
Polska	9050	23,5	7407	19,2
Warmińsko-mazurskie	633	43,7	509	35,1
Podkarpackie	607	28,5	604	28,4
Podlaskie	332	27,7	301	25,2
Kujawsko-pomorskie	573	27,4	528	25,2
Śląskie	1241	26,9	508	11,0
Pomorskie	614	26,8	560	24,4
Lubelskie	516	23,9	483	22,4
Mazowieckie	1252	23,6	1129	21,3
Zachodniopomorskie	401	23,3	278	16,2
Świętokrzyskie	267	21,0	172	13,5
Łódzkie	520	20,7	511	20,3
Małopolskie	676	20,1	586	17,5
Wielkopolskie	697	20,1	685	19,8
Dolnośląskie	451	15,5	299	10,3
Lubuskie	139	13,6	135	13,2
Opolskie	131	13,0	119	11,8

Źródło: Biuletyn statystyczny Ministerstwa zdrowia. Centrum Systemów Informatycznych Ochrony Zdrowia (<http://www.csioz.gov.pl/publikacja.php?id=6>)

W roku 2013 w województwie lubelskim 141 osób zachorowało na wirusowe zapalenie wątroby, w tym 21 osób na WZW typu B (tabela 11.). Wskaźnik zapadalności na tę chorobę w województwie lubelskim (6,5 na 100 tys. mieszkańców) jest znacznie niższy niż przeciętny w kraju i jednym z najniższych w porównaniu z innymi województwami. Niższy wskaźnik zachorowań stwierdzono tylko w województwie zachodniopomorskim, warmińsko-mazurskim i małopolskim.

Tabela 11. Zachorowania na wirusowe zapalenie wątroby wg województw w 2013

województwa	ogółem		w tym B	
	liczba	na 100 tys.	liczba	na 100 tys.
Polska	4285	11,1	1540	4
Mazowieckie	1104	20,8	417	7,9
Wielkopolskie	561	16,2	242	7
Lubuskie	157	15,4	30	2,9
Łódzkie	379	15,1	148	5,9
Kujawsko-pomorskie	299	14,3	106	5,1
Dolnośląskie	344	11,8	84	2,9
Świętokrzyskie	129	10,2	44	3,5
Opolskie	93	9,2	42	4,2
Śląskie	417	9,1	157	3,4
Podkarpackie	186	8,7	96	4,5
Podlaskie	101	8,4	42	3,5
Pomorskie	189	8,2	58	2,5
Lubelskie	141	6,5	21	1
Zachodniopomorskie	61	3,5	22	1,3
Warmińsko-mazurskie	47	3,2	9	0,6
Małopolskie	77	2,3	22	0,7

Źródło: Biuletyn statystyczny Ministerstwa zdrowia. Centrum Systemów Informatycznych Ochrony Zdrowia (<http://www.csioz.gov.pl/publikacja.php?id=6>)

W 2013 roku w województwie lubelskim nie zanotowano przypadków zachorowań na czerwonkę, natomiast w kraju – 19 przypadków (tabela 12). Jednocześnie w tym samym roku stwierdzono w Polsce bardzo dużą liczbę zachorowań na biegunkę u dzieci do 2 roku życia – ponad 38 tys., w tym 2346 zachorowań wystąpiło w województwie lubelskim. Wskaźnik zachorowań na biegunkę w województwie lubelskim (571,2 na 100 tys.) jest nieco wyższy niż przeciętny dla całego kraju.

Tabela 12. Zachowania na czerwonkę i biegunkę wg województw w 2013

Województwa	Czerwonka		Biegunka u dzieci do 2 lat	
	liczba	na 100 tys.	liczba	na 100 tys.
Polska	19	0	38101	501,2
Pomorskie	1	0	4041	812,2
Podlaskie	0	0	1459	663,5
Mazowieckie	2	0	6745	598,3
Lubelskie	0	0	2346	571,2
Zachodniopomorskie	0	0	1684	532,6
Opolskie	3	0,3	895	522,0
Świętokrzyskie	0	0	1136	507,5
Kujawsko-pomorskie	0	0	1990	490,8
Lubuskie	2	0,2	1000	489,4
Wielkopolskie	0	0	3501	469,1
Warmińsko-mazurskie	1	0,1	1321	463,8
Małopolskie	4	0,1	3164	451,6
Śląskie	1	0	3703	422,6
Podkarpackie	1	0	1650	396,2
Dolnośląskie	1	0	1932	360,3
Łódzkie	3	0,1	1534	330,1

Źródło: Biuletyn statystyczny Ministerstwa zdrowia. Centrum Systemów Informatycznych Ochrony Zdrowia (<http://www.csioz.gov.pl/publikacja.php?id=6>)

W roku 2013 odnotowano w województwie lubelskim 30 zachorowań na choroby weneryczne oraz 5 na AIDS. Wskaźniki zachorowań na te choroby są jedne z niższych w kraju (tabela 13).

Tabela 13. Zachorowalność na AIDS i choroby weneryczne wg województw w 2013 roku

Województwa	AIDS		Kiła		Rzeżączka	
	liczba	na 100 tys.	liczba	na 100 tys.	Liczba	na 100 tys.
Polska	160	0,4	998	2,6	549	1,4
Łódzkie	13	0,5	194	7,7	15	0,6
Mazowieckie	16	0,3	314	5,9	248	4,7
Śląskie	21	0,5	111	2,4	11	0,2
Opolskie	3	0,3	24	2,4	4	0,4
Lubuskie	0	0	25	2,4	8	0,8
Kujawsko-pomorskie	1	0	47	2,2	41	2
Wielkopolskie	19	0,5	70	2	9	0,3
Małopolskie	2	0,1	68	2	14	0,4
Dolnośląskie	40	1,4	48	1,6	3	0,1
Zachodniopomorskie	18	1	23	1,3	6	0,3
Warmińsko-mazurskie	8	0,6	17	1,2	10	0,7
Lubelskie	5	0,2	23	1,1	7	0,3
Pomorskie	8	0,3	22	1	164	7,1
Podlaskie	2	0,2	8	0,7	4	0,3
Świętokrzyskie	2	0,2	2	0,2	5	0,4
Podkarpackie	2	0,1	2	0,1	0	0

Źródło: Biuletyn statystyczny Ministerstwa zdrowia. Centrum Systemów Informatycznych Ochrony Zdrowia (<http://www.csioz.gov.pl/publikacja.php?id=6>)

Sytuacja epidemiologiczna grypy na terenie woj. lubelskiego jest w dalszym ciągu niezadowolająca, mimo iż w stosunku do roku 2013 odnotowano 11 238 przypadków zachorowań mniej (2012 r. - 19679 przypadków; zapadalność na 100 tys. wynosiła 907,44) (tabela 13). W 2014 roku w woj. lubelskim zarejestrowano 70 593 zachorowań i podejrzeń na grypę. Zapadalność na 100 tys. ludności w 2014 roku wyniosła 3280,59. W przypadku liczby zgonów analizując lata poprzednie tj. 2012-2013; w 2014 roku nie odnotowano zgonów z powodu grypy natomiast w 2013 r. stwierdzono 11 zgonów; w tym 10 zgonów spowodowanych wirusem A/H1N1, a 1 zgon wirusem typu A. W okresie największej zachorowalności ustalenie rozpoznania grypy możliwe jest w oparciu o specjalistyczne metody diagnostyki wirusologicznej. Laboratoryjnie grypę potwierdzono w 47 przypadkach; w tym 31 przypadków dotyczyło dzieci do lat 14. Najwięcej zachorowań w 2014 roku wystąpiło w powiatach: lubelskim – 25 650 przypadków zachorowań oraz świdnickim - 13 170 przypadków. Biorąc pod uwagę zapadalność, najwyższa zapadalność na 100 tys. ludności wystąpiła w powiecie: świdnickim – 18083,4 i włodawskim 12 740,25. Z kolei w Polsce zapadalność wyniosła 8140,81 i podobnie jak w 2013 roku była znacząco wyższa niż w woj. lubelskim.

Tabela 14. Zapadalność na wybrane choroby w województwie lubelskim w latach 2005, 2010, 2013 (na 100 tys. ludności)

Wyszczególnienie	2005	2010	2013	różnica 2013-2005	% różnicy
Gruźlica	36,9	30,0	27,4	-9,5	-25,7
W tym gruźlica płuc	40,1	27,2	25,5	-14,6	-36,4
Nowotwory złośliwe	312,7	361,1	370,3	57,6	18,4
Bakteryjna zatrucia pokarmowe	72,4	26,1	23,9	-48,5	-67,0
W tym salmonellozy	68,8	23,6	22,4	-46,4	-67,4
Wirusowe zapalenie wątroby	15,4	8,5	6,5	-8,9	-57,8
W tym typu B	4,4	3,2	1	-3,4	-77,3
Biegunka u dzieci do 2 lat	915,0	500,1	571,2	-343,8	-37,6
AIDS	0,3	0,3	0,2	-0,1	-33,3
Kiła	1,9	1,4	1,1	-0,8	-42,1
Rzeżączka	0,5	1,6	0,3	-0,2	-40,0

Źródło: Obliczenia własne - Biuletyn statystyczny Ministerstwa zdrowia. Centrum Systemów Informatycznych Ochrony Zdrowia (<http://www.csioz.gov.pl/publikacja.php?id=6>)

Analiza wskaźników zapadalności na wybrane choroby w latach 2005, 2010 i 2013 wskazuje, że w przypadku prawie wszystkich jednostek chorobowych zapadalność w roku 2013 wyraźnie zmniejszyła się w porównaniu z rokiem 2005. Jedynie w przypadku nowotworów złośliwych o prawie 1/5 wzrósł wskaźnik zachorowań. W największym stopniu spadła liczba zachorowań na żółtaczkę typu B (o 77,3%) oraz na bakteryjne zatrucia pokarmowe – o 2/3 (tabela 14). W najmniejszym stopniu zmniejszył się wskaźnik zachorowań na gruźlicę o 1/4 w stosunku do roku 2005.

Poważnym problemem zdrowotnym, zwłaszcza kobiet w wieku rozrodczym (20+) są choroby endokrynologiczne, w tym głównie choroby tarczycy. Rozpowszechnienie chorób tarczycy (zaburzenia funkcji i budowy) w populacji polskiej spełnia kryterium choroby cywilizacyjnej (wg danych GUS z 2004r. – dotyczyło do 22% populacji)⁵. W codziennej praktyce obserwuje się rosnącą ilość pacjentów, u których rozpoznaje się zaburzenia z zakresu tyreologii (wole guzowate, subkliniczna i jawna niedoczynność oraz nadczynność tarczycy o różnej etiologii, obecność przeciwciał p/tarczycowych, nowotwory). Choroby tarczycy zdecydowanie częściej dotyczą kobiet (ok. 85-90% przypadków). Niedoczynność

⁵ GUS. Stan zdrowia ludności Polski w 2004r. GUS. Warszawa 2006: 100-121.

tarczycy (subkliniczna, jawna) występuje znacznie częściej niż nadczynność tarczycy (6-7% versus 1,5%).

Niedobór hormonów tarczycy jak i ich nadmiar, wpływa na stan wszystkich układów i narządów. Niedoczynność tarczycy (hipotyreoza - subkliniczna, jawna) występuje znacznie częściej niż nadczynność tarczycy (6-7% versus 1,5%). Najczęstsze przyczyny niedoczynności tarczycy są następstwem zapalenia autoimmunologicznego tarczycy (ch. Hashimoto), przebytej uprzednio strumektomii lub leczenia radiojodem, stosowania niektórych leków (tyreostatyki, interferon, lit, amiodaron, leki hormonalne, i inne). W przeprowadzonym w latach 2007-2010 wieloośrodkowym badaniu PolSenior dysfunkcję tarczycy stwierdzono u ponad 10% populacji Polski powyżej 55 r.ż., głównie kobiet (niedoczynność- 7,55%, nadczynność - 2,9%). Wybuch reaktora jądrowego w Czernobylu w 1986 r.⁶ spowodował, że także w Polsce podjęto zintensyfikowane badania oceniające wpływ promieniowania radiacyjnego na stan zdrowia Polaków. Stwierdzono zwiększoną wykrywalność raka brodawkowatego tarczycy na obszarach o większej radiacji w latach 1987-1994 (region Białegostoku, Opola)⁷. Fakt ten wynikał zarówno ze zintensyfikowanej diagnostyki chorób tarczycy jak również zmiany charakteru histopatologicznego raka. Nowotwory tarczycy występują częściej u kobiet (około 3-krotnie) zarówno w populacji polskiej jak i w innych krajach świata, zajmując 6 miejsce pośród innych nowotworów.

Uwzględniając występowanie chorób tarczycy u około 22% populacji, należy spodziewać się ich wystąpienia u około 201 tysięcy mieszkanek Lubelszczyzny. Znaczna część kobiet pozostaje pod opieką specjalistów endokrynologów lub lekarzy poz., szczególnie w centrach akademickich i większych miastach regionu, w których specjaliści stanowią ok. 70% całej kadry endokrynologicznej.

⁶ Bar-Andziak E. , Milewicz A., Jędrzejuk D. et all. Thyroid dysfunction and autoimmunity in a large unselected population of elderly subjects in Poland - the 'PolSenior' multicentre crossover study. Endokrynol Pol. 2012; 63(5): 346-55.

⁷ Tukiendorf A., Miszczyk L., McEwan P. (2010): Recent epidemiological results of thyroid cancer in the most radiated territory in Poland. Centr. Eur. J.Public Health, 18(3): 157-60.

Tabela 15. Zachorowania na gruźlicę w 2013 roku. nowo zarejestrowani w poradniach chorób płuc i gruźlicy.

Region	Wszystkie postaci			W tym gruźlica płuc		
	Liczba bezwzględna	Na 100 tys. ludności		Liczba bezwzględna	Na 100 tys. ludności	
		wskaźnik	Miejsce w kraju		wskaźnik	Miejsce w kraju
Polska	7250	18,8		6835	17,8	
Dolnośląskie	659	22,6	12	618	21,2	12
Kujawsko-pomorskie	348	16,6	7-8	326	15,6	7
Lubelskie	591	27,4	16	551	25,5	16
Lubuskie	209	20,4	10	201	19,7	10
Łódzkie	574	22,8	13	555	22	14
Małopolskie	560	16,7	9	534	15,9	8
Mazowieckie	1 175	22,1	11	1 100	20,7	11
Opolskie	167	16,6	7-8	162	16,1	9
Podkarpackie	279	13,1	3	263	12,4	3-4
Podlaskie	150	12,5	2	145	12,1	2
Pomorskie	356	15,5	6	334	14,6	6
Śląskie	1 100	23,9	14	1 011	21,9	13
Świętokrzyskie	309	24,3	15	298	23,5	15
Warmińsko-mazurskie	192	13,3	4	180	12,4	3-4
Wielkopolskie	343	9,9	1	327	9,4	1
Zachodniopomorskie	238	13,8	5	230	13,4	5

Źródło: Obliczenia własne - Biuletyn statystyczny Ministerstwa zdrowia. Centrum Systemów Informatycznych Ochrony Zdrowia (<http://www.csioz.gov.pl/publikacja.php?id=6>)

Dane statystyczne ostatnich lat potwierdzają, że wzrasta liczba zachorowań na gruźlicę. W roku 2013 zarejestrowano 7250 nowych przypadków zachorowań na gruźlicę, w tym zdecydowana większość osób (6835) zachorowała na gruźlicę płuc (tabela 15). Stosunkowo wysoki jest wskaźnik nowych zachorowań - 18,8 na 100 tys. ludności Polski. Najwyższy wskaźnik zachorowań na gruźlicę odnotowano w województwie lubelskim – 27,4 na 100 tys. mieszkańców województwa. Lubelszczyzna charakteryzuje się również najwyższym wskaźnikiem zachorowań na gruźlicę płuc (25,5 na 100 tys. mieszkańców). Wskaźniki zachorowań na gruźlicę w województwie lubelskim są prawie trzykrotnie wyższe niż w województwie wielkopolskim, co wskazuje ogromne potrzeby w zakresie leczenia i profilaktyki tych chorób.

Z analizy danych Głównego Urzędu Statystycznego wynika, że populacja wieku rozwojowego (0-18 lat) w 2013 roku w województwie lubelskim wynosiła 19,7% (425 790 dzieci i młodzieży). Chorobowość na 100 tys. osób w tej grupie osób wyniosła 24029; zachorowalność 3947. Najwyższa chorobowość dotyczyła dzieci w przedziale wiekowym 10 – 14 lat (2 8775/100 tys.), gdzie odsetek chorobowości wyniósł 28,8%. Najwyższe wskaźniki

chorobowości oscylujące pomiędzy 45 a 37/100 tys. zanotowano w powiatach puławskim i lubartowskim oraz miastach Lublin i Biała Podlaska, natomiast najwyższe wskaźniki zachorowalności zanotowano w mieście Chełm (100/100 tys.) i powiecie puławskim (80/100 tys.).

Najwyższa chorobowość i zachorowalność dzieci i młodzieży w roku 2013 zanotowano w przypadku dychawicy oskrzeli, niedokrwienności, alergii skórnej i otyłości (tabela 16). Wśród dzieci i młodzieży w wieku 0-14 lat dominowała astma (najwięcej przypadków astmy stwierdzono w grupie wiekowej 5-9 lat tj. 7260/100 tys.; 10-14 lat – 6120/100 tys. oraz grupie wiekowej 0-4 lat tj. 3770/100 tys.). Wojewódzkie wskaźniki na 100 tys. tej populacji wyniosły: 5296 chorobowość oraz 709 zachorowalność. Wśród najmłodszych mieszkańców Lubelszczyzny wysoka jest również zachorowalność na alergię pokarmowe, choroby tarczycy i choroby układu moczowego. Najmniejsza chorobowości i zachorowalności stwierdzono w przypadku zaburzeń rozwoju psychomotorycznego, nowotworów, zaburzeń odżywiania, cukrzycy i niedożywienia, gdzie wskaźnik zapadalności wynosi około 50 na 100 tys. osób z tej grupy wiekowej. Wady rozwojowe układu nerwowego stwierdzono u dwudziestu osób na 100 tys.

Zaburzenia refrakcji i akomodacji oraz zniekształcenia kręgosłupa w podobnym nasileniu co dychawica oskrzelowa, dotyczyły dzieci i młodzież począwszy od 4 roku życia. W przedziale wieku 5-9 lat wskaźniki chorobowości tych chorób wyniosły po ok. 2500/100 tys., w przedziale wiekowym 10 – 14 lat wzrosły ponad dwukrotnie, a w przedziale pomiędzy 15-18 rokiem życia nadal utrzymywały ich dwukrotną wartość. Chorobowość dla tych rozpoznań wynosiła 3480/100 tys. w przypadku zaburzeń refrakcji i akomodacji i 3420/100 tys. w przypadku zniekształceń kręgosłupa, zachorowalność odpowiednio 400 i 480/100 tys. populacji w przedziale wiekowym 0-18 lat.

W przypadku niedokrwistości wskaźniki chorobowości wraz z wiekiem dzieci i młodzieży wykazywały tendencję spadkową. U dzieci najmłodszych wskaźnik chorobowości był najwyższy – 3114/100 tys., natomiast u najstarszych wynosił 1226/100 tys.

Podobnie jak niedokrwistość, natężenie chorobowości na alergię skórne słabnie wraz z wiekiem. W przedziale wiekowym 0-4 lat wskaźnik chorobowości wyniósł 3349/100 tys.; w przypadku 5-9-latków – 1626/100 tys.; 10-14 lat – 1070/100 tys., a w grupie 15-18 latków wartość wskaźnika wynosiła 735/100 tys.

W przypadku otyłości sytuacja jest odwrotna, wskaźniki chorobowości dzieci i młodzieży (0-14 lat) rosną wraz z wiekiem (dopiero powyżej 14 roku życia wartość wskaźnika ulega zmniejszeniu). Wskaźnik chorobowości wyniósł 1592/100 tys.,

zachorowalności 241/100 tys.

Tabela 16. Chorobowość i zachorowalność dzieci i młodzieży do 18 roku życia wg rozpoznania w roku 2013 w województwie lubelskim

Rozpoznanie	Chorobowość ogółem		Zachorowalność	
	liczba	na 100 tys.	liczba	na 100 tys.
Alergie - dychawica oskrzelowa	22 549	5852,7	3 017	783,1
Niedokrwistość	8 362	2170,4	1 694	439,7
Alergia skórna	7 284	1890,6	1 197	310,7
Otyłość	6 777	1759	1 027	266,6
Alergie pokarmowe	5 094	1322,2	926	240,3
Choroby tarczycy	2 893	750,9	692	179,6
Choroby układu moczowego	3 349	869,2	534	138,6
Wady rozwojowe układu krążenia	2 779	721,3	456	118,4
Zaburzenia rozwoju fizycznego	2 589	672	420	109
Padaczka	2 625	681,3	398	103,3
Choroba nadciśnieniowa	1 737	450,8	372	96,6
Zaburzenia rozwoju psychomotorycznego	1 140	295,9	221	57,4
Nowotwory	834	216,5	213	55,3
Zaburzenia odżywiania	995	258,3	199	51,7
Cukrzyca	1 074	278,8	197	51,1
Niedożywienie	1 122	291,2	193	50,1
Wady rozwojowe układu nerwowego	607	157,5	90	23,4

Źródło: Stan zdrowotny ludności - II rozdział Informatora Statystycznego Ochrony Zdrowia Województwa Lubelskiego za rok 2013 Załącznik (http://www.lublin.uw.gov.pl/sites/default/files/zdrowie/dzialalnosc-kontr/dzial_2_2013.pdf)

Analiza chorobowości i zachorowalności dzieci i młodzieży w poszczególnych regionach województwa lubelskiego wykazała duże zróżnicowania tych wskaźników. W tabelach 16 do 19 przedstawiono ilościową charakterystykę skali zjawiska wybranych jednostek chorobowych (najczęściej występujące w województwie lubelskim) w poszczególnych powiatach i miastach na prawach powiatu.

Tabela 17. Chorobowość i zachorowalność dzieci i młodzieży do 18 roku życia na dychawicę oskrzelową wg powiatów

Powiaty	chorobowość ogółem		zachorowalność	
	liczba	na 100 tys.	liczba	na 100 tys.
m. Chełm	1504	11335,5	510	3843,8
kraśnicki	1798	11111,8	372	2299
puławski	1361	6637,4	217	1058,3
m. Lublin	5202	7838,9	585	881,5
lubartowski	1162	5887,7	165	836
chełmski	651	6557,2	82	825,9
rycki	1307	10854,6	99	822,2
świdnicki	1047	9333,2	86	766,6
łęczyński	1040	8191,6	81	638
biłgorajski	1177	5919	123	618,6
zamojski	529	3460,7	80	523,4
tomaszowski	495	3381,6	74	505,5
białski	391	2129,4	92	501
m. Biała Podlaska	638	3751,6	82	482,2
hrubieszowski	458	5363	37	433,3
włodawski	207	2737	30	396,7
opolski	772	6905,2	42	375,7
m. Zamość	492	2994,5	61	371,3
lubelski	512	3146,9	54	331,9
łukowski	638	2914,8	65	297
radzyński	343	2834,7	29	239,7
krasnostawski	273	2921,7	22	235,4
parczewski	120	2164,9	11	198,4
janowski	432	4640,7	18	193,4

Źródło: Stan zdrowotny ludności - II rozdział Informatora Statystycznego Ochrony Zdrowia Województwa Lubelskiego za rok 2013 Załącznik (http://www.lublin.uw.gov.pl/sites/default/files/zdrowie/dzialalnosc-kontr/dzial_2_2013.pdf)

Najwięcej osób chorych na dychawicę oskrzelową mieszka w Chełmie, powiecie kraśnickim i ryckim. W tych rejonach na astmę cierpi ponad 10 tysięcy osób na 100 tys. mieszkańców (tabela 17). Wysoki wskaźnik chorobowości stwierdzono również w powiecie świdnickim (9333,2 na 100 tys.), łęczyńskim (8191,6) i w mieście Lublin (7838,9).

Najmniej chorych na astmę znajduje się w Zamościu, powiecie krasnostawskim, łukowskim, radzyńskim, włodawskim, parczewskim i białskim. Na tych terenach wskaźnik chorujących jest kilkakrotnie niższy – poniżej 3000 na 100 tys. ludności. W roku 2013 najwięcej nowych zachorowań odnotowano w Chełmie, w powiecie kraśnickim i puławskim, a najmniej w powiatach łukowskim, krasnostawskim, parczewskim, i janowskim. Wskaźniki zachorowań

na astmę w tych powiatach są ponad dziesięciokrotnie niższe niż w Chełmie.

Tabela 18. Chorobowość i zachorowalność dzieci i młodzieży do 18 roku życia na niedokrwistość

Powiaty	chorobowość ogółem		zachorowalność	
	liczba	na 100 tys.	liczba	na 100 tys.
kraśnicki	516	3188,9	163	1007,4
m. Zamość	291	1771,2	122	742,5
hrubieszowski	215	2517,6	63	737,7
m. Chełm	330	2487,2	85	640,6
rycki	578	4800,3	77	639,5
m. Lublin	2415	3639,2	383	577,1
świdnicki	296	2638,6	59	525,9
tomaszowski	271	1851,3	72	491,9
krasnostawski	135	1444,8	45	481,6
zamojski	208	1360,7	73	477,6
Łęczyński	460	3623,2	51	401,7
lubartowski	332	1682,2	79	400,3
opolski	263	2352,4	43	384,6
puławski	651	3174,8	72	351,1
biłgorajski	231	1161,7	66	331,9
radzyński	165	1363,6	39	322,3
lukowski	288	1315,8	69	315,2
janowski	181	1944,4	25	268,6
bialski	110	599,1	38	206,9
chełmski	32	322,3	19	191,4
lubelski	150	921,9	25	153,7
włodawski	12	158,7	11	145,4
parczewski	29	523,2	4	72,2
m. Biała Podlaska	203	1193,7	11	64,7

Źródło: Stan zdrowotny ludności - II rozdział Informatora Statystycznego Ochrony Zdrowia Województwa Lubelskiego za rok 2013 Załącznik (http://www.lublin.uw.gov.pl/sites/default/files/zdrowie/dzialalnosc-kontr/dzial_2_2013.pdf)

W roku 2013 na niedokrwistość chorowało 8 362 dzieci i młodzieży województwa lubelskiego, w tym stwierdzono 1 694 nowych zachorowań (tabela 18). Najwyższy wskaźnik osób cierpiących na tę chorobę wystąpił w powiecie ryckim (4800,3 na 100 tys. mieszkańców). Na niedokrwistość choruje stosunkowo duża część mieszkańców Lublina (3639,2 na 100 tys.), powiatu łęczyńskiego (3623,2), kraśnickiego (3188,9) i puławskiego (3174,8). Najmniej osób młodych chorujących na niedokrwistość mieszka w powiecie lubelskim, bialskim parczewskim, chełmskim i włodawskim (tabela 18). W roku 2013 najmniej nowych zachorowań stwierdzono w powiecie kraśnickim (1007,4 na 100 tys.), hrubieszowskim (737,7) oraz miastach Chełm (640,6) i Lublin (742,5).

Tabela 19. Otyłość dzieci i młodzieży do 18 roku życia wg powiatów

Powiaty	chorobowość ogółem		Zachorowalność	
	liczba	na 100 tys.	liczba	na 100 tys.
krasnostawski	346	3702,9	52	556,5
puławski	659	3213,9	98	477,9
chełmski	391	3938,4	40	402,9
m. Zamość	303	1844,2	66	401,7
lubelski	553	3398,9	63	387,2
hrubieszowski	288	3372,4	32	374,7
m. Biała Podlaska	262	1540,6	61	358,7
kraśnicki	298	1841,7	50	309
bialski	332	1808,1	53	288,6
lukowski	325	1484,8	63	287,8
tomaszowski	173	1181,9	42	286,9
radzyński	200	1652,9	34	281
zamojski	253	1655,1	37	242,1
włodawski	92	1216,4	18	238
m. Lublin	858	1292,9	143	215,5
parczewski	110	1984,5	11	198,4
biłgorajski	252	1267,3	38	191,1
świdnicki	188	1675,9	21	187,2
m. Chełm	172	1296,4	24	180,9
rycki	110	913,5	19	157,8
lubartowski	225	1140	28	141,9
opolski	144	1288	13	116,3
łęczyński	130	1023,9	13	102,4
janowski	113	1213,9	8	85,9

Źródło: Stan zdrowotny ludności - II rozdział Informatora Statystycznego Ochrony Zdrowia Województwa Lubelskiego za rok 2013 Załącznik (http://www.lublin.uw.gov.pl/sites/default/files/zdrowie/dzialalnosc-kontr/dzial_2_2013.pdf)

W ostatnich latach poważnym problemem dzieci i młodzieży jest otyłość, która stwarza ryzyko powstania wielu innych chorób. W 2013 roku w województwie lubelskim zdiagnozowaną otyłość miało 6 777 osób w wieku do 18 roku życia, w tym 1 027 osób to nowe przypadki otyłości. Najwyższy wskaźnik otyłości wśród dzieci i młodzieży stwierdzono w powiecie chełmskim, krasnostawskim, lubelskim, hrubieszowskim i puławskim – powyżej 3000 osób na 100 tys. mieszkańców (tabela 19). Trzykrotnie niższy wskaźnik otyłych w młodym wieku mają powiaty: opolski (1288 na 100 tys.), biłgorajski (1267,3), janowski (1213,1) tomaszowski (1181,9), lubartowski (1140,0), łączynski (1023,9) i rycki (913,5). W powiatach, w który jest stosunkowo niewielka liczba osób otyłych, na ogół niewiele jest też osób, u których zdiagnozowano otyłość w ostatnim (objętych statystyką) roku. W 2013 roku

najniższy wskaźnik nowych przypadków otyłości stwierdzono w powiatach: ryckim (157,8 na 100 tys.), lubartowskim (141,9), opolskim (116,8), Łęczyńskim (102,4), janowskim (85,9).

Powszechnym problemem zdrowotnym dzieci i młodzieży w Polsce jest próchnica zębów. Z badań przeprowadzonych w 2013 r. wśród uczniów szkół podstawowych wynika, że problem ten dotyczy 80% dzieci⁸. Próchnica występuje częściej u dzieci młodszych (5-9 lat), chłopców, dzieci wiejskich. Ponad 2/5 dzieci (42%) ma 4 lub więcej zębów z próchnicą. W województwie lubelskim problem ten odnotowano u 76,1% dzieci.

W ostatnich latach obserwuje się stały wzrost zachorowalności na cukrzycę. Chorobę tę określa się mianem epidemii XXI wieku i traktuje na równi z chorobami układu krążenia i nowotworami.

W Polsce w 2000 roku zarejestrowanych było 1,3 miliona chorych na cukrzycę, natomiast w roku 2010 liczbę chorych szacuje się na 2–2,5 miliona⁹. W województwie lubelskim cukrzycę rozpoznaną ma ponad 93 tys. osób, ponadto przyjmuje się, że ok. 50 tys. ma cukrzycę jeszcze nierozpoznaną. Kolejne 100 tys. osób ma stan przedcukrzycowy. Rocznie liczba chorych na cukrzycę rośnie o ok. 10 000. Dodatkowo odnotowuje się tu jedną z największych chorobowości w Polsce dotyczącą cukrzycy ogółem (łącznie z cukrzycą typu 1) – wynosi ona 5,52 %. Wyższy jej wskaźnik odnotowano jedynie w województwie łódzkim (5,55 %) ¹⁰.

W 2013 r. wskaźnik zgonów spowodowanych cukrzycą na Lubelszczyźnie wyniósł 16 na 100 tys. ludności¹¹. Szacuje się, że u 15% pacjentów z cukrzycą rozwinię się owrzodzenie stopy, wśród których w 70% przypadków będzie ono pochodzenia neuropatycznego. Według Polskiego Stowarzyszenia Diabetologicznego, Polska należy do krajów, które mają najwięcej amputacji kończyn. Średnio, co drugi pacjent ze stopą cukrzycową traci nogę. W naszym kraju wykonuje się 14 tysięcy amputacji rocznie.

Analiza danych statystycznych dotyczących przyczyn zgonów wynika, że największym problemem zdrowotnym mieszkańców województwa lubelskiego są choroby układu krążenia. Jednym z rzadko rozpoznawanych zagrożeń zdrowotnych w tej grupie chorób jest obturacyjny bezdech senny (OBS).

Przyjmuje się najczęściej, że występowanie OBS w populacji dorosłych wynosi 4%

⁸ Badanie przesiewowe stanu uzębienia wśród dzieci ze szkół podstawowych http://www.pck.pl/media/repository/2014/cz1/Raport_Ipsos_Chron_Dzieciece_Usmiechy_skrot.pdf (data dostępu 14.08.2015)

⁹ Sebastian Szczyrba, Grzegorz Kozera, Leszek Bieniaszewski, Walenty M. Nyka. Neuropatia cukrzycowa — patogeneza, rozpoznawanie, zapobieganie, leczenie Wybrane Problemy Kliniczne 2010, s. 340.

¹⁰ Rocznik Statystyczny województwa lubelskiego, 2014.

¹¹ Rocznik Statystyczny województwa lubelskiego, 2014.

wśród mężczyzn i 2% wśród kobiet¹², przy czym częstość u kobiet znacznie rośnie po menopauzie aż do wyrównania proporcji płci w wieku podeszłym. Generalnie u osób starszych OBS jest dużo częstszy¹³. Podane tutaj szacunki są jednak jednymi z mniejszych. W oparciu o badanie polskiej populacji pomimo zaostrzonych kryteriów OBS rozpoznano u niemal 8%¹⁴, a spotyka się nierzadko twierdzenia, że może na tę chorobę cierpieć nawet co piąta dorosła osoba.

Chociaż nie wszystkie postaci OBS są równie niebezpieczne, to z danych szacunkowych wynika, że znacznie klinicznie znaczące postaci, tj. umiarkowana i ciężka, mogą stanowić około 1/3 wszystkich chorych¹⁵. Śmiertelność związana nawet z umiarkowanie nasilonym OBS dla wszystkich przyczyn zgonów jest w badaniach ponad 6 razy większa w ciągu 13 lat w porównaniu do osób z wykluczoną chorobą¹⁶.

Według tradycyjnych (prawdopodobnie niedoszacowanych) pomiarów częstości występowania OBS (2% kobiet, 4% mężczyzn), populacja chorych na tę chorobę wynosi w województwie lubelskim przynajmniej 52 tysiące. Liczba ta jest prawdopodobnie i tak zaniżona z uwagi na fakt niższej niż krajowa średnia wieku lubelskiej populacji. Nawet po uwzględnieniu tylko postaci ciężkiej i umiarkowanej daje to ponad 17 tysięcy chorych.

Istnieje przypuszczenie, że liczba chorych na OBS na Lubelszczyźnie wzrośnie, ze względu na trendy demograficzne (emigracja młodych osób poza województwo, dalsze starzenie się populacji) oraz ciągły wzrost otyłości, jako głównego czynnika ryzyka OBS. Dodatkowo szacuje się, że przy aktualnych możliwościach diagnostycznych w połowie wykonanych procedur diagnostycznych w kierunku OBS będzie stwierdzać się rzeczywiście chorobę istotną klinicznie.

Choroby układu mięśniowo-szkieletowego są w Polsce i na świecie drugą przyczyną niepełnosprawności lub ograniczenia sprawności. Choroby te wywierają istotny wpływ na sytuację ekonomiczną, społeczną oraz osobistą osób chorych (niska jakość życia). Niestety, bardzo trudno jest ocenić skalę zjawiska występowania tych chorób. Informacje na temat występowania dolegliwości układu mięśniowo-szkieletowego pochodzą głównie z badań

¹² Young T. I wsp. Epidemiology of obstructive sleep apnea. A population health perspective. *Am. J. Respir. Crit. Care Med* 2002.; 165: 1217-1239.

¹³ Young T. i wsp. for The Sleep Heart Study Research Group. Predictors of the sleep-disordered breathing in community-dwelling adults. *Arch. Intern. Med* 2002b, 162: 893-900.

¹⁴ Pływaczewski R. i wsp. Sleep-disordered breathing in middle-aged and older polish urban population. *J. Sleep Res.* 2008, 17: 73-81.

¹⁵ Young T. I wsp. (2002a) Epidemiology of obstructive sleep apnea. A population health perspective. *Am. J. Respir. Crit. Care Med.*; 165: 1217-1239.

¹⁶ Marshall N. S. i wsp. (2008) Sleep apnea as an independent risk factor for all-cause mortality: The Busselton Health Study. *Sleep*; 31: 1071-1078.

ankietowych odwołujących się do subiektywnych ocen respondentów, głównie w związku z wykonywaną pracą.

Z przeglądu warunków pracy, który został przeprowadzony wśród pracowników 27 państw Unii Europejskiej wynika, że na występowanie takich dolegliwości skarży się około 22% pracowników¹⁷. Z badań przeprowadzonych w poszczególnych krajach Europy wynika, że dolegliwości mięśniowo-szkieletowe występują jeszcze częściej. Badania przeprowadzone w Wielkiej Brytanii wśród sprzedawców, kierowców, operatorów komputerów, pracowników biurowych wskazują, że 34% respondentów zgłaszało dolegliwości bólowe w okolicy karku, 35% — w okolicy stawów barkowych i 35% — w okolicy stawów nadgarstkowych¹⁸. W Szwecji przeprowadzono badania wśród rolników i pracowników innych zawodów (grupa kontrolna). Większość badanych skarżyła się na dolegliwości w okolicy kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego (67,7% rolników; 57,7% pozostałych) oraz w okolicy stawów barków i karku (53,3% rolników, 54,1% pozostałych)¹⁹. Występowanie dolegliwości bólowych jest powszechne również wśród pracowników przemysłu leśnego, pakowaczek, pracowników służby zdrowia (głównie pielęgniarek, fizykoterapeutów, stomatologów, ultrasonografistów i lekarzy dyscyplin zabiegowych), a także operatorów komputerowych.

Z badań przeprowadzonych wśród polskich rolników wynika, że największy odsetek chorób dotyczy układu kostno-stawowego (26,3%)²⁰. Problem ten w podobnym stopniu dotyczy kobiet i mężczyzn. Największy wzrost zachorowań stwierdza się w grupie wiekowej 50-60 lat – 45,6%. Choroby układu kostno-stawowego oraz urazy kości, stawów i tkanki miękkiej są jedną z najczęściej występujących przyczyn niezdolności do pracy. W roku 2013 orzeczenia rentowe (pierwszorazowe) wydane przez komisje lekarskie ZUS z powodu tych chorób i urazów stanowiły około ¼ ogółu orzeczeń o niezdolności do pracy²¹. U kobiet częściej niż u mężczyzn orzeczenia rentowe wydawano z powodu chorób układu kostno-

¹⁷ Parent-Thirion A, Fernández M., Enrique H.J., Vermeulen G.: Fourth European Working Conditions Survey. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Dublin 2007. Adres: <http://www.eurofound.europa.eu/pub>

¹⁸ Za: J. Bugajska, A. Jędryka-Góral, R. Gasik, D. Żołnierczyk-Zreda Nabyte zespoły dysfunkcji układu mięśniowo-szkieletowego u pracowników w świetle badań epidemiologicznych. *Medycyna Pracy* 2011;62(2):153–161

¹⁹ Za: J. Bugajska, A. Jędryka-Góral, R. Gasik, D. Żołnierczyk-Zreda Nabyte zespoły dysfunkcji układu mięśniowo-szkieletowego u pracowników w świetle badań epidemiologicznych. *Medycyna Pracy* 2011;62(2):153–161

²⁰ Przeciwdziałanie chorobom wynikającym z obciążeń fizycznych u rolników. Red. F. Bujak. IMW. Lublin 2006, s. 5.

²¹ Kania, I. Tomczyk, Orzeczenia komisji lekarskich ZUS. Zakład Ubezpieczeń Społecznych. Departament Statystyki i Prognoz Aktuarialnych. Warszawa 2013.

(http://www.zus.pl/files/Orzeczenia_Komisji_Lekarskich.pdf)

stawowego (odpowiednio 17,1%; 12,4%), natomiast u mężczyzn częściej niż u kobiet – z powodu urazu kości, stawów i tkanki miękkiej (odpowiednio: 11,5%; 5,2%).

Choroby układu kostno-stawowego stanowią prawie 25% rozpoznanych u rolników zachorowań, które były podstawą przyznania pierwszorazowego świadczenia rentowego. Jednocześnie u kilku osób rocznie stwierdza się choroby zawodowe układu ruchu. Choroby układu kostno-stawowego są także przyczyną wypadków przy pracy w rolnictwie²².

Choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej są częstą przyczyną absencji chorobowej. W 2009 roku 12,1% dni absencji spowodowane były chorobami tego układu²³. Większy odsetek dni absencji stwierdzono tylko z powodu ciąży, porodu i połogu (17,8%), chorób układu oddechowego (15,9%) oraz wypadków i zatruc (14,7%).

1.1.4. Niepełnosprawność

Według danych pochodzących z Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań z 2011 r.²⁴ liczba osób niepełnosprawnych w Polsce na koniec marca 2011 r. wynosiła ok. 4,7 mln (4 697,0 tys.), co stanowi 12,2 % ludności kraju wobec 14,3 % w 2002 r. (5456,7 tys.). W populacji osób niepełnosprawnych dominują kobiety, ich udział procentowy wynosi 53,9 % (2530,1 tys.), zaś udział mężczyzn 46,1% (2166,9 tys.).

Prawne potwierdzenie faktu niepełnosprawności posiadało w 2011 roku przeszło 3,1 mln osób (dokładnie 3 131,5 tys.), co stanowi 66,7 % ogółu niepełnosprawnych, pozostałe 33,3% (1565,6 tys.) stanowiły osoby niepełnosprawne biologicznie. W zestawieniu z danymi z 2002 r. zauważa się wyraźny spadek liczby osób posiadających orzeczenie prawne o niepełnosprawności (liczba ta zmniejszyła się o 1318,6 tys.) i wzrost liczby niepełnosprawnych biologicznie (liczba ta wzrosła o 559 tys.)²⁵.

Z analizy struktury wieku ogółu osób niepełnosprawnych wynika, że fakt niepełnosprawności w największym stopniu dotyczy osób mających 60-74 lat (1462,5 tys.) i 45-59 lat (1339, 9 tys.) oraz 75 lat i więcej (1050, 5 tys.). W pozostałych kategoriach wiekowych liczba osób niepełnosprawnych wynosiła: 0-14 lat (169,1 tys.), 15-29 lat (267,6 tys.), 30-44 lata (407,5 tys.)²⁶.

²² [http://www.krus.gov.pl/index.php?id=1447&type=98&tx_ttnews\[tt_news\]=2633&no_cache=1](http://www.krus.gov.pl/index.php?id=1447&type=98&tx_ttnews[tt_news]=2633&no_cache=1) (data dostępu 7.09.2015).

²³ E. Karczewicz, H. Markowska. Przyczyny chorobowe niezdolności do pracy w 2009 roku w badaniach zakładu ubezpieczeń Społecznych. W: Sytuacja zdrowotna ludności polski i jej uwarunkowania. **Pod red.** B. Wojtyniaka, P. Goryńskiego, B. Moskalewicz. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego. Państwowy Zakład Higieny. Warszawa 2012. s.243-244.

²⁴ Raport z wyników Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań 2011. GUS. Warszawa 2012, s. 69.

²⁵ Raport z wyników Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań 2011. GUS. Warszawa 2012, s. 69.

²⁶ Rocznik Statystyczny RP 2014. GUS. Warszawa 2014, s. 212-213.

Z danych Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia przeprowadzonego przez GUS w 2009 r. wynika, że dominującymi rodzajami schorzeń powodującymi niepełnosprawność są: uszkodzenia i choroby narządów ruchu (55,8 % w porównaniu do 46,1 % w 2004 r.), schorzenia układu krążenia (49,6 % w porównaniu do 48,5% w 2004 r.), schorzenia neurologiczne (33% w porównaniu do 29% w 2004 r.) oraz choroby psychiczne (10,1% w porównaniu do 7,9 % w 2004) i upośledzenie umysłowe (4,0% w porównaniu do 2,5% w 2004 r.). Na przestrzeni 5 lat obniżył się odsetek osób, dla których główną przyczyną niepełnosprawności były choroby narządu wzroku (z 29,5% w 2004 r. do 27,3% w 2009 r.) i słuchu (z 13,9% w 2004 r. do 13,7% w 2009 r.)²⁷.

W roku 2011 w województwie lubelskim zamieszkiwało 311796 osób (tabela 9) niepełnosprawnych, co stanowiło 11,7% ogółu ludności województwa (Rycina 7). Odsetek ten był nieco niższy od odsetka osób niepełnosprawnych w kraju (12,2%). Odsetek osób niepełnosprawnych w województwie lubelskim jest jednym z najniższych w kraju. Niższy stwierdzono tylko w województwach: śląskim (11,0%), małopolskim (10,2%) i mazowieckim (9,8%).

Z analizy Banku Danych Lokalnych GUS w latach 2002 i 2011 wynika, że liczba osób niepełnosprawnych niemal we wszystkich województwach zmniejszyła się (tabela 20). Jedynie w województwie opolskim wzrosła o 645 osób (0,6%). Niewielkie spadek liczy osób niepełnosprawnych stwierdzono w województwie lubuskim (0,2%), śląskim (1,4%) i pomorskim (1,8%). W analizowanym okresie (2002-2011) liczba osób niepełnosprawnych w województwie lubelskim zmniejszyła się o 21,2% (ponad 1/5). Ta skala zmiany liczby osób niepełnosprawnych jest jedną z najwyższych w kraju. Jedynie w województwie małopolskim zmniejszenie liczby niepełnosprawnych było większe (3, 4%).

Tabela 20. Niepełnosprawni w roku 2002 i 2011 wg województw

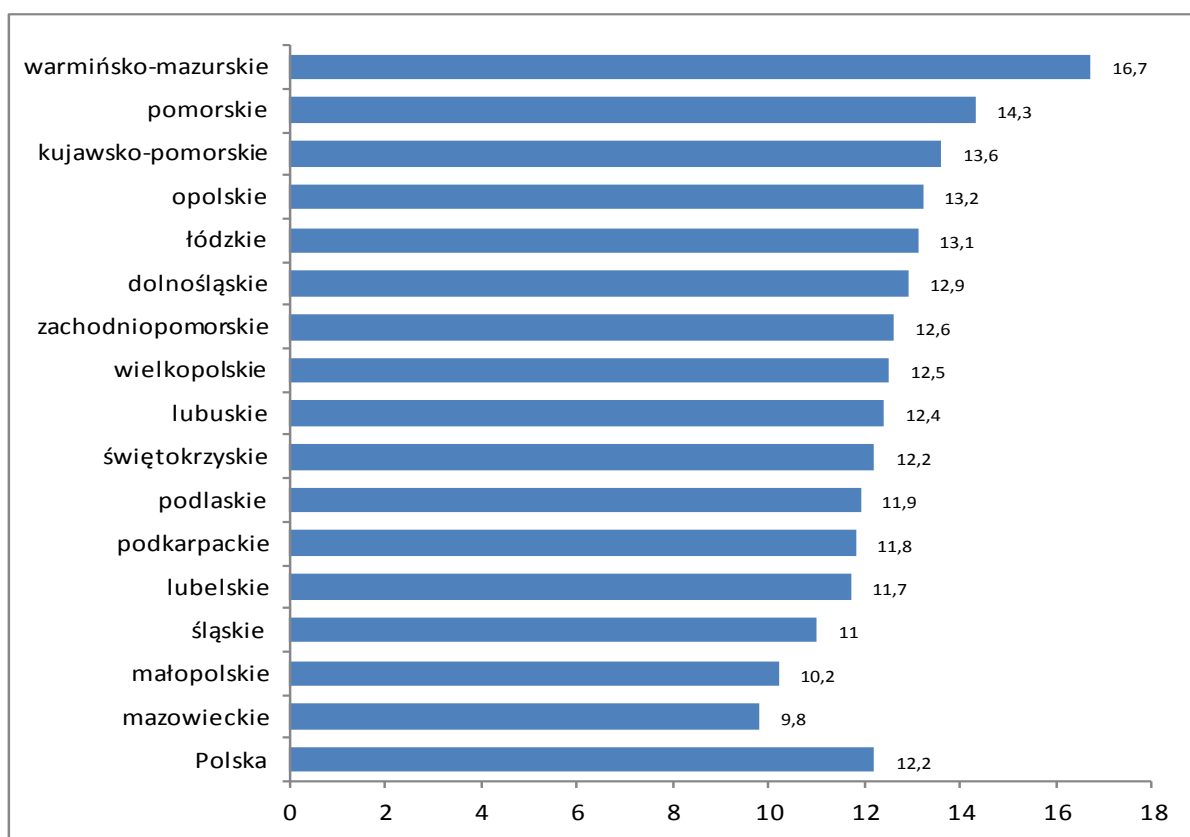
Województwo	2002 r.	2011 r.	Różnica 2011-2002	% różnice wobec roku 2002
łódzkie	354535	333760	-20775	-5,9
mazowieckie	561285	515697	-45588	-8,1
małopolskie	574944	394309	-180635	-31,4
śląskie	544352	552138	7786	1,4
lubelskie	396920	311796	-85124	-21,4
podkarpackie	299879	249530	-50349	-16,8
podlaskie	151294	131758	-19536	-12,9
świętokrzyskie	181508	165680	-15828	-8,7
lubuskie	170875	170537	-338	-0,2
wielkopolskie	506664	428770	-77894	-15,4

²⁷ bip.kprm.gov.pl/download/75/13595/RM-24-139-13zal1.doc, data dostępu 28.05.2015 g. 11.

zachodniopomorskie	224446	210057	-14389	-6,4
dolnośląskie	419827	383758	-36069	-8,6
opolskie	102508	103153	645	0,6
kujawsko-pomorskie	291321	264313	-27008	-9,3
pomorskie	289786	284499	-5287	-1,8
warmińsko-mazurskie	202361	197293	-5068	-2,5

Źródło: Bank Danych Lokalnych. GUS.

http://stat.gov.pl/bdl/app/dane_podgrup.hier?p_id=780959&p_token=1232444415



Źródło: Obliczenia własne - Bank Danych Lokalnych. GUS.

http://stat.gov.pl/bdl/app/dane_podgrup.hier?p_id=780959&p_token=1232444415

Rycina 11. Niepełnosprawni w % ogółu ludności wg województw w 2011 roku

Większość niepełnosprawnych w Polsce stanowią osoby posiadające orzeczenie o niepełnosprawności (66,7%), określane w statykach jako niepełnosprawni prawnie (tabela 21). Pozostali (33,3%) nie posiadają formalnego orzeczenia o niepełnosprawności i są traktowani jako niepełnosprawni biologicznie. W województwie lubelskim niepełnosprawni biologicznie stanowią niewiele większy odsetek (36,0%) i jest jednym z czterech województw, gdzie niepełnosprawni biologicznie stanowią najwyższy odsetek. Większa część tego typu niepełnosprawności występuje w województwie śląskim (37,6%), podkarpackim (38,0%) i mazowieckim (41,2%). Należy jednocześnie podkreślić, że w porównaniu z województwem lubelskim znacznie mniejszy odsetek niepełnosprawnych biologicznie jest w województwie

lubuskim (23,1%), małopolskim (28,0%) i wielkopolskim (28,0%).

Tabela 21. Niepełnosprawni prawnie i biologicznie wg województwa w roku 2011.

Województwa	Niepełnosprawni prawnie		Niepełnosprawni tylko biologicznie	
	N	%	N	%
łódzkie	216054	64,7	117706	35,3
mazowieckie	303304	58,8	212393	41,2
małopolskie	283775	72,0	110533	28,0
śląskie	344743	62,4	207395	37,6
lubelskie	199512	64,0	112284	36,0
podkarpackie	154687	62,0	94844	38,0
podlaskie	84239	63,9	47519	36,1
świętokrzyskie	106267	64,1	59413	35,9
lubuskie	131201	76,9	39335	23,1
wielkopolskie	308633	72,0	120137	28,0
zachodniopomorskie	145159	69,1	64897	30,9
dolnośląskie	253489	66,1	130270	33,9
opolskie	62304	60,4	40849	39,6
kujawsko-pomorskie	194417	73,6	69897	26,4
pomorskie	199590	70,2	84909	29,8
warmińsko-mazurskie	144082	73,0	53211	27,0
Polska	3131456	66,7	1565592	33,3

Źródło: Bank Danych Lokalnych. GUS.

http://stat.gov.pl/bdl/app/dane_podgrup.hier?p_id=780959&p_token=1232444415

Tabela 22. Niepełnosprawni w województwie lubelskim wg płci i województw w 2011 r.

Województwa	Ogółem N	Mężczyźni		Kobiety	
		N	%	N	%
łódzkie	333760	150537	45,1	183223	54,9
mazowieckie	515697	237698	46,1	277999	53,9
małopolskie	394309	177143	44,9	217165	55,1
śląskie	552138	256723	46,5	295415	53,5
lubelskie	311796	141684	45,4	170112	54,6
podkarpackie	249530	117816	47,2	131713	52,8
podlaskie	131758	60826	46,2	70933	53,8
świętokrzyskie	165680	77048	46,5	88632	53,5
lubuskie	170537	78196	45,9	92341	54,1
wielkopolskie	428770	199323	46,5	229448	53,5
zachodniopomorskie	210057	98374	46,8	111683	53,2
dolnośląskie	383758	173600	45,2	210158	54,8
opolskie	103153	48401	46,9	54753	53,1
kujawsko-pomorskie	264313	125239	47,4	139073	52,6
pomorskie	284499	131919	46,4	152580	53,6
warmińsko-mazurskie	197293	92385	46,8	104907	53,2
Polska	4697048	2166912	46,1	2530135	53,9

Źródło: Obliczenia własne - Bank Danych Lokalnych. GUS.

http://stat.gov.pl/bdl/app/dane_podgrup.hier?p_id=780959&p_token=1232444415

Większość osób niepełnosprawnych w Polsce to kobiety (53,9%). Nadwyżka niepełnosprawnych kobiet nad mężczyznami występuje w każdym województwie, w tym również w województwie lubelskim, gdzie 55,4% stanowią mężczyźni, a 44,6 - kobiety (tabela 22). Proporcje niepełnosprawnych kobiet i mężczyzn w poszczególnych województwach są bardzo podobne.

W województwie lubelskim odsetek osób niepełnosprawnych jest bardzo zróżnicowany w poszczególnych powiatach (tabela 23). Największą część ludności stanowią niepełnosprawni w powiecie chełmskim, gdzie niepełnosprawności doświadcza prawie co piąty (19,0%) mieszkaniec tego powiatu. Niewiele mniejszy jest odsetek niepełnosprawnych w mieście Chełm (17,5%). Wysoki odsetek osób niepełnosprawnych jest również w powiecie świdnickim (16,4%), lubelskim (15,8%), puławskim (15,5%) i mieście Lublin (15,6%). Najmniej niepełnosprawnych zamieszkuje powiat lubartowski (11,8%) biłgorajski (11,3%), rycki (11,3%), miasto Biała Podlaska (11,0%), łukowski (10,5%) i janowski (8,7%). Należy zwrócić uwagę, że odsetek osób niepełnosprawnych w powiecie janowskim jest dwukrotnie mniejszy niż w powiecie chełmskim.

Tabela 23. Niepełnosprawni w województwie lubelskim wg powiatów w 2011 r.

Powiaty	Ogółem		Mężczyźni		Kobiety	
	N	% ludności w powiecie	N	%	N	%
chełmski	14532	19,0	6794	46,8	7739	53,2
m. Chełm	12393	17,5	5593	45,1	6801	54,9
świdnicki	12085	16,4	5256	43,5	6829	56,5
lubelski	21308	15,8	9789	45,9	11520	54,1
m. Lublin	55630	15,6	23902	43,0	31728	57,0
puławski	19060	15,5	8597	45,1	10463	54,9
kraśnicki	15123	14,6	6910	45,7	8214	54,3
zamojski	16420	14,5	7533	45,9	8887	54,1
parczewski	5614	14,4	2608	46,5	3006	53,5
krasnostawski	11466	14,1	5039	43,9	6427	56,1
hrubieszowski	10321	13,7	4605	44,6	5716	55,4
włodawski	5750	13,4	2724	47,4	3027	52,6
radzyński	8422	13,1	4114	48,8	4308	51,2
tomaszowski	12094	13,0	5663	46,8	6431	53,2
bialski	15241	12,9	6969	45,7	8272	54,3
opolski	8509	12,9	3896	45,8	4613	54,2
m. Zamość	8361	12,2	3854	46,1	4507	53,9
łęczyński	6881	12,0	3088	44,9	3793	55,1
lubartowski	10996	11,8	5012	45,6	5984	54,4
biłgorajski	12027	11,3	5817	48,4	6210	51,6
rycki	7128	11,3	3395	47,6	3733	52,4
m. Biała Podlaska	6408	11,0	2808	43,8	3600	56,2
lukowski	11668	10,5	5600	48,0	6068	52,0
janowski	4357	8,7	2119	48,6	2238	51,4

Źródło: Obliczenia własne - Bank Danych Lokalnych. GUS.

http://stat.gov.pl/bdl/app/dane_podgrup.hier?p_id=780959&p_token=1232444415

We wszystkich powiatach województwa lubelskiego występuje przewaga liczby niepełnosprawnych kobiet nad liczbą niepełnosprawnych mężczyzn (tabela 23), ale dysproporcje w poszczególnych powiatach są dość zróżnicowane. Prawie równa liczba niepełnosprawnych kobiet i mężczyzn występuje w powiatach janowskim, radzyńskim, biłgorajskim i lukowskim. Największa dysproporcja (kilkanaście punktów procentowych) wystąpiła w powiecie krasnostawskim, świdnickim oraz w miastach na prawach powiatu Lublin i Biała Podlaska.

Oprócz niepełnosprawności wynikającej z wad wrodzonych oraz będącej konsekwencją wypadków duży problem stanowi niepełnosprawność spowodowana naturalnymi procesami starzenia się organizmu. Procesy inwolucyjne prowadzą do upośledzenia sprawności organizmu wraz z wiekiem. W wieku 50-59 lat prawie podwaja się odsetek osób niepełnosprawnych biologicznie (w porównaniu do wieku 40-49 lat), głównie z

powodu schorzeń narządu ruchu i układu krążenia²⁸. Upośledzenie funkcji ruchowych, skutkuje ograniczeniem aktywności fizycznej i sprawności umysłowej, stopniowo prowadzi do zubożenia zainteresowań, spadku sprawności pragmatycznych i interakcyjnych oraz zaburzeń emocjonalnych²⁹. Mała aktywność fizyczna powoduje zanik mięśni szkieletowych, osłabienie wytrzymałości tkanki kostnej i zwiększoną podatność na urazy³⁰. Wystąpienie ostrych stanów chorobowych takich jak udar mózgu, zawał serca lub złamania osteoporotyczne z powodu upadków przyspiesza wystąpienie ciężkiego upośledzenia sprawności ruchowej. Osoby w wieku podeszłym i chore, które nie znajdują należytego wsparcia w odzyskiwaniu sprawności ruchowej i utrzymywaniu każdego rodzaju pożądanej aktywności (także emocjonalnej i intelektualnej) ze strony rodziny, zwykle są skazane na dalsze i szybkie pogarszanie się stanu zdrowia w wyniku powikłań i rozwoju depresji. Rehabilitacja kompleksowa (ruchowa, psychiczna, intelektualna i społeczna) jest niezbędnym czynnikiem zachowania jakości życia nawet u osób bardzo ciężko chorych i upośledzonych w zakresie sprawności³¹.

Osoby w wieku podeszłym oraz niepełnosprawne z powodu następstw przebytych chorób wymagają codziennej pielęgnacji oraz prowadzenia podstawowej rehabilitacji ruchowej i poznawczej, polegającej na wykonywaniu prostych ćwiczeń, głównie o typie ćwiczeń biernych kończyn oraz ćwiczeń ogólnousprawniających. Stan tych osób zmienia się – pogarsza lub poprawia, niekiedy z dnia na dzień. Prowadzenie ćwiczeń jest możliwe przez odpowiednio przeszkolonych członków rodzin pod warunkiem posiadania elementarnej wiedzy z zakresu fizjologii, anatomii narządu ruchu, strategii komunikacyjnych oraz psychologii osób starszych i niepełnosprawnych. W większych skupiskach miejskich opieka nad tymi osobami jest łatwiejsza do realizacji ze względu na bliskość od miejsca zamieszkania pacjenta do praktyki POZ i miejskiego ośrodka pomocy rodzinie. Na terenach wiejskich osoby wymagające opieki są znane lekarzom rodzinnym oraz pracownikom gminnych ośrodków pomocy rodzinie, lecz opieka nad nimi w większym stopniu spoczywa na członkach rodzin zamieszkujących we wspólnym gospodarstwie.

²⁸ Badanie Stanu Zdrowia Ludności Polski. Praca zbiorowa. Zakład Wydawnictw Statystycznych, Warszawa 2009, 2011. <http://stat.gov.pl>

²⁹ Carvalho A i wsp., Carvalho A, Rea IM, Parimon T, Cusack BJ. Physical activity and cognitive function in individuals over 60 years of age: a systematic review. *Clin Interv Aging*. 2014; 9: 661-682. doi: 10.2147/CIA.S55520.

³⁰ Ferrucci L, Baroni M, Ranchelli A, Lauretani F, Maggio M, Mecocci P, Ruggiero C. (2104) Interaction between bone and muscle in older persons with mobility limitations. *Curr Pharm Des*. 20(19): 3178-397.

³¹ Taylor D. (2014) Physical activity is medicine for older adults. *Postgrad Med J*. 90(1059): 26-32. doi: 10.1136/postgradmedj-2012-131366.

Opisane w załączniku I zjawiska demograficzne spowodowały duży wzrost zapotrzebowania na opiekę medyczną, rehabilitację i pielęgnację. Ze względu na ograniczenia budżetowe zapewnienie tej opieki przez instytucje publiczne wydaje się obecnie bardzo trudne do zrealizowania. W województwie lubelskim było tylko 21 stacjonarnych placówek pomocy społecznej, w których mogą przebywać osoby w podeszłym wieku oraz 13 dla osób przewlekle somatycznie chorych³².

Potwierdzenie znaczenia dostępności rehabilitacji dla osób niepełnosprawnych w opinii międzynarodowych ekspertów znajduje się w dokumencie programowym Rady Europy pt. "Plan działań na Rzecz Osób Niepełnosprawnych na lata 2006-2015", kierunek 10 Rehabilitacja. Obowiązek zapewnienia powszechnego dostępu do rehabilitacji jest obowiązkiem państw sygnatariuszy Konwencji o Prawach Osób Niepełnosprawnych³³ przyjętej przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych 13 grudnia 2006 r., na mocy rezolucji nr 61/106 ratyfikowanej przez Polskę 6 września 2012 r. Konwencja nakłada między innymi następujące obowiązki państwa wobec osób niepełnosprawnych:

- Prawo do osiągnięcia najwyższego możliwego poziomu stanu zdrowia, gwarantowanie opieki zdrowotnej w takim samym zakresie i takiej samej jakości, jak innym osobom, zapewnienie usług zdrowotnych, które są konieczne ze względu na niepełnosprawność, zakaz dyskryminacji osób niepełnosprawnych w ubezpieczeniu zdrowotnym (art. 25).
- Rehabilitacja: podejmowanie odpowiednich środków w celu umożliwienia uzyskania i utrzymania możliwie pełnych zdolności fizycznych, intelektualnych, społecznych i zawodowych oraz pełnej integracji - opartej na multidyscyplinarnej ocenie indywidualnych potrzeb, potencjału usług i programów w zakresie wszechstronnej rehabilitacji (art. 26).
- Prowadzenie życia samodzielnie i przy włączeniu w społeczeństwo: prawo wszystkich osób niepełnosprawnych do życia w społeczeństwie, wraz z prawem dokonywania wyborów, na równi z innymi osobami, w tym prawo podjęcia decyzji co do tego, gdzie i z kim będą mieszkać, podejmowanie odpowiednich środków w celu ułatwienia korzystania z tego prawa oraz pełnej integracji i uczestnictwa w życiu społeczeństwa (dostęp do usług świadczonych w domu i innych usług wsparcia w społeczności

³² Rocznik Statystyczny 2014. GUS. Warszawa 2015.

³³ Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych, sporządzona w Nowym Jorku dnia 13 grudnia 2006 r (Dz.U. 2012 poz. 1169)

lokalnej, celem zapobiegania izolacji społecznej, dostęp do usług i urządzeń powszechnie dostępnych) (art. 19).

1.1.5. Wypadkowość

Wypadki i urazy są trzecią pod względem częstości występowania przyczyną zgonów w kraju, a także w województwie lubelskim. Największą część wypadków stanowią wypadki przy pracy oraz wypadki komunikacyjne. W roku 2013 wydarzyło się 124114 wypadków, w tym zdecydowaną większość stanowiły wypadki przy pracy (71,1%), a pozostałe to wypadki komunikacyjne – 35847 (28,9% ogółu)³⁴. W tym samym roku w województwie lubelskim odnotowano 5038 wypadków, z czego 70% tej liczby to wypadki przy pracy, a 30% to wypadki komunikacyjne.

Wypadki komunikacyjne

Ze statystyk Komendy Głównej Policji wynika, że w 2001 roku na drogach województwa lubelskiego wydarzyło się 2705 wypadków. W kolejnych latach obserwuje się systematyczny spadek liczby wypadków i w roku 2014 liczba wypadków komunikacyjnych wyniosła 1408, to jest prawie o połowę mniej (47,9%) niż w roku 2001 (tabela 24). Znacznie większe zmniejszenie skali zjawiska wypadkowości stwierdzono jedynie w województwie wielkopolskim (o 55,4%) oraz w województwie kujawsko-pomorskim (o 60,8%). Skala wypadkowości zmniejszyła się najmniej w województwie łódzkim (-17,2%), mazowieckim (-14,6%), warmińsko-mazurskim (-11,0%) i lubuskim (-10,5%).

Tabela 24. Liczba wypadków komunikacyjnych w latach 2001 do 2014 wg województw

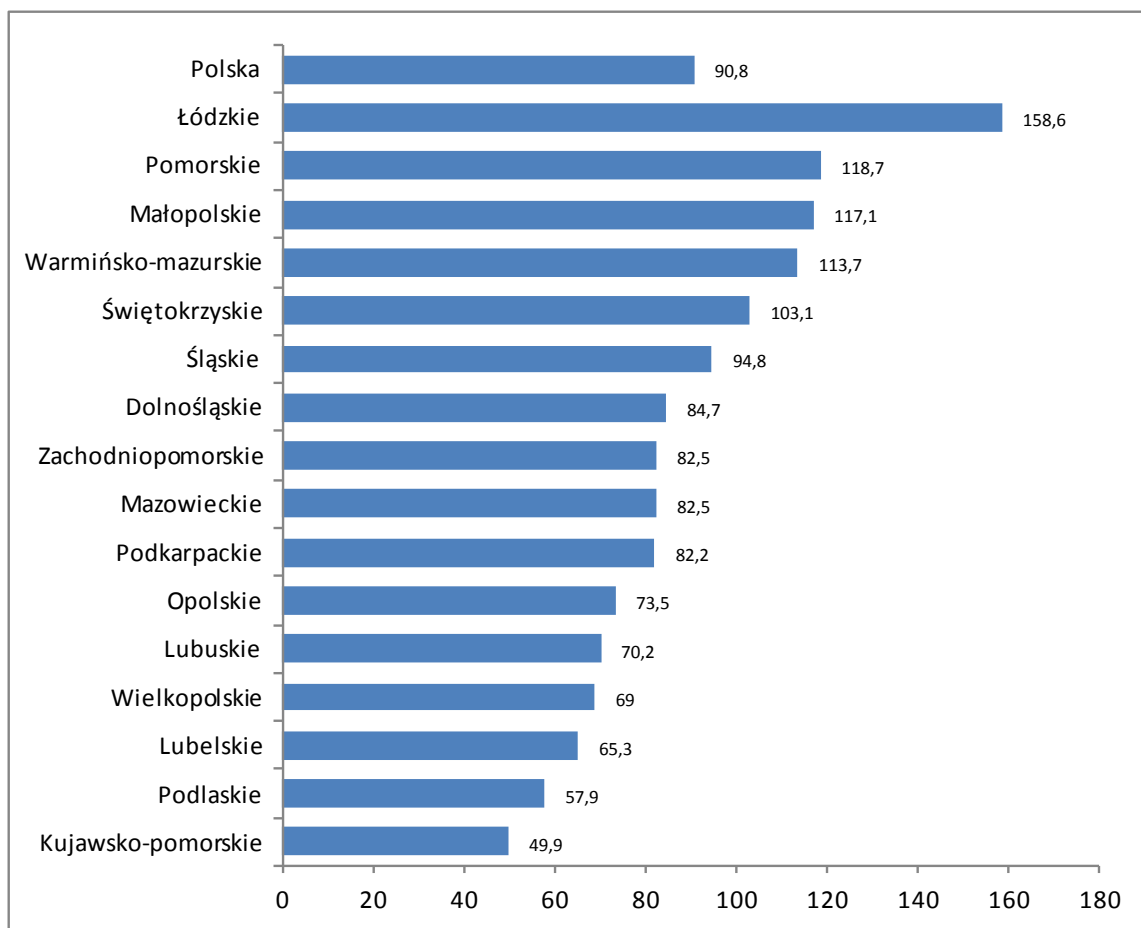
Województwa	Lata			2014 r.		
	2001 r.	2005 r.	2010 r.	liczba	różnica w porównaniu z 2001 r.	% różnicy
Kujawsko-pomorskie	2665	2 157	1490	1044	-1621	-60,8
Wielkopolskie	5364	4 268	2930	2392	-2972	-55,4
Podlaskie	1407	1 185	847	692	-715	-50,8
Opolskie	1440	1 013	836	738	-702	-48,8
Lubelskie	2705	2 446	1820	1408	-1297	-47,9

³⁴ Stan bezpieczeństwa ruchu drogowego w Polsce w 2014 roku. Komenda główna Policji (<http://statystyka.policja.pl/st/ruch>); Rocznik statystyczny województw 2014. GUS. Warszawa 2014, s. 309.

Świętokrzyskie	2208	1 906	1574	1308	-900	-40,8
Zachodniopomorskie	2174	1 875	1485	1418	-756	-34,8
Śląskie	6496	6 355	5015	4360	-2136	-32,9
Dolnośląskie	3552	3 149	2294	2466	-1086	-30,6
Małopolskie	5237	4 437	4003	3936	-1301	-24,8
Podkarpackie	2294	2 244	1961	1751	-543	-23,7
Pomorskie	3569	3 064	2660	2724	-845	-23,7
Łódzkie	4814	4 753	4157	3986	-828	-17,2
Mazowieckie	5137	3 468	2861	4385	-752	-14,6
Warmińsko-mazurskie	1849	1 936	1725	1645	-204	-11,0
Lubuskie	801	860	845	717	-84	-10,5
Polska	53799	48 100	38832	34970	-18829	-35,0

Źródło: Obliczenia własne na podstawie: Stan bezpieczeństwa ruchu drogowego w Polsce w 2014 roku. Komenda główna Policji (<http://statystyka.policja.pl/st/ruch>)

W celu zobiektywizowania oceny wypadkowości w ruchu drogowym obliczono wskaźnik wypadkowości przypadający na 100 tys. mieszkańców danego województwa. Dla województwa lubelskiego wskaźnik ten jest stosunkowo niski – 65,3 wypadków na 100 tys. mieszkańców Lubelszczyzny (rycina 11). Jest on znacznie niższy w porównaniu ze wskaźnikiem wypadkowości w skali całego kraju (90,8 na 100 tys. Polaków) i niższy ze wskaźnikami wypadkowości większości województw. Tylko w województwie podlaskim (57,9) i warmińsko-mazurskim (49,9) współczynnik wypadkowości jest niższy niż w województwie lubelskim (rycina 11).



Źródło: obliczenia własne na podstawie: Stan bezpieczeństwa ruchu drogowego w Polsce w 2014 roku. Komenda główna Policji [www. http://statystyka.policja.pl/st/ruch-](http://statystyka.policja.pl/st/ruch-); Powierzchnia i ludność w przekroju terytorialnym w 2014 r. GUS. Warszawa 2014, s. 17.

Rycina 11. Liczba wypadków komunikacyjnych na 100 tys. ludności wg województw

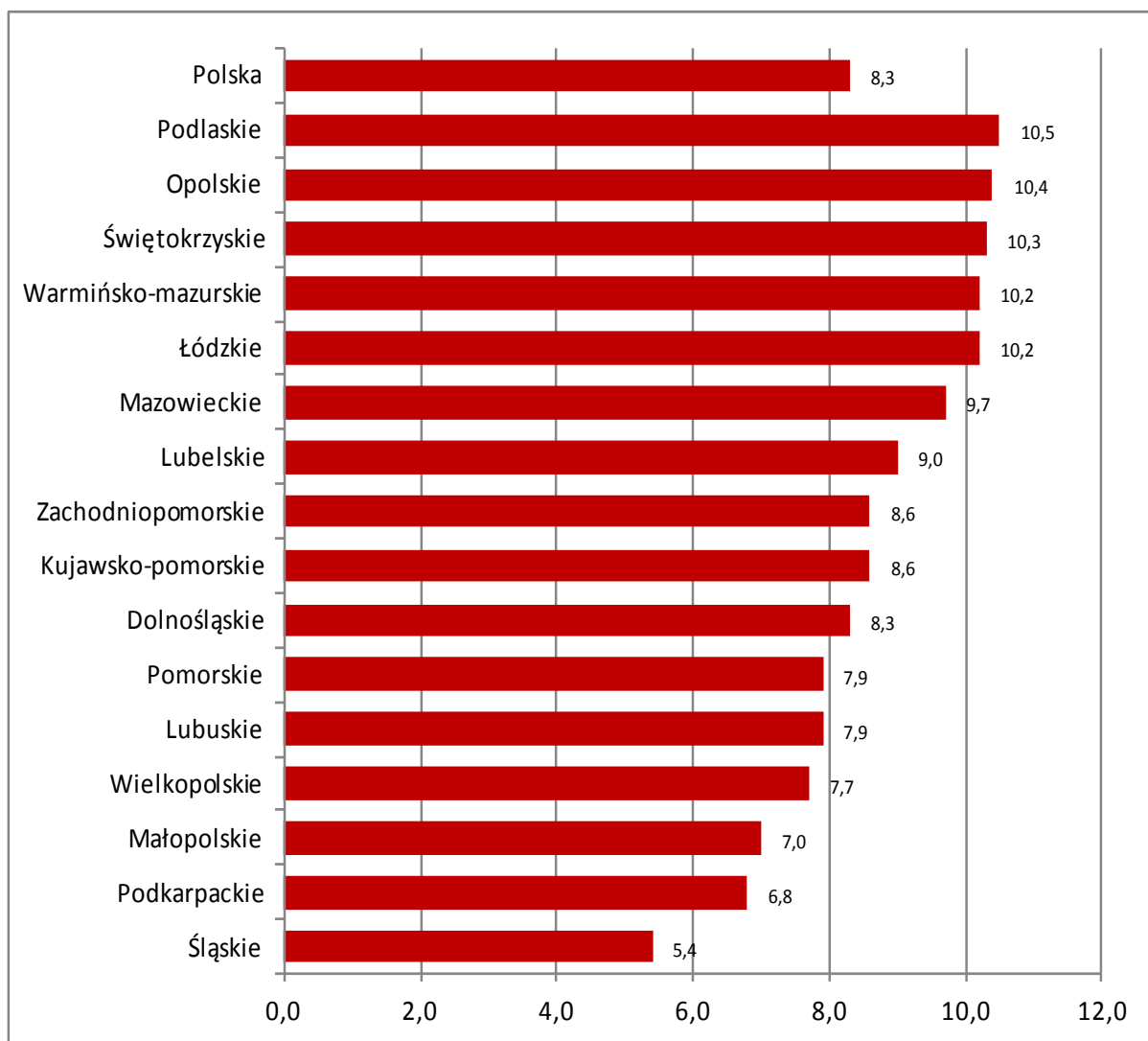
Od roku 2001 znacząco spadła również liczba osób, które w wyniku wypadków komunikacyjnych utraciły życie. W 2014 roku na terenie województwa lubelskiego zginęło w wypadkach 195 osób i jest to liczba prawie o połowę mniejsza (45,5%) w porównaniu z liczbą zabitych w roku 2001 (tabela 25). Spadek liczby osób w województwie lubelskim, które straciły życie w wyniku wypadków komunikacyjnych jest jeden z wyższych w Polsce, tylko w dwóch województwach liczba zabitych spadła o większy odsetek - w województwie wielkopolskim o 45,9% i warmińsko-mazurskim o 46,6%.

Tabela 25. Liczba zabitych w wypadkach komunikacyjnych w latach 2001 do 2014 wg województw

Województwa	Lata			2014 r.		
	2001 r.	2005 r.	2010 r.	liczba	różnica w porównaniu z 2001 r.	% różnicy
Opolskie	149	148	107	104	-45	-30,2
Podlaskie	185	211	146	126	-59	-31,9
Mazowieckie	775	533	424	518	-257	-33,2
Dolnośląskie	377	364	241	242	-135	-35,8
Małopolskie	384	334	235	234	-150	-39,1
Świętokrzyskie	220	227	197	130	-90	-40,9
Zachodniopomorskie	250	236	151	147	-103	-41,2
Podkarpackie	246	287	202	144	-102	-41,5
Kujawsko-pomorskie	311	325	228	179	-132	-42,4
Łódzkie	452	444	320	256	-196	-43,4
Lubuskie	145	174	108	81	-64	-44,1
Pomorskie	328	266	198	181	-147	-44,8
Lubelskie	358	322	256	195	-163	-45,5
Śląskie	457	439	352	249	-208	-45,5
Wielkopolskie	495	503	343	268	-227	-45,9
Warmińsko-mazurskie	277	279	168	148	-129	-46,6
Polska	5534	5 444	3907	3202	-2332	-42,1

Źródło: Obliczenia własne na podstawie: Stan bezpieczeństwa ruchu drogowego w Polsce w 2014 roku. Komenda główna Policji (<http://statystyka.policja.pl/st/ruch>)

Mimo, że w województwie lubelskim w ostatnich latach nastąpił wysoki spadek liczby osób zabitych w wypadkach komunikacyjnych, to jednak wskaźnik liczby zgonów z powodu wypadków w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców województwa (9,0) jest stosunkowo wysoki (Rycina 12). Jest on wyższy od przeciętnego wskaźnika w skali całego kraju (8,3) i jeden z wyższych w porównaniu z innymi województwami.



Źródło: obliczenia własne na podstawie: Stan bezpieczeństwa ruchu drogowego w Polsce w 2014 roku. Komenda główna Policji [www. http://statystyka.policja.pl/st/ruch-](http://statystyka.policja.pl/st/ruch-); Powierzchnia i ludność w przekroju terytorialnym w 2014 r. GUS. Warszawa 2014, s. 17.

Rycina 12. Liczba zabitych w wypadkach komunikacyjnych na 100 tys. ludności wg województw

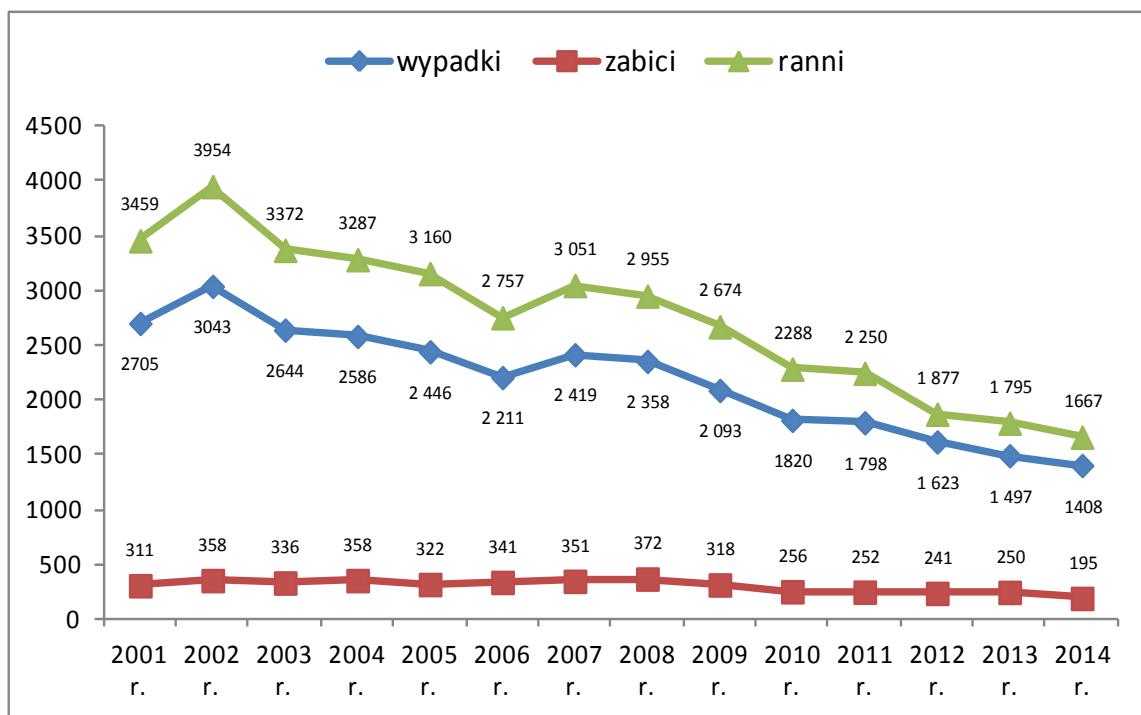
W ostatnich 13 latach o połowę (51,8%) zmniejszyła się liczba rannych w wypadkach komunikacyjnych, które zdarzyły się w województwie lubelskim. Jest to spadek znacznie większy niż przeciętnie w skali kraju (37,6%) (tabela 26). Tylko w czterech województwach spadek liczby rannych w wypadkach komunikacyjnych był większy: podlaskie – o 54,0%, wielkopolskie – o 60,0%, kujawsko-pomorskie - o 66,8%, opolskie – o 86,8%.

Tabela 26. Liczba rannych w wypadkach komunikacyjnych w latach 2001 do 2014 wg województw

Województwa	Lata			2014 r.		
	2001 r.	2005 r.	2010 r.	liczba	różnica w porównaniu z 2001 r.	% różnicy
Lubuskie	1070	1 169	1113	957	-113	-10,6
Warmińsko-mazurskie	2384	2 598	2338	2052	-332	-13,9
Łódzkie	5901	5 753	5226	4807	-1094	-18,5
Mazowieckie	6489	4 424	3553	5211	-1278	-19,7
Podkarpackie	2855	2 858	2571	2184	-671	-23,5
Pomorskie	4565	4 044	3406	3476	-1089	-23,9
Dolnośląskie	4395	4 089	3098	3154	-1241	-28,2
Małopolskie	6814	5 596	5046	4805	-2009	-29,5
Śląskie	8218	7 894	6132	5324	-2894	-35,2
Zachodniopomorskie	2763	2 357	1802	1717	-1046	-37,9
Świętokrzyskie	2855	2 580	2017	1621	-1234	-43,2
Lubelskie	3459	3 160	2288	1667	-1792	-51,8
Podlaskie	1723	1 490	1125	793	-930	-54,0
Wielkopolskie	7012	5 567	3624	2808	-4204	-60,0
Kujawsko-pomorskie	3349	2 757	1799	1112	-2237	-66,8
Opolskie	6489	1 294	1028	857	-5632	-86,8
Polska	68194	61 191	48952	42545	-25649	-37,6

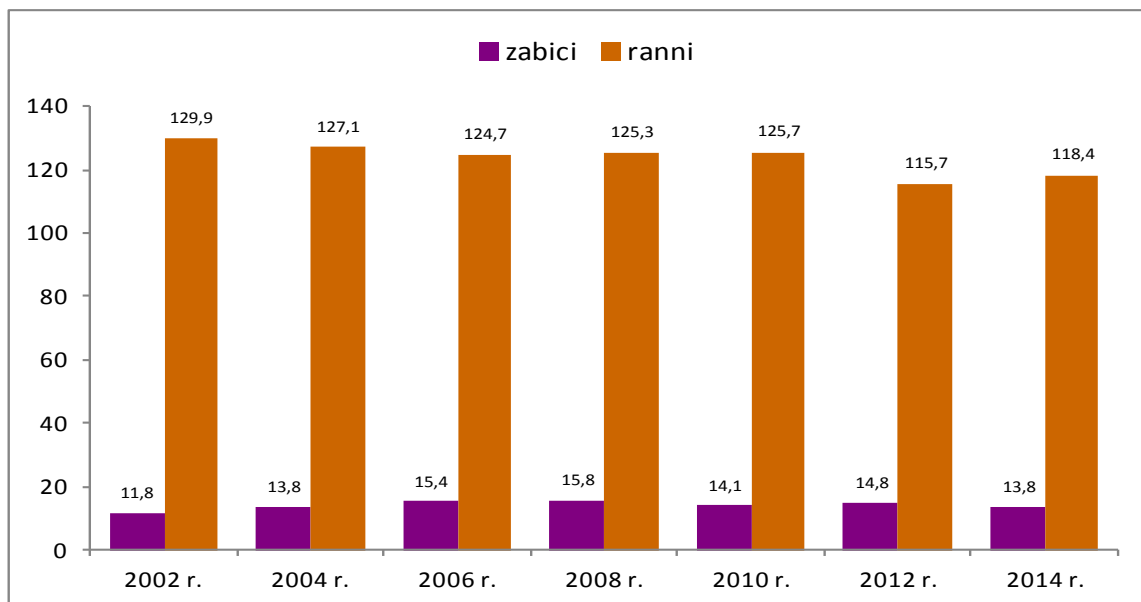
Źródło: Obliczenia własne na podstawie: Stan bezpieczeństwa ruchu drogowego w Polsce w 2014 roku. Komenda główna Policji (<http://statystyka.policja.pl/st/ruch>)

Z analizy zjawiska wypadkowości w komunikacji oraz konsekwencji tych zdarzeń od pierwszych lat XXI wieku wynika, że największe nasilenie tego zjawiska na terenie województwa lubelskiego wystąpiło w roku 2002 roku (rycina 13). Od tego roku systematycznie zmniejsza się liczba wypadków komunikacyjnych i ich konsekwencji. Dynamika zmniejszania się liczby wypadków jest nieco mniejsza niż liczby rannych (rycina 13).



Źródło: na podstawie: Stan bezpieczeństwa ruchu drogowego w Polsce w 2014 roku. Komenda Główna Policji (<http://statystyka.policja.pl/st/ruch>)

Rycina 13. Wypadki komunikacyjne w województwie lubelskim i ich konsekwencje w latach 2001 do 2014



Źródło: Obliczenia własne: Stan bezpieczeństwa ruchu drogowego w Polsce w 2014 roku. Komenda Główna Policji (<http://statystyka.policja.pl/st/ruch>)

Rycina 14. Zabici i ranni na 100 w wypadków komunikacyjnych w województwie lubelskim w latach 2002 do 2014

W roku 2002 w województwie lubelskim zdarzyło się najwięcej wypadków, a jednocześnie wysoki był wskaźnik rannych z powodu tych wypadków (130 osób na 100 wypadków) oraz stosunkowo niski wskaźnik zabitych (12 osób na 100 wypadków) (rycina 14). W kolejnych latach zmniejsza się liczba rannych, ale niestety zwiększa się liczba zabitych. Największy wskaźnik zabitych odnotowano w roku 2008 (16 osób na 100 wypadków). Od roku 2010 znacząco spada wskaźnik osób rannych w wypadkach i nieznacznie zmniejsza się wskaźnik osób zabitych. Należy podkreślić, że w 2014 roku liczba osób zabitych w wypadkach jest ciągle wysoka – 14 osób na 100 wypadków, wyższa niż w roku 2002.

Wypadki przy pracy

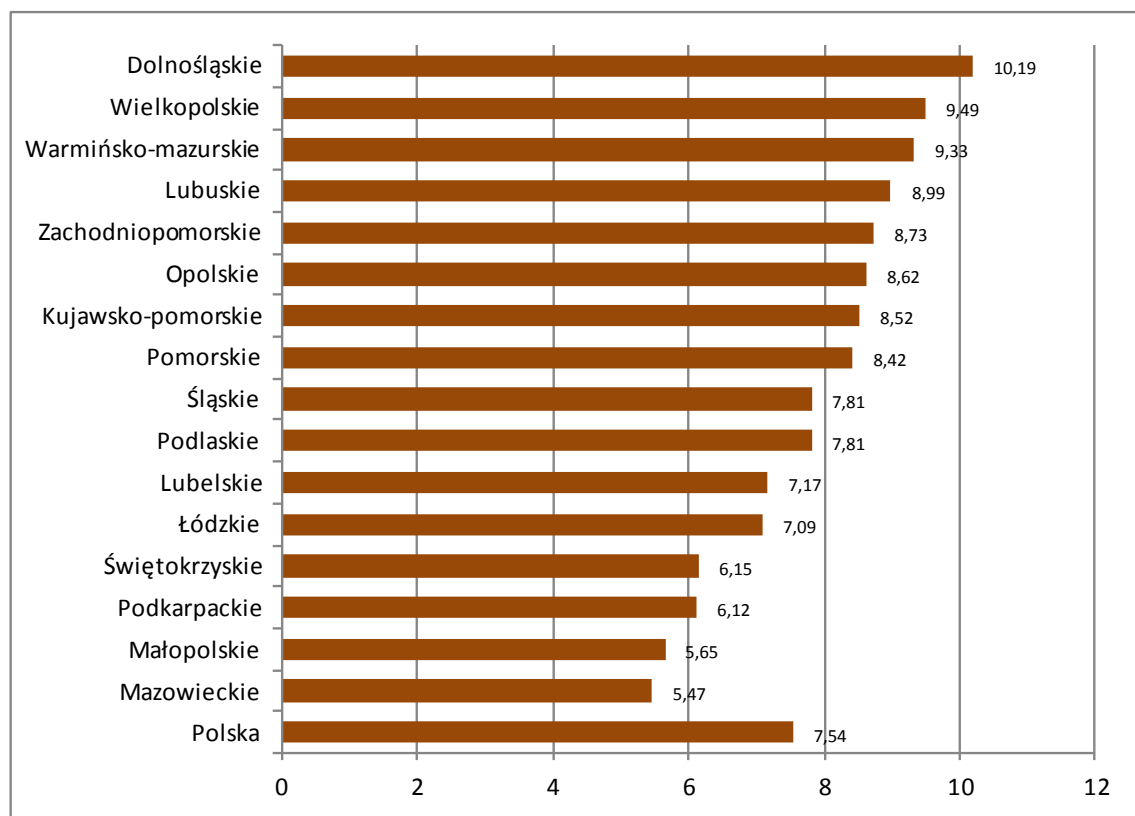
Większość wypadków w Polsce, a także w województwie lubelskim stanowią wypadki przy pracy. W 2013 roku w województwie lubelskim wydarzyło się 3541 tego typu wypadków, co stanowi około 4% wszystkich wypadków w Polsce (tabela 9). Wskaźnik wypadkowości dla województwa lubelskiego kształtuje się na poziomie przeciętnego w kraju i wynosi 7,17 na 1000 zatrudnionych (rycina 15). Znacznie niższy wskaźnik wypadkowości stwierdzono w województwie małopolskim (5,65 na 1000 zatrudnionych) i mazowieckim (5,47). Zdecydowanie większą skalę wypadkowości przy pracy stwierdzono w województwach warmińsko mazurskim (9,33 na 1000 zatrudnionych), wielkopolskim (9,45) i dolnośląskim 10,19).

We wszystkich wypadkach, które miały miejsce w województwie lubelskim w 2013 roku osoby w nich uczestniczące doznały urazów, w tym 15 osób doznało ciężkich obrażeń, a 13 osób straciło życie (tabela 27). Pozostali (99,2% ogółu) to poszkodowani z lżejszymi obrażeniami. Biorąc pod uwagę poszkodowanych w wypadkach śmiertelnych i ciężkich należy ocenić, że liczba tych zdarzeń plasuje województwo lubelskie na środkowej pozycji wśród innych województw. Na uwagę jednak zasługuje proporcja wypadków ze skutkiem śmiertelnym wobec wypadków, które spowodowały ciężkie obrażenia. W województwie lubelskim obie grupy poszkodowanych są prawie równoliczne (13 śmiertelnych i 15 z ciężkimi obrażeniami), natomiast w innych województwach stwierdzono wyraźną przewagę wypadków ciężkich nad śmiertelnymi, w niektórych województwach kilkakrotnie więcej (łódzkie, śląskie, dolnośląskie).

Tabela 27. Poszkodowani w wypadkach przy pracy w 2013 roku wg województw.

Województwa	Wypadki ogółem	Poszkodowani w wypadkach		
		śmiertelnych	ciężkich	łżejszych
Polska	88267	277	538	87452
Dolnośląskie	9509	28	55	9426
Kujawsko-pomorskie	4910	24	32	4854
Lubelskie	3541	13	15	3513
Lubuskie	2605	9	20	2576
Łódzkie	5318	11	45	5262
Małopolskie	5565	14	42	5509
Mazowieckie	10827	38	65	10724
Opolskie	2294	10	18	2266
Podkarpackie	3274	8	22	3244
Podlaskie	2154	9	16	2129
Pomorskie	5794	18	35	5741
Śląskie	12051	39	74	11938
Świętokrzyskie	1892	12	17	1863
Warmińsko-mazurskie	3333	8	6	3319
Wielkopolskie	11109	27	54	11028
Zachodniopomorskie	4091	9	22	4060

Źródło: na podstawie - Rocznik statystyczny województw 2014. GUS. Warszawa 2014, s. 309.



Źródło: na podstawie - Rocznik statystyczny województw 2014. GUS. Warszawa 2014, s. 309.

Rycina 15. Wypadki przy pracy na 1000 zatrudnionych wg województw

Liczba bezwzględna wypadków przy pracy w województwie lubelskim wzrosła w ostatnich latach, z 3352 w roku 2005 do 3541 w roku 2013 (Tabela 28). Jednak w

przeliczeniu na 1000 zatrudnionych wskaźnik wypadkowości uległ nieznacznemu zmniejszeniu, z 7,37 w 2005 roku do 7,17 w roku 2013. W analizowanym okresie na podobnym poziomie utrzymuje się liczba wypadków śmiertelnych, natomiast nieznacznie zmniejsza się liczba wypadków ciężkich i lżejszych.

Tabela 28. Poszkodowani w wypadkach przy pracy w województwie lubelskim w latach 2005 – 2013.

Lata	Ogółem	Poszkodowani w wypadkach			Dni niezdolność do pracy		
		śmiertelnych	ciężkich	lżejszych	1 do 3	4 do 20	21 i więcej
2005	3352	14	22	3316	13	811	2390
2010	3772	10	21	3741	33	1066	2459
2012	3496	10	14	3472	42	1088	2269
2013	3541	13	15	3513	64	947	2238
Na 100 tys. zatrudnionych							
2005	7,37	0,03	0,05	7,29	0,03	1,78	5,25
2010	7,88	0,02	0,04	7,82	0,07	2,23	5,14
2012	7,05	0,02	0,03	7,00	0,08	2,19	4,58
2013	7,17	0,03	0,03	7,11	0,13	1,92	4,53

Źródło: Rocznik statystyczny województwa lubelskiego. US w Lublinie. Lublin 2014, s. 150.

Miarą ciężkości obrażeń spowodowanych wypadkiem jest liczba dni niezdolności do pracy. W roku 2013 na ogólną liczbę 3541 osób, które uległy wypadkom przy pracy w województwie lubelskim, 3249 osób (91,8%) nie było zdolnych by następnego dnia kontynuować pracę (tabela 28). Zdecydowana większość spośród nich (2238 osób- 68,9%) przybywała na długoterminowym zwolnieniu lekarskim, dłuższym niż 20 dni. Prawie 1/3 ofiar wypadków (946 – 29,5%) nie była zdolna do pracy w okresie od 4 do 10 dni, a pozostali (64 osoby - 1,9%) – od 1 do 3 dni. W ostatnich latach wyraźnie wzrasta wskaźnik krótkoterminowej niezdolności do pracy, z 0,03 na 1000 zatrudnionych do 0,13 w 2013 roku. Wskaźnik niezdolności od 4 do 20 dni pozostaje na podobnym poziomie, natomiast zmniejsza się wskaźnik niezdolności długoterminowej, z 5,25 w 2005 roku do 4,53 w roku 2013. Można przypuszczać, że stwierdzona tendencja świadczy o zmniejszaniu się skali obrażeń spowodowanych wypadkami. Przy formułowaniu ostatecznych wniosków w tej kwestii należy wziąć również pod uwagę zmiany w sposobie udzielania zwolnień lekarskich z tytułu wypadków przy pracy.

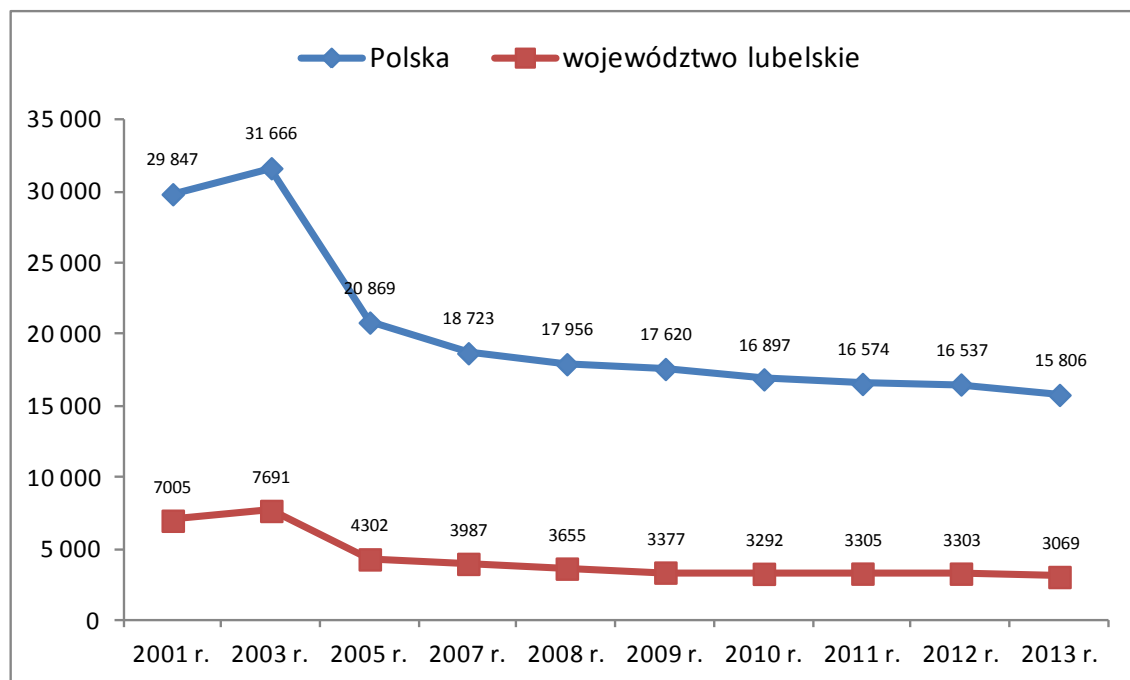
Tabela 29. Wypadki w rolnictwie indywidualnym w roku 2013 wg województw (wydanie decyzji o przyznaniu odszkodowania z tytułu uszczerbku na zdrowiu lub śmierci)

Województwa	ogółem	śmiertelne	wypadki na 1000 ubezpieczonych w KRUS	śmiertelne na 100 tys. ubezpieczonych w KRUS
Polska	15806	77	14,0	6,8
Dolnośląskie	561	1	12,1	2,2
Kujawsko-pomorskie	1003	3	16,1	4,8
Lubelskie	2145	9	15,1	6,3
Lubuskie	193	0	12,9	0,0
Łódzkie	1459	8	15,3	8,4
Małopolskie	1307	7	10,7	5,8
Mazowieckie	2058	11	12,8	6,9
Opolskie	189	0	7,2	0,0
Podkarpackie	1127	4	13,3	4,7
Podlaskie	1308	5	18,3	7,0
Pomorskie	616	5	17,5	14,2
Śląskie	316	4	8,7	11,0
Świętokrzyskie	790	7	11,8	10,4
Warmińsko-mazurskie	774	5	20,8	13,4
Wielkopolskie	1720	7	17,0	6,9
Zachodniopomorskie	240	1	9,2	3,8

Źródło: Wypadki przy pracy i choroby zawodowe rolników oraz działania prewencyjne KRUS w 2014 roku. KRUS. Warszawa 2014, s. 8.

Województwo lubelskie jest regionem o dużym udziale produkcji rolnej i dużej liczbie osób pracujących w rolnictwie indywidualnym. Poważnym problemem zdrowotnym ludności rolniczej jest wysoki poziom wypadkowości. Z danych KRUS wynika, że w 2013 roku doszło do 15806 wypadków przy pracach rolnych, w tym 77 zdarzeń spowodowało śmierć poszkodowanych (tabela 29). Wskaźnik wypadkowości w rolnictwie (14 na 1000 ubezpieczonych w KRUS) jest dwukrotnie wyższy niż wskaźnik wszystkich wypadków przy pracy w Polsce (7,54 na 1000 zatrudnionych). W województwie lubelskim w 2013 roku zgłoszono do KRUS 2145 wypadków, w tym 9 ze skutkiem śmiertelnym. Wskaźnik wypadkowości w województwie lubelskim w przeliczeniu na 1000 ubezpieczonych (15,1) jest nieco wyższy niż w skali całego kraju (14,0). Znacznie niższa jest skala wypadkowości przy pracach rolnych w województwie opolskim (7,2 na 1000 ubezpieczonych), śląskim (8,7) i zachodniopomorskim (9,2). Wskaźnik wypadków śmiertelnych w województwie lubelskim (6,3 na 100 tys. ubezpieczonych) jest nieco niższy niż przeciętny wskaźnik dla całego kraju (6,6). Należy jednak podkreślić, że wskaźnik ten jest znacznie wyższy niż w województwie

dolnośląskim (2,2), zachodniopomorskim (3,8) i podkarpackim (4,7), a w województwach lubuskim i opolskim w roku 2013 nie było wypadków śmiertelnych (tabela 29).



Źródło: Na podstawie: Wypadki przy pracy i choroby zawodowe rolników oraz działalność prewencyjna KRUS w roku 2005. KRUS. Warszawa 2006, s. 45; Wypadki przy pracy i choroby zawodowe rolników oraz działalność prewencyjna KRUS w roku 2013. KRUS. Warszawa 2014, s. 8.

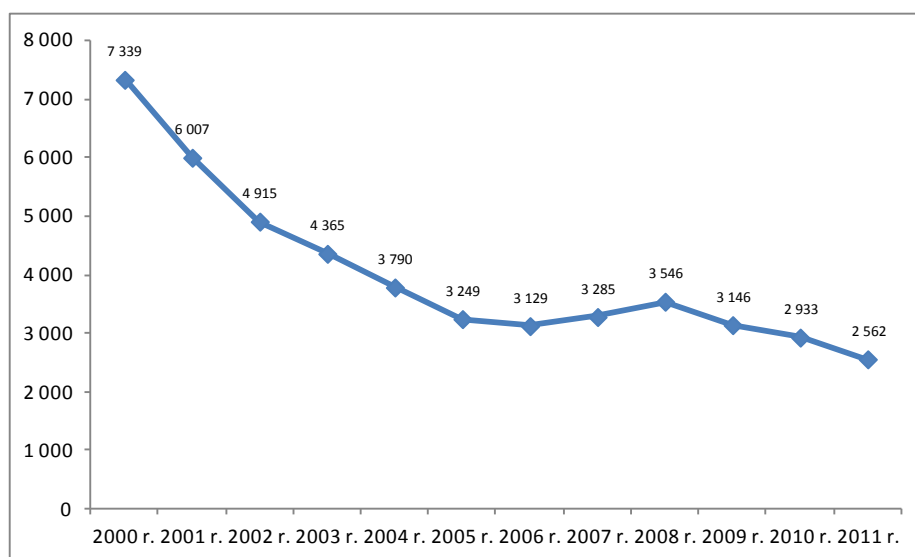
Rycina 16. Liczba wypadków zgłoszona do KRUS w latach 2001-2013

Liczba wypadków w indywidualnym rolnictwie systematycznie spada. W roku 2013 zgłoszono do KRUS o 14041 wypadków mniej w porównaniu z rokiem 2001 (rycina 16). W porównywanych latach w województwie lubelskim liczba wypadków była mniejsza o 3936 zdarzeń. Należy podkreślić, że dynamika zmian zjawiska wypadkowości w województwie lubelskim jest większa niż w skali całego kraju. W roku 2013 liczba wypadków w województwie lubelskim zmniejszyła się o 56% w porównaniu z rokiem 2001, natomiast w skali całego kraju o 46%.

1.1.6. Choroby zawodowe

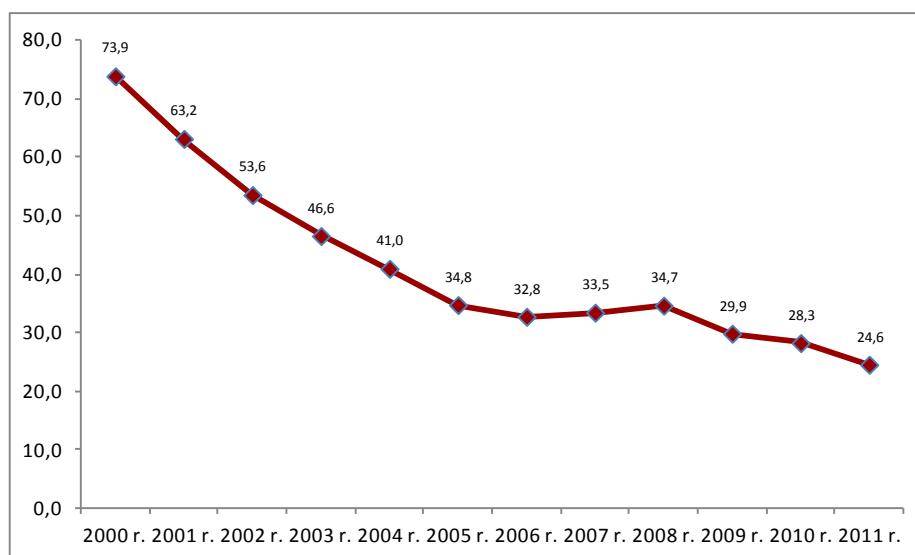
Zgodnie z art. 235 Kodeksu pracy „za chorobę zawodową uważa się chorobę wymienioną w wykazie chorób zawodowych, jeżeli w wyniku oceny warunków pracy można stwierdzić bezspornie lub z wysokim prawdopodobieństwem przyczyny jej powstania”. Należy wykazać, że została spowodowana działaniem czynników szkodliwych dla zdrowia występujących w środowisku pracy albo oraz, że powstała w związku z sposobem wykonywania pracy, zwanych „narażeniem zawodowym. W opracowaniach GUS choroba

zawodowa traktowana jest jako choroba, która została spowodowana działaniem czynników szkodliwych dla zdrowia występujących w środowisku pracy lub specyfiką wykonywanej pracy³⁵.



Źródło: dane Instytutu Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera w Łodzi

Rycina 17. Zapadalność na choroby zawodowe w latach 2000 do 2011



Źródło: dane Instytutu Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera w Łodzi

Rycina 18. Zapadalność na choroby zawodowe na 100 tys. pracujących w latach 2000 do 2011

W roku 2000 stwierdzono w Polsce 7339 chorób zawodowych. Od tego roku następuje systematyczny spadek nowych przypadków tego typu chorób i w roku 2010 liczba ta spadła prawie trzykrotnie (2562 nowych zachorowań) (rycina 17). W przeliczeniu na 100 tys. pracujących wskaźnik zapadalności na choroby zawodowe w roku 2000 wyniósł 73,9, a w roku 2010 zmniejszył się trzykrotnie do wartości 24,6 na 100 tys. pracujących (rycina 18).

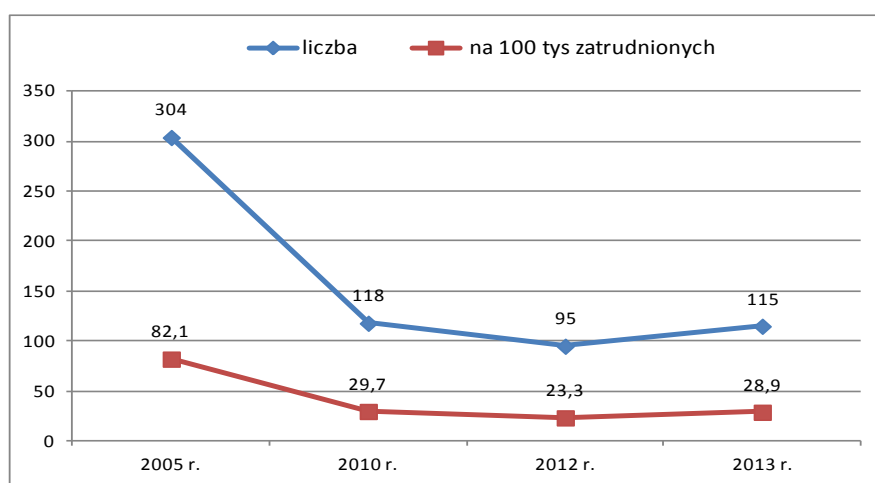
³⁵ Rocznik Statystyczny województwa lubelskiego 2014. US w Lublinie. Lublin 2014, s. 133.

Tabela 30. Współczynnik zapadalności na choroby zawodowe na 100 tys. pracujących w latach 2003-2012 wg województw

Województwa	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2010	2011	2012
Opolskie	20,7	13,9	17,4	23,7	15,9	17,6	15,1	5,3	4,2
Podkarpackie	8,3	8,7	14,8	11,3	11,1	19,8	8,1	12,3	5,1
Łódzkie	15,8	16,2	16,9	11,5	10,0	10,8	6,8	10,6	5,6
Mazowieckie	8,9	8,1	10,4	8,5	11,1	8,5	7,8	9,1	7,9
Wielkopolskie	36,4	25,5	23,9	24,8	22,2	28,3	11,7	15,4	12,3
Lubelskie	36,8	48,2	43,4	39,3	39,2	40,7	16,2	26,7	12,6
Kujawsko-pomorskie	20,2	20,1	16,7	18,0	18,2	19,4	23,5	28,0	13,5
Małopolskie	34,1	26,7	31,4	29,6	43,6	34,6	28,2	21,5	15,6
Pomorskie	38,7	20,5	22,3	21,5	19,1	15,9	20,2	23,4	18,5
Zachodniopomorskie	27,3	24,8	28,7	20,8	16,5	26,6	30,6	27,2	19,3
Dolnośląskie	29,3	34,1	27,2	26,0	26,3	36,8	21,9	27,8	20,0
Świętokrzyskie	23,3	16,9	22,2	35,3	37,7	30,5	18,7	40,4	21,3
Warmińsko-mazurskie	21,8	28,8	21,3	20,7	20,1	25,8	21,6	26,6	26,3
Lubuskie	37,2	23,8	21,3	25,8	17,7	21,6	17,7	22,8	26,4
Podlaskie	23,5	27,9	48,3	25,4	25,6	34,2	29,4	55,3	34,2
Śląskie	80,3	64,9	55,1	58,7	57,2	55,0	67,1	69,3	46,2

Źródło: dane Instytutu Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera w Łodzi

Współczynnik zapadalności na choroby zawodowe w województwie lubelskim kształtuje się na poziomie przeciętnego wskaźnika dla całego kraju. W roku 2012 na 100 tys. pracujących w województwie lubelskim przypadało 12,6 osób wobec których orzeczono chorobę zawodową (tabela 30). Kilkakrotnie mniej chorób stwierdzono w województwie łódzkim (5,6), podkarpackim (5,1) i opolskim (4,2). Jednocześnie kilkakrotnie wyższy niż w województwie lubelskim wskaźnik chorób zawodowych stwierdzono w województwach warmińsko-mazurskim (26,3), lubuskim (26,4), podlaskim (34,2) i śląskim (46,2).



Źródło Rocznik Statystyczny województwa lubelskiego 2014. US w Lublinie Lublin 2014. s. 157.

Rycina 19. Choroby zawodowe w województwie lubelskim w latach 2005 do 2013

W roku 2005 wśród osób zatrudnionych w województwie lubelskim stwierdzono 304 choroby zawodowe (Rycina 19). Liczba ta gwałtownie spadła w roku 2010 do 118 orzeczeń i utrzymuje się na podobnym poziomie do roku 2013. Taką tendencję w skali zjawiska chorób zawodowych potwierdza analiza wskaźnika stwierdzonych chorób zawodowych w przeliczeniu na 100 tys. osób zatrudnionych. W roku 2005 wskaźnik ten osiągnął wysoki poziom 82 chorób na 100 tys. zatrudnionych i zmniejszył się ponad trzykrotnie w roku 2012 (23,3). W kolejny roku odnotowano niewielki wzrost wskaźnika zachorowań (28,9).

W roku 2013 choroby zawodowe w województwie lubelskim były orzekane najczęściej z powodu chorób zakaźnych i pasożytniczych oraz ich następstw (42 orzeczenia) (tabela 31). Prawie taką samą liczbę chorób zawodowych stwierdzono z powodu przewlekłej choroby narządu głosu (41) i znacznie mniejszą liczbę - z powodu pylicy płuc (11). Pojedyncze przypadki orzeczeń wydano w związku z utratą słuchu, chorobami skóry, przewlekłą chorobą układu ruchu, nowotworami złośliwymi oraz chorobą opłucnej lub osierdzia wywołaną pyłem azbestu.

Tabela. 31. Choroby zawodowe w województwie lubelskim w roku 2013

Rodzaj choroby	liczba	na 100 tys. zatrudnionych
Pylice płuc	11	2,8
Choroby opłucnej lub osierdzia wywołane pyłem azbestu	1	0,3
Przewlekłe choroby narządu głosu	41	10,3
Nowotwory złośliwe	2	0,5
Choroby skóry	2	0,5
Przewlekłe choroby układu ruchu	2	0,5
Przewlekłe choroby obwodowe układu nerwowego	5	1,3
Obustronny trwały ubytek słuchu	3	0,8
Choroby zakaźne lub pasożytnicze i ich następstwa	42	10,5

Źródło: N. Szeszenia-Dąbrowska, U. Wilczyńska, W. Sobala. Choroby zawodowe w Polsce w 2013 r. i ich czynniki przyczynowe. *Medycyna Pracy* 2014;65(4):463–472.

Problemy z orzekaniem chorób zawodowych występują w przypadku pracujących w rolnictwie indywidualnym. Przyczyną trudności jest brak obowiązku wykonywania badań stanu zdrowia osób podejmujących pracę w rolnictwie oraz brak okresowych badań profilaktycznych. Ponadto część rolników to wielozawodowcy, którzy oprócz pracy we własnym gospodarstwie podejmują zatrudnienie w innych zawodach. W tak złożonej sytuacji często trudno jest udowodnić związek pracy w rolnictwie z wystąpieniem konkretnego schorzenia. Mimo tych trudności, każdego roku wydawane są orzeczenia o chorobach zawodowych osób pracujących we własnych gospodarstwach rolnych. W roku 2006 w skali

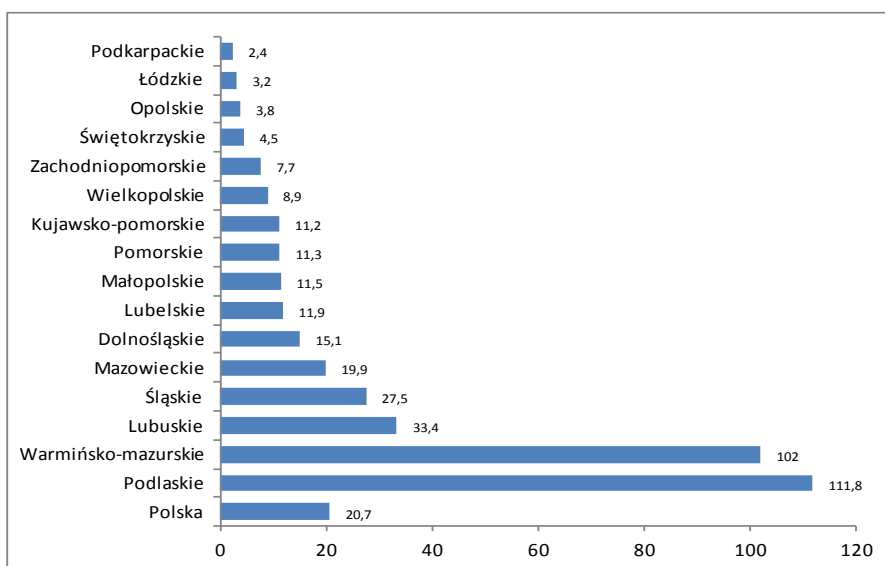
całego kraju stwierdzono 107 chorób zawodowych (tabela 32). W kolejnych latach systematycznie wzrastała liczba orzeczonych chorób zawodowych w rolnictwie aż do roku 2012, w którym liczba nowych chorób zawodowych wzrosła ponad dwukrotnie (234 orzeczenia). W roku 2013 liczba tych chorób spadła do 127.

Mimo, że województwo lubelskie jest regionem o dużym udziale produkcji rolnej, to jednak liczba stwierdzonych chorób zawodowych jest stosunkowo niska – kilkanaście orzeczeń w ciągu jednego roku. Jedynie w roku 2009 stwierdzono 33 choroby zawodowe. Najmniej chorób zawodowych w rolnictwie orzeka się w województwie opolskim, zachodniopomorskim, świętokrzyskim i pomorskim.

Tabela 32. Choroby zawodowe w rolnictwie wg województw w latach 2006-2013

Województwo	Rok							Różnica 2013-2016
	2006	2007	2009	2010	2011	2012	2013	
dolnośląskie	3	5	8	5	9	12	7	4
kujawsko-pomorskie	3	7	1	3	9	6	7	4
lubelskie	17	18	33	18	11	16	17	0
lubuskie	2	1	1	3	3	1	5	3
łódzkie	6	3	1	0	2	5	3	-3
małopolskie	9	10	3	8	5	9	14	5
mazowieckie	1	8	9	35	26	26	32	31
opolskie	0	2	0	2	0	0	1	1
podkarpackie	2	1	2	1	3	4	2	0
podlaskie	39	38	61	58	71	67	80	41
pomorskie	3	0	5	6	3	5	4	1
śląskie	1	0	4	0	6	5	10	9
świętokrzyskie	3	0	1	1	2	1	3	0
warmińsko-mazurskie	11	7	37	19	24	29	38	27
wielkopolskie	4	1	5	6	1	6	9	5
zachodniopomorskie	3	4	3	5	8	6	2	-1
Ogółem	107	105	174	170	183	198	234	127

Źródło: Na podstawie: M. Podstawka rolnicze choroby zawodowe oraz działania prewencyjne KRUS. Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Przyrodniczo-humanistycznego w Siedlcach 2011. nr 91, seria: Administracja i Zarządzanie s. 10-11.; Wypadki przy pracy i choroby zawodowe rolników oraz działalność prewencyjna KRUS w roku 2013. KRUS. Warszawa 2014, s. 21.



Źródło: obliczenia własne - Wypadki przy pracy i choroby zawodowe rolników oraz działalność prewencyjna KRUS w roku 2013. KRUS. Warszawa 2014, s. 21.

Rycina 20. Choroby zawodowe w rolnictwie na 100 tys. ubezpieczonych w KRUS w roku 2013 wg województw.

W roku 2013, w rolnictwie stwierdzono 21 chorób zawodowych w przeliczeniu na 100 tys. ubezpieczonych w KRUS (rycina 20). Wskaźnik ten jest nieco niższy w porównaniu z liczbą stwierdzonych chorób zawodowych w innych działach gospodarki (24,5 na 100 tys. pracujących). W województwie lubelskim wskaźnik stwierdzonych chorób zawodowych w rolnictwie (11,9 na 100 tys. ubezpieczonych w KRUS) jest dwukrotnie niższy niż w skali całego kraju. Mimo, tej różnicy województwo lubelskie jest jednym z siedmiu o najwyższym wskaźniku chorób zawodowych. Należy jednak podkreślić, że wskaźnik ten dla województwa lubelskiego jest dziesięciokrotnie niższy niż dla województw warmińsko mazurskiego (102 na 100 tys. ubezpieczonych) i podlaskiego (118,9).

Eksperti uważają, że wzrost liczby stwierdzanych chorób zawodowych jest efektem lepszych możliwości diagnostycznych oraz większej świadomości lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej na temat związku pracy w rolnictwie z powstaniem określonych chorób, a także większej świadomości samych rolników co do możliwości uzyskania świadczeń z tytułu powstania tych chorób³⁶.

Osoby zatrudnione w prace w sektorze rolnictwa, leśnictwa i łowiectwa są zagrożone chorobami przenoszonymi przez kleszcze³⁷.

³⁶ R. Bielecka. Wypadki i choroby zawodowe rolników w latach 1993-2013. W:

³⁷ Dutkiewicz J, Śpiewak R., Jabłoński L., Szymańska J. Biologiczne czynniki zagrożenia zawodowego.

Klasyfikacja, narażone grupy zawodowe, pomiary, profilaktyka. Ad punctum, Lublin2007.;

Dutkiewicz J, Cisak E, Sroka J, Wójcik-Fatla A, Zajac V. Biological agents as occupational hazards - selected issues. Ann Agric Environ Med. 2011, 18, (2):286-293.

O skali powyższego problemu informują dane opublikowane przez Centralny Rejestr Chorób Zawodowych, z których wynika, że w Polsce w latach 2008-2013 borelioza jest najczęstszą chorobą zawodową w grupie chorób zakaźnych, a w sektorze leśnictwa rolnictwa łowiectwa i rybactwa stanowi ona prawie 100% tych chorób i ponad 95% ogółu chorób zawodowych³⁸.

W Polsce liczba zachorowań na boreliozę wzrasta z roku na rok, od kiedy zachorowania na chorobę z Lyme podlegają obowiązkowi zgłaszania i rejestracji, tj. od 1997 r. Według danych Głównej Inspekcji Sanitarnej i Państwowego Zakładu³⁹, liczba zachorowań na boreliozę w Polsce wyniosła 13886, a zapadalność - 36,0 na 100 tys. mieszkańców. W województwie lubelskim w roku 2014 zarejestrowano 855 przypadków boreliozy, przy zapadalności 39,7. Spośród 855 zachorowań, 143 (16,7%) pacjentów hospitalizowano. Województwo lubelskie należy do województw o najwyższej zapadalności na boreliozę po województwie podlaskim, małopolskim, warmińsko-mazurskim, śląskim i podkarpackim. Z informacji uzyskanych z Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Lublinie wynika, że w roku 2014 w naszym województwie rozpoznano 29 przypadków boreliozy jako choroby zawodowej.

Ze względu na pojawiające się często trudności w diagnostyce klinicznej i laboratoryjnej boreliozy, dane epidemiologiczne tej zoonozy mogą być niedoszacowane⁴⁰.

Spośród 911 pracowników leśnictwa zbadanych w latach 1997-1998, zatrudnionych w poszczególnych nadleśnictwach podległych Regionalnej Dyrekcji Lasów Państwowych w Lublinie najwyższy procent wyników seropozytywnych uzyskano w powiecie białsko-podlaskim (30,6%) oraz lubelskim i zamojskim, odpowiednio 28,3% i 27,6%. W pozostałych powiatach odsetek ten wahał się od 15, 3% w powiecie kraśnickim do 21,5% w powiecie chełmskim). Ogółem w omawianym okresie zanotowano 23,7% wyników seropozytywnych⁴¹.

W latach 2012-2013 dokonano oceny ryzyka zakażeń pracowników eksploatacji lasu na poszczególnych stanowiskach i miejscach pracy w Nadleśnictwie Zwierzyniec. Materiał genetyczny *B. burgdorferi* wykryto u 204 (23,7%) spośród 861 ogółem zbadanych kleszczy. Najwyższy odsetek zakażeń zanotowano na stanowisku hodowli lasu (50,0%), najniższy - w

³⁸ Szeszenia-Dąbrowska N., Wilczyńska U., Sobala W. Choroby zawodowe w Polsce w 2013 roku. Instytut Medycyny Pracy im. Prof. J. Nofera w Łodzi, Łódź, 2014.

³⁹ Meldunki o zachorowaniach na choroby zakaźne i zatrucia w Polsce w roku 2013. Państwowy Zakład Higieny. Główny Inspektorat Sanitarny, Warszawa, 21014.

⁴⁰ Zajkowska J., Pancewicz S., Grygorczuk S., Kondrusik M., Moniuszko A., Lakwa K. Neuroborelioza-wybrane aspekty patogenezy, diagnostyki i leczenia. Polski Merkuriusz Lekarski 2008, 24, 453-457.

⁴¹ Chmielewska-Badora J., Zwoliński J., Umiński J., Stojek. N. Badania seroepidemiologiczne w kierunku boreliozy na terenie makroregionu lubelskiego. Medycyna Ogólna, 1997, 31 395-401.

miejscu pozyskiwania drewna (15,9%). Na pozostałych dwóch stanowiskach (uprawa lasu i ochrona lasu), procent zakażeń był zbliżony odpowiednio: 23,9% i 25,5%. Zbliżony był również procent zakażeń u ogółu odłowionych samic, samców i nimf; odpowiednio: 23,5%, 25,1% i 23,2%⁴².

W wyniku przeprowadzonych w 2003 roku badań stwierdzono wysokie odsetki wyników pozytywnych u rolników z powiatu chełmskiego (22,8%) i krasnostawskiego - 19,3%⁴³. Badając w roku 2008 91 mieszkańców wsi posiadających gospodarstwa rolne usytuowane na terenach powiatu bychawskiego zanotowano 33,0% wyników pozytywnych z antygenem *Borrelia burgdorferi*. Wyniki te były wysoko znamienne statystycznie ($p < 0,001$) w porównaniu z grupą kontrolną (zdrowi mieszkańcy Lublina- krwiodawcy), u których odsetek ten wyniósł 6,0%. Odsetek kleszczy *Ixodes ricinus* zakażonych *Borrelia burgdorferi*, zebranych z w/w terenów wyniósł 13,1%. Porównując wyniki zakażeń kleszczy zebranych z tych terenów z wynikami badań z lat 2002-2003, stwierdzono, że w roku 2008 procent *Ixodes ricinus* zakażonych *B. burgdorferi* był 3-krotnie wyższy. Analizując pod względem przynależności administracyjnej powyższego obszaru badań, stwierdzono istnienie ogniska zakażeń krętkami *Borrelia burgdorferi* u rolników, mieszkańców gmin Bychawka, Jabłonna i Piotrowice⁴⁴.

⁴² Cisak E, Wójcik-Fatla A, Zajac V, Dutkiewicz J. Prevalence of tick-borne pathogens at various workplaces in forest exploitation environment. *Medycyna Pracy*. 2014;65(5):575-81.

⁴³ Cisak E., Chmielewska-Badora J., Zwoliński J., Dutkiewicz J., Patorska-Mach E. Ocena częstości zakażeń wirusem kleszczowego zapalenia mózgu i krętkami *Borrelia burgdorferi* wśród rolników indywidualnych na terenie Lubelszczyzny. *Medycyna Pracy* 2003, 54, 139-144.

⁴⁴ Cisak E, Chmielewska-Badora J, Zwoliński J, Wojcik-Fatla A, Zajac V, Skórska C, Dutkiewicz J. Study on Lyme borreliosis focus in the Lublin region (eastern Poland). *Ann Agric Environ Med*. 2008 15(2), 327-32.