

Názov:

Štandardný postup na výkon prevencie a kontroly neprenosných ochorení u utečencov a migrantov

Autori:

**prof. MUDr. Jozef Šuvada, PhD.
MUDr. Michaela Mečiaková, PhD
prof. MUDr. Vladimír Krčméry, DrSc., mult.
PhDr. Petra Achbergerová
plk. MUDr. Gustáv Ušiak, PhD.
Elie Saker, MD.
MUDr. Dária Velgáňová
Mgr. Daniela Hružiková
Mgr. Tomáš Horváth
prof. MUDr. Eva Grey, PhD. MHA
doc. PhDr. Nataša Bujdová, PhD.
Mgr. Mária Jackulíková, PhD.
Mgr. Anton Moises
Mgr. et Mgr. art. Karol Csino, DIS. art.
Tom Catona
Magdalena Smet
Martine Vandenberghe
MUDr. Marcel Nesvadba, PhD.
prof. PhDr. Ing. Ladislav Bučko, PhD.
Mgr. Jaroslava Poloňová, PhD.
JUDr. Ing. Zsolt Mánya, PhD.
Mgr. Michal Kratochvíla, PhD.
Zainab Akol
Ján Mihálik
Ing. Elena Jablonická
Franklin Muchuwiri
Dária Kimuli**

Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky podľa § 45 ods. 1 písm. c) zákona 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov vydáva štandardný postup:

Štandardný postup na výkon prevencie a kontroly neprenosných ochorení u utečencov a migrantov

Číslo ŠP	Dátum predloženia na Komisiu MZ SR pre PpVP	Status	Dátum účinnosti schválenia ministrom zdravotníctva SR
004	22. september 2020	schválené	1. december 2020

Autori štandardného postupu

Autorský kolektív:

prof. MUDr. Jozef Šuvada, PhD.; MUDr. Michaela Mečiaková, PhD.; prof. MUDr. Vladimír Krčméry, DrSc., mult.; PhD. Petra Achbergerová; plk. MUDr. Gustáv Ušiak, PhD.; Elie Saker, MD.; MUDr. Dária Velgáňová; Mgr. Daniela Hruziková; Mgr. Tomáš Horváth; prof. MUDr. Eva Grey, PhD. MHA; doc. PhD. Nataša Bujdová, PhD.; Mgr. Mária Jackulíková, PhD.; Mgr. Anton Moises; Mgr. et Mgr. art. Karol Csino, DIS. art.; Tom Catona; Magdalena Smet; Martine Vandenberghe; MUDr. Marcel Nesvadba, PhD.; prof. PhD. Ing. Ladislav Bučko, PhD.; Mgr. Jaroslava Poloňová, PhD.; JUDr. Ing. Zsolt Mánya, PhD.; Mgr. Michal Kratochvíla, PhD.; Zainab Akol; Ján Mihálik; Ing. Elena Jablonická; Franklin Muchuwiri; Dária Kimuli

Odborná podpora tvorby a hodnotenia štandardného postupu

Prispievatelia a hodnotitelia: členovia odborných pracovných skupín pre tvorbu štandardných postupov pre výkon prevencie a odporúčaných postupov pre výkon prevencie MZ SR; hlavní odborníci MZ SR príslušných špecializačných odborov; hodnotitelia AGREE II; členovia multidisciplinárnych odborných spoločností; odborný projektový tím MZ SR pre PpVP a patientske organizácie zastrešené AOPP v Slovenskej republike; Inštitút zdravotníckej politiky; NCZI; Sekcia zdravia MZ SR, Kancelária WHO na Slovensku.

Odborní koordinátori: MUDr. Peter Bartoň; MUDr. Kvetoslava Bernátová, MPH; prof. MUDr. Mariana Mrázová, PhD., MHA; MUDr. Jozef Kalužay, PhD.

Recenzenti

členovia Komisie MZ SR pre PpVP: MUDr. Peter Bartoň; Mgr. Milada Eštoková; MUDr. Michaela Fajtová; PharmDr. Tatiana Foltánová; PhD. Zuzana Gavalierová; MUDr. Jozef Kalužay; Mgr. Eva Klimová; PhD. Kvetoslava Kotrbová; PhD. Mária Lévyová; Mgr. Gabriela Švecová Cveková; prof. MUDr. Mariana Mrázová; doc. PhD. Mgr. Róbert Ochaba; MUDr. František Podivinský; Mgr. Iveta Rajničová Nagyová; MUDr. Eva Sabolová; MUDr. Adriana Šimková; MUDr. Valéria Vasiľová; Mgr. Hana Wijntjes; doc. MUDr. Viliam Žilínek; prof. MUDr. Jozef Šuvada, PhD., MPH, MBA; Mgr. Robert Ševčík, PhD.; Rastislav Bilík MSc.; Mgr. Katarína Mažárová

Technická a administratívna podpora

Podpora vývoja a administrácia: Mgr. Ľudmila Eisnerová; Mgr. Gabriela Tamášová; Mgr. Tomáš Horváth; Mgr. Michal Kratochvíla, PhD.; Ing. Martin Malina; MUDr. Mgr. Alexandra Mamová; PhD. Dominik Procházka; Mgr. Katarína Santerová

Podporené grantom z fondu pre azyl, migráciu a integráciu a fondu pre oblasť vnútorných záležitostí MV SR s názvom projektu: „Tvorba odporúčaných a štandardných postupov pre výkon prevencie a včasnej intervencie v súvislosti s migráciou štátnych príslušníkov tretích krajín na Slovensku“ (kód SK 2018 AMIF SC2.1)

Kľúčové slová

migrant, utečenec, žiadateľ o azyl, osoba s udelenou medzinárodnou ochranou, prevencia, kontrola, včasná diagnostika, včasná liečba, štandardný postup, odporúčanie, neprenosné ochorenia, diabetes mellitus, artériová hypertenzia, nádorové ochorenia, duševné zdravie, dyslipoproteinémia, CHOCHP, fajčenie

Zoznam skratiek a vymedzenie základných pojmov

CDC	Centrum pre prevenciu a diagnostiku chorôb
DM	diabetes mellitus
ECDC	Európske centrum pre prevenciu a diagnostiku chorôb
EÚ	Európska únia
IOM	Medzinárodná organizácia pre emigráciu (z ang. Internation organization of Migration)
NPO	neprenosné ochorenie
WHO	Svetové zdravotnícka organizácia (z ang. World health Organization)

Vymedzenie základných pojmov výhrade pre účely tohto materiálu

Migrant – výhradne na účely tohto materiálu, rozumieme pod pojmom migrant štátneho príslušníka tretej krajiny, ktorý sa legálne alebo nelegálne, z akýchkoľvek dôvodov, nachádza na území Slovenskej republiky. Na účely tohto materiálu sem zahrňame aj žiadateľa o pobyt, žiadateľa o víza alebo maloletého bez sprievodu. Pod pojem migrant nezahrňame pojem utečenec.

Utečenec – výhradne na účely tohto materiálu rozumieme pod pojmom utečenec: žiadateľa o azyl, azylanta a osobu s poskytnutou doplnkovou ochranou v zmysle zákon č. 480/2002 Z. z. o azyle a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.

Osoba s udelenou medzinárodnou ochranou – azylant alebo osoba s poskytnutou doplnkovou ochranou.

Žiadateľ o azyl – štátny príslušník tretej krajiny, ktorý vyhlási pred príslušným orgánom, že žiada o udelenie azylu alebo o poskytnutie doplnkovej ochrany.

Žiadateľ o pobyt – výhradne na účely tohto materiálu, rozumieme pod pojmom žiadateľ o pobyt: štátneho príslušníka tretej krajiny žiadajúceho o niektorú z foriem pobytu v zmysle zákona č. 404/2011 Z. z. o pobyte cudzincov a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.

Žiadateľ o víza – výhradne na účely tohto materiálu, rozumieme pod pojmom žiadateľ o víza, štátneho príslušníka tretej krajiny žiadajúceho o víza najmä v zmysle nariadenia EP a Rady (EÚ) č. 2018/1806 a nariadenia EP a Rady (ES) č. 810/2009.

Maloletí bez sprievodu – výhradne na účely tohto materiálu, rozumieme pod pojmom maloletí bez sprievodu *deti, ktoré nedovršili vek 18 rokov, nachádzajúce sa mimo územia svojej vlasti, sú odlúčené od oboch rodičov a nie je o nich postarané osobou ktorá je za ich výchovu podľa práva alebo zvyku zodpovedná.*

Zaistenie – výhradne na účely tohto materiálu, rozumieme pod pojmom zaistenie, zaistenie štátneho príslušníka tretej krajiny v zariadení, t.j. v mieste, v ktorom je štátny príslušník tretej krajiny umiestnený na základe rozhodnutia o zaistení (tzv. útvary policajného zaistenia pre cudzincov).

Kompetencie

1. Pre vyhľadávanie (skrining) bezpríznakových pacientov na ciele vyhľadávanie neprenosných ochorení definovaných týmto štandardným postupom je kompetentným zdravotníckym pracovníkom lekár bez špecializácie a lekár špecialista pracujúci v zariadení, ktoré vyšetruje žiadateľov o pobyt (rôzne kategórie podľa platnej legislatívy) v Slovenskej republike.

Takýmto zariadením je ambulancia tropickej medicíny a infektológie (s lekárom špecialistom v špecializačnom odbore tropická medicína a infektológia ako garantom ambulancie), alebo oddelenie infektológie (s interným alebo externou zodpovednou osobou garantujúcou správny manažment v kontexte prevencie, vrátane skriningu; diagnostiky a liečby vrátane následného sledovania v indikovaných prípadoch napr. pri chronických infekčných ochoreniach).

Na vyhľadávaní (skriningu) sa môže podieľať aj lekár v odbore všeobecné lekárstvo (všeobecný lekár pre dospelých, všeobecný lekár pre deti a dorast) a u tehotných žien špecialista v špecializovanom odbore gynekológia a pôrodníctvo.

U detí a adolescentov je oprávnený podieľať sa na komplexnom manažmente neprenosných ochorení lekár v špecializačnom odbore pediatria a pediatrika infektológia.

2. Pre komplexný manažment pacienta v ambulantnej zdravotnej starostlivosti s novodiagnostikovaným alebo známym neprenosným ochorením spadajúcim do kategórií tohto štandardného postupu je kompetentným zdravotníckym pracovníkom koordinujúcim komplexný manažment pacienta s neprenosným ochorením všeobecný lekár (pre dospelých alebo pre deti a dorast), ktorý pacienta dispenzarizuje a manažuje aj formou klinických konzílií podľa druhu a charakteru neprenosného ochorenia s nasledujúcimi špecialistami:

- a) lekár špecialista v špecializačnom odbore vnútorné lekárstvo (vrátane subspecializácií s neprenosným ochorením), endokrinológia, diabetológia, pediatria (vrátane špecializácií v súvislosti s neprenosným ochorením), v prípade s inými špecialistami pre zabezpečenie komplexného manažmentu v kontexte platnej legislatívy,
- b) pri konzíliách, ktoré sú súčasťou diagnostiky a diferenciálnej diagnostiky aj lekár špecialista alebo iný zdravotnícky pracovník v inom príslušnom špecializačnom odbore,
- c) príslušného špecialistu pracujúceho v pôsobnosti iných rezortov, organizácií a mimovládnych organizácií kontaktuje buď všeobecný lekár alebo špecialista ak ide o akútnu alebo neodkladnú starostlivosť v súvislosti so zhoršením novodiagnostikovaného alebo známeho neprenosného ochorenia, alebo v prípade chronického ochorenia a plánovanej návštevy koordinuje prepojenie iných špecialistov podieľajúcich sa na podpore správneho komplexného manažmentu pacienta so známym neprenosným ochorením napr. v prípade potreby zabezpečenia dostupnosti kultúrneho mediátora alebo iného pracovníka zúčastňujúceho sa na

azylovom alebo inom konaní, alebo na integračnom procese - sociálny pracovník alebo pracovník integračného tímu.

Tento prístup je nevyhnutý pre správne, včasné a nákladovo efektívne riešenie otázok komplexného manažmentu, integrácie, posilnenia *compliance* a *adherencie* ku liečbe pacienta s neprenosným ochorením.

3. Pre manažment pacienta s NPO v ústavnej zdravotnej starostlivosti je kompetentným zdravotníckym pracovníkom špecialista lekár, sestra, iný zdravotnícky pracovník a iný pracovník pracujúci v zdravotníckom zariadení a na špecializovaných oddeleniach/klinikách ústavnej zdravotnej starostlivosti, alebo iní špecialisti, ktorí poskytujú klinické konzília v relevantných špecializačných odboroch podľa ordinácie ošetrojúceho lekára.

Na multidisciplinárnom manažmente v ústavnom zdravotníckom zariadení sa podieľa aj sestra, psychológ, prípadne ak je to vhodné pre podpora procesu diagnostiky a liečby (vrátane náležitého poučenia pri prepustení) iní zdravotníci (napr. epidemiológ, verejný zdravotník, liečebný pedagóg) alebo nezdravotnícki pracovníci (napr. sociálny pracovník alebo pracovník integračného tímu, kultúrny mediátor alebo tlmočník, prípadne príslušník policajného zboru Slovenskej republiky).

Za koordináciu komplexného manažmentu je na strane zdravotníckeho zariadenia (ambulancie alebo ústavného zdravotníckeho zariadenia) zodpovedný ošetrojúci lekár. Na strane integračného tímu alebo procesu prijímania utečenca resp. migranta je zodpovedný za koordináciu podporných aktivít a služieb zodpovedný pracovník integračného tímu, vyšetrojúceho tímu alebo po udelení pobytu sociálny pracovník príslušnej obce, mesta v ktorom má pacient pobyt udelený alebo sociálny pracovník zdravotníckeho zariadenia, ktorý koordinuje tento proces s relevantnými partnermi na miestnej úrovni.

Pri maloletých bez sprievodu sa na komplexnom manažmente podieľa aj príslušné Centrum pre deti a rodiny.

Úvod

Pod pojmom neprenosné ochorenia rozumieme najmä rakovinu, kardiovaskulárne choroby, chronické dýchacie choroby a cukrovku. Tieto ochorenia sú hlavnou príčinou predčasnej úmrtnosti a zdravotného postihnutia, ktoré vedú k zhoršovaniu fyzického zdravia obyvateľstva a následne ku klesajúcemu ekonomickému rozvoju krajín, najmä ekonomicky slabo a stredne rozvinutých krajín. Hlavnou príčinou týchto ochorení je ľudské správanie a vysoká náchylnosť k rizikovým faktorom ako je fajčenie, fyzická neaktivita, nezdravé stravovanie a škodlivá konzumácia alkoholu. Tieto podmienky zvyšujú chudobu domácností a komunit, pričom taktiež zvyšujú nerovnosti medzi krajinami (OSN, 200).

Podľa Európskej komisie (2019) neprenosné ochorenie, ako napríklad kardiovaskulárne ochorenia, rakovina, chronické respiračné ochorenia a cukrovka patria medzi hlavné príčiny zdravotných postihnutí, zlého zdravia, invalidného dôchodku a predčasného úmrtia v EÚ a predstavujú značné spoločenské a hospodárske náklady. Podľa Organizácie pre hospodársku spoluprácu a rozvoj (OECD) v EÚ každoročne predčasne zomrie v dôsledku neprenosných chorôb približne 550 000 ľudí v produktívnom veku. Tieto choroby sú hlavnou príčinou úmrtí v EÚ. Pripadá na ne väčšina výdavkov na zdravotnú starostlivosť – ekonomiky EÚ ročne stoja 115 miliárd EUR, čo predstavuje 0,8 % HDP.

Vzhľadom na enormné sociálne a ekonomické náklady zaťaženia NPO a na fakt, že je možné predísť 80% prípadov srdcových chorôb, mozgových mŕtvíc a diabetu II. typu, by malo zavedenie efektívnych opatrení na zníženie NPO v Slovenskej republike patriť k hlavným prioritám medzisektorovej spolupráce. Z tohto dôvodu bol vytvorený aj tento štandardný postup.

Predložený štandardný postup manažmentu pacienta so suspektným, novoizisteným alebo známym neprenosným ochorením určuje ako sa má vykonávať skrining, diagnostika, liečba a sledovanie t.j. dispenzarizácia s komplexným manažmentom NPO s potenciálne odvrátiteľným ochorením, komplikáciami alebo úmrtím pri skorom a správnom tzv. celostnom (z ang. comprehensive) manažmente.

Pre účely špeciálnych okolností ako aj pre manažment nezvyčajných prezentácií, komorbidít t.j. súvisiacich alebo pridružených ochorení je indikované využiť klinické konzílium u konzultanta príslušného špecializačného odboru a je vhodné zvážiť konzílium (možné je aj konzílium emailom – so zaznačením do zdravotnej dokumentácie pacienta) u špecialistu pre tropické ochorenia alebo infektológa so skúsenosťou s multikultúrnym a mnohonáboženským manažmentom pacientov s prenosnými a neprenosnými ochoreniami, pre zváženie špecifických situácií v kontexte genetických a metabolických odlišností.

Dôležitosť komplexného manažmentu pacienta s neprenosným ochorením vyplýva najmä:

- z dôkazov o možnosti odvrátiť zhoršovanie primárneho ochorenia a vývoja preventabilných a odvrátiteľných komplikácií,
- z dôkazov o možnosti odvrátiť úmrtie u osoby s neprenosným ochorením,
- z dôkazov o možnosti odvrátiť komplikácie, zhoršovanie ochorenia a úmrtie u jedinca bez príznakov neprenosného ochorenia pri jeho správnom vyšetrení a pri použití skriningových nástrojov pre skorý záchyt, diagnostiku, klinickú klasifikáciu a v prípade potreby skoré začatie optimálnou liečbou pre príslušné novo - diagnostikované neprenosné ochorenie,
- z potreby záchytu ochorenia, jeho včasnej a správnej diagnostiky a efektívnej liečby (prípadne pokračovania v prerušenej liečbe z dôvodov spojených so statusom utečenec, žiadateľ o azyl alebo iná skupina migrantov, vrátane obetí obchodovania s ľuďmi, ktorí počas cesty pred príchodom do Slovenskej republiky nemali zabezpečenú dostupnosť alebo nemali compliance ku liečbe známeho chronického neprenosného ochorenia), čím je možné priaznivo ovplyvniť vývoj ochorenia do tzv. pokročilých štádií ochorenia ako aj znížiť výskyt významných komplikácií,
- z potreby zintenzívniť implementáciu najnovších diagnostických algoritmov a liečebných stratégií vychádzajúcich z medicíny založenej na dôkazoch do medicínskej praxe aj v oblasti cestovateľskej medicíny, medicíny importovaných infekčných a neinfekčných ochorení založených na dôkazoch nákladovej efektivity takéhoto prístupu ako aj na základe dodržiavania a ochrany základných ľudských práv a slobôd,
- z potreby zavedenia národného registra pre neprenosné ochorenia u utečencov a migrantov resp. prisťahovalcov všetkých skupín podľa platnej legislatívy Slovenskej republiky a pre zlepšenie zberu a zdieľania dát o importovaných ochoreniach migrantov a utečencov medzi podriadenými organizáciami Ministerstva zdravotníctva, Ministerstva vnútra, Ministerstva zahraničných vecí a Európskych záležitostí a v prípade potreby iných rezortov a partnerov vrátane komerčných

poist'ovní pre potrebu hlásenia dát a zabezpečenia ochrany a podpory verejného zdravia vo verejnom záujme.

Metodológia tvorby štandardného postupu

Tento štandardný preventívni, diagnostický a terapeutický postup pre komplexný manažment pacienta s definovanými neprenosnými ochoreniami bol pripravený nasledovne:

- a) pri písaní jeho obsahu a zostavovaní algoritmov autori vychádzali z dostupných (na podklade systémových review, klinických štúdií, odporúčaní, technických reportov WHO, IOM, CDC, ECDC, OSN, UNHCR a dostupných preventívnych, diagnostických a liečebných stratégií) materiálov vydaných spoločnosťami, ktoré sú svetovými autoritami pre odporúčania klinického manažmentu neprenosných ochorení ako je WHO, CDC, G - I - N, ASTMH a AHRQ, ako aj osobnou komunikáciou s expertmi v oblasti prevencie, diagnostiky a liečby neprenosných ochorení u migrantov a utečencov. Na podklade vedeckých analýz štúdií, odporúčaní a výskumných prác bola vyhodnotená úroveň dôkazov a úroveň odporúčaní pre manažment, ktorý je v štandardnom postupe uvedený. Hodnotenie vedeckých prác s odporúčaniami bolo realizované štandardnými vedeckými nástrojmi ako je AGREE II, AMSTAR a PICO,
- b) po ukončení prípravy návrhu tohto štandardného postupu a zhodnotení AGREE II nástrojom, bol návrh kriticky posúdení inými odborníkmi relevantnými ku klinickým otázkam štandardného postupu a následne po externej oponentúre bol predložený Komisii MZSR pre schvaľovanie, implementáciu a revíziou ŠDTP a PpVP a externému zahraničnému hodnotiteľovi, čo zabezpečuje aj pre proces implementácie transparentný proces prípravy a obsahu, ktorý spĺňa nie len vedecké a klinické odporúčania pre tvorbu dokumentov tohto typu ale aj medzinárodný štandardizovaný prístup pre odporúčania ku fáze implementácie do praxe,
- c) metodologicky bola použitá metodika adopcie vychádzajúca z WHO odporúčania a technického reportu (2019) a metóda adaptácie – so zhodnotením nových dostupných štúdií vrátane systémových prehľadov, ktoré boli v čase ukončenia prípravy tohto postupu k dispozícii za rok 2019.


Literatúra pre tento postup vychádzala zo širšieho prehľadu, ktorý vznikol pre Správu o zdraví utečencov a migrantov v Európskom regióne WHO (WHO, 2018). Pozostával z ôsmich systematických prehľadov a 111 primárnych štúdií špeciálne o NPO; tieto sa však zameriavali na celkovú mortalitu/morbiditu z dôvodu NPO (22 štúdií) alebo špeciálne na hypertenziu (3 štúdie), mozgovú mŕtvicu (4 štúdie), kardiovaskulárne ochorenia (11 štúdií) a cukrovku (24 štúdií). Ďalším zberom informácií z iných zdrojov (vrátane dostupných iných relevantných a doplnených štúdií za rok 2019, celkovo bolo zhodnotených 18 štúdií), vrátane šedej literatúry, sme získali informácie a odporúčania týkajúce sa determinantov, prevencie a manažmentu NPO medzi utečencami a migrantmi v európskom regióne a Kanade (spolu zhodnotených 318 štúdií a iných šedých zdrojov). Literatúru sme identifikovali aj intenzívnym vyhľadávaním v medzinárodných databázach a v procese recenzovania odborníkmi alebo v spolupráci s expertmi WHO pre oblasť migrácie, problematiky utečencov, NPO, zdravotných systémov a zdravotných dát a informácií.

Hlavným obmedzením tohto postupu je, že nejde o plný systematický prehľad a jeho zdroje sa obmedzovali iba na tie, ktoré boli uverejnené v angličtine. Výskumy zverejnené v iných jazykoch, vrátane krajín, odkiaľ mnohí utečenci a migranti pochádzajú, takýmto spôsobom


prehľad nezohľadňoval. Ďalším zdrojom potenciálneho skreslenia je možné zlučovanie migrantov a etnického statusu. Napriek tomu, že výskum zameraný na tieto rozdielne skupiny môže prinášať rovnaké zistenia a implikácie, výzvy konkrétne súvisiace so znižovaním a prevenciou NPO v skupinách utečencov a migrantov nemusia byť automaticky zovšeobecniteľný na etnické skupiny ďalšej generácie a naopak.

Všetky sledované parametre v tomto štandardnom postupe sú klasifikované podľa medzinárodných kritérií - triedy odporúčaní I, IIa, IIb, III a úroveň dôkazov A, B, C podľa tabuľky č. 1 a 2.

Tabuľka č. 1: Triedy odporúčaní

 Triedy odporúčaní		
Triedy odporúčaní	Definícia	Odporúčaná formulácia
Trieda I	Dôkaz a/alebo všeobecná zhoda, že daná liečba alebo procedúra je prínosná, užitočná a účinná.	Odporúča sa/je indikované.
Trieda II	Rozporné dôkazy a/alebo odlišné názory na prospešnosť/účinnosť danej liečby alebo procedúry. Prevažia dôkazov/názorov je na strane prospešnosti/účinnosti.	Malo by sa zvážiť.
Trieda III	Dôkaz alebo všeobecná zhoda, že daná liečba nie je užitočná/efektívna a v niektorých prípadoch môže byť škodlivá.	Neodporúča sa.

Tabuľka č. 2: Úroveň dôkazov

 Úroveň dôkazov	
Úroveň dôkazov A	Údaje odvodené z viacerých randomizovaných klinických štúdií alebo metaanalýz.
Úroveň dôkazov B	Údaje odvodené z jednej randomizovanej klinickej štúdie alebo z veľkých nerandomizovaných štúdií.
Úroveň dôkazov C	Konsenzus názorov expertov a/alebo malé štúdie, retrospektívne štúdie, register, technické odporúčania.

Epidemiológia a odôvodnenie tvorby tohto štandardného postupu

Ako uvádza WHO v technickom reporte ku prevencii prenosných ochorení u utečencov a migrantov (2019): neprenosné ochorenia sú globálne najväčším prispievateľom k mortalite a morbidite, pri čom sú príčinou väčšieho počtu úmrtí ako všetky ostatné príčiny spolu. Každý rok zomrie na neprenosné ochorenia 41 miliónov ľudí, 15 miliónov zomiera predčasne vo veku od 30 do 69 rokov (Noncommunicable diseases, 2018). Neprenosné ochorenia (NPO) sa tiež podieľajú na takmer 86% úmrtí a 77% zaťaženia ochoreniami v samotnom Európskom regióne WHO (WHO, 2018). Štyri najbežnejšie ochorenia sú: kardiovaskulárne ochorenia, vrátane srdcového infarktu a mozgovej mŕtvice; rakovina; chronické ochorenia dýchacích ciest, vrátane chronickej obštrukčnej choroby pľúc a astmy; a cukrovka. Spolu zodpovedajú za 82% všetkých úmrtí na NPO (WHO, 2014). NPO majú

tendenciu dlho trvať a pomaly postupovať a v dôsledku toho sa im hovorí aj chronické ochorenia. Spôsobuje ich kombinácia modifikovateľných a nemodifikovateľných rizikových faktorov, vrátane genetických, metabolických, behaviorálnych a environmentálnych faktorov.

Dve krajiny, odkiaľ do Európskeho regiónu prúdi v súčasnosti najviac utečencov a migrantov: Sýrska arabská republika a Afganistan dosiahli v roku 2017 mieru úmrtnosti z dôvodu NPO 45% a 44% (Slama, 2018). Hoci zo skúsenosti vieme, že vyššia prevalencia NPO medzi utečencami a migrantmi v tomto regióne je najmä v prípade určitých NPO, napríklad niektorých kardiovaskulárnych ochorení a cukrovky, ktoré sa pripisujú nielen faktorom špecifickým pre migrantov, ale aj socioekonomickému statusu jednotlivcov v krajine pôvodu (WHO, 2018).

Zaťaženie NPO medzi utečencami a migrantmi je narastajúci problém hovorí aj Strategický a akčný plán zdravia utečencov a migrantov v Európskom regióne WHO (2016). Strategická oblasť 7 sa venuje prevencii a znižovaniu rizík, ktoré NPO predstavujú, s kľúčovým cieľom, ktorým je zaistiť, aby utečenci a migranti tvorili súčasť národných stratégií prevencie a kontroly populácie ako celku. Existuje však nedostatočné usmernenia, ako vykonávať manažment NPO špeciálne medzi skupinami migrantov. Súčasný záväzky a akčné plány zamerané na NPO prakticky vôbec konkrétne nespomínajú utečencov ani migrantov a ani neobsahujú určité odporúčania, ako vykonávať medzi nimi prevenciu a manažment týchto ochorení. Globálny akčný plán prevencie a kontroly neprenosných ochorení 2013 – 2020 opisuje deväť globálnych cieľov, ako pracovať na NPO, a to vrátane 25% relatívneho zníženia predčasnej úmrtnosti z dôvodu NPO najmä: rakoviny, cukrovky a chronického ochorenia dýchacích ciest (východiskový bod: 2010). Globálny akčný plán sa tiež zameriava na zníženie modifikovateľných rizikových faktorov a zlepšenie reakcie systému zdravotníctva v oblasti medikamentóznej liečby, dostupnosti základných liekov a technológií (znižovanie nerovností v zdraví). Tieto ciele podporuje Akčný plán prevencie a kontroly neprenosných ochorení v Európskom regióne WHO pre obdobie 2016 - 2025. Na globálnej úrovni zdôrazňuje prevenciu a kontrolu NPO Agenda udržateľného rozvoja (Rezolúcia 70/1, OSN, 2015), v ktorej Cieľ 3.4 špecifikuje zníženie predčasných úmrtí z dôvodu NPO o tretinu. Aby sme však tieto ciele dosiahli, vzhľadom na to, že utečenci a migranti tvoria 12% európskej populácie (WHO, 2018), tieto snahy musia zohľadňovať špecifické riziká NPO týchto konkrétnych skupín. Ciele, ktoré sú priesečníkom NPO a migrácie, ako je zbaviť sa chudoby a hladu, dosiahnuť dobré zdravie, zmierniť nerovnosti a podporiť udržateľnosť komunity. Tieto snahy by sa mali riadiť princípmi rovnosti a ľudských práv, ktoré podčiarkujú Globálny akčný plán.

Ekonomický rámec pristupovania k NPO

Vplyv chronických NPO na kvalitu života utečencov a migrantov, nehovoriac o socioekonomickom zaťažení, je enormný. Náklady NPO zaťažujú nielen jednotlivcov a domácnosti v podobe zvýšených výdavkov, hotovostných poplatkov za zdravotnú starostlivosť, znížený príjem a pracovné príležitosti, ale aj na širšej úrovni systému zdravotnej starostlivosti a národného hospodárstva. Výdavky verejného zdravotníctva patria k najväčším a najrýchlejšie rastúcim položkám vlád a náklady spojené so zdravotnými problémami súvisiacimi s NPO v značnej miere prispievajú k rastu nákladov, pretože si vyžadujú zvýšené využívanie služieb, vysoké náklady na liečbu a požiadavku na drahé formy liečby. Náklady národných hospodárstiev spojené s NPO sa viaže na zníženú pracovnú silu a výsledky, nižšie daňové výnosy a nižšiu návratnosť investícií do ľudského kapitálu, ktoré sú tiež výrazné. Vzhľadom na neprestávajúce migračné trendy smerom do

Európskeho regiónu WHO a v rámci neho a na zaťaženie mortality a morbidoty súvisiacej s NPO medzi utečencami a migrantmi, nie je prevencia a manažment ochorenia medzi skupinami migrantov iba ľudské právo, ale aj finančný imperatív.

Tieto faktické podklady predstavujú racionalitu pre vytvorenie a implementáciu tohto štandardného postupu s jasným dokladovaním nákladovej efektivity.

Prevencia

Primárna prevencia

Aby boli opatrenia v rámci primárnej prevencie účinné, musia zohľadňovať rozdiely v rôznych populáciách utečencov a migrantov v pojmoch sociálnych, kultúrnych a náboženských noriem a ich vplyv, ktorý majú na modifikovateľné rizikové formy správania NPO.

Cieľ: primárna prevencia sa zameriava skôr na intervencie na podporu zdravia populácie s cieľom predchádzať nástupu rizikových faktorov

Zacielenie primárnej prevencie na kultúrne a jazykovo rôznorodé skupiny

Implementácia cielenejších intervencií na úrovni populácie musí nevyhnutne chápať, čo poháňa správanie utečencov a migrantov súvisiace so zdravím, ako aj to, čo im bráni, a naopak, čo ich motivuje, v zavádzaní zmien v svojich životných štýloch. V literatúre o migrantoch a etnických populáciách sa intenzívne diskutuje *o zdravotnej gramotnosti* v kontexte rizík NPO.

Klinická otázka

P: populácia utečencov a migrantov vo všetkých vekových kategóriách

I: zdravotná gramotnosť v kontexte rizík neprenosných ochorení so zameraním na kultúru, jazyk a náboženstvo

C: bez zohľadnenia odlišností a špecifik a manažment rovnaký ako kaukazská populácia t.j. majoritná populácia v Slovenskej republike

O: zníženie počtu a dopadu rizikových faktorov na vývoj prenosných ochorení, zvýšenie motivácie pre starostlivosť o svoje zdravie, dlhodobý kontext: zníženie morbidoty a mortality a zaťaženia zdravotno - sociálneho systému zníženými nákladmi pri znížení počtu a vážnosti neprenosných ochorení

Odporúčanie

Zdravotná gramotnosť so zameraním na riziká a motivácie znižovania rizík NPO ako obzvlášť vplyvný faktor má byť súčasťou všetkých základných intervencií a má začať už v procese začatia konania (azylového, iného o prijatí ev. udelení pobytu, víza a pod.), má pretrvávajúť počas všetkých prijímacích a integračných aktivít a má sa v nej pokračovať cestou všeobecného lekára, špecialistov a aktivít verejného zdravotníctva zameraného na znižovanie rizík a zvyšovanie motivácie (*váha dôkazov na úrovni: 1, A*).

Odporičanie pre implementáciu: Zdravotná gramotnosť je schopnosť vyhľadať zdravotné informácie, porozumieť im, prijať ich a začleniť do denných aktivít, odkomunikovať ich a použiť ich s cieľom zmeniť riziká životného štýlu. Nižšia zdravotná gramotnosť je spojená so slabšími zdravotnými výsledkami a zníženou kapacitou zúčastňovať sa na zdraví prospešných aktivitách. Samotné poskytovanie informácií o potrebe modifikácie rizikových faktorov, ako sú fajčenie, strava, alkohol, fyzická aktivita a hmotnosť je na to, aby sme docielili potrebné zmeny životného štýlu, nedostatočné, ak

k nim utečenci a migranti nemajú prístup a nespĺňajú ich potreby a očakávania (Dennis, 2012). Prevalenciu rizikových faktorov NPO medzi utečencami a migrantmi môžeme, aj keď len čiastočne, pripisovať nízkej alebo zníženej zdravotnej gramotnosti počas pobytu v hostiteľskej krajine (napr. z dôvodu jazykových problémov) alebo iných prekážok, ako je obmedzený kontakt so zdravotnou starostlivosťou a nástrojmi prevencie.

Jazykové bariéry patria k hlavným problémom v rozhodovaní pre zdravé možnosti u mnohých utečencov a migrantov, čo sa prejavuje v tom, aké druhy jedla nakupujú, kde ho nakupujú, akým nutričným informáciám rozumejú a či chápu všeobecné informácie o zdraví a podpore (Taggardt, 2012). Nie je možné ale predpokladať, že obmedzené ovládanie jazyka v hostiteľskej krajine bude vždy naznačovať nízku zdravotnú gramotnosť, a je potrebné zaistiť, aby materiály propagujúce zdravie neboli príliš zjednodušené (Choi, 2018).

Intervencie zamerané na propagáciu zdravších foriem správania na úrovni populácie budú mať malý účinok, ak nezohľadnia vplyv sociálnych, kultúrnych a náboženských noriem a tradícií na individuálne správanie. Skúmalo sa to v rôznych etnických populáciách a skupinách migrantov, obzvlášť v kontexte jedla a fyzickej aktivity. Hlavnou prekážkou, ktorá bráni v pozitívnej zmene životného štýlu v bangladéšskych komunitách v Spojenom kráľovstve, bola napríklad zložitá hierarchia hodnôt, čo sa týka zmeny správania a sociálnych očakávaní. Populácie ľudí z Južnej Ázie trpiacich cukrovkou vnímali zdravé stravovacie odporúčania, ako menšie porcie a znížený prísun sýtych a tučných jedál, ako menej dôležité v porovnaní s ich hlavnou sociálnou normou, a tou je pohostinnosť (53,54); avšak najviac pochopili súvislosť medzi životným štýlom a cukrovkou a zaznamenali pozitívny vplyv náboženstva na ich manažment cukrovky. Zdôrazňuje to potrebu zaistiť, aby systémy zdravotníctva, zdravotníci a verejní zdravotníci boli vnímaví voči kultúrnym rozdielom a diverzite, čo by malo predstavovať základnú zložku ich propagácie zdravia, vrátane prevencie NPO. Podobne náboženské požiadavky, ako je skromnosť, a kultúrne očakávania, že ženy by nemali cvičiť vonku, sú zdokumentovanými prekážkami zvýšenej fyzickej aktivity v týchto skupinách. Je však potrebné vystríhať sa domnienkam na základe príslušnosti utečencov a migrantov k určitým náboženským a kultúrnym skupinám a nesprávne ich vnímať ako nedostatočne informovaných alebo nedostatočne vzdelaných v oblasti NPO a ich rizikových faktoroch, alebo fatalistických postojoch vo vzťahu k chorobe a smrti (Grace, 2008; Patel, 2017; Singh, 2012; WHO, 2018; Rechel, 2013, Walker, 2005).

Menej ako o konzumácii zdravých potravín a minimálnej fyzickej aktivite medzi utečencami a migrantmi sa hovorí o **proces akulturácie** (*váha dôkazov na úrovni: 1 a 2, A*): počas integrácie migrantov a utečencov do novej hostiteľskej spoločnosti môžu prevziať od hostiteľskej populácie podobné životné štýly a formy správania, vrátane vysoko kalorickej stravy a sedavého životného štýlu, preto to má vplyv na zhoršenie NPO. Zistilo sa, že nedostupnosť tradičných druhov ovocia a zeleniny v cieľových krajinách má, napríklad, za následok nárast spracovaných potravín, ktoré niektorí vnímajú ako praktickú a finančne dostupnú alternatívu (Rechel 2013; Walker, 2005).

Multisektorálne zdravie vo všetkých politikách a komplexný prístup

Sociálne a environmentálne determinanty NPO by mali byť riešené a koordinované medzirezortnou a multikultúrnou pracovnou skupinou vedenou Ministerstvom zdravotníctva:

- podporovanie iných vládnych sektorov s cieľom zohľadniť vplyv ich tvorby politiky na zaťaženie NPO medzi utečencami a migrantmi;

- podporovanie obojstranne výhodných partnerstiev s inými relevantnými sektormi (napr. potravinárskeho priemyslu a poľnohospodárstva, mestskej výstavby a plánovania, školstva, sociálnych vecí, práce a rodiny, mimovládnych organizácií a médií) a zdôrazniť dôležitú úlohu súkromného sektoru;
- zavedenie univerzálneho zdravotného poistenia pre všetkých utečencov a migrantov a poskytovanie včasného prístupu k programom/službám preventívnej a liečebnej primárnej starostlivosti o NPO, vrátane prístupu k diagnostickým nástrojom, aktívneho vyhľadávania pacientov a základného minimálneho balíčka liekov a diagnostických testov;
- prijímať nové legislatívne nástroje so zavedením vhodných opatrení na tvorbu zdravie podporujúceho prostredia a na zníženie dostupnosti škodlivých výrobkov (napr. potraviny s vysokým obsahom saturovaných a trans - tukov, soli a cukru) a prístupu k nim;

Zacelenie primárnej prevencie na kultúrne, jazykovo a nábožensky rôznorodé skupiny

K relevantným iniciatívam založeným na dôkazoch patrí:

- realizácia cielej propagácie zdravia a vzdelávacie kampane v oblasti zdravia, ktoré sú kultúrne a jazykovo relevantné (napr. s ohľadom na sociálne a kultúrne normy tradičných stravovacích návykov, cvičenia, liečenia chorôb),
- budovanie povedomia o rôznych sociálnych, kultúrnych, náboženských a štrukturálnych faktoroch, ktoré vplývajú na rizikové formy správania v populáciách utečencov a migrantov,
- podporovanie dobrých vzťahov medzi zdravotníkmi, lektormi, predstaviteľmi rôznych etníc a komunitnými a náboženskými organizáciami,
- využívanie známych a rozpoznateľných podmienok pre osvetové a preventívne programy zdravia upravené pre konkrétne situácie,
- využívanie sektora vzdelávania ako obzvlášť vhodnej oblasti, prostredníctvom ktorej je možné odovzdávať posolstvo deťom a adolescentom.

Novorodenecké, dojčenské a batolivé obdobie:

- na všetkých úrovniach vstupu utečencov a migrantov propagovať a poskytovať vzdelávanie a podporu pre správnu výživu a starostlivosť o deti tohto veku a základné poradenstvo pre matku a/alebo otca (rodičov) alebo iných opatrovníkov dieťaťa,
- exkluzívne dojčenie 6 mesiacov,
- podpora laktácie a vzťahovej väzby (ak žena rodí v zdravotníckom zariadení, starostlivosť sa má riadiť podľa štandardného postupu na výkon prevencie – BFHI, podpora laktácie a vzťahovej väzby,
- nutrične primerané a bezpečné prídavky začať od veku 6. mesiaca s pokračovaním dojčenia ak je to možné aspoň do 2 rokov veku dieťaťa.

Mladšie a staršie školské obdobie, puberta a adolescencia:

- na všetkých úrovniach vstupu utečencov a migrantov zaviesť vzdelávanie v oblasti „životných skúseností špecifických pre príslušné životné obdobie,
- propagovať fyzickú aktivitu v školách, v rodine a v komunite,
- bezpečné a zdravé potraviny v školách a podpora rodín v kontexte kultúrnych špecifik k výberu zdravého jedla pre dieťa,

- obmedziť alebo úplne zabrániť marketingovým produktom a dostupnosti potravín v školách a v rodinách, ktoré obsahujú vysoký podiel soli, cukru, nezdravých tukov a iných aditív nevhodných pre deti,
- kontrola škôl, inštitúcií ale aj podpora v kontrole rodiny a komunity v užívaní tabaku a alkoholu u detí.

Dospelosť:

- zlepšenie zdravotnej gramotnosti a špecifického vzdelávania v oblasti materskej výživy,
- zavádzanie preventívnych programov na odvykanie od fajčenia,
- zlepšenie dostupnosti zdravého jedla (podporiť jednotné označovanie potravín),
- povzbudzovať ku fyzickej aktivite (napr. dizajnom miest a pracovných prostredí),
- zlepšiť dostupnosť efektívnej prevencie a starostlivosti o riziká a ochorenia, zvlášť so zameraním na NPO.

Sekundárna prevencia

Sekundárna prevencia NPO je zacielená na individuálnu úroveň pacientov a vyhľadávanie pacientov s ochorením, ich napojenie na zdravotný systém a kontrolu ochorenia v počiatočnom štádiu s cieľom zabrániť rozvinutiu ochorenia a predchádzať komplikáciám.

Klinická otázka

P: populácia utečencov a migrantov vo všetkých vekových kategóriách

I: prístup k integrovanej primárnej zdravotnej starostlivosti a podpornej starostlivosti (vo forme integračných a verejnozdravotníckych aktivít) (*pod primárnou zdravotnou starostlivosťou v tomto kontexte rozumieme ambulancia všeobecného lekára pre dospelých alebo pre deti a dorast, a poradne zdravia*)

C: heterogénny prístup a nerovnosti v dostupnosti a kvalite primárnej zdravotnej starostlivosti, bez integrovanej zdravotnej starostlivosti (*t. j. bez komplexného manažmentu zabezpečeného na úrovni všeobecného lekára pre dospelých a pre deti a dorast, a iných zdravotníckych napr. verejných zdravotníkov a nezdravotníckych pracovníkov napr. sociálny pracovník, člen integračného tímu, kultúrny mediátor, a pod.*)

O: včasné odhalenie ochorenia a jeho liečbu, ako aj podporu vlastného manažmentu pacientom a ovplyvnenie iných rizikových faktorov následnými preventívnymi a/alebo liečebnými intervenciami.

Odporúčanie:

Prístup k integrovanej primárnej zdravotnej starostlivosti zameranej na včasné odhalenie ochorenia a jeho liečbu, ako aj podporu vlastného manažmentu pacientom, patria k dôležitým faktorom sekundárnej prevencie medzi utečencami a migrantmi (*váha dôkazov na úrovni: I, A*).

Integrovaná primárna zdravotná starostlivosť pre včasné odhalenie a liečbu

Skoré odhalenie, diagnostika a liečba NPO medzi utečencami a migrantmi sú základom znižovania zaťaženia ochorenia v týchto skupinách. Vyžaduje si to napojenie na dostupný prístup k službám primárnej zdravotnej starostlivosti pre všetkých, vrátane základných NPO služieb, bez ohľadu na migračný alebo právny status.

Odporúčanie ku implementácii: Stratégia a akčný plán pre utečencov a migrantov Európskeho regiónu WHO zdôrazňuje dôležitosť včasného prístupu k primárnej

starostlivosti v rámci prevencie a manažmentu NPO. Globálny akčný plán ďalej kladie dôraz na univerzálne zdravotné poistenie (UHC) ako základný princíp, ktorý zdôrazňuje právo všetkých ľudí na podporu zdravia a preventívne, liečebné a doliečovacie služby bez diskriminácie alebo vystavovania sa finančnému stresu obzvlášť u tých, ktorí žijú v rizikových podmienkach, čo je prípad mnohých utečencov a migrantov (IOM, 2018). Vzhľadom na chronickosť mnohých NPO, integrovaním manažmentu NPO do primárnych systémov zdravotníctva je pre adekvátne poskytovanie požadovanej lekárskej starostlivosti kľúčové, rovnako ako zaistenie, že bude udržateľná a dostupná pre všetkých (da Costa, 2018). Prístup k primárnej zdravotnej starostlivosti nie je základom iba pre zdravie a duševnú pohodu jednotlivcov, rovnako sa prejaví aj na výdavkoch verejného zdravotníctva. Výskum v Európe naznačuje, že náklady súvisiace s obmedzeným prístupom k starostlivosti rizikových skupín, ako sú novoprišli utečenci a migranti, sú v konečnom dôsledku vyššie, čo do poskytovania zdravotnej starostlivosti v akútnych prípadoch, ako náklady spojené s prístupom k základným službám. Predstavujú navýšené náklady spojené s oneskorenou starostlivosťou, liečbou akútnych zdravotných komplikácií, ktoré stoja viac ako prevencia a vyššie administratívne náklady spojené s rozdielmi v nároku na starostlivosť (Bozorgmehr, 2015)

Oblasti intervencie

Pri aplikácii dôležitých intervencií primárnej a sekundárnej prevencie na zníženie výskytu NPO v populáciách utečencov a migrantov, je potrebné si uvedomiť, že mnohé stratégie znižovania záťaže ochoreniami špeciálne v týchto skupinách si vlastne vyžadujú opatrenia na úrovni celej populácie.

Integrácia NPO do primárnej zdravotnej starostlivosti je kľúčovým cieľom efektívnej detekcie a liečby NPO u utečencov a migrantov. Tento prístup mení prístup z riešenia jednotlivých ochorení oddelene resp. vertikálne, na riešenie NPO „kolektívne“ ako skupinu ochorení v rámci primárnej starostlivosti. Integrovaný prístup k manažmentu NPO sa považuje za najlepší model, ako zabezpečiť zdravotnú starostlivosť účinným a efektívnym spôsobom a s požadovaným účinkom. Je to *nákladovo efektívny prístup* a je tiež v súlade s princípmi rovnosti, sociálnej starostlivosti a univerzálneho zdravotného poistenia. Takýto prístup optimalizuje potenciál dosiahnuť koherentnosť, uniformitu a vysokú kvalitu týchto služieb bez ohľadu na status jednotlivca (Narain, 2011; WHO, 2017; Lorig, 1999; WHO, 2019) (*váha dôkazov na úrovni: 1, A*).

Posilnenie integrácie prevencie a manažmentu NPO do primárnej zdravotnej starostlivosti

Poskytovanie univerzálneho prístupu k službám primárnej starostlivosti je nielen základom zdravia jednotlivca, ale aj dlhodobo znižuje celkové výdavky verejného zdravotníctva. Patria sem:

- posilňovanie a integrácia diagnostiky a liečby NPO do primárnej starostlivosti, aby bolo možné efektívne a včas riešiť ochorenia medzi utečencami a migrantmi;
- zaistenie fungujúcich a podporných postupov pre všeobecných lekárov v rámci všetkých úrovní starostlivosti a presadzovať tak agendu univerzálneho zdravotného pokrytia; a
- zdôrazňovanie efektívneho prepájania manažmentu NPO a iných ochorení (napr. tuberkulózy a HIV), programov zameraných na zdravie matiek a detí a paliatívnu starostlivosť.

Poskytovanie kultúrnej kompetentného poradenstva

Podporovať zdravotníkov, aby zlepšili svoje vedomosti a tým aj kvalitu a bezpečnosť zdravotnej starostlivosti:

- podporovať interakcie medzi odborníkmi na NPO a zdravie s utečencami a migrantmi a tak zlepšiť svoje vedomosti a zručnosti,
- prehĺbiť vedomostí zdravotníkov o pacientoch z radov utečencov a migrantov (napr. s ohľadom na postoje o zdraví, chorobe, chronických ochoreniach, liečbe, mýtoch), ktoré majú vplyv na kvalitu starostlivosti, a
- zabezpečiť základné školenia o relevantných informáciách o NPO v krajinách, odkiaľ utečenci a migranti pochádzajú, o rizikách spojených s NPO, etnických rozdieloch v zdraví a potenciálnych rizikových faktoroch v hostiteľskej krajine, ev. v tranzitnej krajine alebo aj v krajine hostujúcej t.j. v Slovenskej republike.

Adaptácia programov self - manažmentu chronických ochorení

Programy vlastného manažmentu pacientom pri chronických ochoreniach by mohli byť adaptované za predpokladu, že:

- sú kultúrne relevantné a prístupné pre cieľovú populáciu,
- sú zabezpečení koordinátori programov z komunit utečencov a migrantov, kde sa daný program ponúka,
- adaptácia nebude v rozpore s pôvodnou verziou akéhokoľvek dôkazmi podloženého programu a jeho zámerom, s akým bol vytvorený.

Podpora prevencie a manažmentu NPO prostredníctvom špecifických dát zohľadňujúcich migrantov a utečencov

Nevyhnutný zber štatistických a rutinných dát môže podporiť poskytovanie služieb a budúce efektívne a nákladovo efektívne opatrenia tým, že sa:

- do štatistiky a rutinného zberu dát zahrnie migračný status a iné súvisiace informácie, pri čom sa plne zohľadnia etické otázky a dodržiavanie mlčanlivosti,
- zohľadnia metódy, ako je prepojenie zdravotných záznamov, sociálnych, či policajných záznamov, matrik alebo iných údajov s cieľom pomôcť získať relevantné údaje o utečencoch a migrantoch a NPO.

Zhrnutie odporúčaní založených na dôkazoch pre známe a suspektné NPO u utečencov a migrantov, ktorí sú podľa platnej legislatívy v procese udelenia pobytu (žiadateľ o azyl, žiadateľ o pobyt alebo víza). Toto odporúčanie sa nevzťahuje na tie osoby, ktoré sú v skupine migrantov nachádzajúcich sa na území Slovenskej republiky nelegálne a nie je predpoklad, že by zotrvali na území Slovenskej republiky po dlhšie obdobie.

Diabetes mellitus II. typu

Skríning migrantov a utečencov nad 35 rokov z etnických skupín s vysokým rizikom pre vývoj DM II. typu (Južná a Juhovýchodná Ázia, Latinský Amerika, Afrika a Blízky Východ) vyšetrením glukózy v krvi nalačno (*váha dôkazov na úrovni: I, B*).

Jedinci prichádzajúci z Južného/JV Ázie, Latinskej Ameriky, Blízkeho Východu a Afriky vyvíjajú hyperglykémiu v mladšom veku a čelia dvojnásobne až štvornásobne vyššej prevalencii DM 2. typu ako ľudia bielej rasy.

Jedinci s hypertenziou a hypercholesterolémiou sú vysoko rizikovní pre vznik komplikácií pri cukrovke a liečba obezity, vysokého cholesterolu, hypertenzie a hyperglykémie je u nich najefektívnejšia a nákladovo najefektívnejšia.

Štandardným prístupom má byť výchova zohľadňujúca kultúrne špecifiká, podpora zdravotnej gramotnosti pri DM 2. typu a intervencie zamerané na úpravu životného štýlu sú efektívnejšie pre dosiahnutie a udržanie vyhovujúcich hodnôt hemoglobínu A1C.

Anémia spojená s deficitom železa

Ženy

P: ženy v reprodukčnom veku (15 - 44 rokov)

I: orálna suplementácia železom

C: placebo alebo bez suplementácie

O: produktivita, efektivita, pocit straty energie

Skríning prísťahovalkýň (migrantiek a utečenkýň) v reprodukčnom veku na anémiu (hodnota hemoglobínu). Ak je prítomná anémia spojená s deficitom železa, odporučte suplementáciu železom ak je to potrebné aj s náležitým poučením o výžive (*váha dôkazov na úrovni: 1, B*).

Deti

P: deti s deficitom železa

S: azylové zariadenia, ambulancia pediatra a všeobecného lekára pre deti a dorast pri zlučovaní rodín alebo u maloletých bez sprievodu a detí s udelenou medzinárodnou ochranou alebo s udeleným pobytom.

I: suplementácia železom

C: deti bez deficit železa

O: zlepšenie vývoja CNS, kognitívnych funkcií, rastu a výživy dieťaťa

Skríning detí migrantov a utečencov vo veku od 1 do 4 rokov na prítomnosť anémie sporej s deficitom železa a odporučte suplementáciu železom ak je to potrebné. Poskytnite aj náležité poučenie o výžive alebo odporučte iného člena v multidisciplinárnom tíme pre takéto poučenie rodičom alebo sprevádzajúcim dospelým v zrozumiteľnej forme a jazyku (*váha dôkazov na úrovni: 2, B*).

Migranti a utečenci pochádzajúci z regiónov s obmedzeným prístupom ku potravinám bohatým na železo, s vyšším výskytom infekčných chorôb a vyššou paritou predstavujú rizikovú skupinu pre možný nedostatok železa.

Pre zlepšenie ich kognitívneho vývoja, podpora rastu detí vo veku od jedného do štyroch rokov by sa mala vyšetriť prítomnosť anémie t.j. nedostatok železa aspoň pomocou merania hemoglobínu.

Na zlepšenie hladiny hemoglobínu a produktivity práce, migrantky a utečenecké ženy v reprodukčnom veku by mali byť tiež skrínované pomocou merania hodnoty hemoglobínu a prítomnosti anémie.

Artériová hypertenzia

Skríning dospelých migrantov a utečencov na prítomnosť artériovej hypertenzie (podľa príslušného ŠDTP pre komplexný manažment dospelého pacienta s AH). Ak je prítomnosť novovzniknutej artériovej hypertenzie postupujte podľa odporúčaní pre manažment artériovej hypertenzie v súvislosti s etnickou príslušnosťou alebo stavom napr. pri tehotných ženách a v prípade komplikovanej hypertenzie ich odošlite na konziliárne vyšetrenie lekárovi vnútorného lekárstva alebo kardiológovi. Ak sa jedná o nekomplikovanú hypertenziu, novozistenú alebo známu hypertenziu, tak začnite v liečbe alebo pokračujte v predchádzajúcej alebo prerušenej liečbe (*váha dôkazov na úrovni: 1, B*).

V prípade novodiagnostikovanej artériovej hypertenzie a v prítomnosti rizikových faktorov, kde je predpoklad, že hypertenzia môže byť manažovaná inými ako farmakologickými intervenciami, má byť pacientovi poskytnuté náležitá edukácia (podľa možnosti v jazyku a so zohľadnením kultúrnych špecifik, ktorým rozumie) ohľadom zníženia alebo ovplyvnenia rizík artériovej hypertenzie. V týchto prípadoch je potrebné pacienta pravidelne sledovať a prehodnotiť jeho stav.

Pri začatí liečby artériovej hypertenzie má byť poskytnuté náležitá edukácia o výžive, životnom štýle lekárom alebo iným relevantným členom multidisciplinárneho tímu v zrozumiteľnej forme a jazyku.

V prípade neprítomnosti artériovej hypertenzie pri vstupnej návšteve všeobecného lekára má byť skrining artériovej hypertenzie vykonaný najmenej 1x za 2 roky.

Ochorenie zubov

Skrining všetkých migrantov a utečencov na prítomnosť bolesti zubov. V prítomnosti pozitívneho ústneho skriningu liečte bolesť nesteroidným anti - inflamatórnym liečivom (pokiaľ to iné okolnosti zistené pri odbere anamnézy dovoľujú) a odošlite pacienta k zubnému lekárovi na ďalšie ošetrovanie (*váha dôkazov na úrovni: 2, B*).

Deti a adolescenti s udeleným pobytom alebo medzinárodnou ochranou majú byť zaradení do skriningu zubného kazu a iných ochorení úst a odoslaní ku zubnému lekárovi ak je to potrebné. Najneskôr rok po udelení pobytu alebo medzinárodnej ochrany má dieťa alebo adolescent byť dispenzarizovaný u zubného lekára.


Bolesť zubov môže byť kontrolovaná alebo znížená ak sa lekár cielene opýta, či pacient má problémy so zubami, ústami alebo zubnými náhradami. Nesteroidné protizápalové liečivá môžu byť perspektívne použité na liečbu bolesti zubov.

Migranti a utečenci prichádzajúci z krajín s obmedzenou dostupnosťou ku zubnej starostlivosti a kde je diéta s vysokým obsahom cukru predstavujú vysoko rizikovú populáciu pre zubné ochorenia. Skrining a odoslanie na ďalšie špecializované vyšetrenie zubného ochorenia má podporiť liečbu, prevenciu a nákladovú efektivitu systémových a osobných zdrojov a výdavkov na zubné ochorenia.

Pacienti reálne navštívia zubného lekára a podstúpia ošetrovanie zubu dvakrát častejšie ak ich aktívne lekár, ktorý realizuje prvé vyšetrenie aktívne vyšetří, opýta sa a priamo odošle na zubné ošetrovanie.

Použitie zubnej kefy dvakrát denne s fluoridovanou zubnou pastou je efektívne v znižovaní rizika pre rozvoj zubného kazu.

Tabuľka č. 3: Sumarizácia intervencií založených na dôkazoch podľa WHO

	Základný zoznam na dôkazoch založených intervencií pre zníženie morbidity a mortality najvýznamnejších NPO, ktoré je možné implementovať v primárnej starostlivosti
Esenciálne intervencie pre primárnu starostlivosť (úroveň váh dôkazov)*	
Primárna prevencia infarktu myokardu a náhlej cievnej mozgovej príhody: <ul style="list-style-type: none"> • Odvykanie od tabaku (I, A) • Pravidelná fyzická aktivita aspoň 30 minút denne (I, A) • Zníženie prijímania soli <5 g na deň (I, A) • Zvýšiť konzumáciu ovocia a zeleniny aspoň na 400g na deň (II, B) • Užívanie kys. acetylsalicylovej, statínov a antihypertenzív u osôb s 10 ročným kardiovaskulárnym rizikom na úrovni >30% (I, A) • Antihypertenzívna liečba u pacientov tlakom krvi $\geq 160/100$ mmHg • Antihypertenzívna liečba u pacientov s perzistujúcim tlakom krvi $\geq 140/90$ mmHg a s 10 ročným kardiovaskulárnym rizikom >20% s nemožnosťou znížiť krvný tlak prostredníctvom opatrení na zlepšenie zdravého životného štýlu (I, A) 	
Akútny infarkt myokardu: <ul style="list-style-type: none"> • Kyselina acetylsalicylová (I, A) 	
Sekundárna prevencia (po prekonanom infarkte myokardu): <ul style="list-style-type: none"> • Odvykanie od tabaku (II, B) • Zdravá strava a pravidelná fyzická aktivita (II, B). • Kyselina acetylsalicylová, inhibitor angiotenzín-konvertujúceho enzýmu (ACE), beta-blokátor, statín (I, A) 	
Sekundárna prevencia (po prekonanom infarkte myokardu): <ul style="list-style-type: none"> • Odvykanie od tabaku (II, B) • Zdravá strava a pravidelná fyzická aktivita (II, B). • Kyselina acetylsalicylová, antihypertenzíva (nízke dávky thiazidov, inhibitor angiotenzín-konvertujúceho enzýmu –ACE) a statín (I, B) 	
Sekundárna prevencia (Reumatická choroba srdca): <ul style="list-style-type: none"> • Pravidelné podávanie antibiotic na prevenciu streptokokovej laryngitídy a rekurentnej akútnej reumatickej horúčky (I, A) 	
Diabetes typ 1: <ul style="list-style-type: none"> • Denné podávanie injekčného inzulínu a meranie hladín podľa odporúčania (I, A) 	

Esenciálne intervencie pre primárnu starostlivosť (úroveň váh dôkazov)*
<p>Diabetes 2. typu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perorálne antidiabetiká, ak nie sú hladiny glykémie dosiahnuté s úpravou diéty, telesnej hmotnosti a pravidelnou fyzickou aktivitou (I, A) • Metformín ako liek voľby na úvodnú liečbu u obéznych pacientov / pacientov s nadváhou (1, A) a u pacientov bez nadváhy (IV C) • Ďalšie triedy antidiabetik pridávaných ku metformínu, ak dosiahnutie glykemických hodnôt nie je uspokojivé na monoterapii (III, C) • Zníženie kardiovaskulárneho rizika pre tých pacientov s diabetom a 10 ročným kardiovaskulárnym rizikom >20% - Kyselina acetylsalicylová, inhibitor angiotenzín-konvertujúceho enzýmu –ACE) a statín (I, B)
<p>Prevenca komplikácií na nohách prostredníctvom vyšetrenia a monitoringu (III, A)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pravidelné (3-6 mesačné) vyšetrenie vizuálnou inšpekciou pacientových nôh vyškoleným personálom pre zistenie a včasné odhalenie rizikových faktorov ulcerácie (hodnotenie citlivosti nohy, palpácia pulzácie ciev nohy, hodnotenie prítomnosti akejkoľvek deformity nohy, zhodnotenie obuvi a ponožiek, ktoré pacient nosí) a odoslanie ku špecialistovi v prípade potreby (I, A)
<p>Prevenca nástupu a oneskoreného záchytu progresie chronického obličkového ochorenia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Optimálna kontrola glykémie u ľudí s diabetes mellitus typ 1 a typ 2 (I, A) • Inhibitor angiotenzín-konvertujúceho enzýmu pri perzistentnej albuminúrii (I, A)
<p>Prevenca nástupu a oneskoreného záchytu progresie diabetickej retinopatie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Odoslanie na skríningové vyšetrenie a zhodnotenie možnosti laserovej liečby diabetickej retinopatie (I, A) • Optimálne kontroly glykémie (I, A) a kontroly tlaku krvi (I, A)
<p>Prevenca nástupu a oneskoreného záchytu progresie neuropatie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Optimálna kontrola glykémie (I, A)
<p>Bronchiálna astma:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zabezpečenie úľavy a kontroly príznakov: orálne alebo inhalačné krátkodobo účinkujúce β2 agonisty (I, A) • Inhalačné steroidy pri stredne a ťažkej astme pre zlepšenie funkcie pľúc, zníženie mortality na astmu, frekvencie a ťažkosti exacerbácií (I, A)
<p>Prevenca exacerbácie CHOCHP a progresie ochorenia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Odvykanie od fajčenia u pacientov s CHOCHP (I, A) • Úľavenie pri dýchavici a zlepšenie tolerancie záťaže - krátkodobo-účinkujúce bronchodilatátory (II, B) • Zlepšenie funkcie pľúc - inhalačné kortikosteroidy ak FEV1 < 50% (II, B) • Dlhodobo-účinkujúce bronchodilatátory pre pacientov, ktorí zostali symptomatickí napriek liečbe krátkodobo-účinkujúcimi bronchodilatátormi (I, A)
<p>Rakovina:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rozpoznať prítomné znaky nádorového ochorenia a pre potvrdenie diagnózy odošlite na špecializované pracovisko (III, C)
<p>* Úroveň triedy dôkazov podľa tabuľky č. 2 a 3</p>

Zdroj: podľa PEN Disease Interventions for Primary Health Care in Low-Resource Settings, WHO, 2010

Prognóza

Pacienti, ktorí nie sú zachytení na prítomnosť známeho alebo asymptomatického NPO a/alebo prítomnosť významných rizikových faktorov pre vývoj NPO majú horšiu prognózu čo sa týka dožitia v zdravý, kvality života, zaradení sa na trh práce, užívania sociálnej podpory pri práceneschopnosti spojenej s chronickými ochoreniami a ich komplikáciami, majú viac komplikácií a vysokú úmrtnosť. Rodiny a jedinci s NPO vynakladajú viac osobných výdavkov na ošetrovanie a manažment NPO a súčasne dochádza aj ku vyšším verejným nákladom pri manažmente akútnych a neodkladných stavov pri absencii preventívnych opatrení.


Zabezpečenie a organizácia starostlivosti

Cielený skrining rizikových faktorov alebo iné chronické zdravotné komplikácie u pacientov so známymi NPO sú klinicky relevantné a majú ich pacienti absolvovať, ak je to možné, pri čom je potrebné zohľadniť nákladovú efektivitu. Pri takomto skriningu by mali mať prednosť *vysoko rizikovní pacienti a tehotné ženy*. Skrining v tomto kontexte, musí však prebiehať iba v prípade, že je k dispozícii vhodná následná liečba (*váha dôkazov na úrovni: 2, A*).

Dôležité je nasledovné doliečovanie a odporúčanie iných odborníkov pri prípadoch, ktoré nie je možné manažovať na primárnej úrovni (Aebisher Perone, 2017) a kľúčom k zaisteniu kontinuity starostlivosti sú prenosné dokumenty, ktoré si so sebou nosí pacient, obsahujúce štandardizované lekárske informácie pre mobilné populácie (Slama, 2017; Pavli, 2017).

Lekár koordinujúci preventívne – skriningové vyšetrenie a následný komplexný manažment u kultúrne a jazykovo rôznorodých skupín utečencov a migrantov má mať potrebné vedomosti alebo dostupnosť kultúrnych mediátorov, prekladateľov alebo tlmočníkov na prekonanie jazykovej bariéry, zvlášť pri nových prisťahovalcoch. V skutočnosti by zaškolenie zdravotníkov v oblasti komunikácie v kontexte etnických rozdielov v zdraví mohlo v značnej miere napomôcť výsledkom liečby utečencov a migrantov (*váha dôkazov na úrovni: 2, A*).

Tabuľka č. 5: Esenciálne technológie a nástroje pre implementáciu esenciálnych intervencií pre NPO v primárnej starostlivosti

 Esenciálne technológie a nástroje pre implementáciu esenciálnych intervencií pre NPO v primárnej starostlivosti	
Technológie	Nástroje
Teplomer	Tabuľka pre hodnotenie rizika podľa WHO/EHA
Stetoskop	Na dôkazoch založené klinické protokoly/postupy
Zariadenie na meranie krvného tlaku*	Štandardné a preventívne postupy
Meracie pásmo (centimeter)	Algoritmy s kritériami pre referovanie
Osobná váha	Zdravotné karty pacientov
Prístroj na meranie prietoku vdychu tzv. Peak flow meter**	Register zdravotníckych informácií
Náhrady do inhalátorov	Nástroje pre klinický audit
Glukometer	
Testovacie prúžky na glykémiu	
Testovacie prúžky na prítomnosť proteínov a ketónov v moči	
Nebulizér	
Pulzný oximeter	
Assay na testovanie cholesterol v krvi	
Lipidový profil	
Testovanie sérového kresťinínu	
Testy na Troponín	
Testy na zistenie mikroalbuminúrie v moči	
Ladička	
EKG (ak je prítomný personál, ktorí bol vyškolený na čítanie a interpretovanie EKG zmien)	
Defibrilátor	
* Pre zariadenia s prítomnosťou nelekárskeho zdravotníckeho pracovníka je pre presné meranie tlaku krvi vhodnejšie zariadenie s digitálnym odčítavaním ** Jednorazové náhubky. Uprednostňujú sa Peak flow metre s jednosmerným prietokom.	

Zdroj: podľa PEN Disease Interventions for Primary Health Care in Low-Resource Settings, WHO, 2010

Ďalšie odporúčania

Podpora vlastného manažmentu pacientom

Programy samostatného manažmentu NPO a iných ochorení sú všeobecne považované za dôležitý doplnok liečby a starostlivosti o ľudí s chronickou chorobou. Programy samostatného manažmentu sú navrhnuté s cieľom umožniť pacientom prevziať aktívnu rolu v udržiavaní vlastného zdravia, naučiť ich manažovať svoje príznaky a prebudiť u nich zdraviu prospešné formy správania (Lorig, 2001; WHO, 2019)

Ukázalo sa, že významne zlepšuje zdravotné formy správania účastníkov, a to v oblasti samostatnosti, cvičenia, komunikácie s lekármi a manažmentu kognitívnych symptómov,

ako aj samotného zdravotného statusu, menovite únavy, bolesti, invalidity, depresie, zdravotného stresu, menej častých hospitalizácií a návštev pohotovosti.

Odporúčanie pre implementáciu: Tieto programy majú byť zamerané na podporu vrstovníkov a vzájomného učenia sa medzi nimi ako potenciálne vhodný model prevencie NPO medzi utečencami a migrantmi.

Doplňkové otázky manažmentu pacienta a zúčastnených strán

Tvorbu politík zdravotníctva nie je možné izolovať od tvorby politík v iných sektoroch, ako je zamestnanosť, sociálne zabezpečenie, vzdelanie a médiá.

Vzhľadom na to, že dôsledky a ekonomické zaťaženie NPO je citeľné aj mimo rezort zdravotníctva, prioritou by mala byť medzisektorová a medzirezortná spolupráca pri riešení chronických ochorení vrátane *compliance* a *adherencie* k liečbe medzi utečencami a migrantmi (*váha dôkazov na úrovni: 1, A*).

Je pravdepodobné, že niektoré z najdôležitejších inovácií na podporu zdravia a zmiernenie NPO sa objavia v inom ako zdravotníckom sektore, s mnohými príležitosťami pre iné sektory (rezorty a podriadené organizácie), ako aj súkromný sektor a občiansku spoločnosť s cieľom podporiť zníženie výskytu NPO a modifikovateľných rizikových faktorov v populáciách utečencov a migrantov (*váha dôkazov na úrovni: konsenzus*).

Je možné vytvoriť vzájomne prospešné partnerstvo a zabezpečiť tak zdraviu prospešné podmienky a zmierniť tiež ekonomický dopad NPO na miestne a národné ekonomiky. Ide o jeden z východiskových princípov Globálneho akčného plánu pre prevenciu a kontrolu neprenosných ochorení 2013 - 2020.

Kľúčové partnerstvá, ktoré by mali byť zohľadnené, zahŕňajú potravinársky a poľnohospodársky priemysel na výrobu a marketing zdravších stravovacích možností a znižovanie prísunu soli; podpora zdravej mobility a zmiernenie izolácie; rezort vzdelávania na prezentovanie škôl ako miesta na tvorbu zdravého a aktívneho prostredia; a šírenie informácií na podporu zdravia; u zamestnávateľov a odborov na kontrolu iniciatív pracovísk, ako sú nefajčiarske pracoviská; pohostinstvá a maloobchod na kontrolu tabaku a zodpovedný predaj alkoholu; a dokonca sektor telekomunikácií a médií na šírenie osvedčenej a kampaní zameraných na podporu zdravia a prevenciu NPO (*váha dôkazov na úrovni: 1, A*).

V oblastiach, ako je výroba a dostupnosť základných liekov a diagnostík, zohrávajú svoju úlohu aj odborné medicínske a farmaceutické inštitúcie.

Alternatívne odporúčania

Pre zníženie zaťaženia NPO medzi utečencami a migrantmi v Európskom regióne WHO, je potrebné zaviesť popri poskytovaní liečby opatrenia v oblasti sociálnych a environmentálnych determinantov NPO. NPO a ich rizikové faktory jasne súvisia so socioekonomickým statusom a v chudobných a marginalizovaných populáciách, vrátane niektorých populácií utečencov a migrantov, sú vnímané disproporčne. Preto je potrebné zaviesť udržateľné opatrenia, ktorými tieto determinanty zdravia zvyšujúce riziko výskytu zdravotných komplikácií a zhoršujúce nerovnosti medzi

populáciami. Vyžaduje si to prístup na úrovni vlády, aby bolo možné reagovať na mnohopočetné rizikové faktory, z ktorých na mnohé nemá sektor zdravotníctva dosah.

Odporúčania pre ďalší audit a revíziu štandardu

Pre zabezpečenie efektívneho fungovania je potrebné pre ďalšiu revíziu zabezpečiť celovládne opatrenia o zdravie v nástrojoch verejnej politiky na úrovni nadrezortnej – celoštátna politika. Zmeny by sa mali zamerať na prístup rovnosti a zavedenie UHC pre všetky aj rizikové skupiny (plus zadefinovať za akých podmienok bude úhrada aj pre súčasne rozpoznanú skupinu migrantov nachádzajúcich sa na území Slovenskej republiky nelegálne), ktorý podporuje dostupnosť zdravotnej starostlivosti pre všetkých. Týka sa to základného diagnostického vybavenia, laboratórnych nástrojov a testov, základných liekov a liečiv na zaistenie rutinného manažmentu NPO a úľavy od bolesti a pokračovanie liečby ešte pred pohotovostným stavom. Je potrebné stanoviť MTZ a dorobiť esenciálny list liečiv a diagnostík ako prílohu alebo metodiku k tomuto štandardnému postupu, tak aby bol implementovaný u všetkých relevantných partnerov, aktérov a rezortov.

Pre zabezpečenie efektívneho fungovania je potrebné pre ďalšiu revíziu zabezpečiť legislatívne opatrenia o zdravie tejto špecifickej populácie v nástrojoch verejnej politiky na úrovni nadrezortnej t.j. celoštátna politika. Zmeny by sa mali zamerať na dostupnosť skriningu, diagnostiky a liečby NPO a zavedenie UHC pre všetky rizikové skupiny. Koncept UHC podporuje dostupnosť zdravotnej starostlivosti pre všetkých. Týka sa to základného diagnostického vybavenia, laboratórnych nástrojov a testov, základných liečiv na zaistenie rutinného komplexného manažmentu NPO, úľavy od bolesti a pokračovanie liečby. Je potrebné stanoviť MTZ a doplniť esenciálny list liečiv a diagnostických testov ako prílohu alebo metodiku k tomuto štandardnému postupu, tak aby bol implementovaný u všetkých relevantných partnerov, aktérov a rezortov.

Literatúra

1. Prevention and control of noncommunicable diseases in refugees and migrants. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2019 (Technical guidance on refugee and migrant health), pp. 44, ISBN 978 92 890 5399 0.
2. World Health Organization (2017). Tools for implementing WHO PEN (Package of essential noncommunicable disease interventions) [website]. Geneva: World Health Organization (http://www.who.int/ncds/management/pen_tools/en/, accessed 13 January 2020).
3. WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean (2017). Noncommunicable diseases kit. Cairo: WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean (<https://www.who.int/emergencies/kits/ncd - information - note.pdf?ua=1>, accessed 27 December 2019).
4. WHO Regional Office for Europe (2017). Key considerations for the use of law to prevent noncommunicable diseases in the WHO European Region: report of an intensive legal training and capacity - building workshop on law and noncommunicable diseases.
5. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/333954/Moscow - report.pdf?ua=1, accessed 15 January 2020).
6. Noncommunicable diseases. Geneva: World Health Organization; 2018 (Factsheet; <http://www.who.int/news - room/fact - sheets/detail/noncommunicable - diseases>, accessed 9 December 2018).
7. WHO report on the health of refugees and migrants in Europe: no public health without refugee and migrant health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2018.
8. Global status report on noncommunicable diseases 2014. Geneva: World Health Organization; 2014. (http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/148114/9789241564854_eng.pdf?sequence=1, accessed 9 December 2018).
9. Agyemang C, van den Born B - J. Non - communicable diseases in migrants: an expert review. J Travel Med. 2018;107:1–9.
10. Slama S. The epidemiology of refugee and migrant health: noncommunicable diseases. In: School on refugee and migrant health, Palermo, September 2018. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2018 (Plenary session 4; http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/384415/wssp - d2 - s1 - ss - eng.pdf, accessed 9 December 2018).
11. Strategy and action plan for refugee and migrant health in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016 (EUR/RC66/8 + EUR/RC66/Conf.Doc./4; http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/314725/66wd08e_MigrantHealthStrategyActionPlan_160424.pdf?ua=1, accessed 9 December 2018).
12. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013–2020. Geneva: World Health Organization; 2013 (http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/94384/9789241506236_eng.pdf?sequence=1, accessed 9 December 2018).
13. Resolution 70/1. Transforming our world: the 2030 Agenda for sustainable development. New York: United Nations; 2015 (United Nations General Assembly; http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&Lang=E, accessed 15 October 2018).

14. Kohinor MJ, Stronks K, Haafkens JA. Factors affecting the disclosure of diabetes by ethnic minority patients: a qualitative study among Surinamese in the Netherlands. *MBC Public Health*. 2011;11(1):399.
15. Slama S, Kim H - J, Roglic G, Boulle P, Hering H, Varghese C et al. Care of noncommunicable diseases in emergencies. *Lancet*. 2017;389(10066):326–30.
16. Pavli A, Maltezos H. Health problems of newly arrived migrants and refugees in Europe. *J Travel Med*. 2017;24(4):1–8.
17. Aebischer Perone S, Martinez E, du Mortier S, Rossi R, Pahud M, Urbaniak V et al. Non - communicable diseases in humanitarian settings: ten essential questions. *Confl Health*. 2017;11(1):1–17.
18. Jackson Y. Health care for undocumented migrants in Geneva: safety is the key for success. Geneva: Geneva University Hospital; date unknown (https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Migration/GlobalCompactMigration/Presentation_GenevaUniversityHospital.pdf, accessed 9 December 2018).
19. Narain J. Integrating services for noncommunicable disease prevention and control: use of primary health care approach. *Indian J Community Med*. 2011;36(suppl1):S67–71.
20. Tackling NCDs: “best buys” and other recommended interventions for the prevention and control of noncommunicable diseases. Geneva: World Health Organization; 2017 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259232/WHO - NMH - NVI - 17.9 - eng.pdf?sequence=1>, accessed 9 December 2018).
21. Together on the road to universal health coverage: a call to action. Geneva: World Health Organization; 2017 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258962/WHO - HIS - HGF - 17.1 - eng.pdf?sequence=1>, accessed 9 December 2018).
22. Gitlin LN, Chernett NL, Harris LF, Palmer D, Hopkins P, Dennis MP. Harvest health: translation of the chronic disease self - management program for older African Americans in a senior setting. *Gerontologist*. 2008;48(5):698–705.
23. Lorig KR, Sobel DS, Ritter PL, Laurent D, Hobbs M. Effect of a self - management program on patients with chronic disease. *Eff Clin Pract*. 2001;4(6):256–62.
24. Lorig KR, Sobel DS, , Stewart AL, Brown BW, Bandura A, Ritter P et al. Evidence suggesting that a chronic disease self - management program can improve health status with reducing hospitalization: a randomized trial. *Med Care*. 1999;37(1):5–14.
25. Siu AM, Chan CC, Poon PK, Chui DY, Chan SC. Evaluation of the chronic disease self - management program in a Chinese population. *Patient Educ Couns*. 2007;65(1):42–50.
26. Swerissen H, Belfrage J, Weeks A, Jordan L, Walker C, Furler J et al. A randomised control trial of a self - management program for people with chronic illness from Vietnamese, Chinese, Italian and Greek backgrounds. *Patient Educ Couns*. 2006;64 (1–3):360–8.
27. Lorig KR, Ritter PL, González VM. Hispanic chronic disease self - management: a randomized community - based outcome trial. *Nurs Res*. 2003;52(6):361–9.
28. Tomioka M, Braun KL, Compton M, Tanoue L. Adapting Stanford’s Chronic Disease Self - Management Program to Hawaii’s multicultural population. *Gerontologist*. 2012;52(1):121–32.
29. Kennedy A, Rogers A, Chew - Graham C, Blakeman T, Bowen R, Gardner C et al. Implementation of a self - management support approach (WISE) across a health system: a process evaluation explaining what did and did not work for organisations, clinicians and patients. *Implement Sci*. 2014;9(1):129.
30. Issaka A, Lamaro G, Renzaho A. Sociocultural factors and perceptions associated with type 2 diabetes among sub - Saharan African migrants in Melbourne, Victoria. *Nutr Diet*. 2016;73(1):28–35.
31. Demaio AR, Nielsen KK, Tersbøl BP, Kallestrup P, Meyrowitsch DW. Primary health care: a strategic framework for the prevention and control of chronic non - communicable disease. *Glob Health Action*. 2014;7(1):24504.
32. Key considerations for the use of law to prevent noncommunicable diseases in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2017 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/333954/Moscowreport.pdf, accessed 9 December 2018).
33. Dennis S, Williams A, Taggart J, Newall A, Denney - Wilson E, Zwar N et al. Which providers can bridge the health literacy gap in lifestyle risk factor modification education: a systematic review and narrative synthesis. *BMC Fam Pract*. 2012;13(1):44.
34. Taggart J, Williams A. A systematic review of interventions in primary care to improve health literacy for chronic disease behavioural risk factors. *BMC Fam Pract*. 2012;13(1):49.
35. Choi TST, Walker KZ, Palermo C. Diabetes management in a foreign land: a case study on Chinese Australians. *Health Soc Care Community*. 2018;26(2):225–32.
36. Grace C, Begum R, Subhani S, Kopelman P, Greenhalgh T. Prevention of type 2 diabetes in British Bangladeshis: qualitative study of community, religious, and professional perspectives. *BMJ*. 2008;337(1):a1931.
37. Patel N, Ferrer HB, Tyrer F, Wray P, Farooqi A, Davies MJ et al. Barriers and facilitators to healthy lifestyle changes in minority ethnic populations in the UK: a narrative review. *J Racial Ethn Health Disparities*. 2017;4(6):1107–19.
38. Singh H, Cinnirella M, Bradley C. Support systems for and barriers to diabetes management in South Asians and whites in the UK: qualitative study of patients’ perspectives. *BMJ Open*. 2012;2(1):e001459.
39. Health promotion for improved refugee and migrant health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2018 (Technical guidance on refugee and migrant health).
40. Rechel B, Mladovsky P, Ingleby D, Mackenbach JP, McKee M. Migration and health in an increasingly diverse Europe. *Lancet*. 2013;381:1235–45.
41. Walker C, Weeks A, McAvoy B, Demetriou E. Exploring the role of selfmanagement programmes in caring for people from culturally and linguistically diverse backgrounds in Melbourne, Australia. *Health Expect*. 2005;8(4):315–23.
42. Migration and health: key issues. In: Health topics [website]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2018 (<http://www.euro.who.int/en/health - topics/health - determinants/migration - and - health/migrant - health - in - the - europeanregion/migration - and - health - key - issues>, accessed 9 December 2018).
43. Bozorgmehr K, Razum O. Effect of restricting access to health care on health expenditures among asylum - seekers and refugees: a quasi - experimental study in Germany, 1994–2013. *PLOS One*. 2015;10(7): e0131483.
44. Jackson Y, Carlos Lozano Becerra J, Carpentier M. Quality of diabetes care and health insurance coverage: a retrospective study in an outpatient academic public hospital in Switzerland. *BMC Health Serv Res*. 2016;16:540.

45. Laatikainen T, Wikström K, Skogberg N, Rask S, Castañeda A, Koskinen S et al. Kansanterveysongelmat maahanmuuttajilla [Non - communicable diseases among immigrants in Finland]. *Finnish Med J.* 2016;12(71):877–83 (in Finnish, English abstract).
46. Skogberg N, Laatikainen T, Lundqvist A, Lilja E, Härkänen T, Koponen, P. Which anthropometric measures best indicate type 2 diabetes among Russian, Somali and Kurdish origin migrants in Finland? A cross - sectional study. *BMJ Open.* 2018;8(5): e019166.
47. Briefly in English. Stop diabetes: knowledge - based solutions [website]. Stop Diabetes; 2018 ([http://www.uef.fi/web/stopdia/briefly - in - english](http://www.uef.fi/web/stopdia/briefly-in-english), accessed 3 December 2018)
48. CHRODIS PLUS [website]. Brussels: CHRODIS PLUS Joint Action; 2018 (<http://chrodis.eu/>, accessed 3 December 2018).
49. Scottish Health and Ethnicity Linkage Study. Edinburgh: Usher Institute, University of Edinburgh; 2018 ([https://www.ed.ac.uk/usher/scottish - healthethnicity - linkage](https://www.ed.ac.uk/usher/scottish-healthethnicity-linkage), accessed 9 December 2018).
50. A strategy to prevent chronic disease in Europe: a focus on public health action. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2004 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/107570/E83057.pdf?sequence=1&isAllowed=y>, accessed 9 December 2018).
51. Health in all policies. Helsinki statement: framework for action. In: Eighth Global Conference on Health Promotion, Helsinki, June 2013. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112636/9789241506908_eng.pdf?sequence=1, accessed 9 December 2018).
52. Diem G, Brownson R, Grabauskas V, Shatchkute A, Stachenko S. Prevention and control of noncommunicable diseases through evidence - based public health: implementing the NCD 2020 Action Plan. *Glob Health Promot.* 2016;23(3):5–13.
53. Non - communicable diseases in the Americas: all sectors of society can help solve the problem. Washington (DC): Pan American Health Organization, WHO Regional Office for the Americas; 2011 (Issue brief on non - communicable diseases; [https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2011/paho - policy - brief - 1 - En - web1.pdf](https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2011/paho-policy-brief-1-En-web1.pdf), accessed 9 December 2018).
54. Prevention and control of noncommunicable diseases in the European Region: a progress report. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2014 ([http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/235975/Prevention - andcontrol - of - noncommunicable - diseases - in - the - European - Region - A - progressreport - Eng.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/235975/Prevention-andcontrol-of-noncommunicable-diseases-in-the-European-Region-A-progressreport-Eng.pdf?ua=1), accessed 9 December 2018).
55. Bay JL, Hipkins R, Siddiqi K, Huque R, Dixon R, Shirley D et al. School - based primary NCD risk reduction: education and public health perspectives. *HealthPromot Int.* 2017;32(2):369–79.
56. Horyniak D, Melo JS, Farrell RM, Ojeda VD, Strathdee SA. Epidemiology of substance use among forced migrants: a global systematic review. *PLOS One.* 2016;11(7):e0159134.
57. Bhopal R. Chronic diseases in Europe’s migrant and ethnic minorities: challenges, solutions and a vision. *Eur J Public Health.* 2009;19(2):140–43.
58. Agyemang C, van Oeffelen AA, Norredam M, Kappelle LJ, Klijn CJM, Bots ML et al. Socioeconomic inequalities in stroke incidence among migrant groups: analysis of nationwide data. *Stroke.* 2014;45(8):2397–403.
59. Agyemang C, van Oeffelen L, Bots M, Stronks K, Vaartjes I. Socioeconomic inequalities in the incidence of cerebrovascular accident and subtypes among migrant groups in the Netherlands: analysis of nation - wide data. *Circulation.* 2014;129(suppl 1):AP310.
60. Non - communicable diseases and migration. Geneva: International Organization for Migration; 2018 (Information sheet; [https://www.iom.int/sites/default/files/our_work/DMM/Migration - Health/mhd_infosheet_ncds_13.07.2018.pdf](https://www.iom.int/sites/default/files/our_work/DMM/Migration-Health/mhd_infosheet_ncds_13.07.2018.pdf), accessed 9 December 2018).
61. De Vito E, de Waure C, Specchia ML, Ricciardi W. Public health aspects of migrant health: a review of the evidence on health status for undocumented migrants in the European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 (Health Evidence Network synthesis report 42; [http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/289255/WHO - HEN - Report - A5 - 3 - Undocumented_FINAL - rev1.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/289255/WHO-HEN-Report-A5-3-Undocumented_FINAL-rev1.pdf?ua=1), accessed 9 December 2018).
62. Davies A, Blake C, Dhavan P. Social determinants and risk factors for noncommunicable diseases (NCDs) in South Asian migrant populations in Europe. *Asia Eur J.* 2011;8(4):461–73.
63. Castañeda H. Illegality as a risk factor: a survey of unauthorized migrant patients in a Berlin clinic. *Soc Sci Med.* 2009;68(8):1552–60.
64. Bhopal R, Fischbacher C, Povey C, Chalmers J, Mueller G, Steiner M et al. Cohort profile: Scottish Health and Ethnicity Linkage Study of 4.65 million people exploring ethnic variations in disease in Scotland. *Int J Epidemiol.* 2011;40(5):1168–75.
65. Kilpeläinen K, Parikka S, Koponen P, Koskinen S, Rotko T, Koskela T et al. Finnish experiences of health monitoring: Local, regional, and national data sources for policy evaluation. *Glob Health Action.* 2016;9:28824.
66. Puska P. Successful prevention of non - communicable diseases: 25 year experiences with North Karelia Project in Finland. *Public Health Med.* 2002;4(1):5–7.
67. Castañeda A, Rask S, Koponen P, Mölsä M, Koskinen S, editors. Migrant health and wellbeing. a study on persons of Russian, Somali and Kurdish origin in Finland. Helsinki: National Institute for Health and Welfare; 2012 (Report 61; in Finnish, English abstract). Cost of non - communicable diseases in the EU. Brussels: European Commission; 2018 ([https://ec.europa.eu/jrc/en/health - knowledge - gateway/societal - impacts/costs](https://ec.europa.eu/jrc/en/health-knowledge-gateway/societal-impacts/costs), accessed 9 December 2018).
68. Noncommunicable diseases (NCD). In: Global Health Observatory (GHO) data [website]. Geneva: World Health Organization; 2018 (<http://www.who.int/gho/ncd/en/>, accessed 9 December 2018).
69. Choukem SP, Fabreguettes C, Akwo E, Porcher R, Nguewa JL, Bouche C et al. Influence of migration on characteristics of type 2 diabetes in sub - Saharan Africans. *Diabetes Metab.* 2014;40(1):56–60.
70. Meeks KA, Freitas - Da - Silva D, Adeyemo A, Beune EJ, Modesti PA, Stronks K et al. Disparities in type 2 diabetes prevalence among ethnic minority groups resident in Europe: a systematic review and metaanalysis. *Intern Emerg Med.* 2016;11(3):327–40.
71. Jackson Y, Paignon A, Wolff H, Delicado N. Health of undocumented migrants in primary care in Switzerland. *PLOS One.* 2018;13(7):e0201313.
72. Goulão B, Santos O, do Carmo I. The impact of migration on body weight: a review. *Cad Saude Publica.* 2015;31(2):229–45.
73. Toselli S, Gualdi - Russo E, Boulos DNK, Anwar WA, Lakhoua C, Jaouadi I et al. Prevalence of overweight and obesity in adults from north Africa. *Eur J Public Health.* 2014;24(suppl 1):31–9.
74. da Costa LP, Dias SF, do Rosario Oliveria Martins M. Association between length of residence and overweight among adult immigrants in Portugal: a nationwide cross - sectional study. *BMC Public Health.* 2017;17(1):316.

75. Dijkshoorn H, Nicolaou M, Ujic - Voortman JK, Schouten GM, Bouwman - Notenboom AJ, Berns MP et al. Overweight and obesity in young Turkish, Moroccan and Surinamese migrants of the second generation in the Netherlands. Public Health Nutr. 2014;17(9):2037–44.
76. Kinnunen TI, Skogberg N, Härkänen T, Lundqvist A, Laatikainen T, Koponen P. Overweight and abdominal obesity in women of childbearing age of Russian, Somali and Kurdish origin and the general Finnish population. J Public Health 2017;40(2): 262–70.
77. Gualdi - Russo E, Toselli S, Masotti S, Marzouk D, Sundquist K, Sundquist J. Health, growth and psychosocial adaptation of immigrant children. Eur J Public Health. 2014;24(suppl 1):16–25.
78. Salama E, Niemelä S, Suvisaari J, Laatikainen T, Koponen P, Castañeda AE. The prevalence of substance use among Russian, Somali and Kurdish migrants in Finland: a population - based study. BMC Public Health. 2018;18(1):651.
79. Manhica H, Gauffin K, Almquist YB, Rostila M, Berg L, Rodríguez García de Cortázar A et al. Hospital admissions due to alcohol related disorders among young adult refugees who arrived in Sweden as teenagers: a national cohort. BMC Public Health. 2017;17(1):644.
80. Lorig KR, Ritter P, Stewart AL, Sobel DS, Brown BW, Bandura A, González VM, Laurent DD, Holman HR. Chronic Disease Self - Management Program: 2 - Year Health Status and Health Care Utilization Outcomes. Medical Care, 39(11),1217 - 1223, 2001.
81. In HMO setting: Lorig KR, Sobel DS, Ritter PL, Laurent D, Hobbs M. Effect of a Self - Management Program on Patients with Chronic Disease. Effective Clinical Practice, 4(6),256 - 262, 2001.
82. PEN Disease Interventions for Primary Health Care in Low - Resource Settings, WHO, 2010.

Poznámka:

Ak klinický stav a osobitné okolnosti vyžadujú iný prístup k prevencii, diagnostike alebo liečbe ako uvádza tento štandardný postup, je možný aj alternatívny postup, ak sa vezmú do úvahy ďalšie vyšetrenia, komorbidity alebo liečba, teda prístup založený na dôkazoch, alebo na základe klinickej konzultácie alebo klinického konzília.

Takýto klinický postup má byť jasne zaznamenaný v zdravotnej dokumentácii pacienta.

Účinnosť

Tento štandardný postup nadobúda účinnosť od 1. decembra 2020.

Marek Krajčí,
minister zdravotníctva SR