

**Prevenca kardiovaskulárných ochorení v Európe –
neukončená agenda**

**EuroHeart pracovný balík WP 5: Národné plány,
politiky a opatrenia na podporu kardiovaskulárneho
zdravia a prevenciu kardiovaskulárných ochorení**

máj 2009

2

Úvod	5
Východiská.....	Error! Bookmark not defined.
Úmrtnosť mužov a žien v 16 krajinách WP 5: od najvyššej po najnižšiu	6
Prevalencia rizikových faktorov u mužov a žien v 16 krajinách WP 5: od najvyššej po najnižšiu.....	11
Projekt mapovania EuroHeart	16
Metódy.....	Error! Bookmark not defined.
Návrh dotazníka.....	Error! Bookmark not defined.
Zber údajov.....	17
Analýza údajov	Error! Bookmark not defined.
Výsledky.....	Error! Bookmark not defined.
Národné organizácie	Error! Bookmark not defined.
Národné zákony, predpisy a legislatíva	Error! Bookmark not defined.
Národné politiky/stratégie alebo plány	20
Národné programy	25
Národné usmerňujúce dokumenty/normy.....	28
Národné ciele, monitorovanie a hodnotenie	29
Všeobecné poznámky	30
Základné prvky komplexnej národnej stratégie pre kardiovaskulárne choroby	32
Závery	40
Odporúčania	41
Odkazy	42
Appendix A: Poradný výbor pre pracovný balík 5	43
Appendix B: Dotazník	44
Appendix C: Vysvetlivky k dotazníku	52
Appendix D: Zber doplňujúcich údajov	59
Glosár	60

Tabuľky

1. Úmrtnosť mužov a žien na štandardizovanú vekovú skupinu pod 65 rokov v 16 krajinách WP 5: od najvyššej po najnižšiu – koronárne ochorenie srdca s. 6
2. Úmrtnosť mužov a žien na štandardizovanú vekovú skupinu pod 65 rokov v 16 krajinách WP 5: od najvyššej po najnižšiu – mozgová porážka s. 8
3. Prevalencia rizikového faktora u mužov a žien v 16 krajinách WP 5: od najvyššej po najnižšiu - fajčenie s. 11
4. Prevalencia rizikového faktora u mužov a žien v 16 krajinách WP 5: od najvyššej po najnižšiu – dostupnosť ovocia a zeleniny s.13
5. Prevalencia rizikového faktora u mužov a žien v 16 krajinách WP 5: od najvyššej po najnižšiu – percento celkovej energie z tukov s.13
6. Prevalencia rizikového faktora u mužov a žien v 16 krajinách WP 5: od najvyššej po najnižšiu – ľudia s miernym telesným pohybom 4 a viac dní v týždni s. 15
7. Mapovanie existujúcej a plánovanej legislatívy vo všetkých krajinách WP 5 s. 22
8. Mapovanie existujúcej a plánovanej národnej politiky/stratégie a plánov vo všetkých krajinách WP 5 s. 23
9. Mapovanie existujúcich a plánovaných národných programov vo všetkých krajinách WP 5 s. 27
10. Mapovanie existujúcich a plánovaných národných usmerňujúcich dokumentov/noriem vo všetkých krajinách WP 5 s. 28
11. Mapovanie existujúcich a plánovaných národných cieľov, monitorovania a hodnotenia vo všetkých krajinách WP 5 s. 30

Obrázky

1. Úmrtnosť mužov mladších ako 65 rokov na koronárne ochorenie srdca na 100 000 obyvateľov s. 7
2. Úmrtnosť žien mladších ako 65 rokov na koronárne ochorenie srdca na 100 000 obyvateľov s. 8
3. Úmrtnosť mužov mladších ako 65 rokov na mozgovú porážku na 100 000 obyvateľov s. 9
4. Úmrtnosť žien mladších ako 65 rokov na mozgovú porážku na 100 000 obyvateľov s. 9
5. Percento fajčiarov u mužov vo veku 15 a viac rokov v krajinách WP 5 s. 12
6. Percento fajčiariek u žien vo veku 15 a viac rokov v krajinách WP 5 s. 12
7. Dostupnosť ovocia a zeleniny v krajinách WP 5 s. 14
8. Percento celkovej energie z tukov v krajinách WP 5 s. 15
9. Percento ľudí s miernym telesným pohybom 4 alebo viac dní v týždni v krajinách WP 5, 2005 s. 16
10. Krajiny s národnou politikou na podporu kardiovaskulárneho zdravia a/alebo na prevenciu kardiovaskulárnych ochorení, koronárneho ochorenia srdca, hypertenzie, mozgovej porážky a hyperlipidémie s. 24
11. Návrh modelu základných prvkov komplexnej národnej stratégie s. 32

Pod'akovanie

Správu vypracovali:

Gill Cowburn¹, Prachi Bhatnagar¹, Susanne Løgstrup²

Vďaka národným koordinátorom a ich kolegom, ktorí pomáhali pri zbere údajov:

- Freddy van de Casseye - Belgian Heart League
- Mads Hyldgard - Danish Heart Foundation
- Marianne Sirel - Estonian Heart Association
- Anna-Liisa Rajala - Finnish Heart Association
- Céline dos Santos - French Federation of Cardiology
- Christine Dehn - German Heart Foundation
- George Andrikopoulos - Hellenic Heart Foundation
- András Nagy - Hungarian Heart Foundation
- Bylgja Valtýsdóttír - Icelandic Heart Association
- Maureen Mulvihill - Irish Heart Foundation
- Maria Luce Ranucci - Italian Heart Foundation
- Marina Trovo - Italian Foundation for the Fight against Thrombosis (ALT)
- Marijke Luif - Netherlands Heart Foundation
- Grete Crowo - Norwegian Association of Heart and Lung Patients
- Jan Slezak - Slovak Heart to Heart League
- Nataša Jan - Slovenian Heart Association
- Rebecca Salay - UK National Heart Forum

- Marleen Kestens – European Heart Network

¹ British Heart Foundation Health Promotion Research Group, University of Oxford, Old Road Campus, Headington, Oxford, OX3 7LF, UK - <http://www.dphpc.ox.ac.uk/bhfhprg>

² European Heart Network, Rue Montoyer 31, B-1000 Brussels, Belgium - <http://www.ehnheart.org>

Úvod

Kardiovaskulárne ochorenie (KVO) naďalej zostáva hlavnou príčinou smrti v Európskej únii a každý rok má na svedomí viac ako 2 milióny úmrtí. Zatiaľ čo rizikové faktory a determinanty kardiovaskulárnych chorôb sú dobre známe, pretrvávajú neúplný obraz o tom aké stratégie a aktivity jednotlivé krajiny uskutočňujú na riešenie ťažkého ľudského a ekonomického bremena, ktoré tieto choroby prinášajú.

V Európe za posledných päť rokov došlo k významnému rozvoju politiky týkajúcej sa KVO. Táto oblasť zahŕňa závery Rady o kardiologickom zdraví prijaté v roku 2004 a Európsku chartu zdravia srdca z roku 2007, rezolúciu Európskeho parlamentu o aktivitách na boj s kardiovaskulárnymi chorobami, ktorá bola prijatá veľkou väčšinou v júli 2007.

Európska sieť srdca a Európska kardiologická spoločnosť sa dohodli, že budú stavať na tomto vývoji a s cieľom realizovať konkrétne ustanovenia Európskej charty zdravia srdca sústredia odborné kapacity v spoločnom projekte s názvom EuroHeart (EuroSrdce). Komplexné ciele EuroHeart sú posilniť spoluprácu medzi sektormi, získať komplexné porovnateľné informácie o politike a aktivitách v oblasti podpory kardiologického zdravia a prevencie KVO; zlepšiť informovanosť, diagnostiku a liečbu žien s KVO v celej Európe; vytvoriť jednotné podmienky zavedením národných verzií usmerňujúcich dokumentov pre oblasť KVO. Tieto ciele boli podrobnejšie rozpracované v jednotlivých pracovných balíkoch.

Táto správa sa venuje jednému z pracovných balíkov – balíku 5 (Work Package 5) – a ponúka prehľad súčasných národných stratégií a aktivít v oblasti podpory kardiologického zdravia a/alebo prevencie ochorenia v 16 krajinách Európy. Správa a jej závery sa budú distribuovať medzi široké skupiny tvorcov rozhodnutí v Európe a poskytnú im pohľad na ich národné stratégie vo svetle toho, čo sa deje v iných krajinách. Správa zachytáva aktuálnu situáciu. Riešenie KVO nie je statická záležitosť, a preto pokračujúce revidovanie realizovaných stratégií a vyhodnocovanie ich dopadov je mimoriadne dôležité. Európska sieť srdca verí, že politika zdravia je do veľkej miery doménou členských štátov EÚ, ale EÚ ich môže podporovať a pomáhať eliminovať nerovnosť v rámci krajín a medzi krajinami napríklad stanovením určitých etalónov prostredníctvom odporúčaní. Pokiaľ ide o zohľadnenie kardiologického zdravia v iných politikách, EÚ každopádne môže prevziať vedúcu úlohu pri zabezpečovaní efektívneho posudzovania dopadu opatrení navrhnutých v širokom spektre politík na zdravie človeka.

Východiská

KVO je hlavnou príčinou smrti žien v celej Európe a hlavnou príčinou smrti mužov vo všetkých krajinách okrem Francúzska, Holandska a Španielska. Medzi jednotlivými krajinami Európy však existujú veľké rozdiely v úmrtnosti.

Platí to aj v prípade 16 krajín projektu EuroHeart, ako ukazujú tabuľky xx/yy. Úmrtnosť na KVO u mužov v Maďarsku (105/100 000) je viac ako šesťkrát vyššia než vo Francúzsku (17/100 000). V prípade žien je úmrtnosť v Maďarsku viac ako deväťkrát vyššia než vo Francúzsku. Úmrtnosť na mozgovú porážku u mužov v Estónsku (41/100 000) je viac ako desaťkrát vyššia než na Islande (4/100 000). Úmrtnosť na mozgovú porážku u žien je v Estónsku viac ako trikrát vyššia než na Islande.

Trendy úmrtnosti tiež vykazujú viditeľné rozdiely. Vo Fínsku od r. 1972 do r. 2005 nastal významný pokles úmrtnosti na koronárne ochorenie srdca (KOS) a mozgovú porážku (76% KOS; 74% mozgová porážka). Naproti tomu v Grécku v rovnakom období úmrtnosť na KOS sa zvýšila o 11%. V Grécku však došlo k poklesu úmrtnosti na mozgovú porážku (48%).

V deviatich krajinách zapojených do projektu EuroHeart trend úmrtnosti žien na KOS vykazuje menší pokles v porovnaní s úmrtnosťou mužov.

Podrobnejšie informácie o mortalite vo vzťahu k HDP a vybraným rizikovým faktorom sú v doplňujúcej správe, správach Country Summary (zhrnutie podľa krajín) na <http://www.ehnheart.org/content/itemstory.asp?level0=1456&level1=2096&level2=2176>

Zdroj pre tabuľku 1 a obr. 1-4: Allender, S.; Scarborough, P.; Peto, V.; Rayner, M. (2008) *European cardiovascular disease statistics 2008*. European Heart Network. Brussels.

Úmrtnosť mužov a žien v 16 krajinách WP5: od najvyššej po najnižšiu

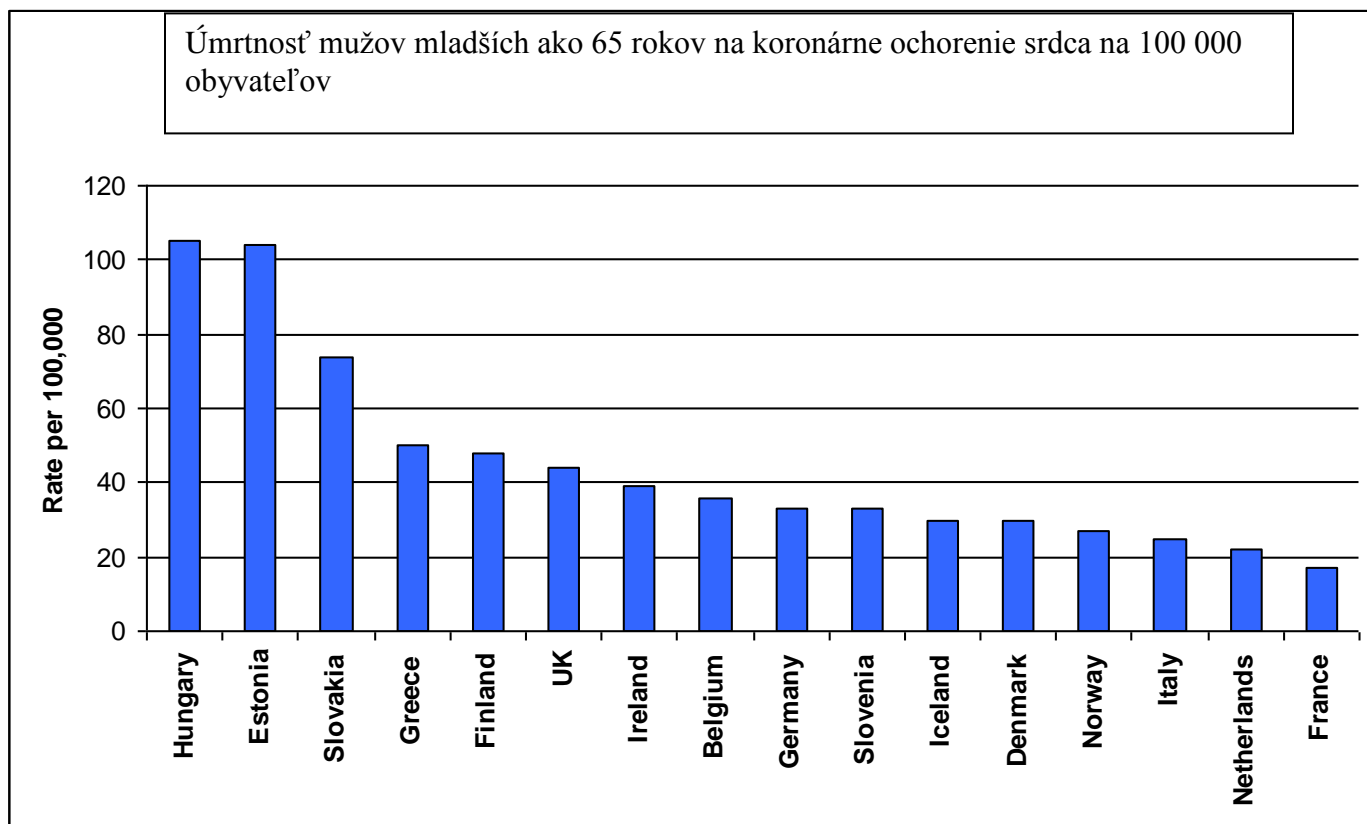
Úmrtnosť mužov a žien na štandardizovanú vekovú skupinu pod 65 rokov v 16 krajinách WP5: od najvyššej po najnižšiu

Tabuľka 1

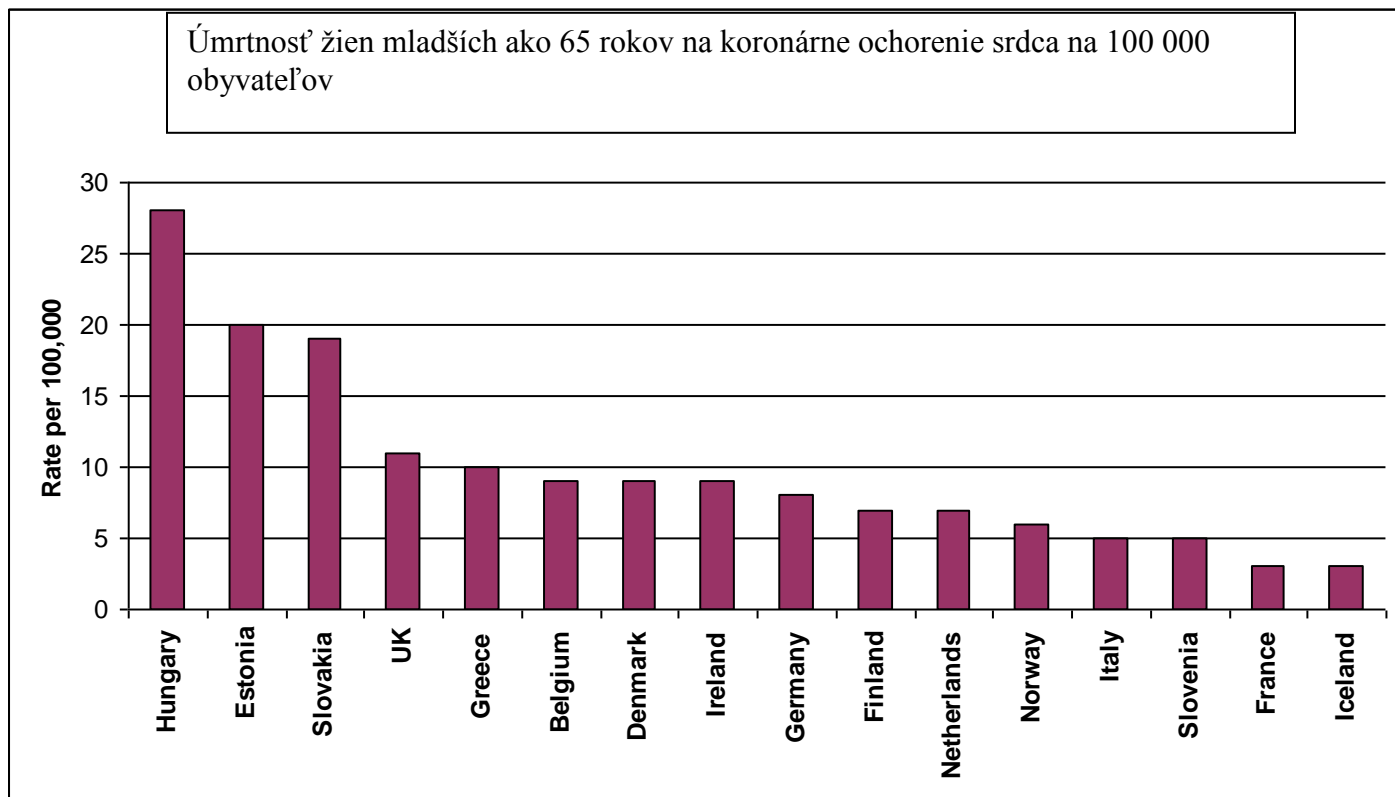
Koronárne ochorenie srdca: posledný dostupný rok (od 1997 do 2006)

MUŽI		ŽENY	
Krajina	Úmrtnosť na 100 000	Krajina	Úmrtnosť na 100 000
1. Maďarsko	105	1. Maďarsko	28
2. Estónsko	104	2. Estónsko	20
3. Slovensko	74	3. Slovensko	19
4. Grécko	50	4. UK	11
5. Fínsko	48	5. Grécko	10
6. UK	44	6. Belgicko	9
7. Írsko	39	7. Dánsko	9
8. Belgicko	36	8. Írsko	9
9. Nemecko	33	9. Nemecko	8
10. Slovinsko	33	10. Fínsko	7
11. Island	30	11. Holandsko	7
12. Dánsko	30	12. Nórsko	6
13. Nórsko	27	13. Taliansko	5
14. Taliansko	25	14. Slovinsko	5
15. Holandsko	22	15. Francúzsko	3
16. Francúzsko	17	16. Island	3

Obrázok 1



Obrázok 2



Zdroj: S Allender, P Scarborough, V Peto, M Rayner. European cardiovascular disease statistics. 2008. European Heart Network. Brussels.
Latest available year (ranges from 1997 to 2006)

Tabuľka 2

Mozgová porážka: Posledný dostupný rok (od 1997 do 2006)

MUŽI	
Krajina	Úmrtnosť na 100 000
1. Estónsko	41
2. Maďarsko	34
3. Slovensko	19
4. Grécko	14
5. Slovinsko	13
6. Dánsko	12
7. Belgicko	11
8. Fínsko	11
9. Taliansko	9
10. UK	9
11. Nemecko	8
12. Írsko	8
13. Francúzsko	7

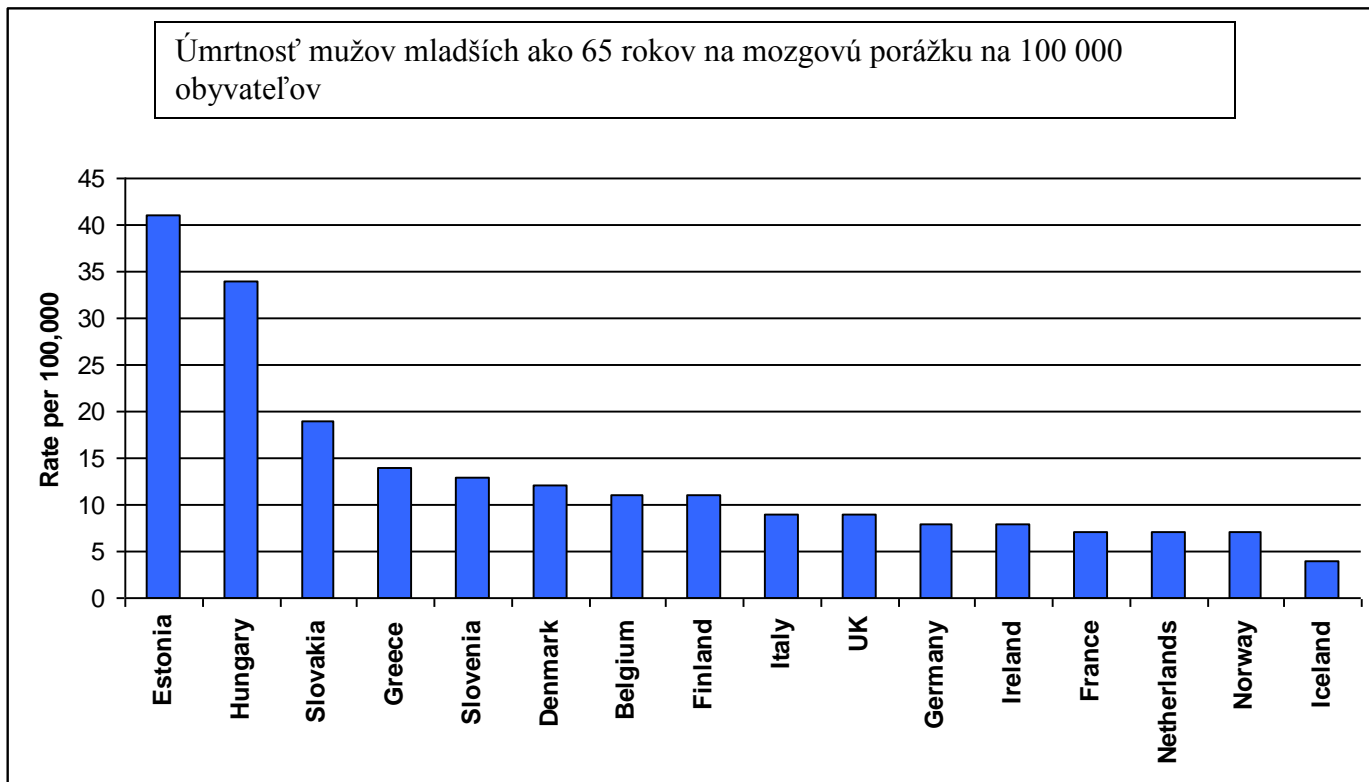
14. Holandsko	7
15. Nórsko	7
16. Island	4

ŽENY	
Krajina	Úmrtnosť na 100 000
1. Estónsko	16
2. Maďarsko	15
3. Belgicko	8
4. Dánsko	7
5. Grécko	7
6. Slovensko	7
7. Slovinsko	7
8. UK	7
9. Fínsko	6

10. Holandsko	6
11. Nemecko	5
12. Island	5
13. Taliansko	5

14. Nórsko	5
15. Francúzsko	4
16. Írsko	4

Obrázok 3



Obrázok 4

Source: S Allender, P Scarborough, V Peto, M Rayner. European cardiovascular disease statistics. 2008. European Heart Network. Brussels. Latest available year (ranges from 1997 to 2006)

Úmrtosť žien mladších ako 65 rokov na mozgovú porážku na 100 000 obyvateľov

Prevalencia rizikového faktora u mužov a žien v 16 krajinách WP5: od najvyššej po najnižšiu

Tabuľka 3

Fajčenie: Posledný dostupný rok (od 1998 do 2008)

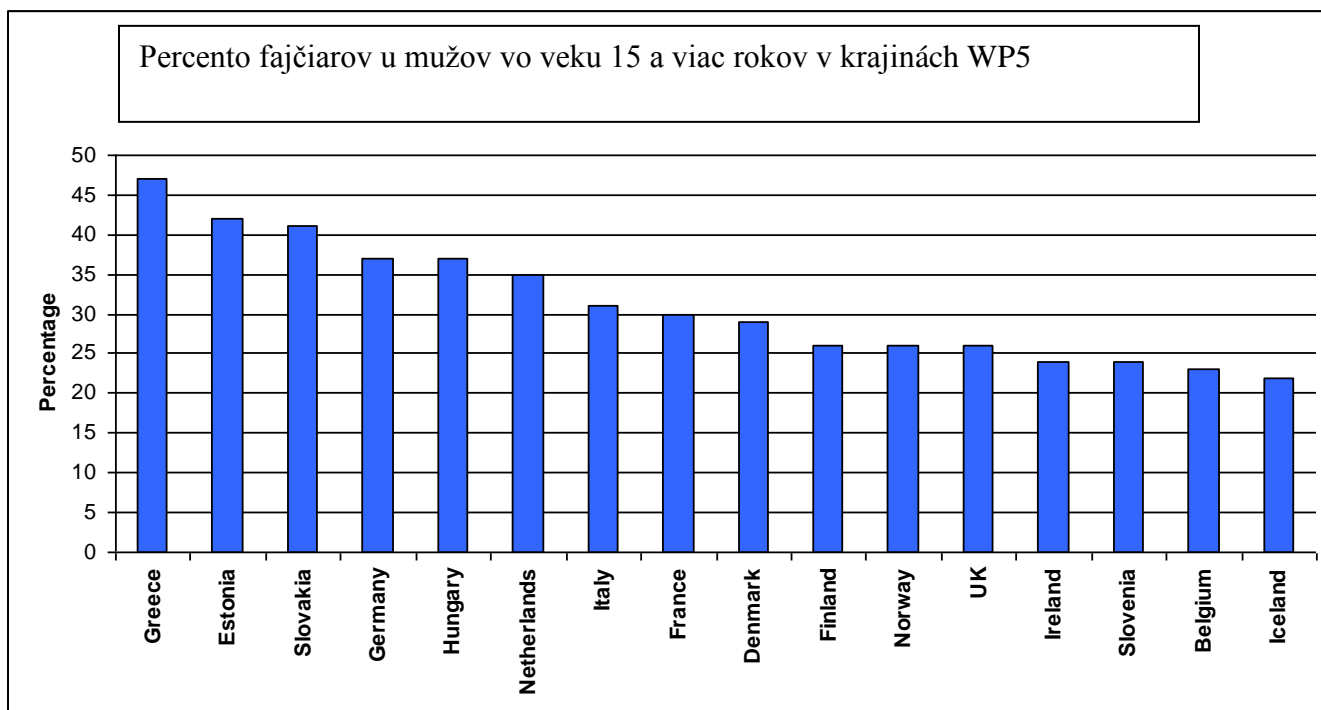
MUŽI

Krajina	%
1. Grécko	47
2. Estónsko	42
3. Slovensko	41
4. Nemecko	37
5. Maďarsko	37
6. Holandsko	35
7. Taliansko	31
8. Francúzsko	30
9. Dánsko	29
10. Fínsko	26
11. Nórsko*	26
12. UK	26
13. Írsko	24
14. Slovinsko	24
15. Belgicko	23
16. Island	22

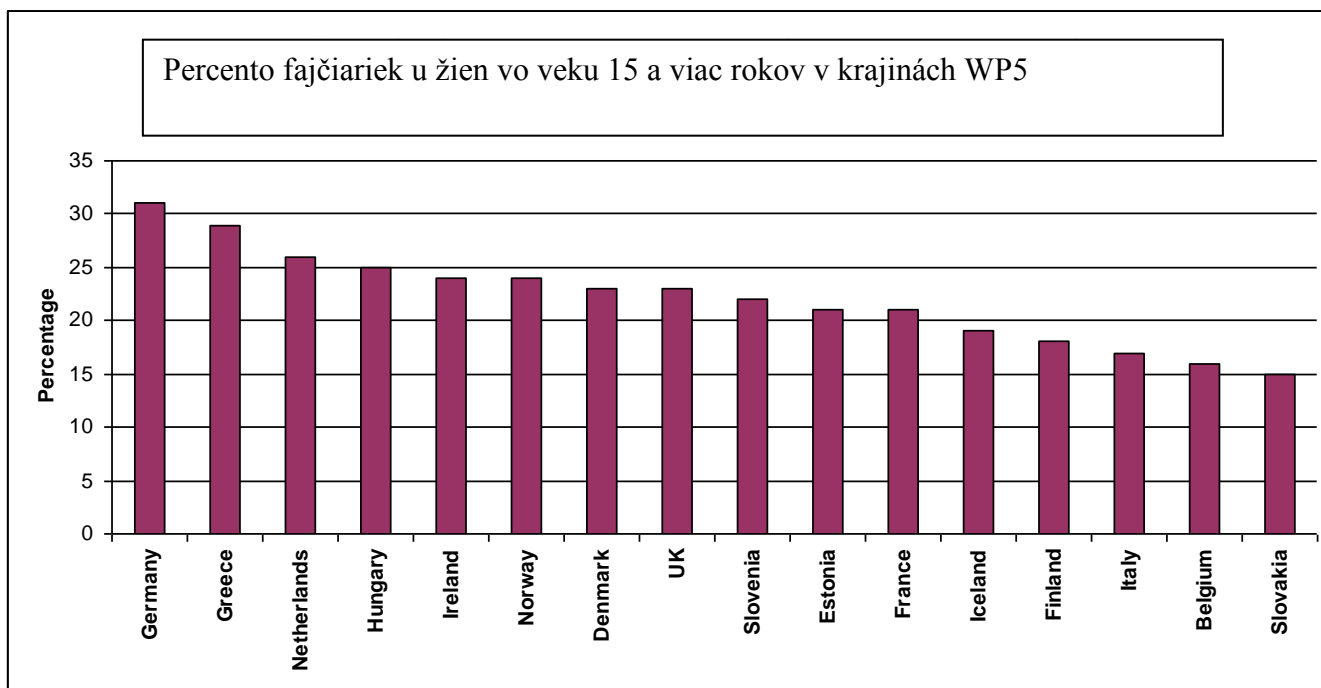
ŽENY

Krajina	%
1. Nemecko	31
2. Grécko	29
3. Holandsko	26
4. Maďarsko	25
5. Írsko	24
6. Nórsko*	24
7. Dánsko	23
8. UK	23
9. Slovinsko	22
10. Estónsko	21
11. Francúzsko	21
12. Island	19
13. Fínsko	18
14. Taliansko	17
15. Belgicko	16
16. Slovensko	15

Obrázok 5



Obrázok 6



Zdroje: S Allender, P Scarborough, V Peto, M Rayner. European cardiovascular disease statistics. 2008. European Heart Network. Brussels; Latest available year (ranges from 1998 to 2008)
Norway: Norwegian Directorate of Health, 2009

Tabuľka 4

Dostupnosť ovocia a zeleniny: posledný dostupný rok (od 1980/84 do 1997)

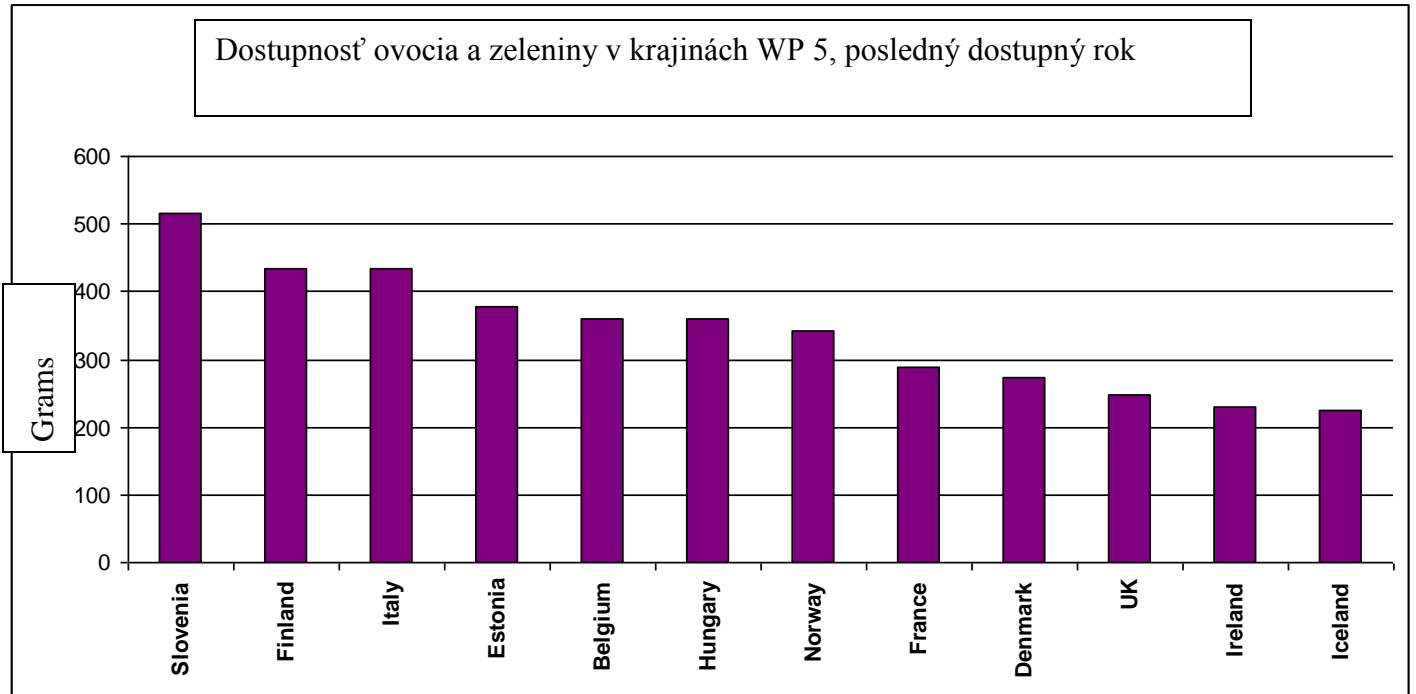
VŠETCI

Krajina	Na osobu/deň
1. Slovinsko	516
2. Fínsko	433
3. Taliansko	433
4. Estónsko	378
5. Belgicko	360
6. Maďarsko	360
7. Nórsko	341
8. Francúzsko	288
9. Dánsko	273
10. UK	248
11. Írsko	229
12. Island	224

Údaje za Grécko, Nemecko, Holandsko a Slovensko neboli k dispozícii.

Zdroj: S Allender, P Scarborough, V Peto, M Rayner. European cardiovascular disease statistics. 2008. European Heart Network. Brussels.

Obrázok 7



Zdroj: S Allender, P Scarborough, V Peto, M Rayner. European cardiovascular disease statistics. 2008. European Heart Network. Brussels; Latest available year (ranges from 1980/84 to 1997)

Obrázok 5

Percento celkovej energie z tukov v krajinách WP 5: posledný dostupný rok (od 1980/84 do 1997)

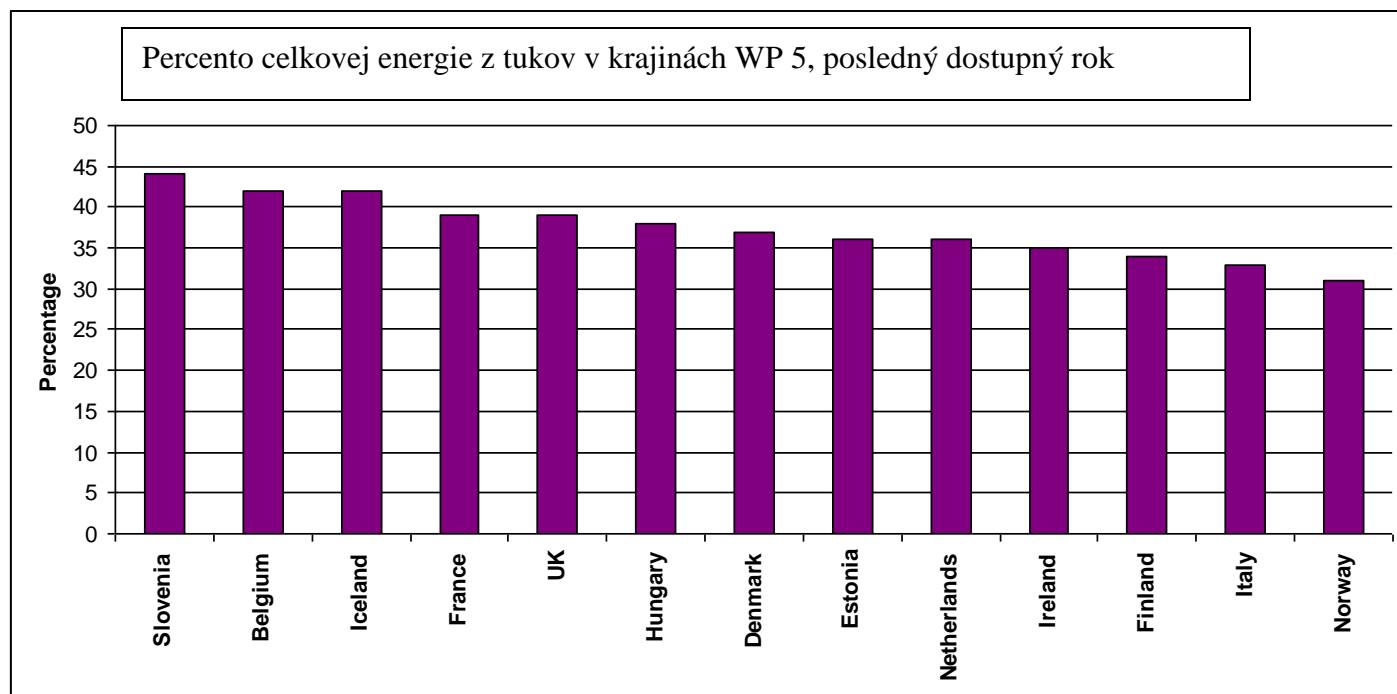
VŠETCI

Krajina	%
1. Slovinsko	44
2. Belgicko	42
3. Island	42
4. Francúzsko	39
5. UK	39
6. Maďarsko	38
7. Dánsko	37
8. Estónsko	36
9. Holandsko	36

10. Írsko	35
11. Fínsko	34
12. Taliansko	33
13. Nórsko	31

Údaje za Grécko, Nemecko a Slovensko neboli k dispozícii.

Obrázok 8



Zdroj: S Allender, P Scarborough, V Peto, M Rayner. European cardiovascular disease statistics. 2008. European Heart Network. Brussels
Latest available year (ranges from 1980/84 to 1997)

Tabuľka 6

Ludia s miernym telesným pohybom 4 alebo viac dní v týždni, r. 2005

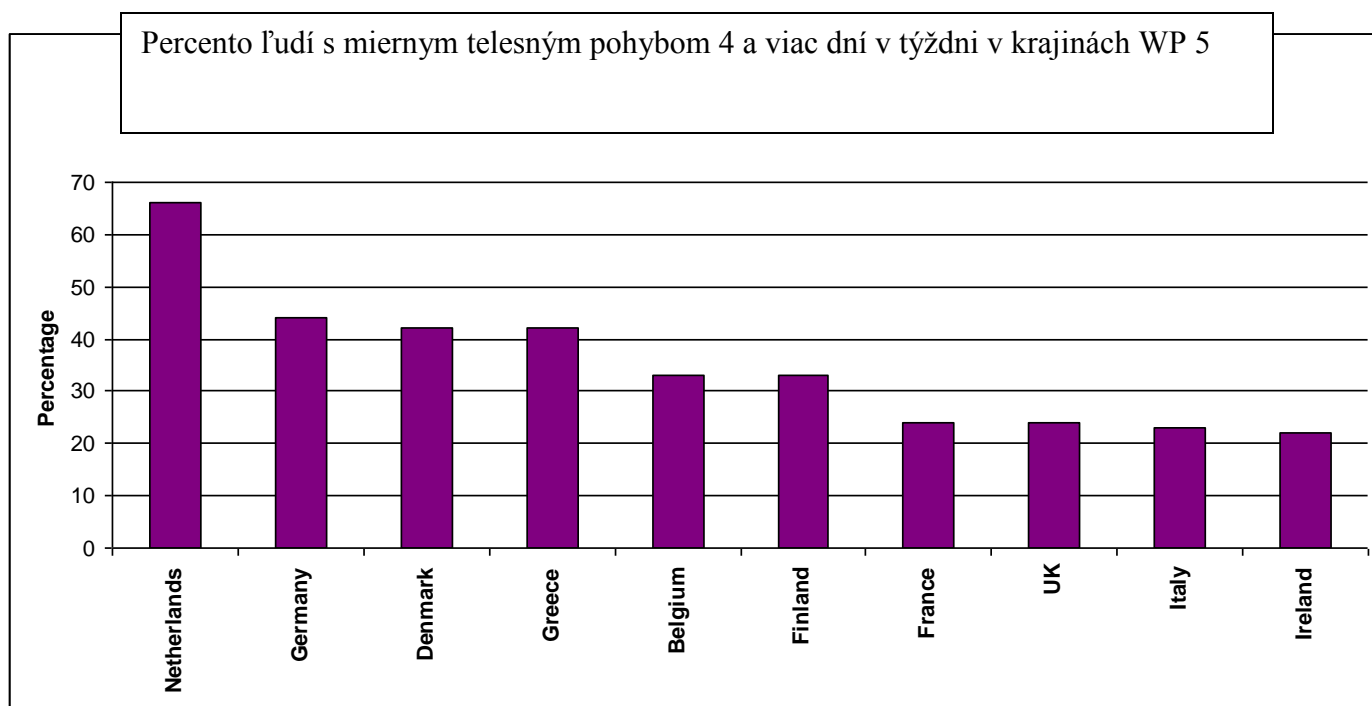
VŠETCI

Krajina	%
1. Holandsko	66
2. Nemecko	44
3. Dánsko	42
4. Grécko	42
5. Belgicko	33
6. Fínsko	33

7. Francúzsko	24
8. UK	24
9. Taliansko	23
10. Írsko	22

Údaje za Estónsko, Maďarsko, Island, Nórsko, Slovinsko a Slovensko neboli k dispozícii..

Obrázok 9



Zdroj: S Allender, P Scarborough, V Peto, M Rayner. European cardiovascular disease statistics. 2008. European Heart Network. Brussels
Latest available year (ranges from 1980/84 to 1997)

Projekt mapovania EuroHeart

Táto správa uvádza zistenia projektu mapovania EuroHeart (pracovný balík 5) s cieľom poskytnúť obraz o stratégiách pre zdravie srdca v 16 krajinách Európy. Mapovanie začalo v septembri 2007 a bolo ukončené v novembri 2008.

Prvoradým cieľom pracovného balíka 5 (Work Package 5) bolo prostredníctvom mapovania a analýzy získať komplexné porovnateľné informácie o politike, plánoch a opatreniach, ktoré majú vplyv na podporu kardiovaskulárneho zdravia a prevenciu kardiovaskulárnych ochorení. Cieľom bolo zistiť rozdiely a medzery v politike a aktivitách v Európe a určiť základné prvky komplexnej národnej stratégie pre kardiovaskulárne choroby. Ďalším cieľom pracovného balíka WP 5

bolo zlepšiť informovanosť o dôležitosti zahrnutia kardiologického zdravia do širokého spektra politík. Projekt EuroHeart získal finančné prostriedky od Európskej únie v rámci programu verejného zdravia

Metódy

Projekt mapovania sa uskutočnil ako proces spolupráce medzi Európskou sieťou srdca, národnými partnerskými subjektmi a British Heart Foundation Health Promotion Research Group (BHFHPRG; Výskumná skupina na podporu zdravia Britskej nadácie pre zdravie) pri University of Oxford (akademický partner pre tento balík). Každá partnerská organizácia plnila v rámci projektu určitú zadanú úlohu. Európska sieť srdca zabezpečila celkový manažment a spravovanie pracovného balíka a zhromažďovala údaje na úrovni EÚ. Národné partnerské subjekty mali za úlohu zbierať údaje vo vlastnej krajine a BHFHPRG mala na starosti vývoj nástrojov na zber údajov, analýzu údajov a vypracovanie správy o projekte.

Bol vytvorený poradný výbor, ktorý mal tri zasadnutia (v Appendixe A sú detaily o členstve vo výbore). Prvé stretnutie bolo zvolané v októbri 2007 a prerokovali sa na ňom plány pracovného balíka 5 a prediskutoval sa návrh a vývoj nástrojov na zber údajov. Druhé stretnutie sa konalo v októbri 2008 a prerokovali sa na ňom zistenia v rámci projektu. Tretie záverečné stretnutie poradného výboru sa konalo v marci 2009 a prerokovalo sa na ňom rozširovanie zistení.

Návrh dotazníka

Zainteresované strany sa dohodli, že najefektívnejšou metódou zberu informácií, ktorá umožní získať porovnateľné informácie od zúčastnených krajín, bude štruktúrovaný dotazník zadaný prostredníctvom e-mailu. BHFHPRG zostavila a pilotne spracovala štruktúrovaný dotazník s vysvetlivkami, ktorý čiastočne vychádzal z podobnej práce, ktorú uskutočnila Svetová zdravotnícka organizácia (WHO)^{1,2} (pozri Appendix B a C).

Zber údajov

Na národnej úrovni údaje zbierali partnerské subjekty zapojené do tohto pracovného balíka. Pre národných koordinátorov sa konali tri stretnutia. Koordinátori boli jednotlivci nominovaní v rámci jednotlivých zúčastnených krajín, aby vykonali zber údajov v mene University of Oxford. Na úvodnom stretnutí v novembri 2007 boli národní koordinátori informovaní o procese zberu údajov, ktorý mali zrealizovať s dôrazom na stanovenie kritérií kvality pri získavaní a zaznamenávaní údajov. Národným koordinátorom bolo poskytnuté ďalšie e-mailové poradenstvo a podpora počas kompletizácie zberu údajov. Po uplynutí pôvodného termínu na odovzdanie údajov, národní koordinátori, ktorí dovtedy neodoslali príslušné materiály (n=4) boli kontaktovaní e-mailom a nabádaní

k tomu, aby poskytli svoje údaje. Tento proces viedol k tomu, že všetky krajiny predložili údaje na analýzu. Po následnej kontrole údajov boli niekoľkí národní koordinátori požiadaní o doplnenie chýbajúcich informácií. Okrem toho bol každý národný koordinátor požiadaný, aby zhromaždil ďalšie informácie o národnej politike/stratégii alebo plánoch krajiny (pozri Appendix D). V júni 2008 sa konalo druhé stretnutie, na ktorom boli národným koordinátorom prezentované počiatočné zistenia projektu. Národní koordinátori boli požiadaní, aby po tomto stretnutí skontrolovali a zosumarizovali zostavené informácie a opravili prípadnú nesprávnu interpretáciu údajov.

V septembri sa preskúmali údaje zozbierané v rámci projektu WHO^{1,2} s cieľom zhodnotiť porovnateľnosť dvoch dátových súborov majúci na zreteli skutočnosť, že údaje sa zbierali v dvoch rôznych časových bodoch. Národní koordinátori boli vyzvaní pripomienkovať prípadné zistené nezrovnalosti v údajoch.

Diskusia počas stretnutia poradného výboru v októbri 2008 viedla k tomu, že každý národný koordinátor bol požiadaný, aby ešte zosumarizoval informácie o národnej politike svojej krajiny na podporu kardiovaskulárneho zdravia a/alebo na prevenciu ochorenia.

V marci 2009 sa konalo záverečné stretnutie národných koordinátorov, na ktorom sa odsúhlasili konečné zmeny v správe, prerokovalo sa rozširovanie informácií a následné aktivity.

Analýza údajov

Všetky analýzy údajov vykonala BHFHPRG pri University of Oxford. Údaje z jednotlivých krajín boli zapracované pomocou programu Excel. Pôvodný plán bol vyvinúť maticu na analýzy, pričom by sa bral do úvahy podobný typ komparatívnej analýzy¹⁻⁴ s odkazom na Ottawskú chartu.⁵ Po troch kolách zberu údajov bolo zrejmé, že národní partneri vytvorili značné množstvo informácií. Variabilita údajov však spôsobila, že sme nedokázali vykonať podrobné analýzy všetkých informácií. Namiesto toho sa uskutočnila deskriptívna analýza.

Výsledky

V tomto materiáli sú zhrnuté kľúčové informácie. Ďalšie informácie o jednotlivých krajinách sú k dispozícii v doplňujúcej správe, správach Country Reports na <http://www.ehnheart.org/content/itemstory.asp?level0=1456&level1=2096&level2=2176>

Glosár použitých výrazov je v appendixe C.

Národné organizácie

Všetky krajiny vedeli určiť rezort vlády, ktorý je zodpovedný za aktivity v oblasti verejného zdravia zamerané na prevenciu a kontrolu chronických chorôb. Väčšina krajín dokázala identifikovať aj ďalšie rezorty vlády a/alebo iné národné organizácie, ktoré boli zapojené podobným spôsobom.

Všetky krajiny tiež vedeli určiť hlavný rezort vlády, ktorý má na starosti podporu kardiovaskulárneho zdravia a/alebo prevenciu kardiovaskulárnych ochorení. Vo všetkých 16 krajinách sú ešte ďalšie organizácie (vládne, mimovládne, charitatívne, profesné spoločnosti), ktoré sa zapájajú do aktivít na podporu kardiovaskulárneho zdravia a/alebo prevenciu kardiovaskulárnych ochorení. Niektoré krajiny vedeli identifikovať organizáciu, ktorá má za úlohu koordinovať implementáciu politiky/stratégie alebo plánu na podporu kardiovaskulárneho zdravia a/alebo prevenciu kardiovaskulárnych ochorení. Írsko uviedlo organizácie, ktoré sú zodpovedné za realizáciu konkrétnych cieľov. Fínsko uviedlo, že zodpovednosť za realizáciu aktivít na dosiahnutie konkrétnych cieľov má určitý okruh aktérov.

Národné zákony, predpisy a legislatíva

V tabuľke 1 je zmapovaná existujúca a plánovaná legislatíva vo všetkých 16 krajinách. Každá krajina uviedla určitý druh legislatívy týkajúcej sa verejného zdravotníctva, kontroly tabaku a potravín. Legislatíva o verejnom zdravotníctve bola zvyčajne všeobecného charakteru, upravovala poskytovanie zdravotnej starostlivosti a súvisiacich medicínskych služieb. Legislatíva o tabaku a tabakových výrobkoch zahŕňala ustanovenia o zákaze resp. obmedzení fajčenia na verejných miestach, obmedzenia reklamy a predaja tabakových výrobkov a výstražné etikety resp. nápisy. Legislatíva týkajúca sa potravín bola rôzneho rozsahu, počnúc požiadavkami na označovanie potravín končiac poskytovaním stravy v školských zariadeniach. Všetky krajiny okrem Grécka uviedli existenciu legislatívy na kontrolu alkoholu, ktorá sa zvyčajne týkala napr. obmedzenia reklamy a/alebo predaja mládeži. Jedenásť zo 16 krajín uviedlo legislatívu na podporu telesného pohybu, vrátane organizovania a podpory športovej činnosti a zabezpečovanie možností na pohybové aktivity v rámci škôl. Legislatíva týkajúca sa cukrovky, podpory kardiovaskulárneho zdravia a/alebo prevencie kardiovaskulárnych ochorení, riešenia nerovnosti v oblasti zdravia a obezity bola menej bežná, pričom ju uviedla len polovica resp. necelá polovica

krajín. Len dve krajiny (Belgicko, Slovensko) uviedli legislatívu týkajúcu sa stresu v súvislosti s pracoviskom a/alebo ochranou duševného zdravia.

Národná politika/stratégia alebo plány

Tabuľka 2 mapuje existujúce alebo navrhované národné politiky/stratégie alebo plány vo všetkých 16 krajinách. Najčastejšie uvádzaná národná politika zhruba zodpovedala oblastiam, ktoré boli najčastejšie upravené legislatívou. Pätnásť krajín uviedlo národnú politiku verejného zdravia (okrem Nemecka, kde táto oblasť je v kompetencii federálnych štátov). Podobne všetky krajiny (okrem Dánska) uviedli národnú politiku pre oblasť tabaku. Štrnásť krajín (okrem Nemecka a Grécka) má národnú politiku pre oblasť koronárnych chorôb srdca. Všetky krajiny (okrem Nemecka a Grécka) majú národnú politiku tak pre potraviny ako aj pre telesný pohyb.

Obrázok 10 znázorňuje krajiny, ktoré uviedli národnú politiku na podporu kariovaskulárneho zdravia a/alebo prevenciu kardiovaskulárnych ochorení, koronárneho ochorenia srdca, hypertenzie, mozgovej porážky a hyperlipidémie. Jednotlivé krajiny podnikali rôzne aktivity v uvedených oblastiach. Vo väčšine krajín existuje politika na riešenie všetkých štyroch uvedených oblastí. Niektoré krajiny prijali národnú politiku len na podporu kardiovaskulárneho zdravia a/alebo prevenciu kardiovaskulárnych ochorení a koronárneho ochorenia srdca (Dánsko, Maďarsko), zatiaľ čo iné krajiny (napr. Anglicko a Severné Írsko (Spojené kráľovstvo)) uviedli národnú politiku pre koronárne ochorenia srdca a samostatnú stratégiu pre mozgovú porážku. Nemecko neuviedlo národnú politiku, ale na regionálnej úrovni uviedlo politiku resp. aktivity v oblasti mozgovej porážky. Grécko uviedlo, že pripravuje stratégiu na podporu kardiovaskulárneho zdravia a/alebo prevenciu kardiovaskulárnych ochorení.

Viaceré krajiny uviedli programy resp. odporúčania pre programy/politiku, ktoré umožňujú včasnú diagnózu (identifikácia vysokorizikových skupín obyvateľstva alebo skríning). Boli to: Belgicko, Estónsko, Francúzsko, Grécko, Maďarsko, Írsko a Holandsko. Napríklad vo francúzsky hovoriacej komunite Belgicka celkový prístup k podpore kardiovaskulárneho zdravia zahŕňal cieľ zameraný na lepší skríning s cieľom vyhodnotiť celkové riziko kardiovaskulárnych ochorení v populácii vo veku 30 až 75 rokov. Krajiny zvyčajne zodpovednosť za identifikáciu a manažment skríningu dávajú do kompetencie všeobecných lekárov. Tri krajiny – Francúzsko, Nemecko a Írsko – uviedli existenciu odporúčaní pre oblasť akútnej prvej pomoci napr. kardiopulmonárnu resuscitáciu (CPR) a dostupnosť externých defibrilátorov a školenia na ich použitie.

Celá škála rôznych prístupov sa objavila v informáciách krajín o aktivitách v súvislosti s politikou týkajúcou sa ochorení a rizikových faktorov životného štýlu, s ktorým súvisia kardiovaskulárne ochorenia (alkohol, výživa, telesný pohyb, tabak). Jedenásť krajín (a dve časti Spojeného kráľovstva) uviedli národnú politiku boja proti obezite, cukrovke a štyrom rizikovým faktorom

životného štýlu. Grécko neuviedlo národnú politiku v žiadnej z uvedených oblastí. Škótsko uviedlo politiku boja proti obezite spolu s ďalšími politikami v súvislosti so všetkými rizikovými faktormi životného štýlu. Slovinsko uviedlo, že pripravuje politiku pre oblasť cukrovky spolu s ďalšími politikami pre oblasť všetkých rizikových faktorov životného štýlu. Estónsko a Maďarsko má politiku pre oblasť výživy, telesného pohybu a tabaku. Dánsko uviedlo národnú politiku pre obezitu a cukrovku. Jedenásť krajín (okrem Dánska, Estónska, Francúzska, Nemecka a Grécka) uviedlo národnú politiku na riešenie nerovnosti v oblasti zdravia. Na rozdiel od toho, je len málo krajín, ktoré majú národnú politiku pre oblasť stresu.

Krajiny uvádzali spoločnú štruktúru v rámci dokumentácie ich politiky, hoci dokumentácia predmetnej oblasti mala rôznu dĺžku. Väčšina dokumentov stanovujúcich politiku má obsahovať informácie o závažnosti dotknutého zdravotného problému v krajine ako aj ciele, časové harmonogramy, možnosti výberových aktivít, odporúčania a identifikáciu významných činiteľov na podporu zmeny. Niektoré krajiny uviedli publikovanie podrobnejších akčných plánov na podopretie všeobecných vyhlásení uvádzaných v dokumentoch ustanovujúcich politiku, zatiaľ čo iné krajiny uviedli publikovanie správ o dosiahnutom pokroku v danej oblasti. Ďalšie prvky, ktoré by mohli prispieť k rozvoju komplexnej národnej stratégie pre oblasť kardiovaskulárnych chorôb podrobnejšie analyzujeme neskôr. Príklady národných politík na podporu kardiovaskulárneho zdravia a/alebo prevenciu ochorenia sú uvedené v doplňujúcej správe, správach Country Summary, na <http://www.ehnheart.org/content/itemstory.asp?level0=1456&level1=2096&level2=2176>

Tabuľka 7: Mapovanie existujúcej a plánovanej legislatívy vo všetkých krajinách WP5

Krajina	Verejné zdravie	Kardiovaskulárne ochorenia	Obezita	Cukrovka	Alkohol	Výživa	Telesný pohyb	Tabak	Signatár FCTC	Stres	Nerovnosť
Belgicko - francúzsky región	•	•	×	×	•	•	•	•	•	•	•
Belgicko - flámsky región	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Belgicko – nemecký región	•	×	×	×	•	•	•	•	•	•	×
Dánsko	•	•	•	•	•	•	×	•	•	×	•
Estónsko	•	×	×	×	•	•	•	•	•	×	×
Fínsko	•	×	×	×	•	•	•	•	•	×	×
Francúzsko	•	•	×	×	•	•	•	•	•	×	×
Nemecko	•	•	•	•	•	•	×	•	•	×	•
Grécko	•	×	×	×	×	•	×	•	•	×	×
Maďarsko	•	•	×	•	•	•	•	•	•	×	×
Island	•	×	×	×	•	•	•	•	•	×	•
Írsko	•	×	×	×	•	•	×	•	•	×	•
Taliansko	•	•	•	•	•	•	•	•	•	×	×
Holandsko	•	×	•	•	•	•	•	•	•	×	×
Nórsko	•	×	•	×	•	•	•	•	•	×	•
Slovensko	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Slovinsko	•	•	-	0	•	•	•	•	•	×	×
UK Anglicko	•	×	×	×	•	•	×	•	•	×	×
UK Severné Írsko	•	×	×	×	•	•	×	•	•	×	×
UK Škótsko	•	×	×	×	•	•	×	•	•	×	×

UK Wales	•	x	x	x	•	•	x	•	•	x	x
----------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Kľúč: • = áno; x = nie; o = pripravuje sa; - = neviem, neodpovedali

Tabuľka 8: Mapovanie existujúcej a plánovanej národnej politiky/stratégie a plánov vo všetkých krajinách WP5

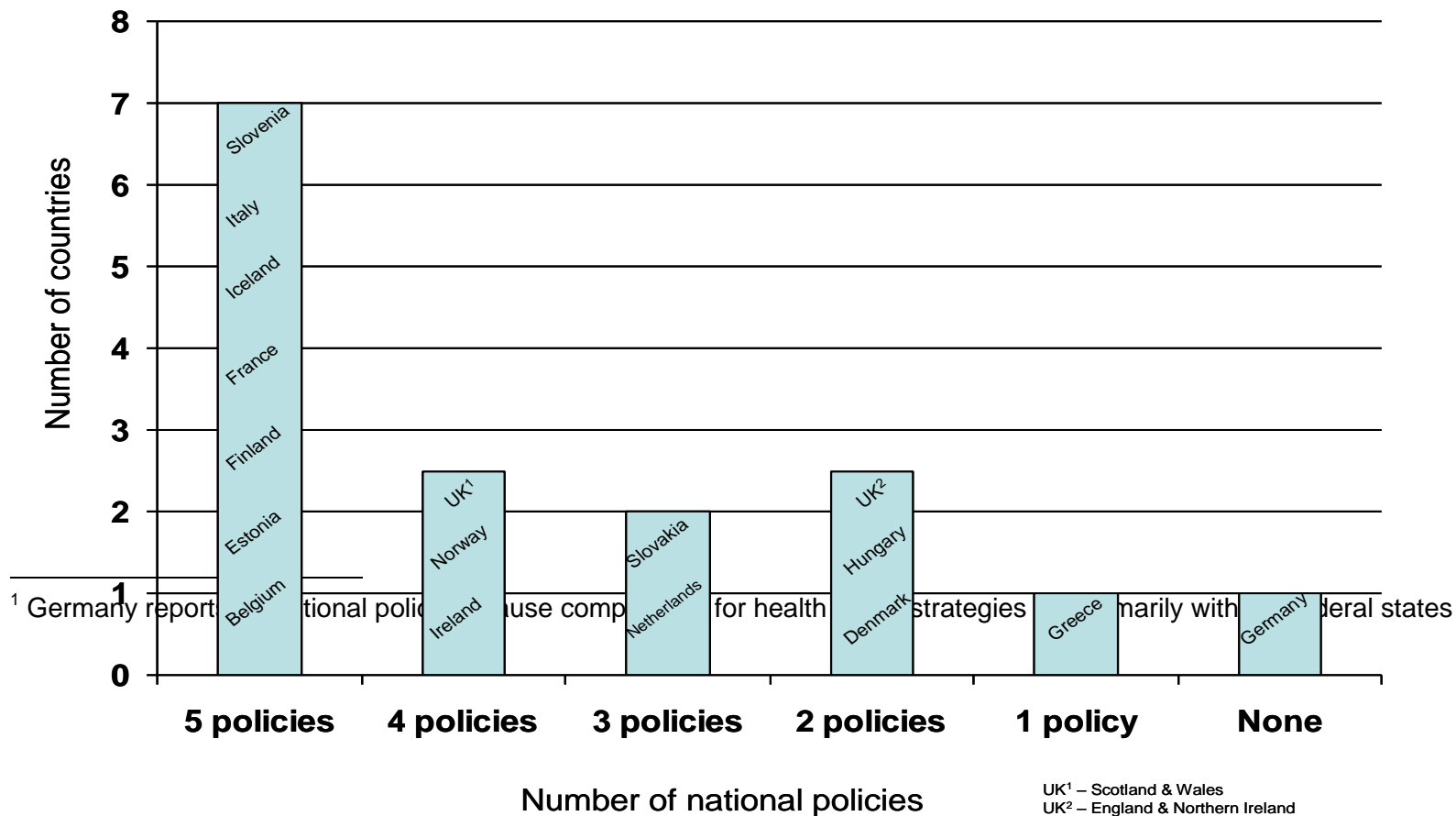
Krajina	Verejné zdravie	Kardiovaskulárne ochorenia	Koronárne ochorenie srdca	Hyper-tenzia	Mozgová porážka	Hyper-lipidémia	Obezita	Cukrovka	Alkohol	Potraviny & výživa	Telesný pohyb	Tabak	Stres	Nerovno-
Belgicko – francúzsky región	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	-	•
Belgicko - flámsky región	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	-	•
Belgicko - nemecký región	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	-	•
Dánsko	•	•	•	x	x	x	•	•	x	x	x	x	x	x
Estónsko	•	•	•	•	•	•	x	x	x	•	•	•	x	x
Fínsko	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	x	•
Francúzsko	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	x	x
Nemecko	x	x	x	x	x	x	o	o	•	•	•	•	x	x
Grécko	o	o	x	x	x	x	x	x	x	x	x	•	x	x
Maďarsko	•	•	•	•	•	x	x	x	x	•	•	•	x	•
Island	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	-	•
Irsko	•	•	•	•	o	x	•	•	•	•	•	•	•	•
Taliansko	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	x	•
Holandsko	•	•	•	x	x	•	o	•	•	•	•	•	x	•
Nórsko	•	x	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	x	•
Slovensko	•	o	•	x	o	x	•	•	•	•	•	•	•	•
Slovinsko	•	•	•	•	•	•	x	o	•	•	•	•	o	•
UK Anglicko	•	x	•	x	•	x	•	•	•	•	•	•	x	•

UK Severné Írsko	•	×	•	×	0	×	•	×	•	•	•	•	•	•
UK Škótsko	•	×	•	•	•	•	×	•	•	•	•	•	×	•
UK Wales	•	×	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	0	•

Kľúč: • = áno; x = nie; o = pripravuje sa; - = bez odpovede alebo neviem

Obrázok 10

Figure 1 Countries reporting national policy in relation to cardiovascular health promotion and/or cardiovascular disease prevention, coronary heart disease, hypertension, stroke and hyperlipidaemia



Národné programy

Tabuľka 9 mapuje existujúce a navrhované národné programy vo všetkých 16 krajinách. Všetky krajiny najčastejšie uvádzali programy na riešenie problémov v súvislosti s tabakom, verejným zdravím, telesnou aktivitou, koronárnym ochorením srdca a výživou, ako sa to odráža aj v oblasti legislatívy a aktivít v oblasti politiky a prípadnej previazanosti s nimi. Aktivity programov boli rozmanité, od multimediálnych kampaní po aktivity zamerané na konkrétne skupiny populácie a realizovali sa v rôznych podmienkach – napr. na školách, pracoviskách a v oblasti primárnej zdravotnej starostlivosti. V programoch sa uplatňovali rôzne prístupy. Programy, tak ako ich uvádzala väčšina krajín, boli prevažne vzdelávacie programy zamerané na dosiahnutie zmeny správania jednotlivcov v súvislosti so zdravím. Niektoré krajiny uvádzali aj prístup zameraný na populáciu v oblastiach ako napr. podpora telesného pohybu prostredníctvom štrukturálnych zmien napr. zabezpečením lepších možností pre cyklistov a športové hry. Dvanásť krajín uviedlo národný program zameraný na diabetes. Polovica resp. viac ako polovica krajín uvádzala existenciu národného programu na podporu kardiovaskulárneho zdravia a/alebo na prevenciu kardiovaskulárnych ochorení alebo programu na riešenie hypertenzie, požívania alkoholu a/alebo obezity. Menej časté boli programy zamerané na hyperlipidémiu, mozgovú porážku a stres. Len 4 krajiny (Belgicko, Fínsko, Taliansko a Spojené kráľovstvo) uviedli konkrétne národné programy na riešenie problému nerovnosti v oblasti zdravia.

Národný program merania detí v Anglicku

Národný program merania detí je jeden z prvkov vládneho pracovného programu pre oblasť detskej obezity a realizuje ho Ministerstvo zdravia spolu s Ministerstvom pre deti, školy a rodiny. Program bol prijatý v roku 2005.

Každý rok sa deti, ktoré začínajú školskú dochádzku (vo veku 4-5 rokov) a deti v šiestom ročníku (vo veku 10-11 rokov) počas školského roka vážia a merajú s cieľom informovať miestne organizácie, ktoré plánujú a poskytujú služby pre deti a s cieľom zhromažďovať údaje potrebné na sledovanie populácie pre účely analýz trendov rastu a obezity.

Program tiež pomáha verejnosti a odbornej komunite lepšie chápať problematiku hmotnosti detí a sú užitočným prostriedkom komunikácie s deťmi a rodinami o zdravom životnom štýle a hmotnosti. Všetci rodičia detí, ktoré sa programu zúčastnili dostanú výsledky ich dieťaťa bez ohľadu na ich váhu s výnimkou prípadov, kedy si rodičia výsledky vyslovene neželajú.

http://www.dh.gov.uk/en/Publichealth/Healthimprovement/Healthyliving/DH_073787

Tabuľka 9: Mapovanie existujúcich a plánovaných národných programov vo všetkých krajinách WP5

Krajina	Verejné zdravie	Kardiova skulárne ochorenie	Koronár. ochorenie srdca	Hyper-tenzia	Mozgová porážka	Hyper-lipidémia	Obezita	Cukrovka	Alkohol	Výživa	Telesný pohyb	Tabak	Stres	Nerovnosť
Belgicko – francúz. región	•	•	•	•	•	x	•	•	•	•	•	•	•	•
Belgicko - flámsky region	•	•	•	•	•	x	•	•	•	•	•	•	•	•
Belgicko - nemecký región	•	•	•	•	•	x	•	•	•	•	•	•	•	•
Dánsko	x	•	o	x	x	x	x	o	x	x	x	x	-	x
Estónsko	•	•	•	•	•	•	x	x	x	•	•	•	x	x
Fínsko	•	•	•	•	x	•	x	•	•	•	•	•	x	•
Francúzsko	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	x	x
Nemecko	•	•	•	x	x	x	•	•	•	x	•	•	x	x
Grécko	x	x	•	•	-	•	•	•	-	-	•	•	•	-
Maďarsko	x	x	•	•	-	-	-	-	-	•	-	•	-	-
Island	•	x	•	•	x	•	•	•	•	•	•	•	•	-
Írsko	•	•	•	x	x	x	x	x	•	•	•	•	x	-
Taliansko	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	x	•
Holandsko	•	•	x	x	x	•	•	•	o	x	x	•	x	x
Nórsko	•	x	x	•	x	x	x	•	x	•	•	•	x	x
Slovensko	•	•	x	x	x	x	•	•	•	•	•	•	•	x
Slovinsko	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	-	-	-
UK Anglicko	•	x	•	•	•	x	•	•	•	•	•	•	•	•
UK Severné Írsko	•	x	x	x	•	x	•	•	x	•	•	•	•	•
UK Škótsko	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
UK Wales	•	•	•	•	•	•	x	•	•	•	•	•	•	•

Kľúč: • = áno; x = nie; o = pripravuje sa; - = neviem, bez odpovede

Národné usmerňujúce dokumenty/normy

Tabuľka 10 mapuje existujúce a pripravované národné usmerňujúce dokumenty/normy vo všetkých 16 krajinách. 2 krajiny uviedli absenciu národných usmerňujúcich dokumentov/noriem (Dánsko, Grécko). Všetky ostatné krajiny uviedli existenciu usmerňujúcich dokumentov/noriem pre oblasť koronárneho ochorenia srdca a hypertenzie, pričom menšina z nich uviedla oficiálne vládne prijatie existujúcich európskych usmerňujúcich dokumentov. Väčšina krajín uviedla existenciu národných usmerňujúcich dokumentov/noriem pre oblasť prevencie hyperlipidémie (okrem Dánska, Grécka a Talianska), cukrovky a mozgovej porážky. Desať krajín uviedlo usmerňujúce dokumenty/normy pre obezitu.

**Tabuľka 10: Mapovanie existujúcich a plánovaných usmerňujúcich dokumentov/noriem vo všetkých krajinách
WP 5**

Krajina	Koronárne ochorenie srdca	Hypertenzia	Mozgová porážka	Hyperlipidémia	Obezita	Cukrovka
Belgicko – francúz. región	•	•	•	•	•	×
Belgicko – flámsky región	•	•	•	•	•	•
Belgicko - nemecký región	•	•	•	•	•	×
Dánsko	×	×	×	×	×	×
Estónsko	•	•	×	•	•	•
Fínsko	•	•	•	•	•	•
Francúzsko	•	•	•	•	•	•
Nemecko	•	•	•	0	•	•
Grécko	×	×	×	×	×	×
Maďarsko	•	•	•	•	•	•
Island	•	•	•	•	•	•
Írsko	•	•	0	•	•	0
Taliansko	•	•	•	•	•	•

Holandsko	•	•	•	•	•	•
Nórsko	•	•	•	•	•	x
Slovensko	•	•	-	•	-	•
Slovinsko	•	•	•	•	x	•
UK Anglicko	•	•	•	o	•	•
UK Severné Írsko	•	•	•	•	•	•
UK Škótsko	•	•	•	•	•	•
UK Wales	•	•	•	o	•	•

Kľúč: • = áno; x = nie; o = pripravuje sa; - = neviem, bez odpovede

Národné ciele, monitorovanie a hodnotenie

Tabuľka 11 uvádza odpovede týkajúce sa národných cieľov v oblasti verejného zdravia, podpory kardiovaskulárneho zdravia a/alebo prevencie ochorení, vykonávania akéhokoľvek monitorovania existujúcich cieľov a informácie týkajúce sa systematického verejného vykazovania a vyhodnocovania iniciatív v oblasti zdravia srdca.

Všetky krajiny mali nejaký typ cieľov v oblasti kardiovaskulárneho zdravia a/alebo prevencie kardiovaskulárnych ochorení. Uvádzané boli ako všeobecné ciele zamerané na zníženie prevalencie zlého kardiologického zdravotného stavu u špecifických skupín obyvateľstva a/alebo ako ciele súvisiace s rizikovými faktormi. Dve krajiny (Fínsko a Slovinsko) a jedna komunita v Belgicku uviedli tieto ciele spolu s monitorovaním výsledkov, ďalej uviedli štruktúru na systematické verejné vykazovanie činnosti a vyhodnocovanie určitého typu aktivity v oblasti zdravia srdca. Podobne aj Slovensko uviedlo ciele, monitorovanie plnenia vytýčených cieľov, vyhodnocovanie a štruktúru na systematické verejné vykazovanie vyvíjaných aktivít. Estónsko a tri časti Spojeného kráľovstva (Severné Írsko nie) uviedli ciele, monitorovanie plnenia vytýčených cieľov, vyhodnocovanie, ale absentuje tam štruktúra na systematické verejné vykazovanie aktivít. Päť krajín (Francúzsko, Island, Írsko, Taliansko a Holandsko) a jedna časť Spojeného kráľovstva (Severné Írsko) uviedlo existenciu cieľov a určitú formu monitorovania plnenia vytýčených cieľov.

Všeobecné poznámky

Materiál poskytuje prehľad uvádzaných aktivít, ale mohli byť vykonané len jednoduché deskriptívne analýzy, a to z viacerých dôvodov. Napriek značnému úsiliu štandardizovať metodiku zberu údajov a mieru podrobnosti údajov na národnej úrovni, jednotlivé krajiny poskytli informácie, ktoré išli do hĺbky rôzneho stupňa. To znemožnilo praktické detailné porovnanie. Niekedy to bolo spôsobené nereagovaním na žiadosť o poskytnutie kľúčových informácií od vládnych inštitúcií v rámci krajiny. Okrem toho, značná časť relevantnej dokumentácie bola k dispozícii len v jazyku krajiny, a preto sa bolo treba spoliehať na názov alebo stručné zhrnutie v angličtine, keďže náklady na preklad neboli zahrnuté v rámci pracovného balíka.

Napriek uvedeným praktickým problémom, rovnako ako pri podobných projektoch, mapovanie ukázalo, že vo väčšine krajín zapojených do tohto pracovného balíka existuje národná stratégia a aktivity na podporu kardiovaskulárneho zdravia a/alebo prevenciu kardiovaskulárnych ochorení. Komentovanie efektívnosti takých opatrení v rámci krajiny alebo posudzovanie rozsahu rôznych prístupov v jednotlivých krajinách presahuje pôsobnosť tohto projektu.

Zistenia však ukazujú, že vo väčšine krajine previazanosť medzi legislatívnou úpravou, politickými opatreniami a programovými iniciatívami bola najsilnejšia v súvislosti s verejným zdravím, koronárnymi chorobami srdca, tabakom, výživou a telesným pohybom. Vo všetkých krajinách existuje spolupráca medzi vládou a partnerskými organizáciami. Bežné boli usmerňujúce dokumenty pre manažment koronárneho ochorenia srdca a hypertenzie. Väčšina krajín uviedla určitý typ cieľov na podporu kardiovaskulárneho zdravia a/alebo prevenciu kardiovaskulárnych ochorení. Previazanosť medzi uvedenými cieľmi a monitorovaním, verejným vykazovaním, meraním dosahovania vytýčených cieľov a vyhodnocovaním na národnej úrovni bola však menej jasná.

Asi u polovice zo zúčastnených 16 krajín sa dali identifikovať rozpočtové prostriedky pridelené na realizáciu politiky/programov, ale vo väčšine prípadov údaje o financovaní boli neúplné. Táto skutočnosť možno súvisela s problémom metodiky zberu údajov, možno poukazovala na potrebu „otvorenejšieho a transparentnejšieho“ procesu rozhodovania alebo možno odráža všeobecné problémy pri adresnom získavaní zdrojov na aktuálne napĺňanie aktivít v oblasti podpory kardiovaskulárneho zdravia a/alebo prevencie kardiovaskulárnych ochorení.

Tabuľka 11: Mapovanie existujúcich a plánovaných národných cieľov, monitorovania a hodnotenia vo všetkých krajinách

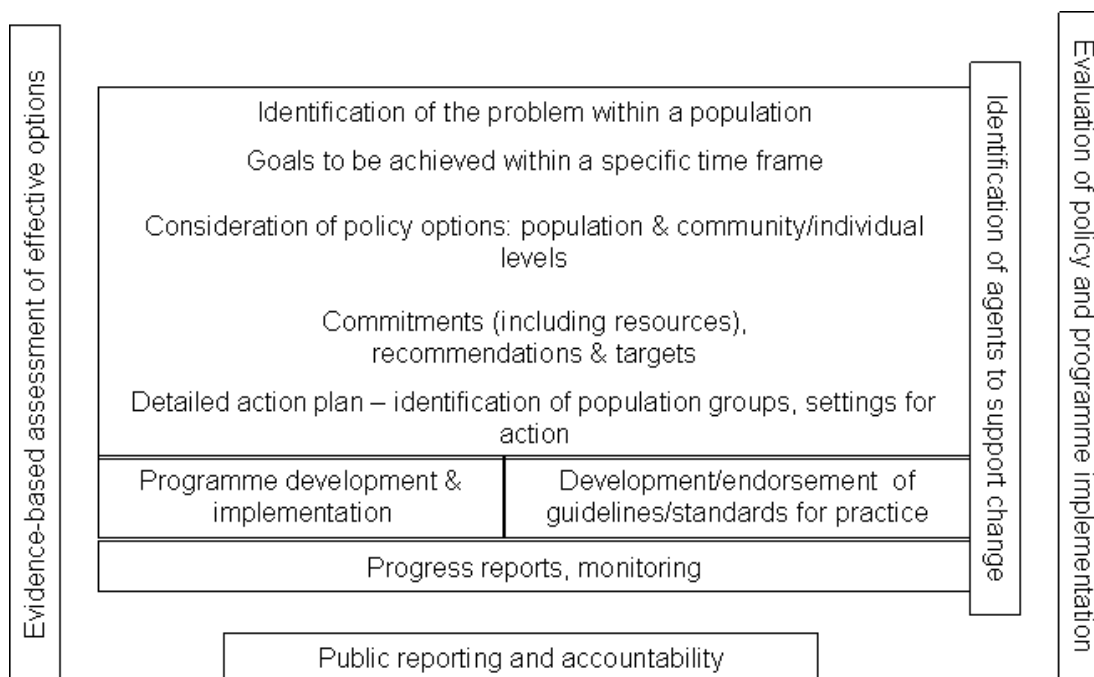
Krajina	Verejné zdravie	Kardiovaskulárne ochorenie	Monitorovanie	Vykazovanie	Hodnotenie
Belgicko – francúz. región	•	×	×	×	×
Belgicko - flámsky región	•	•	•	•	•
Belgicko - nemecký región	×	×	×	•	×
Dánsko	o	×	×	×	×
Estónsko	•	•	•	×	•
Fínsko	•	•	•	•	•
Francúzsko	•	-	•	×	•
Nemecko	•	×	×	×	o
Grécko	×	×	×	×	×
Maďarsko	×	•	×	×	-
Island	•	•	•	×	×
Írsko	×	•	•	×	•
Taliansko	•	•	•	•	•
Holandsko	•	×	•	•	•
Nórsko	•	×	×	•	×
Slovensko	•	•	•	o	•
Slovinsko	•	•	•	•	•
UK Anglicko	•	•	•	×	•
UK Severné Írsko	•	•	•	×	×
UK Škótsko	•	•	•	×	•
UK Wales	•	•	•	×	•

Kľúč: • = áno; x = nie; o = pripravuje sa; - = neviem, bez odpovede

Základné prvky komplexnej národnej stratégie pre kardiovaskulárne ochorenia

V dokumentoch rôznych krajín boli prítomné podobné témy, čo poukazovalo na prítomnosť určitých spoločných prvkov, ktoré sú dôležité pri rozvíjaní národných stratégií. Obrázok 11 znázorňuje témy identifikované v navrhnutom modeli. V nasledujúcom odseku sú príklady, ktoré uviedli jednotliví národní koordinátori a ktoré ilustrujú ako by sa témy identifikované na Obr. 11 dali aplikovať v kontexte navrhovania a implementácie politiky v reálnych podmienkach. Ďalšie informácie o týchto politikách sú v doplňujúcej správe, správach Country Summary na <http://www.ehnheart.org/content/itemstory.asp?level0=1456&level1=2096&level2=2176>

Obrázok 11: Návrh modelu základných prvkov komplexnej národnej stratégie



Identifikácia problému v rámci populácie

Tento prvok poskytol informácie o východiskových podmienkach v oblasti konkrétnych problémov identifikovaných v dokumente o politike a o konkrétnych skupinách populácie, ktoré sú najviac postihnuté. V niektorých prípadoch boli uvedené aj informácie o spôsobe identifikácie týchto problémov (napr. prostredníctvom národných prieskumov, konsenzu expertných skupín a pod.).

Príklad: Akčný plán na podporu kardiologického zdravia vo Fínsku na roky 2005-2011

Kardiovaskulárne ochorenia sú najčastejšou príčinou úmrtia mužov aj žien vo Fínsku, ale dôraz sa presunul na staršie vekové skupiny. Úmrtnosť na KOS je síce päťkrát vyššia u mužov v produktívnom veku ako u žien, ale celkový počet úmrtí v celej populácii je takmer rovnaký u mužov ako u žien. Zdravotné rozdiely v chorobnosti sú významné medzi skupinami populácie a napriek vytýčeným cieľom politiky zdravotnej starostlivosti vo Fínsku, tieto rozdiely sa nezmenšujú. Pozitívny vývoj nastal u všetkých sociálnych skupín, ale najpomalšie u nižších sociálnych skupín. Zvýšil sa výskyt obezity u dospelých aj u detí. Percento mladých chlapcov vo veku 12 rokov s nadváhou narástlo z 7% na 27% a u dievčat z 7% na 18% v rokoch 1977 až 2005. Percento mladých chlapcov s nadváhou vo veku 18 rokov sa zvýšilo z 6% na 25% a u dievčat z 1% na 13% v rokoch 1977 až 2005.

Zdroj: Anna-Liisa Rajala

Action Plan for Promoting Finnish Heart Health for the years 2005-2011 (2005). Finnish Heart Association www.sydanliitto.fi

Ciele, ktoré sa majú dosiahnuť v určitom časovom horizonte

Široko koncipované ciele politiky sa uvádzali vo väčšine dokumentov. Boli formulované rôzne, od všeobecných vyhlásení zámeru po – čo je užitočnejšia forma – merateľné ciele, ktoré sa majú naplniť v určenom časovom horizonte.

Príklad: Estónska stratégia kardiologického zdravia na r. 2005-2020

Zastrešujúci cieľ stratégie je dosiahnuť permanentný pokles predčasnej kardiovaskulárnej morbidity a mortality v estónskej populácii. Ciele sú:

- znížiť riziko u Estóncov vo veku 30-60 rokov, ktorí už sú vo vysokorizikovej skupine
- znížiť úmrtnosť na KVO vo vekovej skupine 30-65 rokov o 5% do r. 2010 v porovnaní s r. 2004
- urobiť skrining aspoň 90% ľudí s vysokým rizikom KVO do r. 2008
- redukovať celkové riziko KVO o 10%

Zdroj: Marianne Sirel

<http://www.sm.ee/eng/pages/index.html>

Zvažovanie možností v oblasti politiky: úroveň celej populácie & komunity / úroveň jednotlivca

V niektorých prípadoch informácie o možnostiach v oblasti politiky (napr. uplatnenie prístupu na úrovni celej populácie alebo aktivít zameraných na jednotlivcov alebo kombinovaný prístup), o ktorých sa uvažovalo pred prijatím rozhodnutia o prístupe danej politiky, boli poskytnuté ako informácie o východiskových podmienkach spolu s informáciami o tom, ako fungoval proces rozhodovania.

Príklad: Za zdravšie srdcia, 1999

Ministerstvo zdravotníctva a detí založilo skupinu, ktorá má na starosti stratégiu pre kardiovaskulárne zdravie s úlohou vypracovať strategický prístup s cieľom zredukovať úmrtia a ochorenia spôsobené KVO, ktorým sa dalo predísť. Zadanie pre skupinu si vyžadovalo zváženie iniciatívnych opatrení na zlepšenie kardiovaskulárneho zdravia, ďalší rozvoj kardiologickej starostlivosti a rehabilitácie na úrovni primárnej, sekundárnej a terciárnej starostlivosti a koordináciu služieb pre pacientov. Minister žiadal, aby skupina uskutočnila rozsiahly proces konzultácií: oslovila 53 štátnych a dobrovoľníckych organizácií a dostala 43 reakcií. Zástupcovia kľúčových organizácií boli pozvaní na stretnutie so skupinou a skupina sa počas návštev v teréne stretla s pracovníkmi nemocníc, záchrannej služby a komunitných organizácií. Dva samostatné dotazníky dostali nemocnice, ktoré sa starajú o pacientov s kardiologickými problémami. Skupina zasadala 20 ráz a boli vytvorené viaceré podskupiny pre riešenie rôznych potrieb, ktoré sa objavili počas procesu. Na základe konzultácií, diskusií a literatúry o liečbe a zdravotnej starostlivosti pri kardiologických problémoch v Írsku aj zahraničí bola zostavená záverečná správa. Správa bola vypracovaná v kontexte ďalších dokumentov o zdravotnej politike. V súlade s národnou politikou, skupina sa riadila podľa nasledujúcich princípov:

- zdravie a prínosy v sociálnej oblasti
- rovnosť dostupnosti
- kvalita
- efektívnosť a účinnosť
- zodpovednosť a audit

Zdroj: Maureen Mulvihill

Department of Health and Children (1999). Building Healthier Hearts - The Report of the Cardiovascular Health Strategy Group. Government Publications Office. Dublin

Záväzky (vrátane zdrojov), odporúčania & ciele

Najčastejšie boli v dokumente o politike uvedené odporúčania a stanovené ciele, pričom informácie o pridelených zdrojoch (vrátane finančných, personálnych a pod.) boli uvedené zriedkavejšie.

Príklad: Taliansky národný plán prevencie na r. 2005 – 2007

Finančné zdroje, ktoré regióny vyčlenili na realizáciu plánu boli 240 miliónov eur ročne, čo zodpovedalo 25% podielu zo zdrojov, ktoré každý región mal na dosiahnutie plánu zdravia. Okrem týchto zdrojov regióny prideliť ďalších 200 miliónov eur na Národný plán prevencie na každý rok obdobia 2005, 2006 a 2007. Každý rok regióny takto mohli použiť úhrnnú sumu 440 miliónov eur na Národný plán prevencie (zahŕňal všetko: očkovanie, deratizáciu a boj proti komárom, verejnú hygienu atď.).

*Zdroj: http://www.epicentro.iss.it/focus/piano_prevenzione/Tabella_CCM.pdf
http://www.ccm-network.it/Pnp_intro*

Detailný akčný plán: identifikácia skupín populácie, podmienky aktivít

Väčšina politik uvádzala informácie o zamýšľaných aktivitách, čo v konečnom dôsledku bola sumarizácia kľúčových aktivít, ktoré sa uskutočnia na základe politiky. Tak ako pri iných kľúčových prvkoch, aj tu bol široký záber – počnúc politikou so všeobecnými vyhláseniami o zámeroch končiac detailnejšie rozpracovanými úlohami, zodpovednými osobami a časovým rozsahom.

Príklad: Koronárna choroba srdca: národný rámec služieb pre koronárne choroby srdca – moderné štandardy a modely poskytovania služieb.

Plán má za cieľ zredukovať srdcové ochorenia v celej populácii Anglicka a má aj konkrétne ciele zamerané na vysokorizikových pacientov. Má za cieľ aj zredukovať nerovnosť v oblasti zdravia. Jednotlivé aktivity na podporu zdravia sú zacielené na zdravotnícke inštitúcie, miestne inštitúcie, sféru primárnej starostlivosti a inštitúcie verejného zdravotníctva.

Do októbra 2000 zdravotnícke inštitúcie, miestne inštitúcie, sféra primárnej starostlivosti a inštitúcie verejného zdravotníctva:

- sa aktívne zúčastnia na vypracovaní programov na zlepšenie zdravia
- dohodnú sa na zodpovednosti a úlohách v konkrétnych projektoch vytýčených v programoch na zlepšenie zdravia
- dohodnú sa na mechanizme zodpovednosti za aktivity, na ktoré sa podujali v rámci programov na zlepšenie zdravia
- dohodnú sa na mechanizme, ktorý zabezpečí poskytovanie informácií o napĺňaní úloh politiky na podporu zdravia výboru
- určia osobu, ktorá bude plniť úlohu kontaktnej osoby voči partnerským organizáciám

Do apríla 2001 zdravotnícke inštitúcie, miestne inštitúcie, sféra primárnej starostlivosti a inštitúcie verejného zdravotníctva:

- sa dohodnú a budú prispievať k napĺňaniu miestneho programu účinnej politiky zameranej na a) zredukovanie fajčenia b) podporu zdravej výživy c) zvýšenie telesného pohybu a d) zredukovania nadváhy a obezity
- zavedú mechanizmus, prostredníctvom ktorého sa budú revidovať všetky nové politiky a bude sa skúmať ich dopad na zdravie
- ako zamestnávateľ zrealizuje politiku v oblasti boja proti fajčeniu
- budú vedieť klientom resp. používateľom služieb odporučiť špeciálne služby zamerané na zanechanie fajčenia, vrátane kliník
- vytvoria profil rovnosti a stanovia miestne ciele v oblasti rovnosti

Do apríla 2002 zdravotnícke inštitúcie, miestne inštitúcie, sféra primárnej starostlivosti a inštitúcie verejného zdravotníctva:

- budú mať kvantitatívne údaje, nie staršie ako 12 mesiacov, o realizácii politiky na:
 - zredukovanie prevalencie fajčenia
 - podporu zdravej výživy
 - podporu telesného pohybu
 - zredukovanie nadváhy a obezity
- ako zamestnávateľ vypracuje "zelené" plány prepravy a podnikne kroky na realizáciu politiky priateľskej voči zamestnancom

Do apríla 2003 zdravotnícke inštitúcie, miestne inštitúcie, sféra primárnej starostlivosti a inštitúcie verejného zdravotníctva:

- zrealizujú plány na vyhodnotenie plnenia národných cieľov v súvislosti s programom Saving Lives: Our Healthier Nation (Zachráňme život: zdravší obyvatelia) a miestnych cieľov

Národný rámec služieb tiež stanovuje čo má byť zahrnuté v modeloch služieb, aby sa vykonávali efektívne programy a politika prevencie:

- Miestni aktéri by mali zostaviť **program na zlepšenie zdravia**, v ktorom zlepšenie zdravia a zredukovanie nerovnosti je jasnou prioritou; ktorý sa odvoláva na odporúčania výročnej správy riaditeľa verejného zdravotníctva a na miestny profil rovnosti; uvádza konkrétne aktivity, ktoré majú na starosti jednotlivé organizácie; ktorý na miestnej úrovni nadväzuje na relevantnú národnú politiku; konkretizuje štruktúru, proces a výsledné opatrenia, podľa ktorých sa bude hodnotiť plnenie úloh na miestnej úrovni.
- Miestni aktéri budú spolupracovať s kľúčovými zainteresovanými osobami a vytvoria skupinu na vypracovanie realizačného plánu a sledovanie jeho plnenia na miestnej úrovni.
- Miestni aktéri by mali **posúdiť** potenciálne **zdravotné dopady** významných rozhodnutí v oblasti politiky a ich priamy resp. nepriamy dosah na kardiologickú starostlivosť.
- Riaditelia pre verejné zdravotníctvo na miestnej úrovni by mali vypracovať **profil rovnosti** pre miestnych obyvateľov, identifikovať nerovnosti v oblasti kardiologického zdravotníctva a dostupnosti prevencie a liečby. Informácie by mali byť postúpené priamo do programu na zlepšenie zdravia.
- Zdravotné inštitúcie v spolupráci so sektorom primárnej starostlivosti by mali zriadiť **služby na pomoc pri odvykaní od fajčenia** pre fajčiarov, ktorí chcú prestať fajčiť. Tieto služby by mali byť zamerané na znevýhodnené komunity, mládež a tehotné ženy a mali by byť dostupné v rôznych podmienkach, poskytovať podporu, poradenstvo a následnú starostlivosť ako aj bezplatnú substitučnú terapiu v rozsahu jedného týždňa pre fajčiarov, ktorí si ju najmenej môžu dovoliť.
- Mal by sa uplatniť prístup zameraný na **rozvoj komunity**, pričom profesionáli by pôsobili ako facilitátori a zapájali by miestne komunity do rozhodnutí, ktoré majú vplyv na ich zdravie.
- Verejné zdravotníctvo a miestne inštitúcie by mali vypracovať a realizovať **politiku zameranú na pracoviská**, na ochranu a zlepšenie zdravia (vrátane kardiologického zdravia) pracovníkov a informovať o napredovaní príslušné výbory a rady.

Zdroj: Rebecca Salay

Department of Health (2000) *Coronary heart disease: national service framework for coronary heart disease - modern standards and service models*. London: Department of Health

Návrh a realizácia programu

Väčšina dokumentov o politike obsahovala informácie o tom ako sa má vypracovať akčný plán aj konkrétne informáciami o spôsobe realizácie akčného plánu.

Príklad: Islandský Národný plán zdravia do r. 2010

Ministerstvo zdravia a sociálneho zabezpečenia uskutoční administratívnu realizáciu a revidovanie cieľov plánu. Riaditeľstvo pre zdravie zabezpečí zber a spracovanie informácií a odborné monitorovanie. Okresní lekári, zdravotnícki pracovníci, riaditelia inštitúcií, odborníci, spolupracujúce rady a výbory zdravotníckych inštitúcií budú pomáhať pri realizácii rôznych aspektov plánu. Boli menované viaceré pracovné skupiny. Budú pracovať na naplnení cieľov a zabezpečia monitorovanie realizácie plánu na miestnej úrovni. Pre realizáciu plánu je mimoriadne dôležitá úzka spolupráca s nemocnicami, zdravotnými strediskami, profesionálnymi zdravotníkmi a ďalšími relevantnými stranami. Každoročne sa bude publikovať prehľad alebo správa o stave plnenia projektov Národného plánu zdravia.

Národný plán zdravia: *“Tiež je dôležité, aby sa podľa Národného plánu zdravia riadili všetky úrovne poskytovateľov zdravotnej starostlivosti a aby ho podporovali rady, regionálne organizácie, mimovládne organizácie, profesné a záujmové organizácie, súkromné spoločnosti,*

rodiny a jednotlivci. Treba tiež zabezpečiť, aby program lepšieho zdravia na Islande podporovala politika štátu, komunity a sociálni partneri a propagovali ju v rôznych spoločenských oblastiach.”

Zdroj: Bylgja Valtýsdóttír

The Ministry of Health and Social Security (2001). The National Health Plan to the Year 2010. Long time goals in health care. Reykjavik: The Ministry of Health and Social Security.

Vypracovanie/prijímanie usmerňujúcich dokumentov/noriem pre prax

V niektorých prípadoch boli poskytnuté informácie o tom ako sa majú navrhovať usmerňujúce dokumenty/normy alebo ako ich použiť na podporu realizácie politiky.

Príklad: Koronárna choroba srdca: národný rámec služieb pre koronárnu chorobu srdca – aktuálne normy a modely služieb.

Boli stanovené formálne normy pre každú oblasť starostlivosti a očakáva sa, že verejné zdravotníctvo v Anglicku ich bude dodržiavať. Tieto normy vychádzali z jasných dôkazov, že intervencie sú klinicky a nákladovo efektívne. Ohniskové skupiny skúmali dôkazy v jednotlivých oblastiach. Identifikovali sa aj modely starostlivosti a systémy poskytovania služieb, ktoré sa osvedčili ako efektívne a ktoré by mohli pomôcť dosiahnuť ciele národného rámca služieb.

Zdroj: Rebecca Salay

Department of Health (2000) Coronary heart disease: national service framework for coronary heart disease - modern standards and service models. London: Department of Health

Priebežné správy, monitorovanie

Niektoré dokumenty o politike poskytovali informácie o spôsobe monitorovania a vykazovania plnenia cieľov politiky.

Príklad: Zdraví po celý život – ciele a stratégie pre politiku verejného zdravia dánskej vlády na roky 2002 – 2010

Vláda predstaví program ukazovateľov s kľúčovými hodnotami pre celkové ciele programu Zdraví po celý život, rizikové faktory, cieľové skupiny a podmienky podpory zdravia. Trendy u týchto ukazovateľov sa budú pravidelne aktualizovať na webovej stránke www.folkesundhed.dk. Počas trvania programu Zdraví po celý život sa bude zostavovať aktualizovaná verzia v ročných publikáciách.

Zdroj: Mads Hylgaard

Ministry of Interior and Health (2003): Healthy throughout Life – the targets and strategies for public health policy of the Government of Denmark, 2002 – 2010.

Zverejňovanie správ a zodpovednosť

Niektoré dokumenty o politike uvádzali informácie o tom ako sa budú zverejňovať správy o plnení cieľov politiky.

Príklad: Za zdravšie srdcia, 1999

Minister zdravotníctva a detí menoval pracovnú skupinu pre kardiologické zdravie, aby dohliadala na realizáciu Stratégie kardiovaskulárneho zdravia, podávanie správ pre Joint Oireachtas (komory parlamentu), Výbor pre zdravotníctvo a deti a pre Poradnú skupinu o najvhodnejšom spôsobe realizácie odporúčaní zo správy. Boli publikované tri priebežné správy:

- Priebežná správa Pracovnej skupiny pre kardiologické zdravie za júl 1999 – 2001 (2001). Dublin: Government Publications Office
- Pracovná skupina pre kardiologické zdravie (2003) Írske meniace sa srdce (2002). Druhá správa o realizácii stratégie kardiovaskulárneho zdravia. Dublin: Government Publications Office
- Exekutíva zdravotných služieb (2006) Ireland Take Heart. Priebežný audit realizácie programu Za zdravšie srdcia 1999-2005. Dublin: HSE, Population Health.

Zdroj: Maureen Mulvihill

Department of Health and Children (1999). Building Healthier Hearts - The Report of the Cardiovascular Health Strategy Group. Government Publications Office. Dublin

Na dôkazoch založené hodnotenie efektívnych možností

Niektoré dokumenty o politike uvádzali informácie o spôsobe využitia dôkazov z výskumu na usmernenie procesu navrhovania politiky, pričom sa napríklad citovali vedecké dôkazy o efektívnosti rôznych intervencií.

Príklad: Islandský národný plán zdravia do roku 2010

Každý hlavný cieľ uvádza prehľad aktuálnej situácie, ktorý vychádza zo štatistických údajov alebo výskumu. Pri zostavovaní Národného plánu zdravia sa použila analýza Správy o nákladoch a prínosoch Ústavu ekonomických štúdií.

Zdroj: Bylgja Valtýsdóttír

The Ministry of Health and Social Security (2001). The National Health Plan to the Year 2010. Long time goals in health care. Reykjavik: The Ministry of Health and Social Security.

Hodnotenie realizácie politiky a programov

Kľúčový prvok, ktorý sa však zriedkavejšie uvádzal v dokumentoch o politike, poskytoval informácie o plánovanom hodnotení alebo vedeckých štúdiách, prostredníctvom ktorých by sa hodnotila 'úspešnosť' politiky a získali by sa informácie pre proces plánovania v budúcnosti.

Príklad: Akčný plán na podporu fínskeho kardiologického zdravia na roky 2005-2011

Fínska kardiologická asociácia sprístupnila elektronický bulletin a výročnú správu na <http://www.sydanliitto.fi>

Sosiaalikehitys Ltd hodnotí Fínsky kardiologický plán. Správa v polovici obdobia vyjde koncom roka 2008.

Zdroj: Anna-Liisa Rajala

Action Plan for Promoting Finnish Heart Health for the years 2005-2011 (2005). Finnish Heart Association www.sydanliitto.fi

Identifikácia aktérov na podporu zmeny

Vo väčšine dokumentov o politike boli uvedené príklady kľúčových skupín ľudí, ktorých podpora bude potrebná na realizáciu politiky.

Príklad: Politika prevencie vo verejnom zdravotníctve – List ministra zdravotníctva, sociálnych vecí a športu (Holandsko)

Vláda apeluje na všetkých partnerov v oblasti prevencie, ktorí majú súbežné záujmy – v rámci zdravotníctva aj mimo neho – aby spolupracovali a prispeli k realizácii agendy zmeny a posilnenia politiky prevencie. Napríklad:

- Ministerstvo zdravotníctva a iné rezorty (školsťva, mládeže a rodiny a pod.)
- Rada pre zdravotné poistenie (CVZ), Národný ústav verejného zdravotníctva a prostredia (RIVM), Holandská rada pre zdravie (GR), Ústav Trimbos atď.
- samosprávy, obecné zdravotné služby, školy, zamestnávatelia, priemysel, Národný ústav športu a telesného výchovy (NISB)

Zdroj: Marijke Luif

Policy on prevention for the public health – Letter of the Minister of Health, Welfare and Sport on the vision of the government on health and prevention (piece number 22849, no. 134). The Hague, 24 September 2008. www.tweedekamer.nl

Závery

Cieľom projektu mapovania EuroHeart bolo získať komplexné porovnateľné informácie o politike, plánoch a opatreniach na podporu kardiovaskulárneho zdravia a prevenciu kardiovaskulárnych ochorení. Mal zistiť rozdiely medzi politikami a aktivitami v rámci Európy a určiť základné prvky komplexnej národnej stratégie pre kardiovaskulárne ochorenia. Po mnohých stránkach bol úspešný. Projekt popísal aktivity v oblasti podpory kardiovaskulárneho zdravia a prevencie kardiovaskulárnych ochorení v 16 krajinách Európy. Mal by umožniť krajinám posúdiť svoju činnosť vo svetle aktivít iných krajín. V dokumentácii pre oblasť politiky sa podarilo identifikovať spoločné prvky. Tento záber ukázal nasledujúce skutočnosti:

- Všetky krajiny vedeli určiť rezort vlády, ktorý je hlavným zodpovedným rezortom za podporu kardiovaskulárneho zdravia a/alebo prevenciu kardiovaskulárnych ochorení. Menej krajín vedelo identifikovať konkrétnu organizáciu zodpovednú za koordináciu aktivít na podporu kardiovaskulárneho zdravia a/alebo na prevenciu kardiovaskulárnych ochorení.
- Každá krajina uviedla určitý typ legislatívy vzťahujúcej sa na verejné zdravie, kontrolu tabaku a potravín. Väčšina krajín uviedla legislatívu na kontrolu alkoholu a na podporu telesného pohybu. Menej bežná bola legislatíva vzťahujúca sa na iné otázky súvisiace s chorobami a rizikovými faktormi životného štýlu, ktoré súvisia s kardiovaskulárnymi ochoreniami.
- Najčastejšie uvádzané národné politiky zhruba zodpovedali oblastiam, ktoré sú najčastejšie upravené legislatívou, menovite oblasť verejného zdravia, tabaku, koronárneho ochorenia srdca, výživy a telesného pohybu. Väčšina krajín uviedla národnú politiku na riešenie nerovnosti v oblasti zdravia. Viaceré krajiny uviedli programy alebo odporúčania/politiku umožňujúce včasnú diagnózu (identifikácia vysokorizikových skupín populácie alebo skríning).
- Programy na riešenie problematiky tabaku, verejného zdravia, telesného pohybu, koronárneho ochorenia srdca a výživy všetky krajiny uvádzali najčastejšie, a ako sa ukázalo, boli poväčšine previazané s aktivitami v oblasti legislatívy a politiky.
- Rozpočty na realizáciu politiky/programu sa dali ťažko identifikovať a vo väčšine prípadov údaje o financovaní boli neúplné.
- Väčšina krajín uviedla národné usmerňujúce dokumenty/normy pre koronárne ochorenie srdca a hypertenziu, manažment hyperlipidémie, cukrovku, prevenciu mozgovej porážky a obezitu.

- Väčšina krajín uvádzala určitý typ cieľov v oblasti kardiovaskulárneho zdravia a/alebo prevencie kardiovaskulárnych ochorení. Menej jasná bola previazanosť cieľov s monitorovaním, verejným informovaním o plnení cieľov a ich vyhodnocovaním na národnej úrovni.

Napriek tomu, že projekt priniesol hodnotné zistenia, u všetkých, ktorí sa podieľali na pracovnom balíku 5 EuroHeart, prevláda pocit frustrácie, keďže komentovanie efektívnosti prijatých opatrení v rôznych krajinách resp. porovnanie a hodnotenie dosahu rôznych prístupov v jednotlivých krajinách ostáva mimo pôsobnosti tohto projektu. Do určitej miery je to zapríčinené použitými metódami, ktoré boli limitované finančnými zdrojmi pridelenými na tento projekt. Ale aj pri veľkorysejšom finančnom dotovaní by hľadanie odpovedí na otázky o tom ktorý typ aktivít na podporu kardiovaskulárneho zdravia a na prevenciu kardiovaskulárnych ochorení sa osvedčil ako najvhodnejší pre určité skupiny populácie a v akom kontexte, by bolo limitované nedostatkom dostupných, solídnych a štandardizovaných informácií v rôznych krajinách Európy.

Odporúčania

- Na vyhodnotenie efektívnosti rôznych aktivít a intervencií na podporu kardiovaskulárneho zdravia a prevenciu kardiovaskulárnych ochorení je potrebná spolupráca a zber údajov na celoeurópskej úrovni.
- Treba vyvinúť väčšie úsilie v oblasti vykazovania, sledovania, monitorovania a vyhodnocovania existujúcich a plánovaných aktivít. Ďalej sa odporúča vytvorenie zabudovaných mechanizmov na prijímanie usmerňujúcich dokumentov.
- Potrebné je aj hĺbkové porovnanie dobre rozpracovaných kardiovaskulárnych politík, ich zdrojov, realizácie a výsledkov, prehľad literatúry o politikách, prehľad prieskumu ďalších relevantných politík, analýza obsahu politík vo vybranom počte krajín.
- Ďalšie odporúčanie je uskutočniť prehľad literatúry o politikách, urobiť prieskum ďalších relevantných politík, analyzovať ich obsah atď.

References

1. World Health Organization, *Report of the global survey on the progress in national chronic diseases prevention and control*. World Health Organization 2007 (ISBN 978 92 4 159569 8) Available from:
http://www.who.int/chp/about/integrated_cd/en/index6.html
2. L Joossens and M Raw The Tobacco Control Scale: a new scale to measure country activity *Tobacco Control* 2006; 15: 247-253
3. Swinburn B and Egger G. Preventive strategies against weight gain and obesity. *Obesity Review* 2002; 3(4):289-301.
4. World Health Organisation *Comparative analysis of nutrition policies in the WHO European Region*. Copenhagen: World Health Organisation 2006
5. World Health Organisation *Ottawa Charter for Health Promotion*. World Health Organisation for Health and Welfare, Ontario. 1986

Appendix A: Advisory Board for Work Package 5

The Advisory Board for this work package was composed of:

George Andrikopoulos	Hellenic Heart Foundation
Jill Farrington/ Albena Arnodova	WHO – Europe
Robin Ireland	EuroHealthNet
Tor Jungman	Finnish Heart Association
Marleen Kestens	European Heart Network
Susanne Løgstrup	European Heart Network
András Nagy	Hungarian Heart Association
Ruairi O'Connor	British Heart Foundation
Sophie O'Kelly	European Society of Cardiology
Michael O'Shea	Irish Heart Foundation
Mike Rayner	British Heart Foundation Health Promotion Research Group, University of Oxford
Per Tornvall	European Society of Cardiology

Appendix B: Questionnaire

Please complete this questionnaire with reference to the accompanying explanatory notes. Underlined terms are explained in the Glossary.

National Coordinator:

Country:

Please address any queries and return the completed questionnaire to Gill Cowburn, British Heart Foundation Health Promotion Research Group by e-mail: gill.cowburn@dphpc.ox.ac.uk

Deadline for return of questionnaire: Friday 15th February 2008

A. National organisations

A1. Which Government department (such as the Ministry of Health) has the main responsibility for public health action relevant to the prevention and control of chronic diseases?

--

A2. Are any other Government department/s involved in public health action relevant to the prevention and control of chronic diseases?

--

A3. Which Government department has the main responsibility for cardiovascular health promotion and/or cardiovascular disease prevention?

--

A4. Are any other national organisations (such as a National Institute) involved in public health action relevant to the prevention and control of chronic diseases?

<input type="checkbox"/> Yes	Please give details
<input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> Don't know	Please explain

A5. Are these national organisations involved in cardiovascular health promotion and/or cardiovascular disease prevention?

<input type="checkbox"/> Yes	Please give details
<input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> Don't know	Please explain

A6. Are any non-governmental organisations, professional societies or charitable organisations involved in cardiovascular health promotion and/or cardiovascular disease prevention?

<input type="checkbox"/> Yes	Please give details
<input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> Don't know	Please explain

A7. Is any organisation responsible for coordinating the implementation of a policy/strategy or plan on cardiovascular health promotion and/or cardiovascular disease prevention?

<input type="checkbox"/> Yes	Please give details
<input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> Don't know	Please explain

A8. In your country, which key organisation/s would be considered to be the 'driving force' behind cardiovascular health promotion and/or cardiovascular disease prevention?

--

A9. Please add any other comments about information in section A

--

B. National Acts, Laws, legislation, Ministerial Decrees (or equivalent)

B1. Does your country have any national Acts, Laws, legislation, Ministerial Decrees (or equivalent) in place to address any of the following areas?

	Please tick relevant box			Type (e.g. Act, Law, Legislation, Ministerial Decree)	Year, Title, and websites (or PDF files, if exist)
	Yes	No	Don't know		
Public health					
Cardiovascular disease					
Obesity					
Diabetes					
Alcohol					
Food and nutrition					
Physical activity					
Tobacco					
Stress					
Inequalities					
Any other relevant areas					

B2. Please add any other comments about information in Section B

--

C. National policies/strategies or plans

C1. Does your country have any national health policies/strategies or plans on public health action relevant to the prevention and control of chronic diseases?

<input type="checkbox"/> Yes	Year Titles (original and English) Websites/PDF files, if exist <u>Allocated funding</u>
<input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> Don't know	Please explain

C2. Does your country have any national health policies/strategies or plans on cardiovascular health promotion and/or cardiovascular disease prevention?

<input type="checkbox"/> Yes	Year Titles (original and English) Websites/PDF files, if exist Are the policies/strategies <u>integrated</u> ?
------------------------------	--

	Allocated funding
<input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> Don't know	Please explain

C3. Does your country have any national policies/strategies or plans in place to address any of the following specific areas?

	Please tick relevant box			Year, Titles, and websites (or PDF files, if exist) Allocated funding
	Yes	No	Don't Know (please explain)	
Coronary heart disease				
Hypertension				
Stroke				
Hyperlipidaemia				
Obesity				
Diabetes				
Alcohol				
Food and nutrition				
Physical activity				
Tobacco				
Stress				
Inequalities				
Any other relevant areas?				

C4. In your country, which national policies/strategies or plans have been considered most important in influencing cardiovascular health promotion and/or cardiovascular disease prevention?

--

C5. Please add any other comments about information in Section C

--

D. Policies/strategies or plans in preparation

D1. Are there any relevant national policies/strategies or plans currently in preparation?

<input type="checkbox"/> Yes	Please give details
------------------------------	---------------------

<input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> Don't know	Please explain

D2. Please add any other comments about information in Section D

--

E. National programmes

E1. Does your country have any country-wide programmes on public health relevant to the prevention and control of chronic diseases?

<input type="checkbox"/> Yes	Year Titles (original and English) Websites/PDF files, if exist Allocated funding
<input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> Don't know	Please explain

E2. Does your country have any country-wide programmes on cardiovascular health promotion and/or cardiovascular disease prevention?

<input type="checkbox"/> Yes	Please give details Year Titles (original and English) Websites/PDF files, if exist Allocated funding Is this programme integrated?
<input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> Don't know	Please explain

E3. Does your country have any country-wide programmes in place to address any of the following specific areas?

	Please tick relevant box			Year Titles and websites (or PDF files, if exist) Allocated funding
	Yes	No	Don't Know (please explain)	
Coronary heart disease				
Hypertension				
Stroke				
Hyperlipidaemia				
Obesity				

Diabetes				
Alcohol				
Food and nutrition				
Physical activity				
Tobacco				
Stress				
Inequalities				
Any other relevant areas?				

E4. Which country-wide programmes have been successfully implemented?

--

E5. Please add any other comments about information in Section E

--

F. Programmes in preparation

F1. Are there any relevant country-wide programmes currently in preparation?

<input type="checkbox"/> Yes	Please give details
<input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> Don't know	Please explain

F2. Please add any other comments about information in Section F

--

G. National guidelines/standards

G1. Has your country adopted any country-wide guidelines/standards relevant to cardiovascular disease prevention/treatment and care which address any of the following areas?

	Please tick relevant box			Year Titles and websites (or PDF files, if exist) Allocated funding
	Yes	No	Don't Know (please explain)	
Coronary heart disease				
Hypertension				

Stroke				
Hyperlipidaemia				
Obesity				
Diabetes				
Any other relevant areas?				

G2. Please add any other comments about information in Section G

--

H. National targets, monitoring and evaluation

H1. Does your country have any national targets on public health relevant to the prevention and control of chronic diseases?

<input type="checkbox"/> Yes	Please give details of target/s and websites (or PDF files, if exist)
<input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> Don't know	Please explain

H2. Does your country have any national targets on cardiovascular health promotion and/or cardiovascular disease prevention?

<input type="checkbox"/> Yes	Please give details of target/s and websites (or PDF files, if exist)
<input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> Don't know	Please explain

H3. Has your country undertaken any monitoring of progress towards achievement of any targets relevant to cardiovascular health promotion and/or cardiovascular disease prevention?

<input type="checkbox"/> Yes	Please give details and websites (or PDF files, if exist)
<input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> Don't know	Please explain

H4. Does your country have a structure for systematic public reporting on cardiovascular health promotion and/or cardiovascular disease prevention?

<input type="checkbox"/> Yes	Please give details and websites (or PDF files, if exist)
<input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> Don't know	Please explain

H5. What evaluation of programmes relevant to cardiovascular health promotion and/or cardiovascular disease prevention has been undertaken?

H6. Please add any other comments about information in Section H

Thank you for your help and time in completing this questionnaire. Please return the completed questionnaire to Gill Cowburn by e-mail to gill.cowburn@dphpc.ox.ac.uk

by **Friday 15th February 2008.**

Appendix C: Explanatory notes for Questionnaire

These explanatory notes are designed to help you to complete questionnaire 1. Words which are underlined in the questionnaire have been defined in the glossary (see page 8).

General issues

Please complete the questionnaire in English. Where information is only available in the original language, please provide a brief summary translation in English.

We are interested in collecting information about national policies/strategies or plans and programmes which are currently relevant in your country. This could include, for example, a recently published action plan or legislation which has been in force for a considerable time. We also want to find out about country-wide policies/strategies or plans which exist as 'intentions' and those country-wide programmes which have actually been implemented.

Please use the 'don't know' column only when you have been unsuccessful in finding the requested information, and then provide a short explanation of the attempts which you have made to gather the required information. Provide URLs and pdf files wherever possible. There is a section at the end of each part of the questionnaire for you to add any further comments.

Please contact Gill Cowburn (e-mail gill.cowburn@dphpc.ox.ac.uk) if you are not sure about what information we are asking you to collect or where it might be found.

A. National organisations

In this part of the questionnaire, we are interested in finding out how health promotion and disease prevention structures are organised in your country. We would like to know which government departments, non-governmental and other national organisations are involved in some way in contributing towards the promotion of health and the prevention and management of chronic disease, particularly cardiovascular disease. This information should be available directly from government sources or from the organisations involved. Details required are the name of the organisation (please provide an English language translation) and the URL, where appropriate.

For example: In the UK, the Department of Health has overall responsibility for public health, <http://www.dh.gov.uk>

Some typical government departments to consider include:

Ministry of Health, Ministry of Agriculture; Ministry for Children and/or Education; Ministry for the Environment, Ministry for Home & Community, Ministry for Cultural Affairs

Some typical non-governmental organisations to consider include: National Heart Foundations, Consumer groups, Lobbying organisations, Medical Societies, Voluntary groups

We have also asked you (in question A7) to find out which organisations are responsible for coordinating the implementation of a policy/strategy or plan. By this we mean any organisations which are coordinating either government and/or non-governmental action.

In question A8, we ask you to identify key organisations which would be considered to be the 'driving force' behind cardiovascular health promotion and/or cardiovascular disease prevention. Here, we are trying to establish a consensus view from within your country rather than your own opinion. So, if the general consensus from within your country is that organisations X and Y are the key organisations which drive action forward, please tell us about them. If, however, no consensus exists in your country, please state your own personal view but tell us that this is your own opinion (for example, in my opinion, organisations A, B & C do most to drive change).

B. National Acts, Laws, Legislation, Ministerial Decrees (or equivalent)

Here, we are interested in locating any legislative mechanisms which exist in your country to promote healthier lifestyles. This information should be available directly from government sources. Please list all of the legislation (or equivalent) which you can locate. For each, provide the year of publication or enactment, title (please provide an English language translation, if necessary) and the URL.

*For example: In the UK, the Tobacco Advertising and Promotion Bill was introduced in February 2001,
<http://www.publications.parliament.uk/pa/ld200001/ldbills/026/2001026.htm>*

C. National policies/strategies or plans

In this section, we want to establish what national health policies/strategies or plans exist in your country to promote health and prevent and manage chronic disease, particularly cardiovascular disease. This information should be available directly from government sources. For each, provide the year of publication, title (please provide an English language translation, if necessary) and the URL.

Policy example: In the UK, the white paper "Choosing Health: making healthy choices easier" (2004) sets out an integrated public health policy which includes

addressing cardiovascular disease and cancers, alongside risk factors like tobacco, healthy eating, obesity, physical activity and alcohol

http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4094550

We are keen to identify how much funding has been allocated to each policy/strategy or plan. This information should be available directly from government sources and from the organisations involved in developing and/or delivering policies/strategies or plans. Please provide details of the amount of allocated funding for each policy/ strategy or plan (where this information is available) in the original currency and Euros and provide a URL reference, where possible.

For example: in the UK, in 2005, the School Food Trust was allocated 15 million GBP (21,526,676 EUR) from the Department for Education and Skills to promote the education and health of children and young people by improving the quality of food supplied and consumed in schools.

<http://www.schoolfoodtrust.org.uk/content.asp?ContentId=232>

We would also like you to record whether or not the policies and/or strategies you locate are integrated or not. By this we mean do they aim to act on either several diseases (like cancer and cardiovascular disease) and/or across a range of risk factors (like tobacco, food and nutrition and physical activity)?

Example of an integrated plan: in the UK, an integrated action plan “Delivering Choosing Health; making healthy choices easier” was published in 2005
http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4105713.pdf

Example of 2 (non-integrated) action plans addressing particular risk factors: Department of Health (2005) Choosing a better diet: a food and health action plan London: Department of Health
http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4105709.pdf

Department of Health (2005) Choosing activity: a physical activity action plan London: Department of Health
http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4105710.pdf

Dates covered by the plans: all three publications are ongoing from 2005

In question C4, we are interested in finding out which national policies/strategies or plans have been considered most important in influencing cardiovascular

health promotion and/or cardiovascular disease prevention. Here, as in section A, we are trying to establish a consensus view from within your country rather than your own opinion. If no consensus exists in your country, please state your own personal view but tell us that this is your own opinion.

Further information will be collected about the details of these policies/strategies or plans in Questionnaire 2.

D. Policies/strategies or plans in preparation

In this part of the questionnaire, we want to know about any relevant policies/strategies or plans which are being developed in your country but which are not currently in action. This is information you are likely to gather as you collect information to complete other sections of the questionnaire, for example when you are contacting government departments or other organisations. For each, provide the year of proposed publication and summary information about the area to be addressed.

For example: in the UK, a new national strategy for stroke is being prepared, consultation ending October 2007

Further information will be collected about the details of these policies/strategies or plans in Questionnaire 2.

E. National programmes

In this section, we want you to record information about any country-wide programmes which are being implemented in your country to promote health and prevent and manage chronic disease, particularly cardiovascular disease. By this, we mean programmes which are intended to have national coverage and which are implemented across the whole country, not at regional or local level. The exceptions to this are countries (like Belgium, Germany and the UK) where health is the responsibility of regional government, where information from each region would be recorded.

This type of information should be available directly from government sources or from the organisations involved in developing and/or delivering the programmes. For each, provide the year of publication, title (please provide an English language translation, if necessary) and the URL.

We are interested in how much funding has been allocated to each programme. This information should be available directly from government sources and from the organisations involved in developing and/or delivering the programmes. Please provide details of the amount of allocated funding for each country-wide programme (where this information is available) in the original currency and Euros and provide a URL reference, where possible.

We would also like you to record whether or not the country-wide programmes you locate are integrated or not. By this we mean do they aim to act on either several diseases (like cancer and cardiovascular disease) and/or across a range of risk factors (like tobacco, food and nutrition and physical activity)

For example: from 2003, the Food Standards Agency has continued to develop and deliver a salt awareness/reduction programme for the general public

<http://www.food.gov.uk/healthiereating/salt/>

This is a non-integrated national programme with a total campaign spend for Phase 3 (from 2007) of 4 million GBP (5,755,535 EUR)

<http://www.food.gov.uk/news/pressreleases/2007/mar/saltconsumptioncampaign>

In question E4, we are interested in finding out which country-wide programmes have been successfully implemented. As in section A and C, we want to establish a consensus view from within your country rather than your own opinion. If no consensus exists in your country, please state your own personal view but tell us that this is your own opinion. We ask specifically about monitoring and evaluation in section H.

Further information will be collected about the details of these programmes in Questionnaire 2.

F. Programmes in preparation

In this part of the questionnaire, we want to know about any relevant programmes which are being developed in your country but which are not currently in action. This is information you are likely to gather as you collect information to complete other sections of the questionnaire, for example when you are contacting government departments or other organisations. For each, provide the year of proposed publication and summary information about the area to be addressed.

In the UK, a new programme will be implemented to address earlier identification and treatment as part of the National Alcohol Strategy

http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_075218

G. National guidelines/standards

In this section, we are interested in finding out whether your country has adopted any country-wide guidelines/standards to guide the delivery of cardiovascular disease prevention as well as treatment/care. Include any governmental or non-governmental guidelines/standards, if they are widely used in your country (for

example, the joint European guidelines). This information should be available directly from government sources and from the organisations involved in developing and/or delivering the guidelines/standards. For each, provide the year of publication, title (please provide an English language translation, if necessary) and the URL.

For example: in the UK, The National Service Framework for coronary heart disease was launched in 2000 and sets 12 standards for improved prevention, diagnosis and treatment, and goals to secure fair access to high quality services. The standards are to be implemented over a 10-year period.

http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4094275

Further information will be collected about the details of these guidelines/standards in Questionnaire 2.

H. National targets, monitoring and evaluation

Here, we are interested in finding out about any national targets which have been set to promote health and prevent and manage chronic disease, particularly cardiovascular disease. This information should be available directly from government sources.

Specifically we would like information (where it exists) about:

Targets at a population level

- mortality, morbidity
- biological factors (like blood pressure)
- behavioural factors (like physical activity levels)

Targets for treatment/care

- for example, around cardiopulmonary resuscitation, emergency services, rehabilitation etc.

For each, provide the date of publication and the date by which the target should be achieved, details of the target (please provide an English language translation, if necessary) and any relevant URL.

For example: in the UK, a Public Service Agreement (PSA) target for obesity was set in 2004 "To reduce the year on year rise in the prevalence of obesity in children under 11 by 2010, in the context of a broader strategy to reduce obesity in the population as a whole"

http://www.dh.gov.uk/en/Policyandguidance/Healthandsocialcaretopics/Obesity/DH_4133952

We also want to record any country-wide monitoring or evaluation activity which has taken place. Questions H3 and H4 ask for information about monitoring and reporting of progress towards achievement of targets and/or plans.

For example: a report published in November 07 summarises details of the public opinion research, business research and compliance data relating to the first three months since the smokefree law was introduced in the UK.

<http://www.smokefreeengland.co.uk/thefacts/latest-research.html>

Question H5 asks about the availability of published evaluation reports on relevant programme implementation.

For example: in the UK the National Evaluation of Local Exercise Action Pilots was published in 2007

http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_073600

We gratefully acknowledge your help and the time you will spend in sourcing the information to complete questionnaire 1. Please return the completed questionnaire to Gill Cowburn, British Heart Foundation Health Promotion Research Group by e-mail to gill.cowburn@dphpc.ox.ac.uk by **Friday 15th February 2008**.

Further details will be sought from you in a second phase of data gathering in spring 2008.

Appendix D: Additional data collection

By e-mail:

I would be grateful if you could provide me with further information about the existing national policies/strategies or plans which you have already listed in questionnaire 1. This was section C in the questionnaire.

For each policy you have listed please provide the following information - in English

Title of policy document

Total number of pages in the policy

At which population group is the policy targeted?

Contents page (titles of each section)

Key themes of the policy (no more than 2-3 paragraphs)

Any other interesting features in the policy

This extra information will really bring the project alive so I appreciate the time it will take to complete it. Please return the completed information to me by e-mail no later than Wednesday 4th June 2008

Glossary

Allocated funding: A defined amount of money which has been provided to pay for a specific purpose, and which cannot be used for any other purpose

Cardiovascular disease or CVD: includes coronary heart disease, stroke (cerebrovascular accidents) and all other diseases of the circulatory system

Cardiopulmonary resuscitation or CPR: an emergency treatment which aims to restart heart and breathing activity when it has stopped during cardiopulmonary arrest

Country-wide: action intended to have national coverage and to be implemented across the whole country

Emergency services: response and provision of medical aid during an acute episode

Health promotion: a process of enabling people to increase control over and to improve their health. Health promotion uses strategies at the primary level of prevention which are designed to facilitate behavioural and environmental changes which are conducive to health enhancement

Charitable organisation: an organisation which exists to use donated funds for public benefit

Disease prevention:

Primary prevention: aims to deter disease before it occurs

Secondary prevention: any strategy (such as early detection and prompt treatment of disease) which aims to reduce the presence of an existing disease in a population, thus preventing further deterioration and/or early death

Goal: a statement of a desired outcome

Guidelines: an agreed series of actions and strategies used to guide practice

Health policy/ strategy: a written, formally adopted consensus about health issues which need to be addressed and approaches to be used to achieve change. For example, a policy includes a set of statements and decisions defining goals, priorities and main directions for attaining these goals. It may also include strategies for how the policy is to be implemented

Integrated: bringing together a range of issues across different areas which are worked on and progressed together rather than separately

National: a geographical area defined by fixed borders

Non-governmental organisation: an organisation which undertakes some of the tasks of a national government, but is not a government department or part of one, and which operates to a greater or lesser extent at arm's length from the government

Plan: a scheme, prepared according to policy and strategic directions, and defining activities, to generate products/targets set to achieve desired goals

Prevention and control of chronic disease: the use of specific strategies to reduce and manage the occurrence of a disease in a population

Professional societies: organisations which act as learned societies for people with shared professional qualifications and interests

Programme: a series of related and connected activities which are designed to deliver specific objectives

Public health: the science and art of preventing disease, prolonging life and promoting health through the organised efforts of society. Modern public health is concerned with addressing determinants of health across a population

Standards: a set of pre-defined levels of activity to be achieved

Target: an agreed and declared quantitative output which can be used to assess progress towards achievement of a goal

Treatment: the provision of medical services (including rehabilitation services) to alleviate symptoms following diagnosis of illness