

**Aktualizácia Národného programu podpory zdravia
v Slovenskej republike**

Rok 2014

Zoznam skratiek

BMI	Body mass index
CINDI	Countrywide Integrated Noncommunicable Disease Intervention
DM	Diabetes mellitus
EBM	Evidence-based medicine
EHES	European Health Examination Survey
EÚ	Európska únia
KVO	Kardiovaskulárne ochorenia
MŠVVaŠ SR	Ministerstvo školstva, vedy, výskumu a športu Slovenskej republiky
MZ SR	Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky
NCZI	Národné centrum zdravotníckych informácií
NEHAP	National Environmental Health Action Plan
NOR	Národný onkologický register
NPPZ	Národný program podpory zdravia
OVD SR	Odporúčané výživové dávky pre priemerného obyvateľa SR
PIS	Peľová informačná služba
Poradne zdravia	Poradenské centrá ochrany a podpory zdravia
PZS	Pracovná zdravotná služba
RÚVZ v SR	Regionálne úrady verejného zdravotníctva v Slovenskej republike
SR	Slovenská republika
ŠÚ SR	Štatistický úrad Slovenskej republiky
ÚVZ SR	Úrad verejného zdravotníctva Slovenskej republiky
WHO	Svetová zdravotnícka organizácia
WHR	Waist to Hip Ratio

Preambula

Súčasná Aktualizácia Národného programu podpory zdravia (ďalej len „NPPZ“) bola vypracovaná na základe Plánu práce vlády Slovenskej republiky (ďalej len „SR“) na rok 2014.

Z analýzy zdravotného stavu obyvateľstva SR je zrejmé, že pri všeobecnom trende predlžovania strednej (očakávanej) dĺžky života bude narastať výskyt niektorých ochorení, čo bude nevyhnutne viesť k zvyšovaniu nákladov na zdravotnú starostlivosť, a tým sa zvýši záťaž pre celú ekonomiku. Z dlhodobého i strednodobého pohľadu je preto nevyhnuté zamerať sa na aktivity, smerujúce do oblastí preventívnych opatrení. Investície vynaložené na preventívne opatrenia sú výhodnejšie a lacnejšie.

- Tento program naďalej vychádza z politiky „Zdravie pre všetkých“ – Svetovej zdravotníckej organizácie (ďalej len „WHO“) zakotvenej v politike „Zdravie 2020: Európsky politický rámec na podporu vládnych a spoločenských aktivít pre zdravie a prosperitu“.
- Tento program sa vykonáva v intenciách Dohovoru o ochrane ľudských práv a dôstojnosti človeka v súvislosti s aplikáciou biológie a medicíny, ktorý je uverejnený v Zbierke zákonov Slovenskej republiky pod č. 40/2000.
- Významným východiskovým dokumentom tohto programu je aj Strategický rámec starostlivosti o zdravie pre roky 2014 – 2030, schválený Vládou SR dňa 18. decembra 2013, ktorý v strednodobom a dlhodobom horizonte určuje smerovanie zdravotníckej politiky na Slovensku.

Hlavným cieľom aktualizovaného NPPZ ostáva dlhodobé zlepšovanie zdravotného stavu obyvateľstva SR, predĺženie strednej dĺžky života a zvýšenie kvality života - elimináciou výskytu porúch zdravia, ktoré znižujú kvalitu života a ohrozujú človeka predčasnou smrťou.

Vedľajšie ciele

- zvyšovať zdravotné uvedomenie obyvateľov a navodzovať postupnú zmenu postoja obyvateľov k vlastnému zdraviu,
- zvyšovať zainteresovanosť jednotlivých zložiek spoločnosti, aby sa plnenie aktualizovaného NPPZ stalo celonárodnou iniciatívou,
- zabezpečovať ochranu a podporu zdravia, mobilizovať spoločnosť na všetkých úrovniach pre dosiahnutie zníženia výskytu rizikových faktorov ovplyvňujúcich zdravie,

- monitorovať a hodnotiť úroveň zdravotného uvedomenia a výskytu rizikových faktorov životného štýlu,
- potrebné je zefektívnenie (zreálnenie) spolupráce medzi poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti a Poradenskými centrami ochrany a podpory zdravia (ďalej len „poradne zdravia“) pri RÚVZ v SR,
- navodzovať opatrenia smerujúce k znižovaniu regionálnych rozdielov v zdravotnom stave formou cielenej zdravotnej výchovy, edukačných aktivít.

Plnenie NPPZ je potrebné v nadväznosti na iné národné programy vzhľadom na skutočnosť, že ide o integrovaný program. Aktualizovaný program je prioritne zameraný na ovplyvňovanie determinantov zdravia, znižovanie rizikových faktorov vyskytujúcich sa u obyvateľstva a na zvyšovanie zainteresovanosti jednotlivých zložiek spoločnosti.

Člení sa na tieto oblasti:

A. Preventívne opatrenia, zamerané na znižovanie výskytu chronických neinfekčných ochorení

I. Opatrenia zamerané primárne na podporu zdravého životného štýlu

1. Výživa a stravovacie zvyklosti,
2. Fyzická inaktivita,
3. Tabak, alkohol, drogy,
4. Zdravé pracovné a životné podmienky
 - a) pracovné prostredie,
 - b) životné prostredie.

II. Špecifické opatrenia zamerané na najčastejšie vyskytujúce sa chronické neinfekčné ochorenia

1. Kardiovaskulárne ochorenia (ďalej len „KVO“),
2. Diabetes mellitus (ďalej len „DM“),
3. Vybrané nádorové ochorenia.

B. Preventívne opatrenia, zamerané na znižovanie výskytu infekčných ochorení.

V každej z oblastí je uvedený súčasný stav, stanovené hlavné ciele a aktivity vedúce k jeho zlepšeniu. Hodnotenie aktualizovaného NPPZ a správa o jeho plnení budú predkladané vláde SR každých 5 rokov. Priebežné plnenie a hodnotenie programu bude monitorovať Ústredná koordinačná rada na ochranu a podporu zdravia, ktorá je zriadená ako poradný

orgán ministra zdravotníctva SR na účel koordinácie aktivít NPPZ. Jej činnosť upravuje štatút uverejnený vo Vestníku MZ SR, čiastka 32 – 33, ročník 59 zo dňa 12. októbra 2011. Ambíciou aktualizovaného NPPZ je pozitívne prispievať k presadzovaniu a uplatňovaniu zásad zdravého spôsobu života, k presadzovaniu a monitoringu preventívnych opatrení, smerujúcich k znižovaniu výskytu závažných a najčastejšie sa vyskytujúcich ochorení obyvateľstva, ako aj k spoluvytváraniu priaznivého životného a pracovného prostredia.

Národný program podpory zdravia

Úvod

Základným ukazovateľom úrovne životných podmienok obyvateľov a úmrtnosti je vo všeobecnosti stredná dĺžka života, teda nádej na dožitie, okrem iného charakterizuje aj stav zdravia populácie a úroveň systému zdravotníctva. Na Slovensku stredná dĺžka života neustále stúpa u oboch pohlaví (v roku 2010 dosiahla u mužov 71,62 rokov a u žien 78,84 rokov), ale nedosiahla ešte priemer Európskej únie (ďalej len „EÚ“), ktorý je u mužov nad 76 rokov a u žien nad 82 rokov. V štruktúre úmrtnosti podľa príčin smrti nenastali v posledných rokoch v populácii Slovenska výrazné zmeny. Podľa Správy o zdravotnom stave obyvateľstva za roky 2009 - 2011 medzi najčastejšími príčinami smrti boli KVO, nádorové ochorenia, ochorenia z externých príčin (poranenia, otravy, vraždy, samovraždy a podobne), choroby dýchacej sústavy a ochorenia tráviacej sústavy.

Tabuľka č. 1: Štruktúra najvýznamnejších príčin úmrtia obyvateľov SR – percentuálne vyjadrenie podľa pohlavia

	KVO	Nádory	Vonkajšie príčiny	Choroby dýchacej sústavy	Choroby tráviacej sústavy
Muži	45,9	26,2	8,0	7,0	6,4
Ženy	59,8	20,1	2,7	5,6	4,6

Zdroj: Správa o zdravotnom stave obyvateľstva za roky 2009 - 2011

Od roku 2004 pozorujeme trend rastu reprodukčných ukazovateľov – mierne sa zvyšuje pôrodnosť, naďalej klesá potratovosť, prirodzený prírastok na 1 000 obyvateľov je v kladných číslach, vyššie hodnoty mal v roku 2008. Napriek pozitívnemu klesaniu štandardizovanej miery úmrtnosti na KVO SR zostáva naďalej na chvoste Európy. Od roku 2003 má štandardizovaná aj hrubá miera úmrtnosti na nádorové ochorenia u žien a aj u mužov stagnujúci charakter, aj keď incidencia niektorých typov nádorov je mierne stúpajúca. Naďalej sledujeme nárast incidencie a prevalencie DM u dospelých, nárast incidencie a prevalencie chronickej obštrukčnej choroby pľúc a asthmy bronchiale. Odkedy sa uskutočňuje štatistické zisťovanie v psychiatrických ambulanciách (rok 2000), sledujeme

plynulý nárast počtu psychiatrických vyšetrení. Zdroj: Správa o zdravotnom stave obyvateľstva SR za roky 2009 – 2011.

V číselnom vyjadrení pri hrubej miere úmrtnosti na KVO dochádza k minimálnym zmenám tak u mužov, ako aj u žien. Úmrtnosť na najčastejšie príčiny smrti sa dlhodobo výrazne nemení. Najviac 46,2 % mužov a 60,1 % žien zomrelo v roku 2012 na choroby obehovej sústavy. Z nich najčastejšou príčinou úmrtí je chronická ischemická choroba srdca, infarkt myokardu a cievne choroby mozgu. Výrazný je rozdiel v podiele úmrtí medzi pohlaviami v strednom veku. Podiel zomretých mužov na KVO vo veku 25 – 64 rokov je 25 %, podiel zomretých žien je 7 %. Podiel zomretých vo veku nad 65 rokov je u mužov 75 % a u žien 93 %.

Posledné údaje, ktoré sú podľa Národného centra zdravotníckych informácií (ďalej len „NCZI“) k dispozícii za rok 2012 popisujú hrubú mieru úmrtnosti pri diagnózach infarkt myokardu I20 – I21 u mužov 66,86; u žien 43,7 a cievnych ochoreniach mozgu I60 – I69 u mužov 88,58 a u žien 105,38.

Časová porovnateľnosť údajov je komplikovaná, nakoľko NCZI vykonalo v roku 2013 kompletnú revíziu objektivity príčin smrti v SR za rok 2011 z údajových zdrojov Štatistického úradu Slovenskej republiky (ďalej len „ŠÚ SR“), na základe neuspokojivých výsledkov z prierezových štúdií. Po revízii možno konštatovať, že v roku 2011 klesli úmrtia v dôsledku KVO o 13,5 % oproti stavu pred revíziou. Pokles súvisí aj s preradením chorôb do iných kapitol Medzinárodnej klasifikácie chorôb. Miera štandardizovanej úmrtnosti na KVO klesla na 447,8 u mužov a na 291,0 u žien na 100 000 obyvateľov. Podiel úmrtí na KVO zo všetkých príčin smrti klesol po revízii roku 2011 z 52,6 % na 45,5 %, u 65- a viacročných zo 62,8 % na 53,6 %. Zdroj: Zdravotnícka ročenka 2012, NCZI, str. 41-42.

Druhou najčastejšou príčinou úmrtí v SR sú nádory, na ktoré v roku 2012 zomrelo takmer 7000 mužov (25,8 %) a 5261 žien (20,6 %). Z nádorov dominuje u mužov zhubný nádor priedušiek a pľúc (23,3 %), zhubný nádor hrubého čreva (8,4 %) a zhubný nádor prostaty (8,1 %). Najčastejšou príčinou smrti žien je zhubný nádor prsníka (15,7 %) a tiež zhubný nádor hrubého čreva (8,3 %), priedušiek a pľúc (9,2 %). Vážny je podiel zomretých na nádory v strednom veku 25 – 64 rokov, a to až 40 % mužov a 34 % žien z počtu zomretých na nádory u jednotlivých pohlaví. Zdroj: NCZI Zdravotnícka ročenka SR 2012, Bratislava 2014.

Pri nádorových ochoreniach má hrubá miera úmrtnosti u oboch pohlaví stagnujúci charakter, zároveň stagnujúci charakter majú aj hrubé miery úmrtnosti pri jednotlivých typoch malígnych nádorov.

Tabuľka č. 2: Hrubé miery úmrtnosti pri vybraných typoch malígnych nádorov podľa pohlavia.

	Pohlavie	2006	2007	2008	2009
Nádory priedušnice, priedušiek a pľúc	Muži	62,2	61,6	61,56	60,47
	Ženy	14,4	14,7	15,97	16,77
Nádory hrubého čreva	Muži	19,8	19,3	20,37	20,21
	Ženy	15,4	15,4	15,32	15,05
Nádory rekta a rektosigmoidového spojenia	Muži	19,6	19,1	20,25	19,30
Nádory prostaty	Muži	19,2	19,0	19,11	19,22
Nádory prsníka	Ženy	25,5	28,1	27,0	26,79
Nádory vaječníkov	Ženy	10,0	9,3	9,78	9,77
Nádory tela maternice	Ženy	8,0	9,0	8,78	7,58

Zdroj údajov: NOR, NCZI

V roku 2008 (údaje z Národného onkologického registra, ďalej len „NOR“) dosiahol celkový počet novo diagnostikovaných nádorov (incidencia) 30 144 pacientov, z toho 15 055 mužov a 15 089 žien (prvýkrát v histórii sledovania viac nádorových ochorení u žien), ide o nárast pomerne výrazný oproti roku 2007 - 28 131 (muži 14 164, ženy 13 967) a roku 2004 - 25 171 (muži 12 894, ženy 12 277). Pre porovnanie v roku 2000 sme zaregistrovali 21 887 onkologických ochorení, v tom 11 447 u mužov a 10 440 u žien. Na základe týchto údajov z dlhšieho časového úseku môžeme potvrdiť kontinuálne stúpanie počtov ochorení i hodnôt incidencie u príslušníkov oboch pohlaví (NCZI - Incidencia zhubných nádorov v SR 2008, vyd. 2014). Napriek niektorým pozitívnym zmenám v zdravotnom stave obyvateľstva SR, z dôvodu preventívnych opatrení je potrebné plnenie NPPZ v celonárodnom meradle.

A. Preventívne opatrenia, zamerané na znižovanie výskytu chronických neinfekčných ochorení

I. Opatrenia zamerané primárne na podporu zdravého životného štýlu

Súčasný stav

V SR je najvyššia úmrtnosť a chorobnosť zapríčinená najmä chronickými neinfekčnými chorobami. V príčinách úmrtnosti chronické neinfekčné ochorenia tvoria viac

ako 95 %. Popredné miesto im patrí aj v rebríčku príčin chorobnosti, hospitalizácie a príčin invalidizácie. Väčšina týchto ochorení je dobre preventabilná elimináciou rizikových faktorov. S cieľom zníženia výskytu týchto ochorení a ich následných komplikácií, je potrebné identifikovať rizikové faktory v životnom prostredí, pracovnom prostredí, v samotnom správaní sa jednotlivca a v jeho životnom štýle. Ovplyvniteľné rizikové faktory chronických neinfekčných ochorení, priamo súvisiace so životným štýlom zohrávajú z hľadiska zdravotného stavu obyvateľstva významnú úlohu. Medzi najznámejšie patrí fajčenie, nesprávne stravovacie návyky, nedostatočná fyzická aktivita, nadmerný príjem alkoholu, psychosociálny stres. S týmito faktormi priamo súvisí nadhmotnosť, obezita, DM, metabolický syndróm, hypertenzia a iné. Dôležitá je minimalizácia týchto rizikových faktorov formou primárnej prevencie, ktorá sa dá vykonávať len za predpokladu, že jedinec bude mať záujem o vlastné zdravie.

Programy zamerané na prevenciu

V súčasnej dobe existuje viacero programov zameraných na čiastkové ciele v oblasti prevencie, ďalej uvádzame najvýznamnejšie z nich.

Podľa odborníkov psychiatrické poruchy sú na Slovensku treťou najčastejšou príčinou invalidizácie a sú príčinou 40 % chronických ochorení a vytvárajú najväčší počet ľudí žijúcich v invalidite. Je predpoklad, že sa situácia bude zhoršovať v súvislosti so „starnúcou Európou“. Vláda SR v roku 2004 prijala *Národný program duševného zdravia*. Zámerom Národného programu duševného zdravia je vytvoriť taký systém starostlivosti o duševné zdravie, ktorý na jednej strane umožní účinne posilniť duševné zdravie, a tak predchádzať duševným poruchám, a na strane druhej vedie k oslobodeniu ľudí s duševnou poruchou od izolácie. V SR rastie počet ľudí s metabolickými poruchami (už spomínaný DM), ktorý v prípade DM 2. typu úzko súvisí s nadváhou a obezitou. V roku 2008 bol prijatý *Národný program prevencie obezity*, pod gesciou Úradu verejného zdravotníctva v Slovenskej republike (ďalej len „ÚVZ SR“). Realizujú sa aj ďalšie programy so zameraním na deti a dorast - *Národný program starostlivosti o deti a dorast v Slovenskej republike na roky 2008 – 2015*; *Národný program prevencie HIV/AIDS* – so zameraním na prevenciu HIV/AIDS celej populácie s dôrazom na rizikové skupiny. Ďalej sa realizuje *Národná protidrogová stratégia na obdobie 2013 – 2020*, *Národný program kontroly tabaku*, spolu s *Národným akčným plánom na kontrolu tabaku na roky 2012 – 2014*, rovnako aj *Národný akčný plán pre problémy s alkoholom na roky 2013 – 2020*. Prvky prevencie obsahuje aj *Národný program rozvoja životných podmienok osôb so zdravotným postihnutím na roky 2014 – 2020*.

Kľúčovým materiálom pre smerovanie štátnej politiky zdravia na Slovensku obsahujúcim aj problematiku programov podpory zdravia a jednotlivé prioritné oblasti je *Strategický rámec starostlivosti o zdravie pre roky 2014 – 2030*.

Opatrenia a aktivity zamerané na podporu zdravia a prevenciu ochorení špecificky sa týkajúce rómskej populácie sú zadefinované v schválenom *Revidovanom národnom akčnom pláne Dekády začleňovania rómskej populácie 2005 – 2015 na roky 2011 – 2015*, ako aj v *Stratégii Slovenskej republiky pre integráciu Rómov do roku 2020*.

Hlavný cieľ

- znižovať výskyt rizikových faktorov, ktoré priamo súvisia so životným štýlom jednotlivca.

Aktivity vedúce k zlepšeniu súčasného stavu

- edukácia a motivácia obyvateľstva v oblasti zdravého životného štýlu, zameraná najmä na problematiku správnej výživy a optimalizovanie pohybovej aktivity,
- informovanie obyvateľstva o dôležitosti absolvovania pravidelných preventívnych prehliadok, zvyšovanie počtu obyvateľov, ktorí absolvujú pravidelné preventívne prehliadky, zváženie možnosti zavedenia bonusov pre klientov, ktorí pravidelne absolvujú preventívne prehliadky,
- vytváranie edukačno – intervenčných programov pre obyvateľov, ktoré vedú k vyššej informovanosti o rizikových faktoroch, ktoré môžu sami ovplyvniť a tieto intervencie rovnako plánovať s ohľadom na špecifiká cieľových skupín (vek, pohlavie, prostredie) a aspoň základné hodnotenie účinnosti/zásahu týchto intervencií, aj v spolupráci s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti,
- podpora skríningu najčastejšie sa vyskytujúcich nádorových ochorení,
- zisťovanie rizikových faktorov chronických neinfekčných ochorení v poradniach zdravia a intervencia podľa stratifikácie klienta v závislosti od výsledkov vyšetrení – od poučenia o ozdravení životného štýlu s kontrolou efektivity pri dodržiavaní odporúčaných zásad až po odoslanie do kuratívy na ďalšiu diagnostiku a liečbu.

Kritériá dosiahnutia cieľa v oblasti primárnej prevencie chronických neinfekčných ochorení prostredníctvom podpory zdravého životného štýlu

- znižovanie podielu výskytu tých rizikových faktorov u obyvateľstva, ktoré súvisia

so životným štýlom,

- hodnotenie zdravotného uvedomenia obyvateľov SR, ktoré sa bude vykonávať každých päť rokov (v roku 2013 sa uskutočnil prieskum zdravotného uvedomenia na všetkých regionálnych úradoch verejného zdravotníctva v Slovenskej republike (ďalej len „RÚVZ v SR“), s cieľom získania vstupných údajov o rozsahu výskytu rizikových faktorov obyvateľov).

1. Výživa a stravovacie zvyklosti

Súčasný stav

V SR naďalej pretrváva nízka spotreba ovocia a zeleniny (aj keď podľa ŠÚ SR v posledných piatich rokoch zaznamenávame mierny nárast spotreby na obyvateľa za rok), pretrváva nízka spotreba mlieka a mliečnych výrobkov, nízka spotreba rýb a výrobkov z rýb pri relatívne vysokej spotrebe mäsa a mäsových výrobkov. Sledovanie príjmu rizikových faktorov výživy sa v SR uskutočňuje prostredníctvom vykonaných analýz z anamnestických dát získaných od klientov všetkých poradní zdravia na Slovensku, vkladných do Testu zdravé srdce, v Countrywide Integrated Noncommunicable Disease Intervention (ďalej len „CINDI“) a European Health Examination Survey (ďalej len „EHES“) skríningoch a v rámci projektu "Sledovanie výživového stavu vybraných vekových skupín dospelého obyvateľstva", do ktorého sú zapojené všetky RÚVZ v SR. Projekt je zameraný na monitorovanie výživy vybraných vekových skupín dospelého obyvateľstva, s cieľom získania a zhodnotenia informácií o celkovom vývoji a zmenách spôsobu a stavu výživy sledovaných populačných skupín, a tým súčasne poskytovať podklady pre regionálnu a celoštátnu realizáciu usmerňovania výživy u obyvateľstva SR. V sledovanom období rokov 2011 - 2012 boli vyšetrení klienti v 2 vekových kategóriách (19 až 34 rokov a 35 - 54 rokov žien a mužov), so zameraním sa na údaje o energetickom príjme, príjme základných živín (tuky, sacharidy, bielkoviny), o príjme vitamínov, minerálnych látok, hrubej vlákniny a cholesterolu, ďalej o spotrebe kuchynskej soli a príjme tekutín v porovnaní s odporúčanou výživovou dávkou (ďalej len „OVD SR“). Z výsledkov stravovacích návykov vybranej skupiny populácie vyplynulo, že v stravovaní prevláda mierne zvýšený príjem energie, avšak s vysokou spotrebou celkových tukov a bielkovín, čo môže mať priamy dopad na výskyt nadhmotnosti a obezity a vysokých hladín lipoproteínového metabolizmu v populácii, v závislosti od pohlavia a veku. Najnevhodnejšie hodnoty boli zaznamenané vo vekovej kategórii starších mužov, starších žien a mladších mužov. Boli zaznamenané rozdiely v stravovaní medzi mužmi a ženami.

Stravovanie mladších a starších mužov bolo na báze vyššej spotreby tukov, bielkovín a vysokej spotreby soli (výrazne u starších mužov). Spotreba tukov prevyšuje OVD SR v niektorých prípadoch až o 40%, spotreba bielkovín približne o 45 % a spotreba kuchynskej soli je vyššia, napríklad u starších mužov až o 50 % ako je odporúčaný denný príjem. Obidve skupiny žien a mužov výrazne prekračovali OVD SR v sledovaných rizikových faktoroch.

V monitorovanej detskej populácii SR sa energetický príjem udržiava v súlade s odporúčanými výživovými dávkami, no zaznamenáva sa významná nepriaznivá bilancia pomeru základných živín s výraznými rozdielmi v rámci regiónov SR. Alarmujúci je príjem kuchynskej soli, ktorý 3,5 násobne prevyšuje súčasné odporúčania. Uvedené negatívne zistenia môžu mať nepriaznivé dôsledky na rast a vývoj detí a súčasne predstavujú zvýšené riziko porúch funkcie organizmu a vzniku chorôb. Potvrdzujú to aj zistenia z monitoringu stravovacích zvyklostí súboru detí a to hlavne zistenia vysokého podielu detí (viac ako 1/3) hodnotených ako prehypertenzných a hypertenzných, ako aj korelačný vzťah medzi hodnotami krvného tlaku a Body mass index (ďalej len „BMI“). Tiež distribúcia v súbore detí podľa percentilov BMI, kde bolo zistené, že 80 % detí vykazuje normálnu hmotnosť a 20 % detí má hmotnosť problémovú, kde necelé 3 % detí sú hodnotené ako obézne a veľmi chudé a zhodne po 7 % sú deti zaradené ako preobézne a chudé.

Výskyt nadváhy a obezity podľa výsledkov skríningu CINDI programu z rokov 1993, 1998, 2003 a 2008 sa pri vekovej štandardizácii u 25 – 65 ročných mužov postupne zvyšoval. V roku 2008 tvoril výskyt obéznych mužov podľa BMI 20,5 %, počet mužov s nadváhou sa nemenil (48 %), u žien obe hodnoty zostávajú približne rovnaké – v roku 2008 sa počet žien s nadváhou pohyboval okolo 36 %, počet žien s BMI v pásme obezity bol okolo 20 %.

Hlavné ciele

- zvyšovať informovanosť obyvateľov o zdraví prospešných potravinách,
- dosiahnuť zníženie existujúceho deficitu v príjme pozitívnych nutričov vo výžive a súčasne dosiahnuť zníženie rizikových faktorov výživy,
- prijať a presadzovať OVD SR a z nich odvodenú odporúčanú spotrebu potravín v súlade so súčasnými vedeckými odporúčaniami a s legislatívnymi normami,
- presadzovať nové koncepcie rozvoja všetkých foriem spoločného stravovania obyvateľstva, najmä školského stravovania, v zariadeniach sociálnych služieb,

zamestnancov na pracoviskách a tiež v zariadeniach spoločného stravovania reštauračného typu,

- podporovať a usmerňovať poľnohospodársku prvovýrobu a potravinársku výrobu nutrične hodnotných a zdravotne bezpečných potravín v súlade s aktuálnymi požiadavkami zdravej výživy a s legislatívnymi normami.

Aktivity vedúce k zlepšeniu súčasného stavu (súvisiace s Programom ozdravenia výživy obyvateľov SR, s Národným programom prevencie obezity a podobne)

- edukácia obyvateľov a presadzovanie zásad správnej výživy, s cieľom zvyšovať celkové uvedomenie a pochopenie vplyvu výživy a kladného pôsobenia preventívnych zásahov do výživy a režimu stravovania na zdravie človeka, aj v spolupráci s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti,
- výchova a vzdelávanie obyvateľov, s cieľom zlepšiť stravovacie návyky u všetkých vekových skupín. Edukácia s výrazným zameraním na detskú populáciu umožní efektívnejším spôsobom vplývať na dospelú populáciu,
- rozvíjanie programov podpory zdravia so zameraním sa na rôzne vekové skupiny s cieľom monitorovania výživových zvyklostí a zlepšenia výchovy a informovanosti konzumentov v oblasti správnej výživy,
- ekonomické (prostredníctvom diferencovaných sadzieb spotrebných daní a dotačnou politikou podporujúcou produkciu slovenských pestovateľov aj zainteresovanie predajcov, prípadne reťazcov), zvýhodňovanie cenovej dostupnosti a tým aj prístupnosti a konzumácie vhodných potravín (ovocia, zeleniny a strukovín, výrobkov z celozrnných obilnín, mlieka, rýb), finančná dostupnosť školského stravovania pre všetky sociálne skupiny.

Kritériá dosiahnutia cieľa v oblasti výživy

- zvýšenie podielu obyvateľov preferujúcich zásady správnej výživy (v roku 2013 sa uskutočnil prieskum zdravotného uvedomenia na všetkých RÚVZ v SR, kde sa získali vstupné údaje o stravovacích zvyklostiach obyvateľov),
- zapojenie SR do Európskeho projektu MENU, ktorý má zabezpečiť objektivizáciu spotreby potravín jednotlivými skupinami obyvateľstva v jednotlivých členských krajinách EÚ,

- zabránenie nárastu počtu obeznych obyvateľov a obyvateľov s nadváhou vo všetkých vekových skupinách.

2. Fyzická inaktivita, dôležitosť podporovania fyzickej aktivity

Súčasný stav

Fyzická inaktivita alebo sedavý spôsob života sú spojené s celým radom chorobných stavov. Fyzická inaktivita sa stala významným rizikovým faktorom obezity a chorôb, ku ktorým vedie: KVO vrátane zvýšeného krvného tlaku, cievnych mozgových príhod, DM 2. typu, funkčných a degeneratívnych porúch pohybového ústrojenstva a osteoporózy. Fyzicky nečinní ľudia majú dvakrát vyššiu pravdepodobnosť ochorieť na KVO ako fyzicky aktívni ľudia. Lekárske štúdie dokazujú, že aj mierne pohybové aktivity, ktorým sa človek venuje denne, môžu mať dlhotrvajúci blahodarný účinok. Za predpokladu, že pohybová aktivita je systematická, pravidelná, dostatočne intenzívna a primerane dlho trvajúca, pozitívne ovplyvňuje zdravie človeka, čo sa prejaví v zlepšenej výkonnosti celého organizmu. Telesná aktivita má pozitívny vplyv, zlepšuje výkonnosť svalov vrátane srdcového svalu, pozitívne ovplyvňuje lipidový metabolizmus, znižuje riziko vzniku obezity, diabetu a zvýšeného tlaku krvi, zlepšuje psychickú kondíciu človeka a znižuje riziko výskytu neželateľných návykov akými sú drogová alebo hráčska závislosť, fajčenie a alkoholizmus. Štúdie poukázali na to, že asi 70 % i viac percent mužov a žien vo všetkých vekových skupinách žije pod úrovňou takej fyzickej činnosti, ktorá by vo významnej miere prispela k zdraviu. Telesná aktivita vo voľnom čase si už získava popularitu. Štúdie naznačujú významný vzostup fyzickej aktivity počas voľného času. Avšak iba 20 % populácie cvičí na úrovni odporúčanej pre kardiovaskulárnu pohodu (Prevenia v primárnej starostlivosti – CINDI, WHO 2000).

Pravidelná fyzická aktivita je základom zmeny životného štýlu, podporuje ďalšie zmeny, najmä nutričné, nefajčenie a zvládanie stresu. Pravidelná fyzická aktivita zvyšuje fyzickú pracovnú kapacitu, alebo zdatnosť, definovanú ako „schopnosť vykonávať fyzickú aktivitu na miernej až ťažkej úrovni bez nadmernej únavy a spôsobilosť udržať si takúto schopnosť počas celého života“ (Egnerová et al., 2001).

Zníženie rizikových faktorov v súvislosti s fyzickou činnosťou sa zdá byť úmerné stupňu intenzity telesného cvičenia. Skúsenosti poukazujú na to, že väčšina ľudí by mohla ťažiť z podpory zvyšovania úrovne svojej fyzickej činnosti.

Výsledky z monitoringu pohybových aktivít detskej populácie SR ukázali, že so stúpajúcim vekom stúpa podiel detí so sedavými aktivitami a predlžuje sa čas trvania

sedavých činností typu pozerania televízie, práce alebo hrania sa pri počítači a samozrejme učenia. Až 97,8 % detí trávi čas pozeraním televízie v priemere viac ako jednu hodinu 51 minút, pri počítači viac ako jednu hodinu 10 minút. Podľa zisteného priemerného energetického koeficientu sú deti mladšieho školského veku štatisticky významne menej pohybovo aktívne než deti predškolského veku.

Výsledky zo skríningu CINDI programu z roku 2008 poukazujú na to, že naďalej pretrváva vysoký podiel obyvateľov (dospelá populácia) nevenujúcich sa pohybovej aktivite vo voľnom čase. Vo voľnom čase až 27 % mužov a 32 % žien sa nevenuje žiadnej pohybovej aktivite. Tieto výsledky korelujú s vysokým výskytom nadváhy a obezity, osôb s vysokou hladinou celkového cholesterolu a nízkou hladinou HDL cholesterolu. Napríklad pri stanovovaní Waist to Hip Ratio (ďalej len „WHR“) indexu (obvod pása: obvod bokov, rizikovní muži: $WHR > 0,9$; rizikové ženy: $WHR > 0,8$) analyzovaní muži, ktorí boli vo voľnom čase pasívni (čítam, pozerám televíziu, robím veci, ktoré nevyžadujú fyzickú aktivitu) mali až v 72 % index nad 0,9, u žien to bolo v 55 %, u mužov sa zistila významná súvislosť voľnočasových aktivít s WHR indexom ($p=0,009$) u žien to nebolo významné. Intenzita fyzickej aktivity tých respondentov, ktorí sa jej venovali vo voľnom čase, bola vo veľkom percente ľahká (44,8 % - muži, 49,4 % - ženy). V skríningu CINDI programu z roku 2008 sa potvrdil vplyv nedostatočnej aktivity na zvýšenie obvodu pása a výskyt iných rizikových faktorov hlavne u mužov. Pri udaní príčiny, prečo nešportujú, väčšina respondentov nešportuje preto, lebo nemá čas, 9 % mužov to nepokladá za nutné, 9,4 % žien nemá na šport podmienky.

Podporovanie fyzickej aktivity ako súčasť preventívnych opatrení v primárnej prevencii sa zameriava skôr na aktivity vo voľnom čase ako na aktivity pri výkone zamestnania. Je však potrebné vytvárať aj na pracoviskách a v školách podmienky podporujúce pohybovú aktivitu – zamerané nie len na podporu aktívnej dopravy do práce a do školy (miesta na uloženie bicyklov, možnosť osprchovať sa a prezliecť), ale aj na telovýchovné chvíľky kompenzujúce sedenie v školských laviciach, alebo jednostranné pracovné zaťaženie. Osobitná pozornosť musí byť venovaná deťom oslobodeným od riadnej školskej telesnej výchovy, ktoré nemajú posedávať na lavičke, ale musia sa venovať kompenzačným či liečebným cvičeniam podľa svojej diagnózy. Hodiny osobitnej telesnej výchovy môžu byť aj v inom čase v školskom rozvrhu, než riadna telesná výchova, ale v rovnakej časovej dotácii (teda vyučovacia hodina trikrát týždenne), ak takéto riešenie škola zabezpečí nedokáže, majú zdravotne oslabení žiaci vykonávať svoje osobitné cvičenia v rámci normálnej hodiny telesnej výchovy prezlečení do cvičebného úboru. Ďalšie konkrétne opatrenia, ktoré by zvýšili pohybovú aktivitu sú

sprístupnenie športovísk a školských telocviční mimo vyučovacích hodín a cez prázdniny celým rodinám (napríklad deťom, ktoré danú školu navštevujú a ich rodičom), v plavárňach zväčšiť počet hodín určených pre verejnosť, vybudovať nové cyklistické chodníky a urobiť parkovacie miesta pre bicykle pri školách a úradoch, dokončiť už existujúce cyklistické trasy, ktoré „slepo“ končia, nerozpredávať školské dvory a ihriská súkromníkom, ktorí vyčlenia pre školu len kúsky vybetónovaných plôch a verejnosť a deti už vôbec nemajú prístup na „súkromné novovybudované športovisko“, podporovať finančne i materiálne verejnosti prístupné športoviská, podporovať športové krúžky na školách a pri centrách voľného času, lebo súkromné športové kluby sa zameriavajú iba na nábor tých „perspektívnych“ a po výbere najlepších ostatné deti vylúčia, tie sú potom demotivované a sklamané a so športovaním nadobro skončia.

Hlavný cieľ

- vytvárať podporné fyzické, sociálne a kultúrne prostredie pre činnosti, ktoré zvýšia pohybovú aktivitu a fyzickú zdatnosť populácie.

Aktivity vedúce k zlepšeniu súčasného stavu

- aktivity vyšších územných celkov v spolupráci s RÚVZ v SR – organizácia festivalov, mítingov, stretnutí so zameraním na pohybovú aktivitu, spojených s propagáciou pohybovej aktivity rôzneho druhu a zapojením sa čo najširšej verejnosti do uvedených činností,
- edukácia obyvateľstva o benefitoch zdraviu prospešnej pohybovej aktivity (s osobitným zameraním na vybrané rizikové skupiny populácie), aj v spolupráci s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti,
- budovanie materiálno-technických podmienok pre zlepšenie možností zvýšenia pohybovej aktivity obyvateľstva,
- vytváranie a zlepšovanie existujúcej infraštruktúry pre bezpečné možnosti aktívnej dopravy a rekreačného športovania, organizačné opatrenia, zlepšujúce prevenciu úrazov,
- v spolupráci s Ministerstvom školstva, vedy, výskumu a športu Slovenskej republiky (ďalej len „MŠVVaŠ SR“) a v spolupráci s mestami, obcami a samosprávnymi krajmi zabezpečiť rozširovanie a zefektívňovanie dostupnosti športovísk, budovanie nových zariadení slúžiacich na pohybové aktivity všetkých vekových skupín obyvateľstva,

- v spolupráci s MŠVVaŠ SR a v spolupráci so športovými organizáciami v SR organizovanie športových podujatí pre všetky vekové skupiny, uľahčovanie ich dostupnosti, využiteľnosti a zároveň zvyšovanie informovanosti obyvateľstva so zameraním na motivovanie k pohybovej aktivite a zlepšovanie spôsobu života,
- zvýšenie pohybovej aktivity u obyvateľstva - konkrétne programy a projekty, ktoré sa uskutočňujú so zameraním na zvýšenie pohybovej aktivity u obyvateľstva – vrátane turistických a cyklistických podujatí organizovaných vyššími územnými celkami, športovými zväzmi a organizáciami,
- v spolupráci s MŠVVaŠ SR a v spolupráci s mestami, obcami a samosprávnymi krajmi otvorenie športovísk, školských ihrísk a telocviční verejnosti, organizovanie spoločných športových aktivít rodičov s deťmi,
- využívanie mienkotvorných médií a všeobecne rešpektovaných osôb (aj bulvár a tzv. celebrity) na propagáciu konkrétnej dennej pohybovej aktivity, programu,
- zvyšovanie pohybovej aktivity u seniorov v zariadeniach sociálnych služieb, formou spoločných prechádzok do prírody, cvičeniami pod vedením cvičiteľa, návštevou kultúrnych pamiatok a podobne).

Kritériá dosiahnutia cieľa v oblasti pohybovej aktivity

- zvýšenie podielu obyvateľov venujúcich sa odporúčanej a primeranej pohybovej aktivite (v roku 2013 sa uskutočnil prieskum zdravotného uvedomenia na všetkých RÚVZ v SR, kde sa získali vstupné údaje o rozsahu, intenzite pohybovej aktivity opýtaných obyvateľov),
- zabránenie nárastu počtu obéznych obyvateľov a obyvateľov s nadváhou vo všetkých vekových skupinách.

3. Tabak, alkohol, drogy

Fajčenie má zdravotné, ekonomické a sociálne následky. Považuje sa za závažný verejno – zdravotnícky problém. Fajčenie je zároveň najdôležitejší preventabilný rizikový faktor viacerých chorôb. Prevencia fajčenia a zanechanie fajčenia sú dve najefektívnejšie stratégie pre zlepšenie zdravia spoločnosti (Egnerová et al., 2001). Napriek tomu, že ľudia sú informovaní o rizikách fajčenia a uvedomujú si škodlivosť fajčenia, viac ako 36 % ľudí na Slovensku fajčí (Ochaba et al., 2008). Známy je príčinný vzťah fajčenia a niektorých druhov

nádorových ochorení, tak isto je vo verejnosti známy aj škodlivý vplyv fajčenia na kardiovaskulárny systém, špeciálne na cievny systém a škodlivé pôsobenie na celý dýchací systém. Nezanedbateľné sú aj zdravotné dôsledky pasívneho fajčenia na ľudský organizmus.

Fajčenie cigariet predstavuje na základe viacerých štúdií vstupnú drogu na užívanie alkoholu a ostatných návykových látok. Z tohto hľadiska je preto pravidelné, ale aj nepravidelné fajčenie detí a mládeže spojené s rizikom užívania alkoholu a drog (Ochaba et.al., 2008).

Súčasný stav

Z výsledkov prieskumu Zdravotného uvedomenia a správania sa obyvateľov v SR, ktorý sa uskutočnil v roku 2013 na vzorke 3679 respondentov (1840 mužov a 1839 žien) viac ako polovica populácie (66,3 %) uviedla, že nefajčí. Z toho štatisticky významne viac žien (74,6 %) ako mužov (58,1 %). Len 12 % Slovákov uviedlo, že prestali fajčiť. Z toho fajčiť prestalo štatisticky významne viac mužov (15,9 %) ako žien (8,0 %). Až 21,7 % populácie vo veku od 15 do 65+ rokov uviedla, že fajčí. Z toho 13,5 % obyvateľov SR fajčí denne a 8,2 % obyvateľov SR fajčí príležitostne. Prieskum potvrdil, že mladšie vekové kategórie fajčia viac. Najviac respondentov (30,8 %) ktorí uviedli, že fajčia, bolo vo vekovej skupine menej ako 25 rokov. Štatisticky významne viac mužov (33,2 %) ako žien (28,4 %). Vo vekovej skupine 25 - 64 rokov uviedlo, že fajčí 23,8 % respondentov. Štatisticky významne viac mužov (29,6 %) ako žien (17,9 %). Najmenej respondentov (9,9 %), ktorí uviedli, že fajčia, bolo vo vekovej skupine 65+. Štatisticky významne viac mužov (14,1 %) ako žien (5,8 %). Z pohľadu veku zároveň pribúda tých, ktorí prestali fajčiť.

Prehľad výsledkov z piatich vln prieskumu ESPAD: údaje o celoživotnej prevalencii fajčenia u študentov prvých až štvrtých ročníkov stredných škôl sa oproti stavu v roku 2003 podstatne nezmenili. Jeden a viackrát počas života fajčilo 80 % študentov v roku 2011 (77,3 % v roku 2007 oproti 78,6 % v roku 2003). Fajčenie 1 až 5 cigariet denne počas predchádzajúcich 30 dní od roku 1995 po súčasnosť kontinuálne vzrastá počet pravidelných fajčiarov a to ako chlapcov, tak aj dievčat. Stráca sa rozdiel v pravidelnom fajčení medzi chlapcami a dievčatami, pretože kým 1 až 5 alebo viac cigariet denne v roku 2003 fajčilo 35,6 % chlapcov, v roku 2011 to bolo 36,4% a u dievčat aj naďalej pokračoval rast – z 28,1 % v roku 2003 na 33,7 % v roku 2011.

Nadmerné užívanie alkoholu

Medzi konzumom alkoholu a rozličnými fyzickým účinkami, psychickými a psychiatrickými poruchami a sociálnym poškodením existuje vzťah dávka – odpoveď. Alkohol poškodzuje gastrointestinálny, nervový a reprodukčný systém. Nadmerné pitie sa spája s cirhózou pečene, niektorými druhmi zhubných nádorových ochorení, je spojené so zvýšeným rizikom náhlej cievnej príhody mozgu, s vysokým tlakom krvi, so zvýšeným výskytom kardiomyopatie a porúch srdcového rytmu. Miera rizika škodlivého užívania alkoholu sa líši v závislosti od veku, pohlavia a ďalších biologických charakteristík konzumenta a prostredia. Nadmerná konzumácia alkoholu je jedným z hlavných rizikových faktorov, ktorému sa dá predchádzať. Škodlivé užívanie alkoholu býva tiež spájané s niektorými infekčnými chorobami ako je HIV/AIDS, tuberkulóza a zápal pľúc. Výrazný podiel sa prisudzuje nadmernému užívaniu alkoholu i v prípadoch nechcenej aj úmyselnej ujmy na zdraví, napríklad pri dopravných nehodách, násilnom správaní sa jedinca alebo v súvislosti so samovraždami. Škodlivé užívanie alkoholu narušuje rozvoj celej spoločnosti. Môže zničiť život jednotlivým osobám, rozvrátiť rodiny a poškodiť základné štruktúry ľudskej spoločnosti. Najmä mladí ľudia konzumáciou alkoholu strácajú zábrany, zvyšuje sa promiskuita a neželané tehotenstvá. Konzumáciu alkoholických nápojov na obyvateľa za rok zobrazuje tabuľka č. 3.

Tabuľka č. 3: Spotreba vybraných druhov alkoholických nápojov (na obyvateľa/rok) v hodnote 100 % liehu.

Druh potravín	liter	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Pivo	l	3,6	3,3	3,2	3,2	3,3	3,2	3,3	2,9	3,0	3,1	2,9
Víno	l	1,5	1,5	1,3	1,8	1,5	1,7	1,8	1,8	1,9	1,8	1,9
Liehoviny (40%)	l	3,0	3,5	4,5	3,6	4,1	4,7	3,9	3,9	3,8	3,7	3,8

Zdroj údajov: ŠÚ SR, Slovstat

Súčasný stav

Prehľad výsledkov z piatich vln prieskumov TAD (tabak, alkohol, drogy 1994 - 2012) u žiakov základných škôl, študentov stredných škôl a ich učiteľov ukázal, že napriek početným programom a projektom sa nedarí ovplyvniť výskyt a rozsah prvej skúsenosti s alkoholom u 11 - 14 ročných, ktorý naďalej plynulo narastá. Priemerný vek prvého kontaktu

je okolo 10 rokov, tento sa nedarí odsunúť na neskôr. Prieskum potvrdil potrebu včasnej primárnej prevencie už vo veku 8 - 10 rokov, keď je ešte približne polovica žiakov bez skúsenosti s alkoholom. Podľa dlhoročného školského prieskumu TAD nastala stabilizácia v užívaní nelegálnych drog a tabaku. Výnimku však predstavuje alkohol, pri ktorom sa naopak aj ďalej prejavuje nárast a to aj v najrizikovejších spôsoboch pitia (nárazové pitie) s cieľom čo najrýchlejšie sa opiť. U dievčat pitie alkoholu stúplo omnoho rýchlejšie a dospievajúce dievčatá sa vo viacerých ohľadoch vyrovnali dospievajúcim chlapcom a mladým mužom.

K ďalším nepriaznivým faktorom, ktoré podľa piatich vln prieskumu ESPAD (Európsky školský prieskum o alkohole a iných drogách u detí a mladistvých vo veku 15 – 19 ročných) vystupujú do popredia rovnako u chlapcov ako u dievčat od roku 1995 do 2011 je zistenie, že viacnásobne stúplo množstvo vypitého alkoholu vôbec, predovšetkým však vo forme destilátov. Ťažké nárazové pitie u dievčat z 29 % v roku 1995 stúplo na 41 % v roku 2007 a v roku 2011 kleslo na 38 %. Chlapci v roku 1995 reprezentovali podiel 41 %, neskôr v roku 2007 45 % a v roku 2011 klesli na 43 %.

Údaje z populačného prieskumu Národného monitorovacieho centra pre drogy v roku 2010 na vzorke vyše 4000 obyvateľov SR vo vekovej skupine 15 - 64 rokov, dokumentovali široko rozšírenú skúsenosť Slovákov s alkoholom. Populačný prieskum porovnáva frekvenciu pitia alkoholu u dvoch skupinách obyvateľstva a to obyvateľov vo veku 15 – 64 rokov a obyvateľov vo veku 15 – 24 rokov. Na základe prieskumu môžeme konštatovať, že na Slovensku máme 7,3 % abstinentov vo vekovej skupine 15 – 64 rokov. Vo vekovej skupine 15 – 24 rokov vôbec nekonzumuje alkohol 8,4 % obyvateľstva. Viac ako 4 krát týždenne konzumuje alkohol 6,8 % obyvateľov vo veku 15 – 64 rokov. Vo veku 15 – 24 rokov konzumuje alkohol 4 a viac krát týždenne 2,4 % obyvateľov. Minimálne raz týždenne konzumuje 5 a viac pohárov alkoholického nápoja 5,8 % mladých vo veku 15 - 24 rokov a 13,5 % minimálne raz mesačne. Potvrdil sa aj vzťah medzi nárazovým pitím a fajčením a nárazovým pitím a experimentovaním s nelegálnymi látkami.

Hlavné ciele

- zefektívniť preventívne opatrenia zamedzujúce konzumáciu alkoholu, fajčenie a užívanie drog najmä medzi mládežou,
- znížiť škody spôsobené fajčením, nadmerným užívaním alkoholu a užívaním drog,
- zvýšiť dostupnosť a skvalitniť informácie o rozsahu poškodenia, ujmy spôsobenej fajčením, nadmerným užívaním alkoholu a užívaním drog a o efektívnych intervenciách vedúcich k obmedzeniu a prevencii takej ujmy, poškodenia,

- venovať pozornosť niektorým skupinám obyvateľov, ktorí sú vystavení zvýšenému riziku poškodenia zdravia v dôsledku fajčenia, nadmerného užívania alkoholu a užívania drog (k zvýšenému riziku sú vystavené deti, dospievajúca mládež, ženy v plodnom veku, tehotné a kojace, ale tiež skupiny obyvateľstva žijúce v lokalitách koncentrovanej chudoby a sociálneho vylúčenia),
- zvýšiť celospoločenské povedomie o rozsahu a povahe zdravotných, sociálnych a ekonomických problémov spôsobených škodlivým užívaním alkoholu, tabaku a užívaním drog a prijímať opatrenia zamerané na riešenie tejto problematiky.

Aktivity vedúce k zlepšeniu súčasného stavu

- realizovanie preventívnych opatrení, ktoré znižujú možnosť vzniku závislostí a iných závažných poškodení v dôsledku pitia alkoholu, fajčenia a užívania drog,
- zefektívnenie komunikácie všeobecných lekárov aj všetkých zdravotníckych pracovníkov vrátane pracovníkov poradní zdravia o problémoch súvisiacich s alkoholom a fajčením – zvýšenie motivácie občanov k zmene správania v pití alkoholických nápojov a k fajčeniu,
- meniť zdravotné uvedomenie, postoje a sociálne stereotypy s akceptáciou slobodného práva človeka vybrať si nepitie alkoholických nápojov a nefajčenie,
- zavedenie sociálneho marketingu v oblasti podpory nefajčenia a obmedzenia nadmerného užívania alkoholu,
- navrhovanie právnych úprav s cieľom zlepšenia ochrany nefajčiarov a podpory nefajčenia a obmedzenia nadmernej konzumácie alkoholických nápojov na verejných miestach,
- rozširovanie siete poradenských zariadení na odvykanie od fajčenia,
- tvorba edukačných materiálov pre rodičov, pedagógov a zdravotníckych pracovníkov týkajúcich sa problematiky fajčenia, nadmerného užívania alkoholických nápojov a drog,
- intenzívne využitie mienkotvorných médií a všeobecne rešpektovaných osôb (aj bulvár a tzv. celebrity) na propagáciu života bez cigariet, alkoholu a drog – „nefajčiť je moderné in“, s dôrazom na cieľovou skupinou akceptovateľné dôvody (financie, smrad, žlté zuby, impotencia, vrásky, sexuálna príťažlivosť),

- podporovanie preventívnych programov, zameraných na škodlivosť fajčenia, užívania alkoholu a drog, podporovanie preventívnych programov zameraných na zmysluplné využívanie voľného času v spolupráci s MŠVVaŠ SR,
- podporovanie celosvetovej súťaže „Quit and win“ v SR, zameranej na obyvateľov, ktorí chcú prestať s fajčením.

Kritériá dosiahnutia cieľa v oblasti zníženia spotreby tabaku, alkoholu a drog

- zvýšenie podielu obyvateľov, ktorí prestali fajčiť a v nadmernej miere konzumovať alkoholické nápoje (v roku 2013 sa uskutočnil prieskum zdravotného uvedomenia na všetkých RÚVZ v SR, kde sa získali vstupné údaje o počte, rozsahu, intenzite fajčenia a nadmerného užívania alkoholických nápojov u obyvateľov),
- zabránenie zvyšovaniu sa počtu tých, ktorí pravidelne fajčia a nadmerne užívajú alkoholické nápoje najmä z radov detí a mládeže.

4. Vytváranie zdravých pracovných a životných podmienok

a) pracovné prostredie,

Kvalitná pracovná zdravotná služba – zdravé pracovné podmienky pre zamestnancov

Súčasný stav

Pracovné prostredie, pracovné podmienky a spôsob práce sú významnými determinantami, ktoré ovplyvňujú verejné zdravie svojím vplyvom na zdravie pracujúcej populácie. Budovanie systému pracovnej zdravotnej služby (ďalej len „PZS“) v SR prebieha od roku 2006 schválením legislatívneho rámca ustanovením povinnosti zamestnávateľa mať PZS ako poradnú službu v oblasti ochrany zdravia pri práci, výkonom zdravotného dohľadu a zadenovaním odbornej spôsobilosti zdravotníckych pracovníkov, ktorí vykonávajú PZS. Jej prvoradým cieľom je pomáhať zamestnávateľovi zabezpečiť ochranu zdravia zamestnancov na pracovisku s dôrazom na prevenciu chorôb z povolania a udržanie zdravotnej spôsobilosti zamestnancov v priebehu ich zamestnania. Budovanie systému PZS v SR prebieha od roku 1996 schválením legislatívneho rámca pre zabezpečenie PZS u zamestnávateľa. K významnému posunu došlo v roku 2006 legislatívnym zadenovaním rozsahu činnosti PZS a odbornej spôsobilosti zdravotníckych pracovníkov, ktorí ju vykonávajú. Vytvorenie funkčného systému pracovných zdravotných služieb v SR je jedným z hlavných predpokladov na zlepšenie zdravotného stavu a kvality života pracujúcej populácie. Od 1. augusta 2014 sú prostredníctvom novely zákona č. 355/2007 Z. z. o ochrane,

podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon č. 355/2007 Z. z.“) v jednom právnom predpise upravené podmienky činnosti PZS, ktorej obsahom je dohľad nad pracovnými podmienkami a posudzovanie zdravotnej spôsobilosti na prácu vrátane výkonu lekárskeho preventívneho prehliadok vo vzťahu k práci. Zákon č. 355/2007 Z. z. zároveň upravuje povinnosti zamestnávateľa týkajúce sa ochrany zdravia pri práci súvisiace so zabezpečením zdravotného dohľadu nad pracovnými podmienkami a nad zdravím zamestnancov, prešetrovanie pracovných podmienok a spôsobu práce posudzovanej osoby pri podozrení na chorobu z povolania, uznávanie choroby z povolania a ohrozenia chorobou z povolania, zriadenie Celoslovenskej komisie na posudzovanie chorôb z povolania, a podmienky zriadenia regionálnych komisií na posudzovanie chorôb z povolania a kožných chorôb z povolania v univerzitných nemocniciach. Zákon č. 355/2007 Z. z. spĺňa požiadavky európskej rámcovej smernice Rady z 12. júna 1989 89/391/EHS o zavádzaní opatrení na podporu zlepšenia bezpečnosti a zdravia pracovníkov pri práci. Ustanovenia týkajúce sa zabezpečenia zdravotného dohľadu pre zamestnancov prostredníctvom PZS vychádzajú z Dohovoru Medzinárodnej organizácie práce č. 161 z roku 1985 o závodných zdravotných službách, z Odporúčania Medzinárodnej organizácie práce č. 171 z roku 1985 o závodných zdravotných službách a z požiadaviek rámcovej smernice.

Zabezpečenie účinnej prevencie profesionálnych ochorení pre zamestnancov prostredníctvom PZS podporuje aj WHO, ktorá na svojom 6. Svetovom zdravotníckom zhromaždení v máji 2007 schválila Globálny akčný plán týkajúci sa zdravia zamestnancov na rokoch 2008 – 2017, v ktorom nabáda členské štáty, aby smerovali svoje úsilie na plné pokrytie všetkých zamestnancov PZS za účelom zabezpečenia primárnej prevencie profesionálnych ochorení a ochorení súvisiacich s prácou. Jedným z hlavných cieľov Globálneho akčného plánu je „zlepšenie činnosti a dostupnosti PZS“. Najvýznamnejšou skupinou zamestnancov, u ktorých má vykonávať zdravotný dohľad PZS, a u ktorých sa vykonávajú aj lekárske preventívne prehliadky vo vzťahu k práci, sú zamestnanci vykonávajúci rizikové práce. Rizikové práce vykonáva v súčasnosti asi 5 % zo všetkých ekonomicky činných osôb v SR.

PZS u väčšiny zamestnávateľov zabezpečujú dodávateľsky právnické osoby alebo fyzické osoby – podnikatelia, ktoré disponujú oprávnením na výkon tejto činnosti. Oprávnenie na výkon činnosti PZS vydáva ÚVZ SR po splnení podmienok, ktorých dodržiavanie priebežne kontroluje. RÚVZ v SR sledujú plnenie povinností zamestnávateľa vyplývajúcich z platných právnych predpisov v oblasti ochrany zdravia pri práci, na ktorých

sa podieľa PZS výkonom zdravotného dohľadu u zamestnancov. Orgány verejného zdravotníctva hodnotia u zamestnávateľa aj spracovanie problematiky ochrany zdravia pri práci v dokumentoch, na vypracovaní ktorých sa podieľa PZS.

Hlavné ciele

- zefektívniť činnosť PZS,
- presadzovať kvalitu pri výkone činností PZS,
- sledovať zabezpečenie PZS u zamestnávateľov v SR,
- podporovať zdravý životný štýl na pracoviskách.

Aktivity vedúce k zlepšeniu súčasného stavu

- systematická kontrola výkonu činnosti PZS u zamestnávateľa, prostredníctvom štátneho zdravotného dozoru nad dodržiavaním povinností zamestnávateľa v oblasti ochrany zdravia pri práci, vyplývajúcich z platných právnych predpisov,
- odborné poradenstvo orgánov verejného zdravotníctva pre zamestnávateľa v súvislosti so zabezpečovaním PZS,
- kontrola plnenia podmienok na výkon PZS (kontrola samotnej PZS),
- kontrola kvality činnosti PZS,
- posilnenie legislatívneho rámca pre kontrolu kvality činnosti PZS prostredníctvom RÚVZ v SR,
- zavádzanie pohybovej aktivity na pracoviskách – organizovanie Dní zdravia na pracoviskách a podobne.

Kritériá dosiahnutia cieľa v oblasti pracovného prostredia

- znižovanie zdravotných rizík v pracovnom prostredí zamestnancov,
- udržanie klesajúceho trendu výskytu chorôb z povolania.

b) životné prostredie

Súčasný stav v životnom prostredí a základné ciele

V súvislosti s ochranou životného prostredia je hlavným cieľom implementácia záverov z 5. ministerskej konferencie o životnom prostredí a zdraví, konanej v Parme v roku 2010 a minimalizácia rizík vyplývajúcich zo životného prostredia a následná ochrana zdravia ľudí,

najmä detí a mladistvých. Dôraz sa kladie na prioritné oblasti, ktoré sú zapracované do Akčného plánu pre životné prostredie a zdravie obyvateľov Slovenskej republiky (ďalej len „NEHAP IV.“). Znečistené vnútorné ovzdušie sa v súčasnosti považuje za jeden z najvýznamnejších determinantov určujúcich kvalitu životného prostredia a verejného zdravia nielen na Slovensku. SR sa v období rokov 2006 – 2013 zapojila do medzinárodných projektov SEARCH a SINPHONIE, ktoré sú príkladom medzinárodnej spolupráce európskych krajín pri tvorbe a implementácii politík zameraných na zlepšovanie životného prostredia a zdravia obyvateľov s dôrazom na detskú populáciu. Projekty umožnili rozšíriť súčasné spektrum poznatkov v oblasti expozície znečisťujúcim látkam vo vnútornom prostredí škôl a prispieť tak k vývoju nových postupov zameraných na redukciu tohto znečistenia. V snahe získavať údaje potrebné pre hodnotenie školského prostredia na Slovensku a jeho vplyvu na zdravie detí a mládeže ako jednej z najzraniteľnejších skupín populácie, je zámer využiť skúsenosti a existujúce technické a personálne kapacity nadobudnuté pri realizácii medzinárodných projektov a pokračovať na základe odporúčaní WHO v sledovaní kvality ovzdušia v školách aj v ďalších rokoch. Pri rastúcom výskyte alergických prejavov u obyvateľstva je nutné zabezpečiť kontinuitu kvalitného peľového monitoringu, rozširovať možnosti medializácie peľového spravodajstva a využitím získaných výsledkov prispievať k zlepšeniu životných podmienok. Tieto informácie poskytuje peľová informačná služba (ďalej len „PIS“). V Európe je peľový monitoring zabezpečovaný prostredníctvom siete staníc PIS. Na Slovensku bola v roku 2006 obnovená funkčná sieť monitorovacích staníc PIS pod gestorstvom verejného zdravotníctva. Koordináciu činnosti PIS v SR v zmysle zákona č. 355/2007 Z. z. zabezpečuje RÚVZ so sídlom v Banskej Bystrici.

Hlavný cieľ

- implementácia záverov z 5. ministerskej konferencie o životnom prostredí a zdraví, konanej v Parme v roku 2010 a minimalizácia rizík vyplývajúcich zo životného prostredia a následná ochrana zdravia ľudí, najmä detí a mladistvých.

Aktivity vedúce k zlepšeniu súčasného stavu

- zapájanie sa do národných a medzinárodných aktivít zameraných na sledovanie najvýznamnejších determinantov určujúcich kvalitu životného prostredia a verejného zdravia nielen na Slovensku,

- naďalej zvyšovanie informovanosti o vyskytujúcich sa rizikách, ktoré ovplyvňujú zdravie a prispievajú k vytváraniu nezdravého životného prostredia,
- rozšírenie siete staníc PIS v SR, zvyšovanie kvalifikácie a odborného kreditu pracovníkov, riešenie možnosti eliminácie najvýznamnejších alergénov, venovanie pozornosti inváznym druhom – informovanie verejnosti,
- riešenie výsadby vhodnej zelene na úrovni samospráv, udržiavania a kosenia trávnatých porastov, eliminácia neudržiavaných plôch, na ktorých rastú burinné spoločenstvá (veľké množstvo alergologicky významných druhov),
- spolupodieľanie sa na vypracovaní a otestovaní jednotného rámca pre hodnotenie expozície populácie voči chemickým znečisťujúcim látkam pochádzajúcim zo životného prostredia, a to pomocou kľúčových modelových látok. (Tento rámec môže byť v budúcnosti použitý na určenie expozície populácie voči iným látkam, čím sa posilní schopnosť vykonávať medzinárodné porovnávanie po celej Európe),
- sledovanie hlukovej záťaže obyvateľstva, podporovanie a uskutočnenie opatrení zameraných na jej znižovanie, zvyšovanie povedomia obyvateľstva o škodlivých účinkoch hluku na zdravie ľudí v nadväznosti na národnú legislatívu ako aj európsku politiku boja proti hluku.

II. Špecifické opatrenia zamerané na najčastejšie vyskytujúce sa chronické neinfekčné ochorenia

Medzi najčastejšie sa vyskytujúce chronické neinfekčné ochorenia patria KVO, DM, nádorové ochorenia, ochorenia tráviacej sústavy, ochorenia pohybového aparátu, z pľúcnych ochorení najmä chronická obštrukčná choroba pľúc a asthma bronchiale a neustále sa zvyšujúci počet ochorení na psychiatrické ochorenia.

Trend štandardizovanej miery úmrtnosti v SR na najčastejšiu príčinu úmrtia - KVO je pozitívny. Posledné roky pozorujeme pokles štandardizovanej miery úmrtnosti ako u mužov, tak aj u žien. Ako uvádza Správa o zdravotnom stave obyvateľstva SR za roky 2009 – 2011, vo vekovo-špecifickej úmrtnosti od 25 – 64 rokov sa v roku 2011 v porovnaní s rokom 2006 zníženie zaznamenalo u mužov vo veku 45 – 64 rokov. U 65+ ročných profitovali s odstupom 6 rokov o niečo viac opäť muži, viditeľnejšie vo veku 75 – 84 rokov. Toto je možné konštatovať aj napriek problémom s objektivizáciou údajov.

V európskom kontexte však väčší pokles ako Slovensko zaznamenalo Česko a Poľsko. SR sa ešte nepribližuje k európskemu priemeru. Z KVO majú najväčšie zastúpenie ischemická choroba srdca a náhle cievne mozgové príhody. U náhlych cievnych mozgových príhod zaznamenávame mierne klesajúci vývoj u štandardizovanej miery incidencie u oboch pohlaví. Naopak pozvoľný vzostup zaznamenávame u štandardizovanej miery incidencie pri akútnom koronárnom syndróme. Vo vývoji incidencie nádorových ochorení môžeme v poslednom období pozorovať mierny vzostup, čo môže byť aj odrazom predlžujúcej sa strednej dĺžky života u oboch pohlaví. Naproti tomu štandardizovaná miera úmrtnosti na nádorové ochorenia zostáva takmer nezmenená. V porovnaní so štátmi v EÚ v incidencii zhubných nádorov sa nachádzame v lepšej polovici. Vo vekovom zastúpení do 65 rokov prevažuje počet úmrtí mužov nad ženami, najmä na KVO a nádorové ochorenia, u žien v tejto vekovej skupine prevažujú úmrtia na nádory. V posledných dvadsiatich rokoch výrazne vrástol, takmer sa zdvojnásobil, počet chorých na DM, s tendenciou neustáleho každoročného rastu. S pokračujúcim starnutím populácie sa očakáva ďalšie zvyšovanie počtu chorých na DM.

1. Kardiovaskulárne ochorenia

Súčasný stav

Kardiovaskulárne ochorenia (ďalej KVO) sú na Slovensku piatou najčastejšou príčinou práceneschopnosti, druhou v novopriznaných invalidných dôchodkoch („plné“ invalidné dôchodky) a prvé miesto im dlhodobo patrí nielen v úmrtiach, ale aj v počte hospitalizácií.

Za posledných 10 rokov bol zaznamenaný významný pokles úmrtnosti na KVO u 25–64-ročnej populácie, a to 22 % u mužov a 25 % u žien, avšak celkovú úmrtnosť na KVO ovplyvňuje najmä 65+ ročná populácia, kde sa od roku 2000 zaznamenal iba 12 % pokles u mužov a 16 % u žien. Teda dynamika poklesu úmrtnosti na KVO, napriek cieľovým intervenčným aktivitám, zaostáva za očakávaním, i keď sa úmrtia posúvajú čoraz viac do starších vekových skupín (nad 75+).

V porovnaní aj s krajinami V4 vykazuje Slovensko najnižšiu mieru poklesu úmrtnosti na KVO (pokles 26 % u mužov a 31 % u žien na Slovensku verzus 48 % u oboch pohlaví v Českej republike, 37 % u mužov a 42 % u žien v Maďarsku a 41 % u mužov a 44 % u žien v Poľsku). V súčasnosti má Slovensko 3,6 x vyššiu mieru štandardizovanej úmrtnosti na KVO ako Francúzsko, 2 x vyššiu než Rakúsko, o 1/5 vyššiu ako Česká republika.

Čo sa týka trendov v oblasti výskytu a kontroly najzávažnejších rizikových faktorov KVO za najpozitívnejšie zistenia možno považovať kontinuálny pokles nielen hladiny celkového cholesterolu na úrovni celej populácie, ale aj mierny pokles prevalence fajčenia u mužov i žien (viac u mužov).

Vplyvom rozsiahlych edukačných kampaní za posledných 7 rokov, ale aj vplyvom dlhodobých edukačných aktivít poradní zdravia RÚVZ v SR zisťujeme podstatné zlepšenie vnímania závažnosti najvýznamnejších rizikových faktorov KVO. Kým v rokoch 1996 – 2006 na základe analýz vykonaných Poradňami zdravia ÚVZ SR na počte viac ako 120 tisíc respondentov až 50 % opýtaných nikdy nemalo odmeraný krvný tlak a viac ako 80 % dopytovaných nikdy nemalo stanovenú hladinu krvných lipidov. V súčasnosti môžeme konštatovať, že hodnotu svojho krvného tlaku pozná viac ako 80 % populácie a hladinu cholesterolu viac ako 50 %. V kontexte základného problému najzávažnejších rizikových faktorov KVO, že väčšina z nich je absolútne bezpríznaková, sú to veľmi dôležité zistenia.

Napriek týmto úspechom má však naďalej veľká časť obyvateľstva nedostatočne kontrolovaný tlak krvi, zhoršujú sa iné rizikové faktory ako je nedostatočná fyzická aktivita (a to už v detstve), príjem energeticky nadmerne kalorickej potravy a nápojov a s tým súvisiaci nárast telesnej hmotnosti, obezita a ich najzávažnejšie dôsledky ako je aj DM 2. typu.

Vzhľadom k tomu kľúčovou úlohou NPPZ v oblasti prevencie KVO dlhodobo zostáva iniciatíva na podstatné zlepšenie uvedomenia si obyvateľstva, že rizikové faktory KVO síce nebolia, ale sú mimoriadne závažné, pretože sú príčinou viac ako 50 % všetkých úmrtí na Slovensku.

Hlavné ciele

- znižovanie prevalence najzávažnejších rizikových faktorov KVO a to najmä hypertenzie, fajčenia, dyslipidémie, obezity, DM a to najmä dôslednou implementáciou motivačných prvkov vrátane celoživotnej intenzívnej edukácie na všetkých možných úrovniach o správnom životnom štýle,
- vyhľadávanie vysokorizikových osôb, ich edukácia a následné znižovanie rizikovosti na prijateľnú úroveň,
- edukácia širokej verejnosti vrátane detí a dospelujúcej mládeže o zdravom životnom štýle, ktorá by mala začať už na školách minimálne ako voliteľný predmet.

Aktivity vedúce k zlepšeniu súčasného stavu

- realizácia masívnych celonárodných edukačných kampaní na poznanie a odstraňovanie najzávažnejších rizikových faktorov KVO a vyhľadávanie rizikových osôb - vhodné naviazať na aktuálne existujúce projekty, v spolupráci s neziskovými organizáciami, štátnou správou i samosprávou, s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti,
- umožniť školám realizáciu aktívnej podpory zdravého životného štýlu prostredníctvom odbornej, materiálnej, metodickej a finančnej (dotačnej) pomoci,
- zabezpečenie adekvátneho priestoru vo verejnoprávnych médiách celoročne na edukáciu obyvateľstva v oblasti prevencie KVO.

Kritériá dosiahnutia cieľa v oblasti prevencie kardiovaskulárnych ochorení

- zlepšenie vyhľadávania vysokorizikových osôb a znižovanie miery rizika vzniku KVO u týchto osôb,
- dlhodobé zlepšovanie informovanosti a zdravotného uvedomenia a správania súvisiacich so KVO, vyúsťujúce do motivácie celej populácie lepšie kontrolovať a preventívne chrániť svoj zdravotný stav, zachytené v objektívnych prieskumoch zdravotného uvedomenia a správania,
- zníženie prevalencie objektívnych indikátorov všetkých hlavných rizikových faktorov KVO minimálne do takej miery, aby sa SR v týchto indikátoroch, ako aj v poklese miery úmrtnosti na KVO vyrovnala referenčným krajinám V4.

2. Diabetes mellitus

Súčasný stav

Incidencia DM celosvetovo narastá. V súčasnej dobe trpí v EÚ týmto ochorením asi 10 % obyvateľov s predpokladom nárastu na 16,6 % v roku 2030. Na Slovensku evidujeme takmer 400 000 pacientov s DM. Podľa NCZI v roku 2012 bolo u lekárov v špecializačnom odbore diabetológia, poruchy látkovej premeny a výživy v ambulanciách inej špecializovanej zdravotnej starostlivosti evidovaných 342 124 pacientov s DM 2. typu, čo predstavuje > 7 % obyvateľstva, pričom ďalších 30 % pacientov (k známemu počtu diabetikov) je možné predpokladať v latentnej forme a forme prediabetických rizikových syndrómov (porucha tolerancie glukózy, hyperglykémia nalačno, metabolický syndróm). Pri

súčasnom trende vývoja je možné do roku 2030 predpokladať nárast podielu pacientov na > 10-12 % slovenskej populácie. Spomalenie incidencie ochorenia je preto nevyhnutné.

Kým DM 1. typu zatiaľ nevieme predchádzať, DM 2. typu (> 85-90 % pacientov s DM) je ochorenie preventabilné, najmä ak je prevencia zameraná na vysokorizikové skupiny. Je k dispozícii mnoho argumentov a klinických štúdií, ktoré ukazujú, že prechodu z rizikového prediabetického štádia (porucha tolerancie glukózy, hyperglykémia nalačno, metabolický syndróm) do štádia klinického DM je možné predísť alebo ho aspoň oddialiť až v cca 50 % prípadov správnu intervenciou v horizonte efektu minimálne 5-7 rokov. Komplikácie súvisiace s DM sú hlavnou príčinou zvýšenej morbidity a mortality pacientov s DM. Začiatok ochorenia DM je často nenápadný a preto už v čase určenia diagnózy môže ochorenie prebiehať dlhší čas. Rozvinuté komplikácie sa preto často zisťujú už v čase stanovenia diagnózy. V takých prípadoch sa efektivita liečby významne znižuje, čo má aj ekonomické dôsledky. Existuje mnoho dôkazov evidence-based medicine (ďalej len „EBM“), že správne vedenou liečbou je rozvoj komplikácií možné spomaliť a oddialiť začiatok ich rozvoja u pacientov s DM 1. aj 2. typu. Keďže rozvoju komplikácií je možné predísť, nie však ich zvrátiť (pokiaľ sa už rozvinuli, alebo sa rozvinul zrejmy terén pre ich vznik) je potrebné ochorenie u pacienta diagnostikovať včas a dôsledne uplatňovať intenzívnu glykemickú kontrolu najmä vo včasných štádiách, teda najmä počas prvých 10 – 15 rokov. Včasná diagnostika a liečba DM v tomto kontexte nadobúdajú zásadný preventívny význam voči jeho neskorším komplikáciám. Považuje sa za preukázané (EBM), že včasná intenzívna liečba počas úvodných 10 -15 rokov ochorenia prináša zásadný benefit v zmysle redukcie, oddialenia a spomalenia rozvoja komplikácií a to až o viac ako 40 %, a tento efekt pretrváva aj v neskoršom období (vrátane prípadného neskoršieho zhoršenia kontroly).

Základnou formou prevencie je racionalizácia životného štýlu a vytvorenie podmienok pre realizáciu zdravého životného štýlu (pravidelná a primeraná fyzická aktivita, racionálna energeticky vyvážená strava, kde zdrojom živín sú tzv. zdravé potraviny), redukcia telesnej hmotnosti (v prípade nadváhy alebo obezity), redukcia stresu.

Hlavné ciele

Prevencia zameraná na racionalizáciu životného štýlu, s cieľom redukcie incidencie DM, v nadväznosti na to včasná diagnostika a včasná liečba DM s cieľom oddialenia a zmiernenia rozvoja komplikácií súvisiacich s DM.

Aktivity vedúce ku zlepšeniu súčasného stavu

Prevenencia diabetu sa uskutočňuje na troch prelinajúcich sa úrovniach:

1. Celopopulačná prevencia (celonárodná edukácia o zdravom životnom štýle vrátane podpory a vytvárania zdravého životného prostredia).
2. Prevencia u vysokorizikových osôb s cieľom predísť diabetu alebo oddialiť jeho začiatok.
3. Čo najskoršie odhalenie doposiaľ nediagnostikovaného už prítomného diabetu s cieľom predísť alebo aspoň oddialiť a zmierniť rozvoj komplikácií diabetu.

V rámci konkrétnych opatrení je dôležitá motivácia populácie k záujmu o zdravý životný štýl, ako aj stimulácia obyvateľov k záujmu o preventívne vyšetrenia, prostredníctvom školského systému a mediálnej kampane s využívaním verejnoprávnych aj súkromných médií (televízia, rozhlas, tlačové médiá, bilbordy, internet) zameranej na

- a) neustále pripomínanie rizika a dôsledkov DM,
 - b) poskytovanie vedomostí o rizikových faktoroch a príznakoch a ich rozpoznávaní u seba samého a u svojich detí, napríklad vkladaním dotazníkov rizika do tlačových, alebo tzv. „nových“ médií,
 - c) poskytovanie konkrétnych vedomostí o zdravom životnom štýle a ďalších možnostiach a spôsoboch ako rizikové faktory efektívne eliminovať a ochoreniu predísť,
 - d) zefektívnenie (zreálnenie) spolupráce medzi poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti a poradňami zdravia pri RÚVZ v SR,
- priebežné monitorovanie rizikových faktorov diabetu v kontexte objektívnych prieskumov zdravotného uvedomenia a správania.
 - aktívny preventívny populačný skríning a skríning u rizikových osôb podporovaný stimuláciou populácie k preventívnym vyšetreniam formou všestrannej medializácie, s cieľom predísť rozvoju diabetu, oddialiť jeho začiatok, spomaliť jeho progresiu a zachytiť začiatok ochorenia včas (aktívny skríning rizikových skupín podľa štandardných odporúčení realizovaný v spolupráci so všeobecnými lekármi, ktorého dôsledkom bude čo najskoršie odhalenie doposiaľ nediagnostikovaného už prítomného diabetu a čo najskoršie odoslanie do špecializovanej ambulancie k lekárovi poskytujúcemu zdravotnú starostlivosť v špecializačnom odbore diabetológia, poruchy látkovej premeny a výživy s cieľom predísť rozvoju komplikácií).

Kritériá dosiahnutia cieľa v oblasti prevencie DM

- zlepšenie informovanosti a rôznych parametrov zdravotného uvedomenia a správania populácie v oblasti prevencie DM 2. typu, prejavujúce sa pozitívnymi zmenami smerom ku zdravému životnému štýlu vo výsledkoch objektívnych prieskumov, najmä indikátorov súvisiacich s výživou, pohybovou aktivitou, prítomnosťou nadváhy a obezity, fajčením a konzumáciou alkoholu
- významné zvýšenie podielu identifikovaných pacientov v latentnej forme diabetu a forme prediabetických rizikových syndrémov a iniciácie ich včasného terapeutického ovplyvnenia.

3. Vybrané nádorové ochorenia

Súčasný stav

Nádory krčka maternice

Ročne evidujeme v SR 500 – 600 nových prípadov rakoviny krčka maternice. 200 – 220 žien ročne na toto ochorenie zomiera. Hrubá incidencia 18 – 20 žien/100 000 žien/rok sa za posledných 40 rokov výraznejšie nemení. Pokles incidencie na Slovensku neregistrujeme. Obdobná situácia je aj pri úmrtnosti, kde pozorujeme za obdobie asi 25 rokov mierny vzostup. Najnovšie údaje za rok 2008 udávajú 634 nových prípadov a 209 úmrtí. Vrchol výskytu ochorenia je vo veku 45 – 50 rokov. Príčinou nepriaznivého trendu úmrtnosti je vysoký podiel výskytu ochorenia v pokročilých štádiách III – IV, u ktorých je liečba menej efektívna. Napriek deklarovanému preventívnemu charakteru nášho zdravotníctva, hustej sieti gynekologických ambulancií v rámci špecializovanej ambulantnej zdravotnej starostlivosti a cytologických laboratórií sú epidemiologické ukazovatele nepriaznivé. Príčinou je nízka účasť ženskej populácie na sekundárnej prevencii. Iba približne 20 – 30 % ženskej populácie navštevuje pravidelne gynekológa a pôrodníka.

Nádory prsníka

Karcinóm prsníka na Slovensku predstavuje 17,7 % zo všetkých karcinómov v ženskej populácii. Výskyt zhubných nádorov prsníka má stúpajúci tendenciu približne o 0,2 % ročne (NOR 2006). V roku 2008 však bolo zaznamenaných 2639 nových prípadov, čo je značný nárast oproti 2423 prípadom v roku 2007.

Podľa odborného usmernenia Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky (ďalej len „MZ SR“) pre vykonávanie preventívnych mamografických vyšetrení (uverejnené vo

Vestníku Ministerstva zdravotníctva SR, osobitné vydanie, ročník 53 zo dňa 24. novembra 2005) má nárok na preventívne mamografické vyšetrenie na Slovensku každá žena nad 40 rokov každé 2 roky. V súčasnej dobe sa na preventívnom mamografickom vyšetrení zúčastňuje približne len 21,5 % žien. Dôvody: nedostatočná organizácia práce, nedostatočná osвета a znalosť nároku na preventívne mamografické vyšetrenie. Diagnostické mamografické vyšetrenia vykonávajú rádiologické mamodiagnostické pracoviská a rádiologické pracoviská onkologických ústavov na základe odporúčania lekára so špecializáciou v špecializačnom odbore gynekológia a pôrodnictvo.

Nádory hrubého čreva a konečníka

Slovensko patrí podľa údajov WHO a OECD medzi krajiny s najvyššou úmrtnosťou na kolorektálny karcinóm vo svete, pričom sa radí medzi málo krajín EÚ, kde sa skrining nerozvinul do takej miery aby dokázal znížiť mortalitu a incidenciu nádorov konečníka a hrubého čreva. V roku 2008 bola incidencia nádorov hrubého čreva a konečníka 2187 u mužov a 1621 u žien, v porovnaní s rokom 2007 ide o viac ako 400 nových prípadov. Tým je incidencia nádorov hrubého čreva a konečníka najvyššia zo všetkých nádorov v SR

Oportúnny skrining kolorektálneho karcinómu sa začal na Slovensku už v roku 2002. Charakteristický je tým, že ošetrojúci všeobecný lekár pre dospelých v rámci preventívnej prehliadky poskytne poistencom nad 50 rokov test na vyšetrenie skrytého krvácania v stolici, alebo poistenec sám požiadá o vykonanie tohto vyšetrenia u všeobecného lekára, s ktorým má uzatvorenú platnú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti. V prípade pozitivity tohto testu všeobecný lekár pre dospelých odosiela pacienta na kolonoskopické vyšetrenie ku gastroenterológovi, ktorý zistí príčinu pozitivity testu. Test sa vykonáva u občanov nad 50 rokov každé dva roky. Jeho nevýhodou je nízka účasť obyvateľstva.

Hlavný cieľ

Využiť všetky možnosti primárnej prevencie na zníženie incidencie nádorov a vhodnými metódami sekundárnej prevencie znížiť mortalitu, čo v praxi znamená zabezpečiť diagnostiku nádorových ochorení krčka maternice, prsníka, hrubého čreva a konečníka v predklinickom, včasnom štádiu, kedy je možné dosiahnuť vyliečenie pacientov.

Aktivity vedúce k zlepšeniu súčasného stavu

- realizovať masívne celonárodne edukačné kampane na poznanie a odstraňovanie najzávažnejších rizikových faktorov nádorových ochorení a vyhľadávanie rizikových osôb - vhodné naviazať na aktuálne existujúce projekty, v spolupráci s neziskovými organizáciami (Liga proti rakovine), štátnou správou i samosprávou a s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti,
- podporiť NOR, aby boli k dispozícii aktuálne a relevantné údaje, tieto zverejňovať, zdôrazňovať nepriaznivé dáta a trendy,
- podporiť školy pri zavádzaní voliteľného predmetu „výchova ku zdraviu“ , podporovať zaradenie poznatkov onkologickej výchovy do jeho obsahu,
- zabezpečiť adekvátny priestor vo verejnoprávnych médiách celoročne na edukáciu obyvateľstva v oblasti prevencie nádorových ochorení,
- zlepšiť informovanosť občanov o samovyšetrení prsníkov, možnostiach preventívnych prehliadok, a testov upozorňujúcich na rizikové faktory – test na okultné krvácanie v stolici (TOKS), kampane v médiách, cestou zdravotných poisťovní, všeobecných lekárov, ale aj lekárov špecialistov (gastroenterológ, gynekológ a pôrodník),
- zvyšovať motiváciu občanov SR dbať o svoje zdravie, ale aj zdravotníckych pracovníkov zvýšiť účasť občanov na prevencii – zaviesť fungujúce motivačné nástroje zo strany zdravotných poisťovní,
- účinná organizácia pozývania cieľovej populácie na preventívne vyšetrenia, zabezpečenie dohľadu nad priebehom preventívnych vyšetrení aj priebežné vyhodnocovanie účasti.

Kritériá dosiahnutia cieľa v oblasti prevencie onkologických ochorení

- pokles mortality na nádorové ochorenia, kde je možná sekundárna prevencia (karcinóm prsníka, krčka maternice, hrubého čreva a konečníka),
- pokles incidencie invazívnych nádorov, kde je možná sekundárna prevencia (karcinóm prsníka, krčka maternice, hrubého čreva a konečníka),
- pokles mortality na nádorové ochorenia, kde má význam primárna prevencia (nádory krčka maternice),
- zásadné zvýšenie počtu realizovaných preventívnych vyšetrení krčka maternice, prsníka, hrubého čreva a konečníka,

- zvýšenie informovanosti populácie o rizikových faktoroch jednotlivých nádorových ochorení a význame možných opatrení v ich primárnej a sekundárnej prevencii.

B. Preventívne opatrenia vedúce k zníženiu výskytu infekčných ochorení

Súčasný stav

Epidemiologickú situáciu v SR možno celkovo hodnotiť ako priaznivú. V roku 2013 bol z celého územia SR individuálne hlásený približne rovnaký počet prenosných ochorení v porovnaní s rokom 2012. Zvýšený výskyt bol zaznamenaný najmä v skupine respiračných ochorení a to u čierneho kašľa a mumpsu. Z črevných nákaz sa zvýšil výskyt črevných infekcií s objasnenou etiológiou, najmä kampylobakteriôz. Naďalej pretrváva vysoký výskyt chronických vírusových hepatítid a to najmä vírusovej hepatitídy typu C, s vysokou proporciou výskytu u osôb s pozitívnou drogovou anamnézou u nezamestnaných.

Dôsledným plnením Imunizačného programu je v súčasnosti výskyt väčšiny ochorení preventabilných očkovaním nízky. Vďaka vysokej zaočkovanosti detí došlo už v roku 1960 k eliminácii detskej obrny a novorodeneckého tetanu. Posledné ochorenie na záškrt bolo hlásené v roku 1980. K významnému poklesu chorobnosti na vírusovú hepatitídu typu B prišlo od zavedenia pravidelného povinného očkovania dojčiat v roku 1998. Po zavedení očkovania dojčiat proti hemofilovým invazívnym infekciám v roku 2000 sa zaznamenal výrazný pokles. Možno konštatovať, že uvedené ochorenia sú ukazovateľom zdravotného stavu obyvateľov a našim cieľom je naďalej udržiavať priaznivý trend ich výskytu.

Hlavný cieľ

- znížiť nepriaznivé dôsledky infekčných ochorení pomocou systematicky vykonávaných programov zameraných na elimináciu alebo redukciu výskytu infekčných ochorení, ktoré významne ovplyvňujú zdravie verejnosti (v súčinnosti s cieľmi WHO).

Vedľajšie ciele

- udržať eradikáciu detskej obrny v európskom regióne a z globálneho pohľadu jej úplnú eradikáciu,
- udržať elimináciu novorodeneckého tetanu,
- udržať elimináciu osýpok a rubeoly,

- znížiť výskyt ďalších závažných infekcií proti ktorým sa očkuje (záškrt, tetanus, čierny kašeľ, hemofilové invazívne infekcie, mumps, vírusová hepatitída typu B, pneumokokové invazívne infekcie),
- znížiť výskyt ďalších závažných infekcií (HIV/AIDS a ďalšie sexuálne prenosné ochorenia).

Aktivity vedúce k zlepšeniu súčasného stavu

- naďalej plnenie úloh „Akčného plánu na udržanie stavu bez poliomyelitídy“ po jej eradikácii v európskom regióne v roku 2002, a tým aj v SR,
- naďalej plnenie úloh „Akčného plánu na udržanie stavu eliminácie osýpok a kongenitálneho rubeolového syndrómu v Slovenskej republike“,
- realizovanie zdravotno-výchovných aktivít na zvyšovanie informovanosti dospelaj populácie o význame očkovania ako dôležitého preventívneho opatrenia, aj v spolupráci s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti,
- zabezpečovanie realizácie pravidelného povinného očkovania detí proti záškrtu, tetanu, čiernemu kašľu, detskej obrne, hemofilovým invazívnym infekciám, vírusovej hepatitíde B, pneumokokovým invazívnym infekciám, osýpkam, mumpsu a rubeole a očkovania dospelaj populácie proti záškrtu a tetanu a tak naďalej dosahovať vysokú mieru zaočkovanosti,
- zabezpečovanie realizácie očkovania proti hepatitíde typu A v miestach s nízkym hygienickým štandardom pre najrizikovejšie skupiny detskej populácie,
- vykonávanie zdravotnej výchovy, ovplyvňovanie zníženia výskytu a ďalšieho šírenia sexuálne prenosných ochorení, aj v spolupráci s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti,
- uskutočňovanie zdravotno-výchovných aktivít zamerané na prevenciu HIV/AIDS.

Kritériá dosiahnutia cieľa v oblasti infekčných ochorení

- udržanie priaznivej epidemiologickej situácie vo výskyte infekčných ochorení,
- udržanie vysokej zaočkovanosti,
- zabránenie zvyšovaniu sa počtu prípadov odmietajúcich očkovanie,
- zlepšenie informovanosti obyvateľstva o objektívnych prínosoch očkovania prostredníctvom nových, moderných komunikačných zdrojov a metód.

Použitá literatúra

Egnerová A., Guliš G., Krak J.: Epidemiológia neinfekčných chorôb. Trnava : Slovak Academic Press, 2001. ISBN 80-88908-81-7

Incidenca zhubných nádorov v SR 2007. Bratislava : NCZI, 2012. ISBN 978-80-89292-27-1

Incidenca zhubných nádorov v SR 2008. Bratislava : NCZI, 2014. ISBN 978-80-89292-37-0

Ochaba R., Bielik I., Rovný I.: Základy kontroly tabaku a alkoholu. Bratislava : Úrad verejného zdravotníctva Slovenskej republiky, 2008. ISBN 978-80-7195-170-2

Prevenca v primárnej starostlivosti – CINDI, WHO, 2000

Správa o zdravotnom stave obyvateľstva SR za roky 2009 – 2011, Bratislava : 2012

Zdravotnícka ročenka Slovenskej republiky 2012, Bratislava : NCZI, 2014. ISBN 978-80-89292-34-9