



Northern Dimension
Partnership in Public Health
and Social Well-being

Партнёрство Северного Измерения в области общественного здравоохранения и социального благополучия

Здоровый образ жизни — краеугольный камень общественного здравоохранения Зачем нужна профилактика и контроль неинфекционных заболеваний?

**Тематический справочный документ
8-я ежегодная конференция Партнёрства (РАС-8) дополнительное
мероприятие
24 ноября 2011, Санкт-Петербург, Россия**

Данный тематический документ даёт справочную информацию о влиянии образа жизни на развитие неинфекционных заболеваний, являющихся главной угрозой общественного здоровья. Факторы риска включают в себя курение, злоупотребление алкоголем, слишком обильное или неправильное питание, недостаточную физическую активность, нездоровые условия труда, приводящие к раннему развитию сердечно-сосудистых заболеваний, обструктивной болезни лёгких, раку, ожирению и диабету 2-го типа и другим заболеваниям. Информация основывается на недавней публикации «Мировой отчёт по неинфекционным заболеваниям, 2010» и на данных Всемирной Организации Здравоохранения, ЕС и ОЭСР

Благодарности

Данный тематический документ был составлен на основе справочного документа для дополнительного мероприятия 8-й ежегодной конференции Партнёрства (РАС-8) в Санкт-Петербурге “**Здоровый образ жизни — краеугольный камень общественного здравоохранения**” Экспертными и Целевыми группами ПСИЗС, которые будут играть важную роль в осуществлении деятельности по профилактике и борьбе с неинфекционными заболеваниями в нашем регионе. Это следующие группы:

- Экспертная группа по алкогольной и токсикологической зависимости
- Экспертная группа по неинфекционным заболеваниям, связанным с образом жизни, социальной и производственной средой
- Экспертная группа по первичной медицинской помощи и пенитенциарной системе здравоохранения
- Целевая группа по проблемам коренных народов: психическому здоровью, наркомании и родительскому контролю
- Целевая группа по безопасности и охране труда

Как координатору данной работы мне бы хотелось поблагодарить коллег, которые внесли свой ценный вклад в нашу работу.

As the coordinator of this work it is my pleasure to thank all those colleagues who have provided their valuable input to this work.

Д-р Микко Виенонен, Председатель, доктор медицины, кандидат наук
Экспертная Группа по неинфекционным заболеваниям, связанным с образом жизни, социальной и производственной средой («НИЗ»)
Партнёрство Северного Измерения в области общественного здравоохранения и социального благосостояния (ПСИЗСБ)
e-mail: m.vienonen@kolumbus.fi

1. Введение

Жизнь — это бесценное и нераздельное право человека. При этом, с экономической точки зрения, всё же можно подсчитать цену безвременно потерянной человеческой жизни. Растрата человеческого капитала ведёт к снижению ВВП и темпов его роста. Подсчитано, что увеличение продолжительности жизни на 5 лет ведет к росту ВВП до 0,5% в год¹, при этом хронические заболевания населения могут вызвать эффект снижения ВВП страны до 7%.²

В наши дни основными причинами преждевременной смерти являются сердечно- и другие сосудистые заболевания, рак, хронические заболевания дыхательных путей, диабет, цирроз печени, самоубийства, несчастные случаи, насилие и т. п. Изменив наш образ жизни, практически все из них можно предотвратить или, как минимум, снизить число случаев в более молодом возрасте.

Нам известны ключевые факторы риска, вызывающие большое число заболеваний в Европе. Они включают в себя табакокурение и злоупотребление алкоголем, факторы, связанные с неправильным питанием, к ним относится ожирение, высокое кровяное давление, высокий уровень холестерина и высокое содержание сахара в крови, недостаточное потребление фруктов и овощей, а также недостаточная физическая активность и нездоровые условия труда. Факторы риска и заболевания значительно различаются в зависимости от пола, возраста, Восточного или Западного региона Европы.

Неинфекционные заболевания вызываются множеством сложных факторов. Меры, в первую очередь, по профилактике неинфекционных заболеваний и, если возможно, снижению их числа в молодом возрасте, а также по снижению случаев нетрудоспособности и смерти, включают в себя воздействие как на уровне всего населения, так и на индивидуальном уровне. Первичная профилактика содержит программы по распространению здорового образа жизни среди населения на уровне местного сообщества, в школе, на рабочем месте, рассказывающие о факторах риска и здоровом образе жизни, а также меры внутри и вне сектора здравоохранения, создающие благоприятную материальную и социальную среду для здорового образа жизни.

1 Отчёт ВОЗ, Барро, 1996

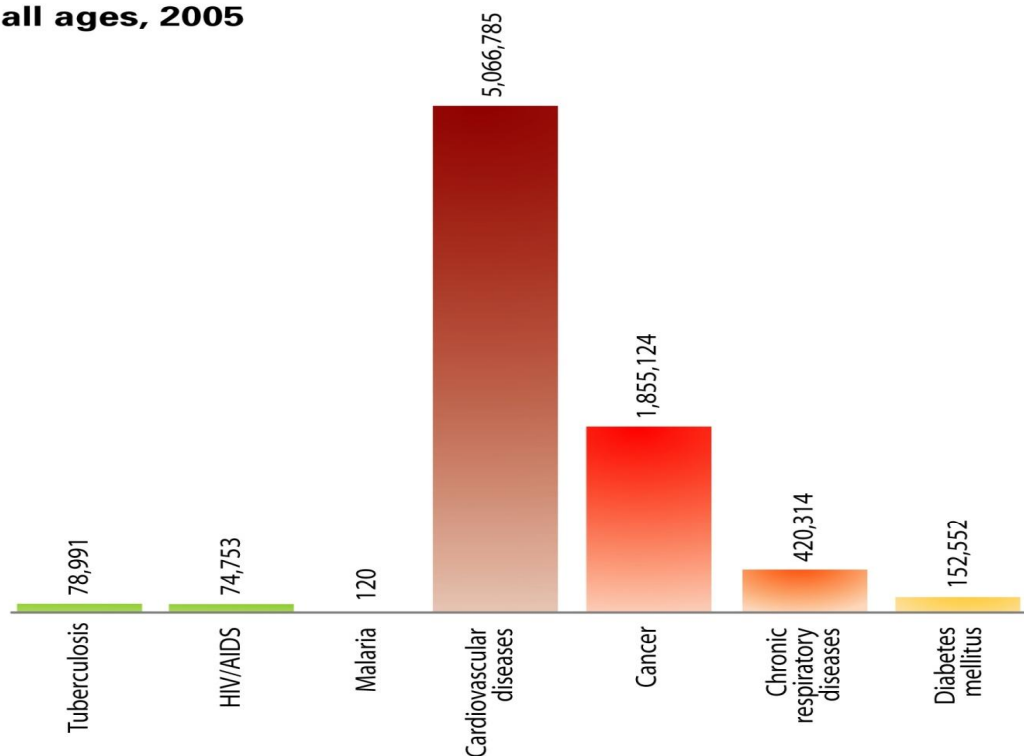
2 Suhrcke & Urban, 2006

(таблица)

Основные смертоносные заболевания в Европейском Регионе (ВОЗ)
Число смертей на 2005 год в любом возрасте от:

Main killer-diseases in the WHO European Region

**Projected deaths by cause in WHO European Region,
 all ages, 2005**



Source: *Preventing chronic diseases. A vital investment*. Geneva, World Health Organization, 2005 (http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/en/).

Туберкулёз	ВИЧ/СПИД	Малярия	Сердечно-сосудистые заболевания	Рак	Хронические заболевания дыхательных путей	Сахарный диабет
------------	----------	---------	---------------------------------	-----	---	-----------------

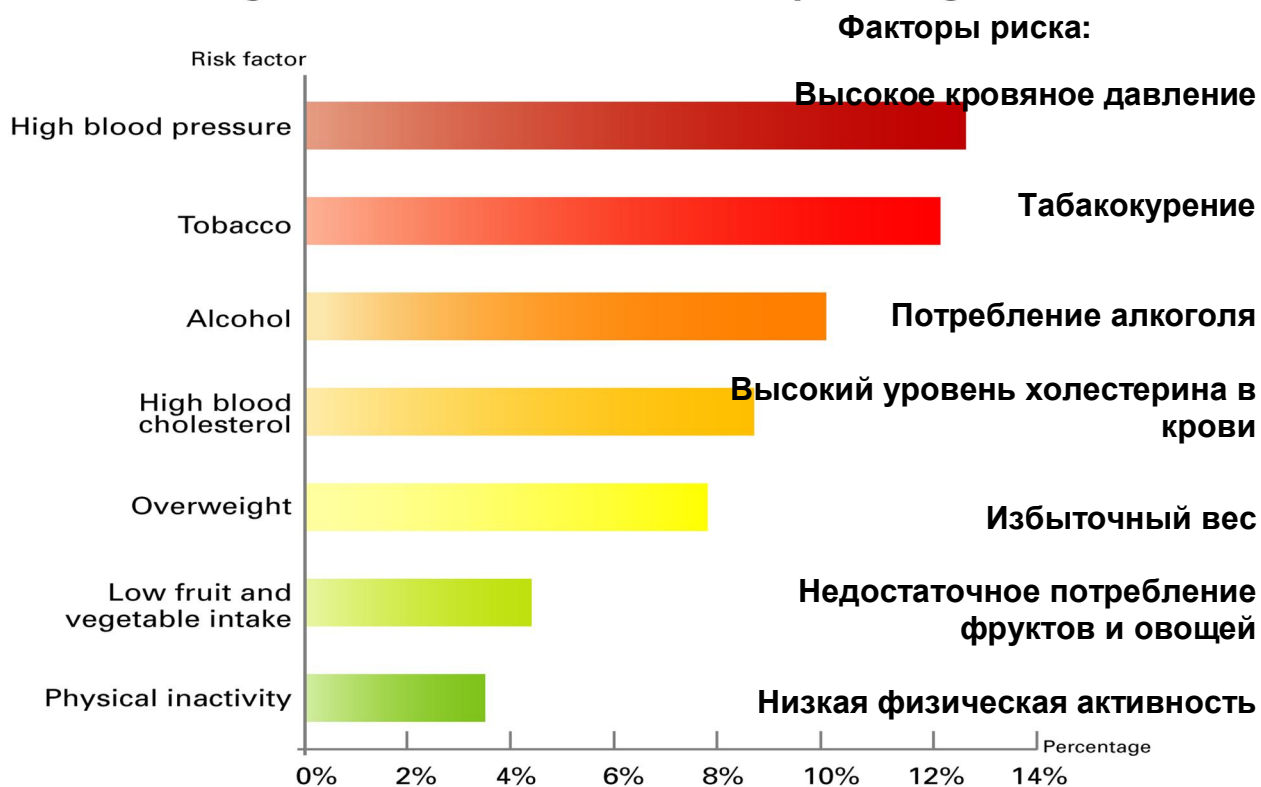
Источник: *Предотвращение хронических заболеваний: жизненно важное вложение*, Женева, ВОЗ, 2005

(таблица) Основные причины известны

Пропорция суммарного «бремени болезней» (DALYs - годы жизни, скорректированные по нетрудоспособности) по отношению к семи основным факторам риска в Европейском Регионе по данным ВОЗ, 2000

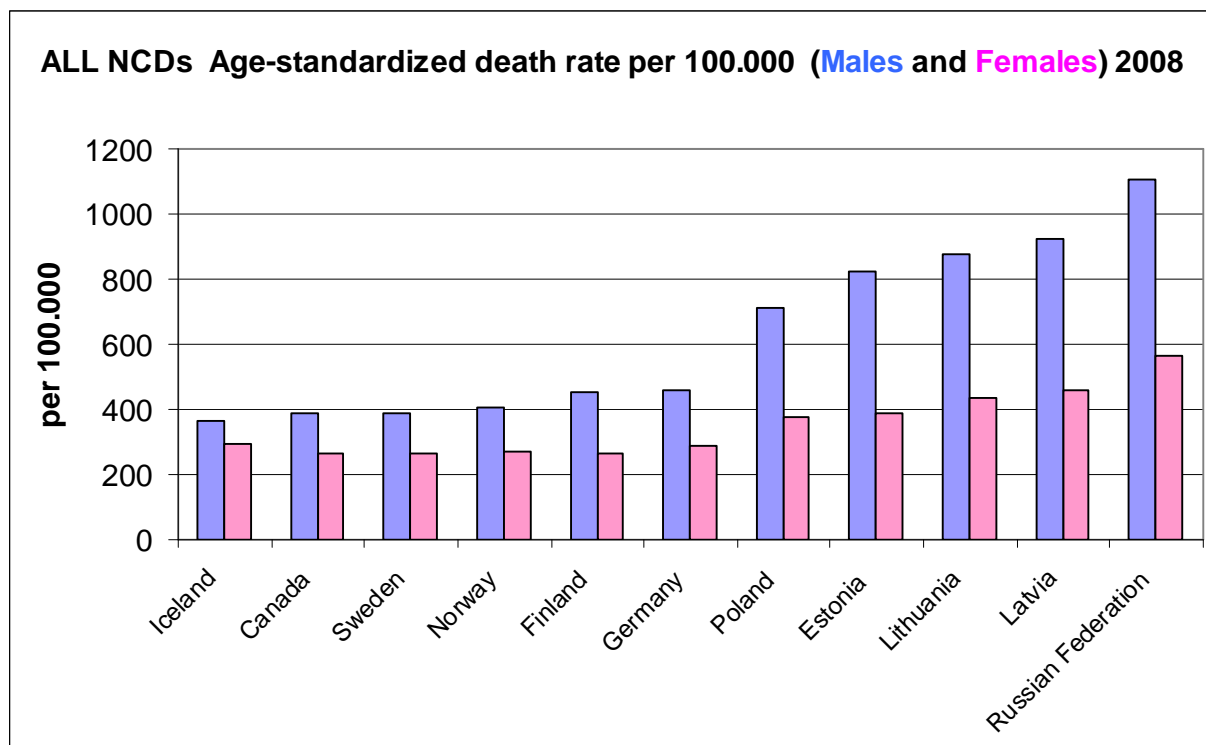
The main causes are known

Proportion of total disease burden (DALYs) attributable to seven leading risk factors in the WHO European Region, 2000



Source: *The world health report 2002 - Reducing risks, promoting healthy life*

(таблица) Все неинфекционные заболевания. Смертность вне зависимости от возраста на 100 000 человек. (мужчины и женщины).

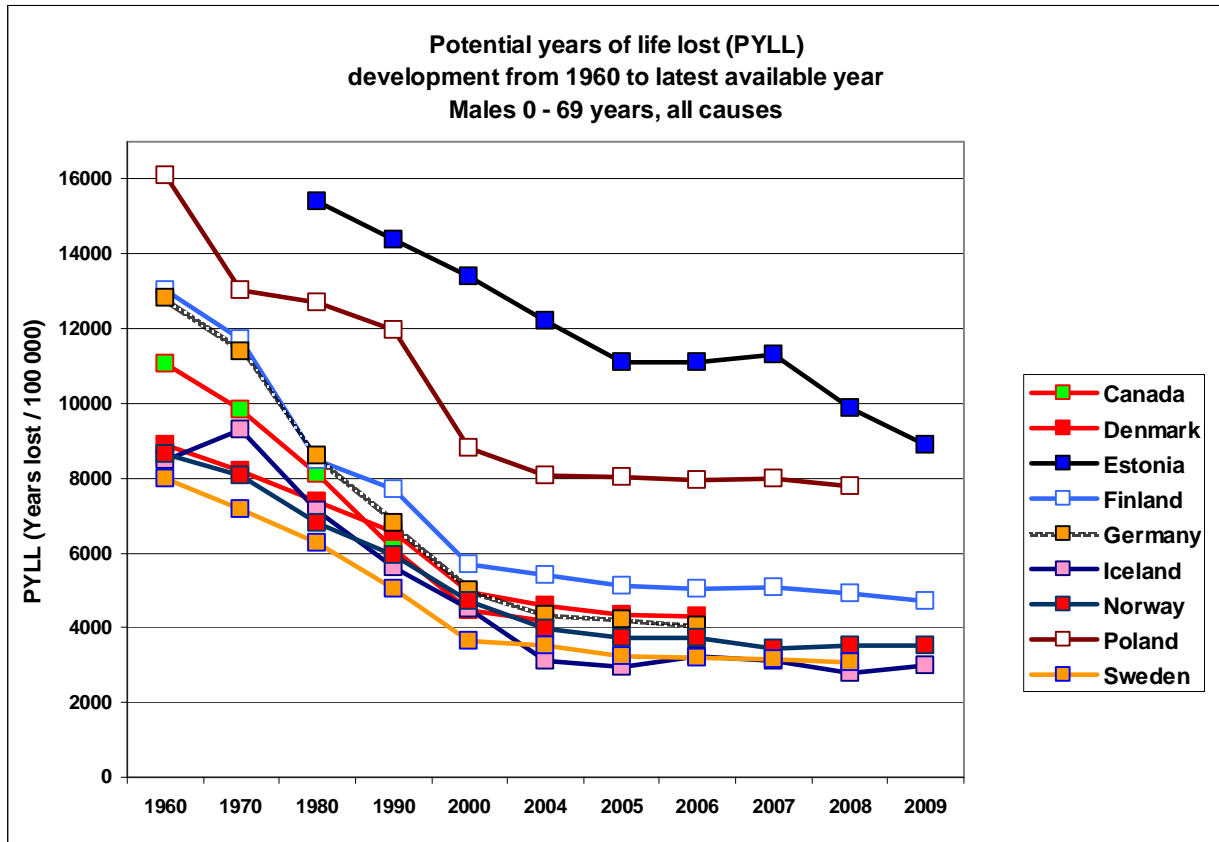


Исландия, Канада, Швеция, Норвегия, Финляндия, Германия, Польша, Эстония, Литва, Латвия, Россия.

Источник: Мировой отчет по неинфекционным заболеваниям, 2010, ВОЗ.

Статистический показатель «потерянные годы потенциальной жизни» (ПГПЖ) — это число лет, потерянных в результате преждевременной смерти среди населения. С социально-экономической точки зрения, он равен потере человеческого капитала / человеческих ресурсов. Данный показатель вычисляется на основе разницы между средней ожидаемой продолжительностью жизни и возрастом смерти, он определяется также причиной смерти в соответствии с международной классификацией болезней МКБ-10. Этот метод учитывает соотношения возраста смерти и заранее установленной ожидаемой продолжительности жизни. Показатель не зависит от возраста и выражается в сумме всех смертей на 100 000 человек за определённое количество лет. Анализ ПГПЖ систематически используется ОЭСР и Всемирным Банком для мониторинга увеличения «человеческого капитала» и благосостояния в той или иной целевой группе в связи с предотвращаемыми причинами преждевременной смерти, многие из которых связаны с неинфекционными заболеваниями. ПГПЖ даёт дополнительную информацию для планирования и принятия решений в области здравоохранения. Различия в уровне благосостояния различных стран и регионов могут определяться следующими факторами: гены, образ жизни, условия жизни и труда, стихийные бедствия и катастрофы, политика в области здравоохранения в том или ином регионе или стране, различные функции секторов общества и применяемая социальная политика. Потерянные годы потенциальной жизни дают возможность сравнить, проследить и оценить благосостояние на международном уровне в муниципалитетах, районах, регионах и странах. Это практичный и эффективный инструмент, который заставляет принимать решения на местном уровне, чтобы здравоохранение было важной частью политического курса, а также следить за динамикой развития.

(таблица) Потерянные годы потенциальной жизни (ПГПЖ), динамика развития с 1960 до последнего года, по которому имеются данные, мужчины от 0 до 69, все причины смерти.



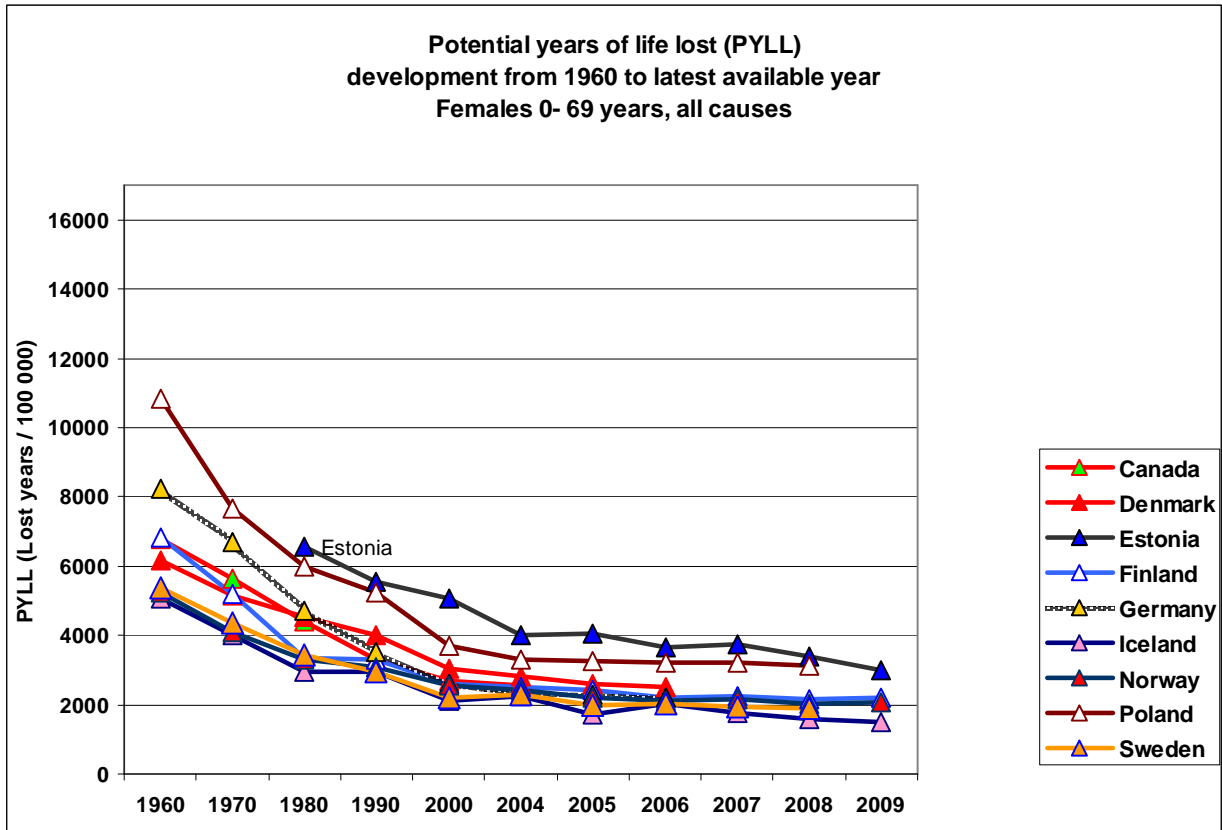
Источник: ОЭСР 2011

(Canada, Denmark, Estonia, Finland, Germany, Iceland, Norway, Poland, Sweden

(Канада, Дания, Эстония, Финляндия, Германия, Исландия, Норвегия, Польша, Швеция)

[NB: Данные по ПГПЖ в России и Латвии отсутствуют].

(таблица) Потерянные годы потенциальной жизни (ПГПЖ), динамика развития с 1960 до последнего года, по которому имеются данные, женщины от 0 до 69, все причины смерти.



Источник: ОЭСР 2011

(Canada, Denmark, Estonia, Finland, Germany, Iceland, Norway, Poland, Sweden)

(Канада, Дания, Эстония, Финляндия, Германия, Исландия, Норвегия, Польша, Швеция).

2. Злоупотребление алкоголем

Алкоголь является основным фактором для более 60 различных заболеваний и расстройств, а также дополнительным фактором в ещё более чем 200 случаях, к ним относятся травмы, психические и поведенческие расстройства, нарушения иммунной системы, болезни легких, болезни опорно-двигательного аппарата, нарушения репродуктивной системы и вред для плода во время беременности, включая повышенный риск преждевременных родов, недостаточный вес новорожденного и пороки развития плода (Фетальный алкогольный синдром), что является наиболее частой причиной задержки психического развития у детей в Скандинавских странах. В случае большинства расстройств, риск их появления зависит от дозы: чем больше потребления алкоголя, тем выше риск. Считается, что умеренное потребление алкоголя может иметь положительный эффект в случае сердечных заболеваний для некоторых возрастных групп. Однако, данное утверждение можно оспорить, особенно, если проводить исследование в группе людей, совсем не потребляющих алкоголь.

Алкоголь — это основной фактор смертельных случаев у мужчин в возрасте от 15 до 59 лет, в основном вследствие отравления, цирроза печени, сердечно-сосудистых заболеваний, травм и насилия. ВОЗ классифицирует алкоголь как канцерогенное вещество первой категории и помещает его в одну группу с асбестом. Рак груди и пищеварительного тракта встречается гораздо чаще у людей, злоупотребляющих алкоголем. Что касается рака, то не существует минимальной дозы алкоголя, которая считалась бы безопасной.

В мировом масштабы 6,2% из всех смертей среди мужчин вызваны алкоголем, при этом среди женщин это лишь 1,1%. Мужчины в 4 раза чаще, чем женщины, еженедельно злоупотребляют алкоголем, что, скорее всего, является причиной их гораздо более ранней смерти или потери трудоспособности. Полный отказ от потребления алкоголя встречается гораздо чаще среди женщин.

Традиционно женщины потребляли гораздо меньше алкоголя, чем мужчины, до сих пор во многих странах они совсем не потребляют алкоголь. ФАС (Фетальный алкогольный синдром) — это наиболее часто встречающийся порок развития у новорожденных в нашем обществе, вызванные потреблением алкоголя женщиной во время беременности.

Европа является наиболее пьющим регионом, где 320 000 молодых людей в возрасте от 15 до 29 погибает по причинам, связанным с алкоголем, что составляет 9% от всех смертей в данной возрастной группе, и более 20% людей старше 15 лет злоупотребляют алкоголем по крайней мере раз в неделю. Кроме того, мы имеем наиболее высокий показатель в мире по заболеваниям и преждевременной смерти от алкоголя. В целом, по подсчётам, в 55 млн человек в ЕС злоупотребляют алкоголем, 22 млн из которых имеют алкогольную зависимость.

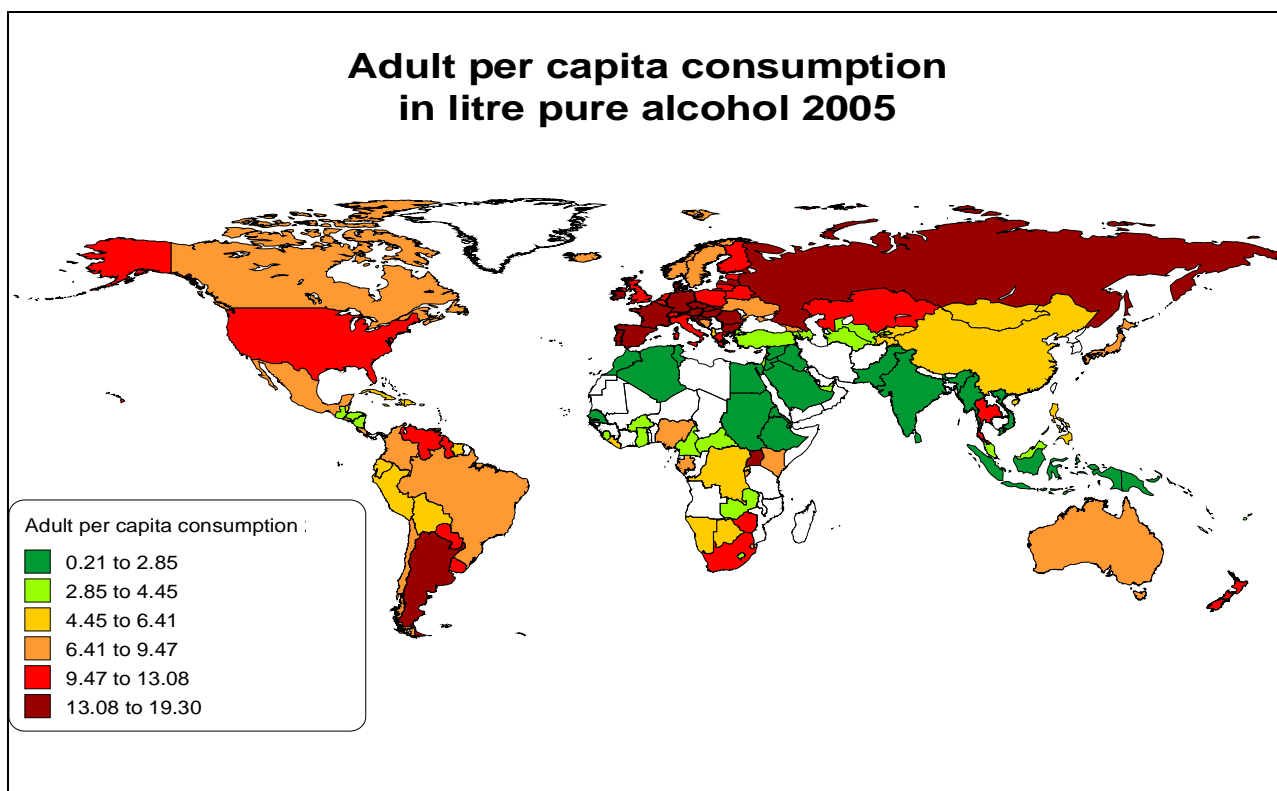
Ущерб обществу от алкоголя только в ЕС оценивается в 125 миллиардов евро в год, что составляет 1,3% от ВВП Евросоюза, и скорее всего, это достаточно приблизительная цифра. Так, например, в Финляндии (население 5 млн человек) ущерб от алкоголя оценивается в 6 миллиардов евро в год. Для сравнения, налоги от продажи алкоголя составляют 1 миллиард евро, таким образом, получается, ущерб от алкоголя составляет около 5 миллиардов евро. В Швеции (население 9 млн человек) было подсчитано, что прямой и непрямой ущерб от нездорового образа жизни составляет около 12 миллиардов евро в год.

Существует явная зависимость между потреблением алкоголя на душу населения и ущербом, связанным с этим потреблением, включая развитие зависимости. В тоже время есть тенденция к изменению характера потребления алкоголя в зависимости от

пола, возраста, частотности случаев потребления алкоголя и количества выпитого за один раз. Все эти факторы влияют на уровень ущерба. В то время как в целом в ЕС снижается потребление алкоголя, в некоторых странах увеличивается число молодежи, чье потребление алкоголя угрожает их здоровью, в других странах, наоборот, снижается потребление алкоголя молодежью, но растёт среди людей средних лет и даже среди пожилых. Пьянство среди несовершеннолетних (детское пьянство) и частотность потребления алкоголя в целом могут иметь долгосрочный негативный эффект для здоровья, а также увеличить риск социального ущерба.

(таблица)

Потребление чистого спирта в литрах на душу взрослого населения в 2005
потребление на душу взрослого населения

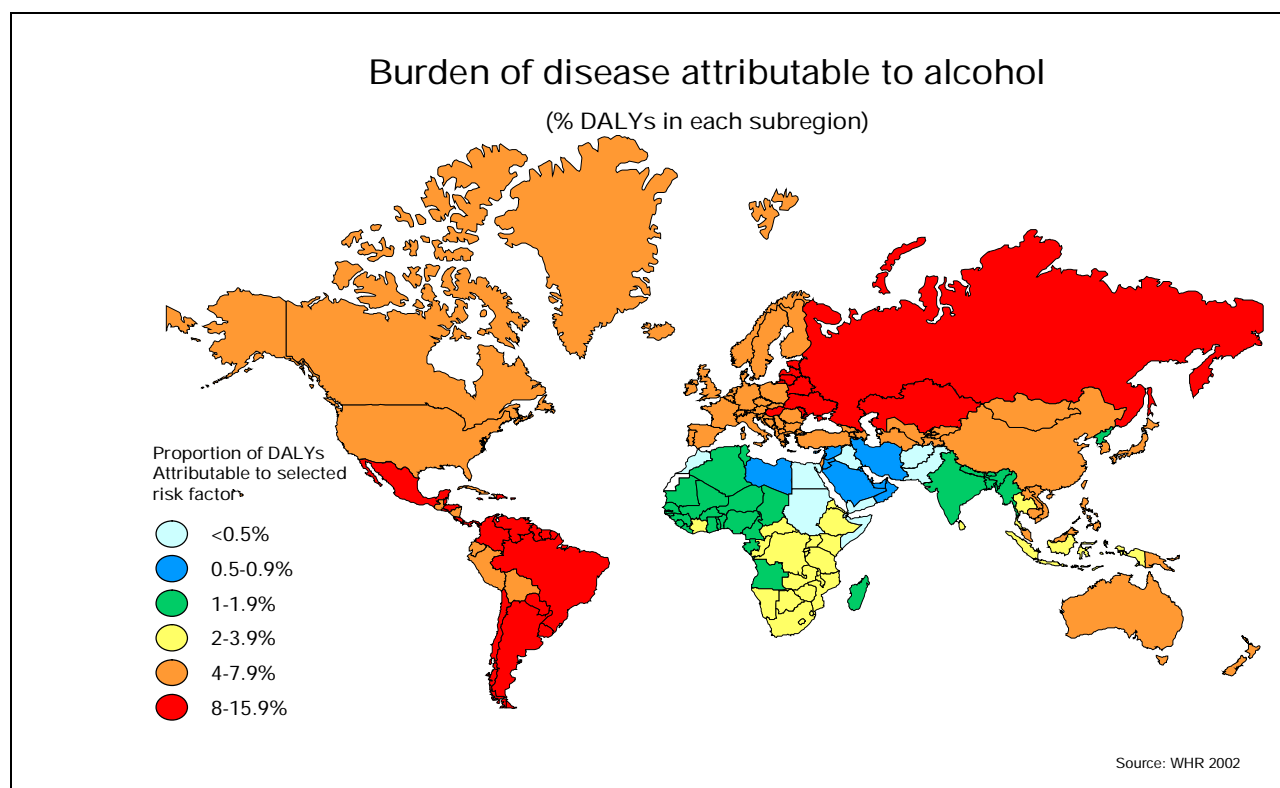


Источник: Мировые факторы риска в области здоровья (ВОЗ 2009)

(таблица)

Заболевания, связанные с алкоголем (годы жизни, скорректированные по нетрудоспособности в каждом регионе, % (DALYs))

Пропорция DALYs по отношению к выбранному фактору.



Источник: Мировые факторы риска в области здоровья (ВОЗ 2009)

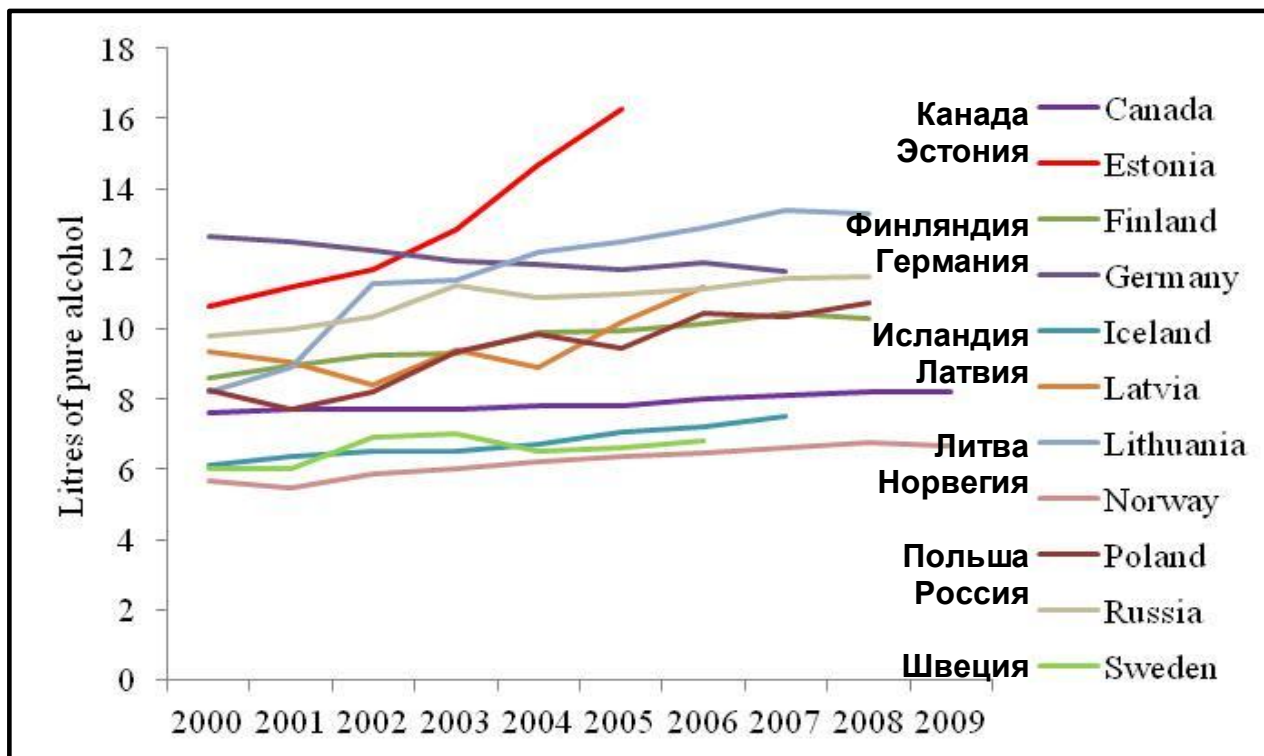
В Европе исторически можно выделить две модели потребления алкоголя: северная «сухая» область с достаточно высоким потреблением пива, т. к. его пьют по выходным и с приёмом пищи вне дома, и южная, или Средиземноморская, «влажная» область, где пьют вино с приёмом пищи.

Основываясь на предыдущем делении, в странах Северного Измерения можно выделить следующие модели: Центральноевропейская модель — Германия и Польша, Североевропейская модель — Эстония, Финляндия, Латвия, Литва, Норвегия, Россия и Швеция. В соответствии с исследованиями ВОЗ (ВОЗ 2011а), между этими моделями существуют большие различия, в них мало схожего. В странах Северного Измерения зарегистрировано увеличение потребления алкоголя на душу населения в период с 2000 по 2009 (см. таблицу). Самое большое увеличение произошло в странах Балтики, а также в Польше и России. На 2000 год в Эстонии уровень потребления алкоголя был 10,7 литров на душу населения, а в 2005 он был уже 16,2 литра. В Литве также сильно выросло потребление алкоголя — с 8,2 литров в 2000 году до 13,3 в 2008. В Скандинавских странах потребление оставалось примерно на одинаковом уровне.

(таблица) Литры чистого алкоголя

Канада, Эстония, Финляндия, Германия, Исландия, Латвия, Литва, Норвегия, Польша, Россия, Швеция

Зарегистрированное потребление алкоголя на душу населения среди взрослого населения (возраст +15) в странах Северного Измерения, 2000-2009 (ВОЗ. Глобальная система информации по алкоголю и здоровью. Женева: ВОЗ; 2011а).



3. Табакокурение

Табакокурение в мировом масштабе на данный момент остаётся самой главной причиной смертельных случаев, которые можно было предотвратить. Оно убивает почти 6 миллионов человек каждый год и приносит огромный экономический ущерб во всех странах мира. В соответствии с «Мировым отчётом по алкоголю и здоровью 2011», если данная тенденция не прекратится, то к 2030 году табак будет убивать больше 8 миллионов людей в год, 80% из этих смертей приходятся на страны, где живут люди с низким или средним доходом.

В настоящее время табакокурение приводит в 1 из 6 смертей, вызванных неинфекционными заболеваниями. Табачный дым значительно ухудшает условия труда, и наоборот, его отсутствие улучшает рабочую обстановку. Кроме того, можно было бы избежать 1 из 5 смертей от туберкулёза, если бы пациенты не курили. Это означает то, что более 15 000 людей умирают ежедневно, потому что они курят, что не включает ещё более 1000 человек, которые умирают от пассивного курения.¹

Несмотря на явные доказательства вреда табакокурения, многие курильщики недооценивают риски, которые оно несёт для них и для окружающих. При том, что многие знают об общем вреде курения для здоровья, многие аспекты этого процесса остаются неизвестными или непонятными для курильщиков. Многие потребители не проинформированы об опасных химических соединениях, содержащихся в табаке и в его дыме. Часто они не знают о том, что курение вызывает не только рак лёгких, но и другие его виды, а также сердечные заболевания, инсульт и другие болезни.

Кроме того, высокая степень привыкания к табаку широко не признана. Многие до сих пор считают, что табакокурение — это лишь привычка, и не имеет ничего общего с привыканием. Очень часто курильщики не осознают, насколько быстро они привыкают к никотину, и думают, что могут легко бросить.

Табакокурение тормозит экономическое и социальное развитие. Половина курильщиков умирает от курения, при этом половина из этих смертей происходит в продуктивном возрасте — от 35 до 69.² Позитивные шаги по направлению к Целям Развития Тысячелетия ООН, включая достижение гендерного равенства и здоровья матери и ребёнка, также задерживаются табакокурением. Несмотря на то, что в мировом масштабе женщины курят меньше, чем мужчины, особенно в странах с низким доходом, они и их дети чаще всего страдают от пассивного курения, что приводит к, как минимум, 600 000 смертей в год среди некурящих людей. Почти половина этих смертей приходится на женщин и более четверти на детей младше 5 лет. Дети и младенцы особенно уязвимы к пассивному курению. Что касается беременных женщин, пассивное курение приводит к высокому риску преждевременных родов, и к дефектам развития плода.

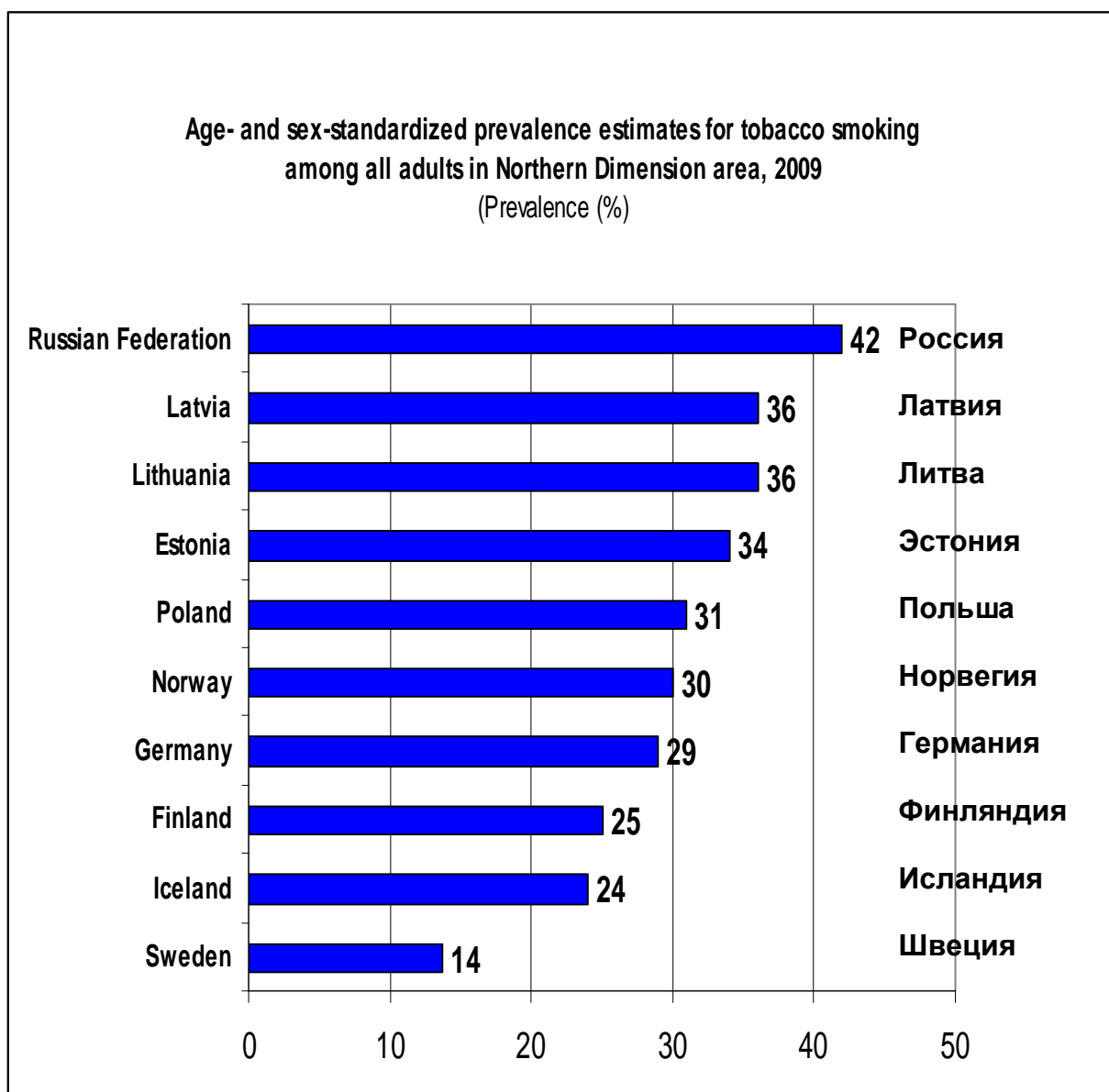
Уникальность табачной пандемии в том, что за полвека исследований и анализа, мы знаем, как снизить число заболеваний. Кроме того, существуют международные соглашения, включающие в себя меры по контролю за табаком, основанные на данных исследований, например, Рамочная Конвенция ВОЗ по Борьбе против Табака, которую подписали более 170 стран-участниц ВОЗ, что представляет собой 85% мирового населения. С 2003 года Рамочная Конвенция по Борьбе против Табака играет большую роль в принятии эффективных мер по ограничению табакокурения в мире.

1 Oberg M, Maritta JS, Woodward A, et al. (2010) Worldwide burden of disease from exposure to second-hand smoke: A retrospective analysis of data from 192 countries. *The Lancet*. Published Online November 26, 2010 DOI:10.1016/S0140-6736(10)61388-8. (Мировое бремя болезней от воздействия пассивного курения: ретроспективный анализ данных из 192 стран)

2 Guindon GE et al. The cost attributable to tobacco use: a critical review of the literature. Geneva, World Health Organization, 2006 (Ущерб, связанный с табакокурением: критический обзор литературы)

Число заболеваний, случаев потери трудоспособности и смерти, связанных с табакокурением, значительно снизилось с понижением потребления табака. Также это позволило снизить затраты на здравоохранение и увеличить производительность, в результате чего увеличилась прибыль государства. Это хороший пример того, чего можно достичь при помощи продуманной социальной политики, общественного мнения и образования в области здравоохранения. Успешное внедрение Рамочной Конвенции по Борьбе против Табака демонстрирует то, что наиболее успешные меры усиливают друг друга, и нужна всеобъемлющая стратегия, чтобы снизить мировое бремя болезней, вызванных табакокурением.

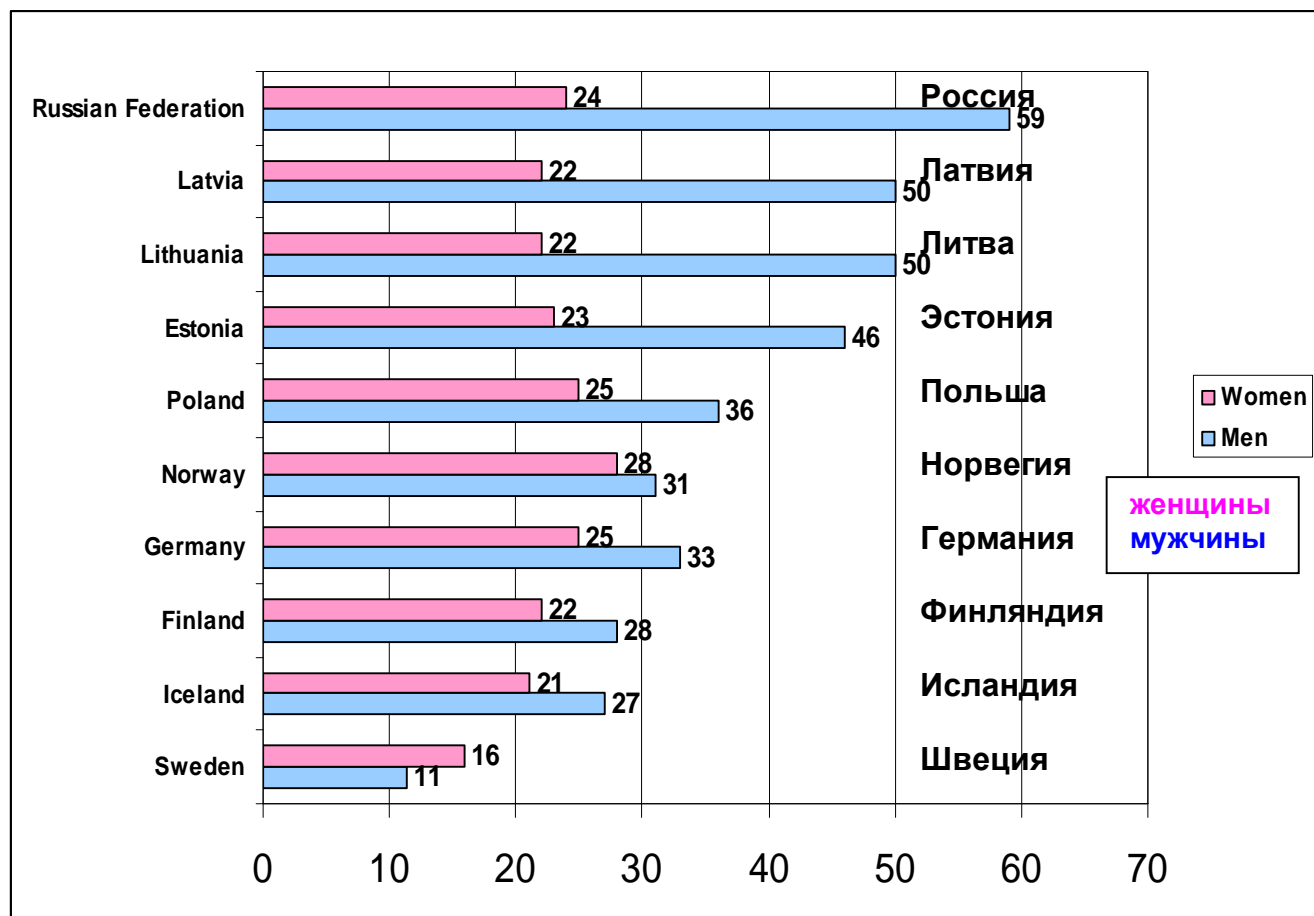
(таблица) Стандартное поло-возрастное распространение табакокурения среди взрослого населения в Северном регионе, 2009
Распространение (%)



Источник: ВОЗ-Евро, 2011

(таблица) Стандартное поло-возрастное распространение табакокурения среди мужчин и женщин в Северном регионе, 2009

Распространение (%)



Source: WHO-EURO, 2011

«Снюс» (жевательный табак) — это особый злополучный табачный продукт в контексте Северного Измерения. В настоящее время он легально продаётся в Швеции, но запрещён в других странах ЕС, при этом он агрессивно рекламируется и незаконно переправляется в соседние страны Северного Измерения. Этот продукт рекламируется как не причиняющий вреда, поэтому он быстро распространяется среди молодёжи обоих полов. В Швеции потребление жевательного табака увеличилось в 3 раза за последние 30 лет.

В 2008 году главы пяти учреждений общественного здравоохранения из Северных Стран (Ларс-Эрик Холм, Socialstyrelsen, Швеция; Еспер Фрискер, Sundhedstyrelsen, Дания; Бйорн-Инге Ларсен, Helsedirektoratet, Норвегия; Пекка Пуска, Национальный Институт Здравоохранения, Финляндия; Сигдур Гудмундсон, Hälsoödirektorat, Исландия) вместе определили¹ проблему следующим образом: «Потребление «снюса» приводит к обратимым и необратимым изменениям слизистой оболочки рта, вызывает рак поджелудочной железы, пищевода и желудка, увеличивает риск инфаркта и инсульта со смертельным исходом, повышает кровяное давление». Главы пяти учреждений общественного здравоохранения из Северных Стран настаивали на необходимости дополнительного усиления профилактической работы, что до сих пор так и не было сделано. Утверждение о том, что «снюс» может положительно повлиять на ситуацию с курением, является лишь мифом.

¹ Suomen Lääkärilehti SLL 48 4186-4187 2008

4. Избыточный вес и ожирение

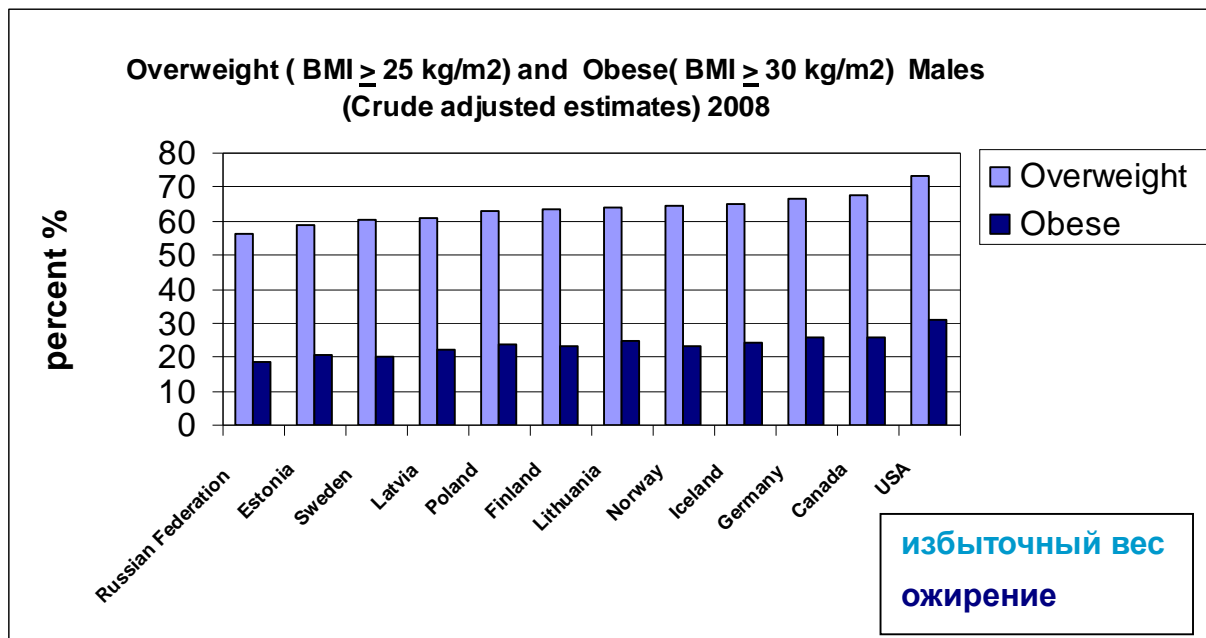
Повсеместное распространение избыточного веса началось в 1970-е и 1980-е, когда стал расти рынок продуктов питания и энергетики, еда стала дешевле по отношению к рабочему времени, необходимому для её приобретения. Также имели влияние социокультурные факторы, окружающая среда, повсеместное использование машин привело к увеличению числа людей, страдающих ожирением. В 2008 году в мире было, как минимум, 1,46 миллиард людей с избыточным весом и 500 миллионов людей, страдающих ожирением. Наибольшее распространение ожирение имеет в США: каждый третий ребёнок страдает ожирением. В некоторых странах уровень детского ожирения стабилизировался или снижается, при этом ожирение среди взрослых продолжает увеличиваться, в том числе в странах Партнерства Северного Измерения в Области Общественного Здравоохранения и Социального Благополучия. Ожирение является фактором риска для диабета, сосудистых заболеваний, некоторых типов рака и ведет к функциональным нарушениям, инвалидности или потере трудоспособности. Подсчитано, что 2-6% всех затрат на здравоохранение приходится на проблемы, вызванные ожирением.

Есть свидетельства того, что даже если, например, сократить время, которое дети проводят перед телевизором или компьютером, они начнут худеть. Кроме того, положительный эффект в борьбе с детским ожирением даёт вмешательство в жизнь семьи. Для взрослых результативными являются программы сочетающие советы по правильному питанию с увеличенной физической активностью.

Воздействие, направленное лишь на одного человека, не сможет сломить негативную тенденцию. Должны быть приняты широкомасштабные меры по увеличению стоимости вредных продуктов питания (например, сахара и соли) и по снижению стоимости здоровой пищи (например, фруктов и овощей). Важно вовлечь в процесс индустрию продуктов питания, при этом преподнося её как партнёра.

(таблица)

Мужчины с избыточным весом (индекс массы тела (ИМТ) ≥ 25 кг/м²) и с ожирением (ИМТ ≥ 30 кг/ м²) (приблизительные скорректированные оценки)

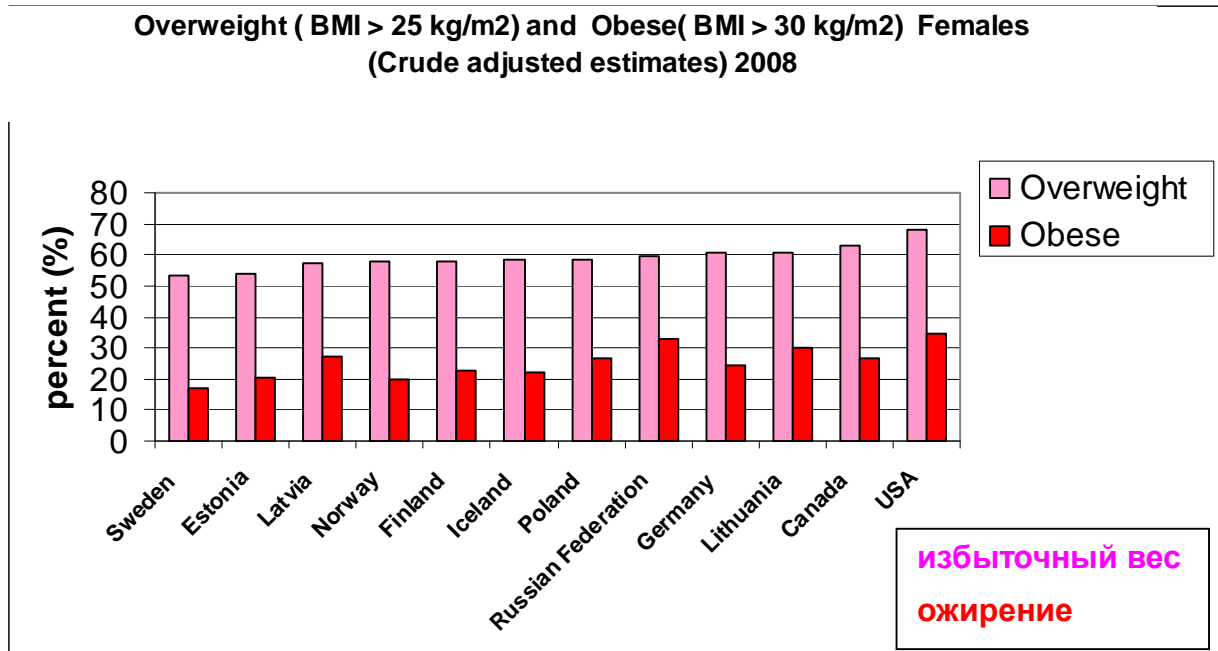


Россия, Эстония, Швеция, Латвия, Польша, Финляндия, Литва, Норвегия, Исландия, Германия, Канада, США

Источник: Мировой отчет по неинфекционным заболеваниям 2010, ВОЗ.

(таблица)

Женщины с избыточным весом (ИМТ ≥ 25 кг/м²) и с ожирением (ИМТ ≥ 30 кг/ м²) (приблизительные скорректированные оценки)

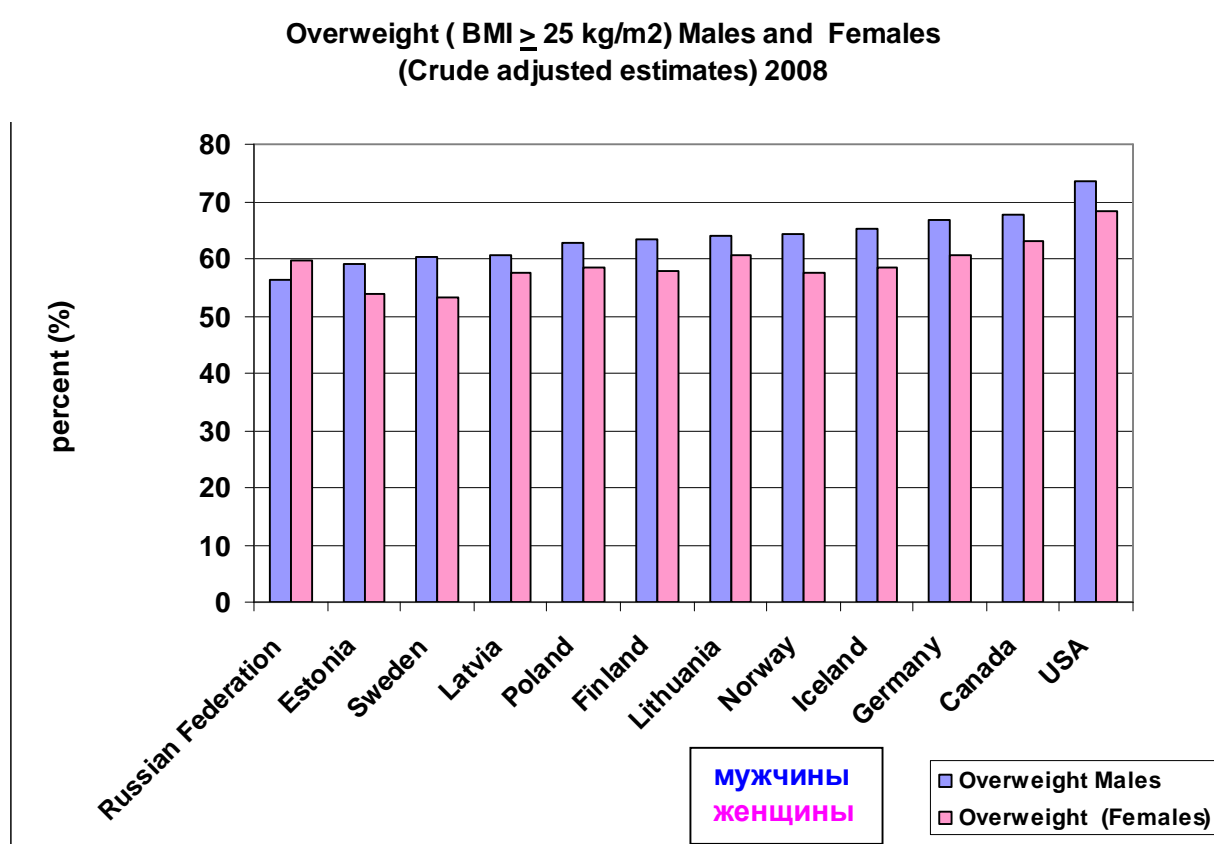


Швеция, Эстония, Латвия, Норвегия, Финляндия, Исландия, Польша, Россия, Германия, Литва, Канада, США

Источник: Мировой отчет по неинфекционным заболеваниям 2010, ВОЗ.

(таблица)

Мужчины и женщины с избыточным весом (ИМТ ≥ 25 кг/м²) (приблизительные скорректированные оценки)

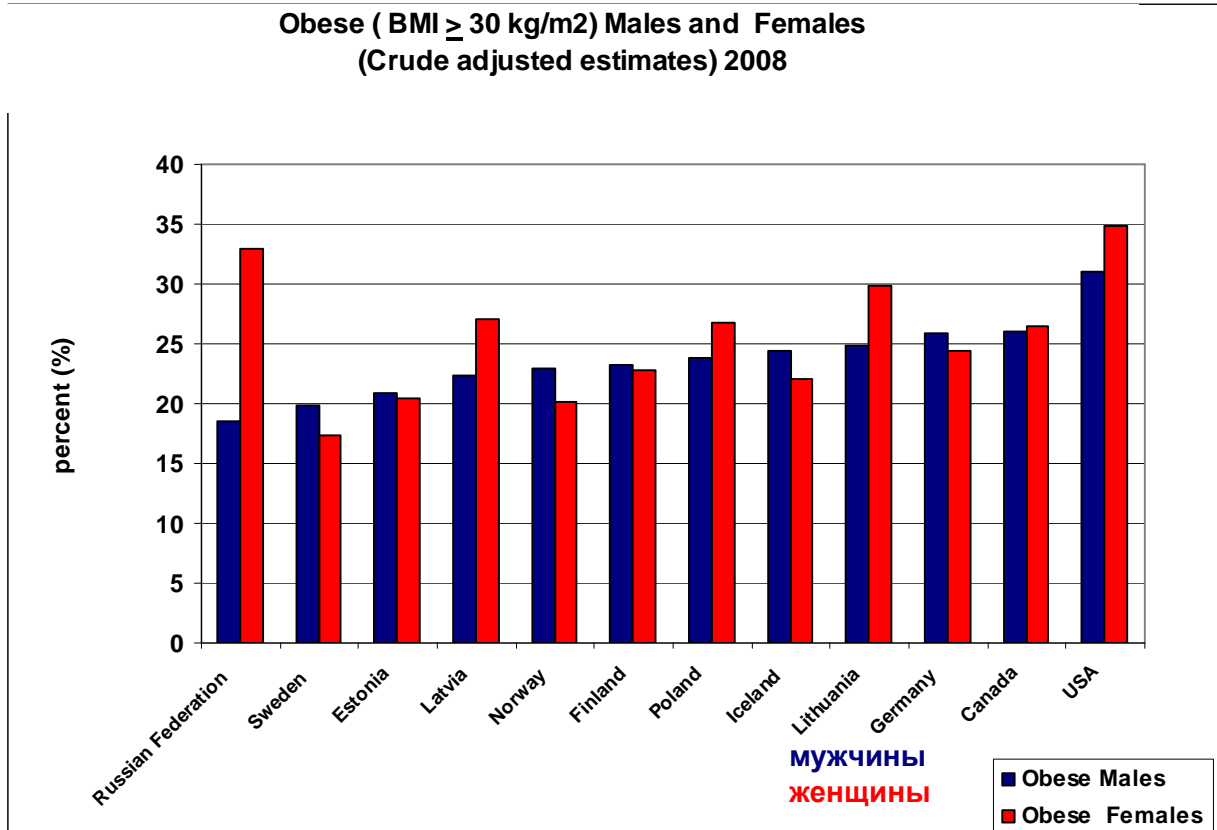


Россия, Эстония, Швеция, Латвия, Польша, Финляндия, Литва, Норвегия, Исландия, Германия, Канада, США

Источник: Мировой отчет по неинфекционным заболеваниям 2010, ВОЗ.

(таблица)

Мужчины и женщины с ожирением (ИМТ ≥ 30 кг/м²) (приблизительные скорректированные оценки)



Россия, Швеция, Эстония, Латвия, Норвегия, Финляндия, Польша, Исландия, Литва, Германия, Канада, США

Источник: Мировой отчет по неинфекционным заболеваниям 2010, ВОЗ.

5. Физическая неактивность

Недостаточная физическая активность является четвёртым основным фактором смертности. Около 3,2 миллиона смертей в год вызвано недостаточной физической активностью. Недостаточно физически активные люди подвержены на 20-30% сильнее риску развития смертельных заболеваний, чем люди, занимающиеся какой-либо умеренно интенсивной физической активностью по 30 минут в день.

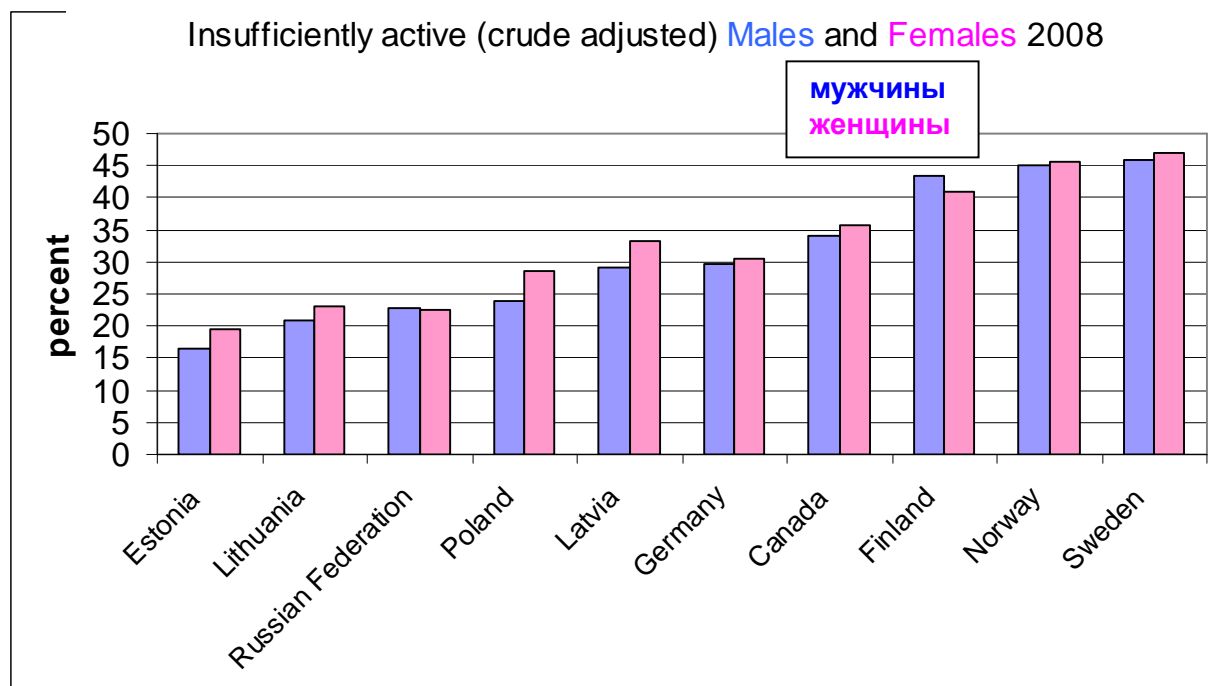
Подсчитано, что 150 минут умеренной физической активности в неделю позволяют снизить риск развития ишемической болезни сердца примерно на 30%, диабета на 27%, рака груди или прямой кишки на 21-25%. Кроме того, физическая активность снижает риск инсульта, повышенного давления и депрессии. Являясь определяющим фактором расхода энергии, физическая активность имеет фундаментальное значения для энергетического баланса и контроля за весом.

Последние научные исследования показали, что даже небольшая физическая активность значительно улучшает качество жизни и благосостояние, не говоря уже о том, что она снижает смертность.

В мировом масштабе 31% всего населения старше 15 лет ведёт недостаточно активный образ жизни. В Северном Измерении недостаток физической активности может варьироваться от 20% в Эстонии до 45% в Швеции. Уровень распространения недостаточной физической активности растёт в соответствии с экономическим уровнем страны. Этот уровень был вдвое больше в странах с высокими доходами, чем в странах со средними доходами.

Адекватный уровень физической активности может быть достигнут, если этому способствует среда, на него влияет политика и практическая деятельность в таких секторах, как транспорт, спорт, образование, окружающая среда, городское проектирование, а кроме того, внешние силы, такие, как промышленность и СМИ. Таким образом, крайне важно вовлечь в решение проблемы всех участников.

(таблица) Недостаточная активность (приблизительная скорректированная оценка) у мужчин и женщин за 2008



Эстония, Литва, Россия, Польша, Латвия, Германия, Канада, Финляндия, Норвегия, Швеция

Источник: Мировой отчет по неинфекционным заболеваниям 2010, ВОЗ.

6. Первичное медицинское обслуживание — сложные задачи и возможности в области распространения здорового образа жизни и контроля неинфекционных заболеваний

Преобладание неинфекционных заболеваний и рост их числа, а также растущая потребность в медицинском обслуживании создают сложную ситуацию в странах Северного Измерения. Расходы на медицинское обслуживание растут очень быстро, и даже относительно богатые страны не могут позволить себе покрывать растущие затраты и гарантировать доступное и качественное здравоохранение в соответствии с нуждами и требованиями населения.

33 года назад на конференции ВОЗ в Алма-Ате в 1978 впервые была подчеркнута важность первичного медицинского обслуживания (ПМО) в профилактике и лечении неинфекционных заболеваний и в более рациональном использовании ресурсов здравоохранения, данные ресурсы должны быть как можно более доступны людям в повседневной жизни и на рабочем месте. В отчёте ВОЗ за 2008 год **«Первичное медицинское обслуживание: сейчас важнее, чем когда-либо»** говорится о том, что поддержка ценностей и тезисов, выдвинутых в Алма-Ате 30 лет назад, не всегда легко транслируется на систему здравоохранения и приводит к её эффективной трансформации.

Международный научный опыт показывает, что страны, которые пренебрегают алма-атинской декларацией и не внедряют в системы здравоохранения элементы ПМО, имеют больше проблем, связанных с растущими затратами в секторе медицинского обслуживания, общее более низкое здоровье нации, менее справедливое распределение медицинских услуг и общую низкую удовлетворенность медицинским обслуживанием. Исследования, как в развитых, так и в развивающихся странах, показали, что более эффективная система первичного медицинского обслуживания ведёт к лучшим результатам в профилактике и лечении неинфекционных заболеваний, более низкой общей смертности, более низкой смертности от сердечных заболеваний, ранней диагностике рака, например, рака ободочной и прямой кишки, рака груди, рака шейки матки и меланомы. В противном случае, необходимо большее количество специалистов, и результаты оказываются более плачевными.

Существуют научно установленные доказательства тому, что ПМО может иметь большое влияние на такие факторы развития неинфекционных заболеваний, как курение и злоупотребление алкоголем, нездоровое питание и низкая физическая активность. И всё же такого рода вмешательство не всегда используется полностью: семейные доктора и медицинский персонал в странах СИ не всегда обладает необходимыми знаниями и навыками для применения моделей продвижения здорового образа жизни и методами мотивирования и консультирования в различной обстановке (в школе, на рабочем месте, в местном сообществе).

Качество первичного медицинского обслуживания по отношению к профилактике и лечению неинфекционных заболеваний может быть очень разным в странах СИ, а также внутри каждой страны. Также уровень доступности ПМО является разным для разных социальных групп. Чтобы справиться с бременем хронических болезней, необходимо уделить особое внимание таким особо уязвимым группам населения, как мигранты, работники предприятий малого бизнеса, этнические меньшинства, люди с ограниченными возможностями, бывшие заключённые и т.п., которые более подвержены факторам риска развития неинфекционных заболеваний, а следовательно, и самим этим заболеваниями. Чтобы справиться с проблемами здравоохранения данных групп населения, необходимо усиленное, направленное на местное население первичное медицинское обслуживание.

Нужно усиливать такие качества мед. персонала, как целостное моделирование ситуации, более глубокое понимание социальных факторов, влияния окружающей среды на здоровье и разной степени доступности медицинского обслуживания, умение работать в команде, всесторонний подход к решению проблем в команде различных специалистов, включая социальных работников. Ещё одна сложность, с которой сталкивается современная система здравоохранения, это увеличение числа пациентов с большим числом сопутствующих заболеваний, т.е. с несколькими хроническими заболеваниями одновременно. Специалисты диагностических центров часто недостаточно точно и эффективно выполняют свою задачу из-за отсутствия скоординированного постоянного и ориентированного на пациента медицинского обслуживания, которое может дать семейный или лечащий врач.

Экспертная группа по первичной медицинской помощи и пенитенциарной системе здравоохранения в Партнёрстве СИ в области общественного здравоохранения и социального благосостояния начала передовой проект «Улучшение общественного здоровья при помощи высококачественного и равномерно распределённого первичного медицинского обслуживания», который частично закрывает пробелы в системе ПМО, упоминавшиеся выше, при помощи обучения мед.персонала мотивационному консультированию, работе в команде, при помощи развития транснациональной стратегии профессионального роста работников ПМО и пилотирования новых систем оценки качества работы и схем оплаты труда, которые позволят поддерживать инициативы с сфере ПМО, касающиеся распространения здорового образа жизни и профилактики заболеваний в местном сообществе.

Необходима дальнейшая разработка интернациональных и национальных проектов, чтобы выявить и распространить эффективные модели и методы работы в сфере ПМО по отношению к основным факторам риска неинфекционных заболеваний. Необходимы такие стратегические меры, которые позволят сделать ПМО всесторонним, непрерывным и ориентированным на местное сообщество и пациента, таким образом, мед. персонал ПМО сможет использовать инструменты, которые позволят людям стать партнёрами врачей в сфере заботы о собственном здоровье и распространении здорового образа жизни на местном уровне, и уйти от традиционного подхода, при котором люди являются лишь потребителями медицинских услуг. Команда ПМО должна отвечать за здоровье всех жителей местного сообщества, непрерывно работая над выявление проблем, и не ограничиваясь лишь советами индивидуальным пациентам, которые пришли на консультацию.

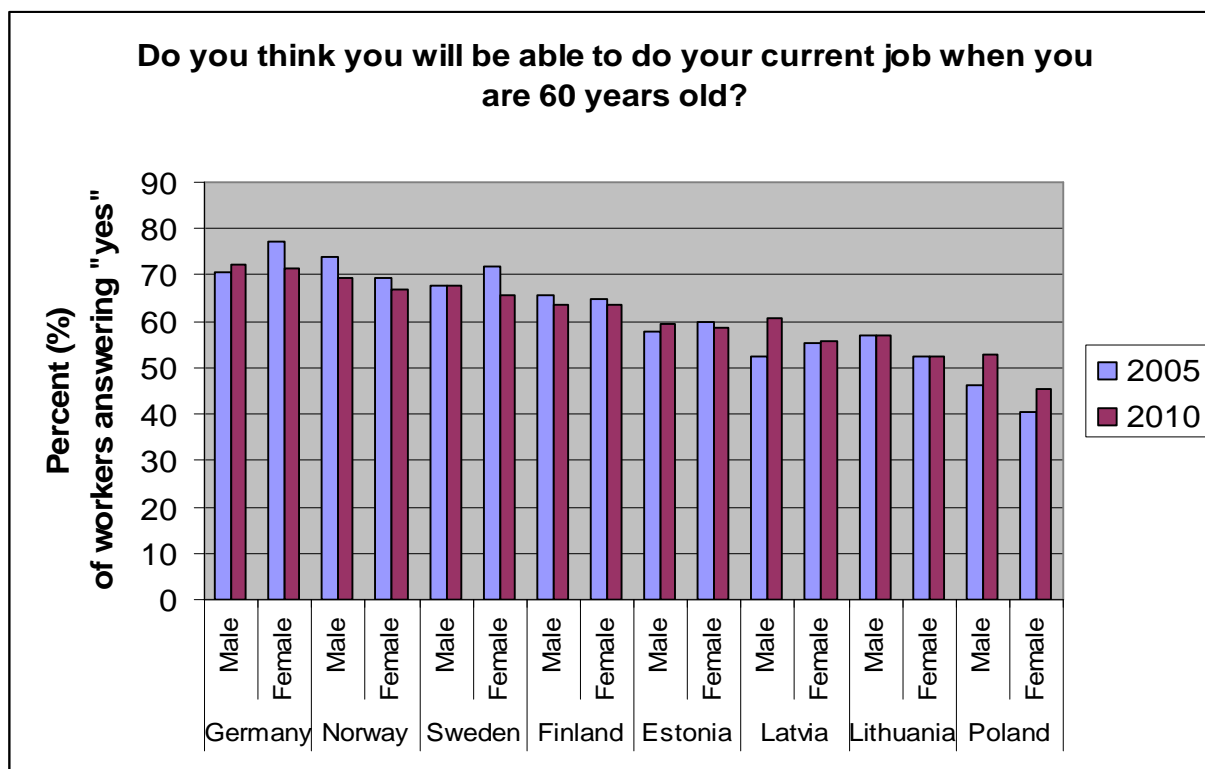
Health at Work – challenges and opportunities to promote healthy lifestyles and prevent and control noncommunicable diseases

7. Здоровье на рабочем месте - сложные задачи и возможности в области распространения здорового образа жизни и контроля неинфекционных заболеваний

Работоспособные люди представляют собой половину всего населения, они, главным образом, обеспечивают устойчивое экономическое развитие в странах СИ. К несчастью, по данным ВОЗ, более 300 000 человек умирает ежегодно в Европейском регионе по причинам, связанным с работой, особенно от неинфекционных заболеваний. И хотя число смертельных несчастных случаев на работе уменьшается, число смертей от болезней, связанных с работой, остаётся на том же уровне, создавая 4-5% потерь ВВП. Организация и условия работы влияют на появление новообразований, сердечно-сосудистых, опорно-двигательных и психических расстройств. Более 331 миллиона лет жизни, скорректированных по нетрудоспособности (DALYs), теряется в Европейском регионе ежегодно вследствие рака лёгких, вызванного производственной деятельностью и окружающей средой (например, воздействие асбеста). Более 20 000 лет жизни, скорректированных по нетрудоспособности, было потеряно из-за лейкемии. Около 40% случаев хронической обструктивной болезни лёгких связано с производственной деятельностью и окружающей средой. По данным Европейского Исследования Условий Труда, 30-60% работающих людей в странах СИ считают, что не смогут выполнять свою настоящую работу в возрасте 60 лет. Существует большое различие между тем, как люди в странах СИ воспринимают возможность выполнения своей работы в течение многих лет.

(новая таблица) Считаете ли Вы, что сможете выполнять свою настоящую работу, когда Вам будет 60 лет?

Процент работающих, ответивших «да».



Германия, Норвегия, Швеция, Финляндия, Эстония, Латвия, Литва, Польша

Male = мужчины

Female = женщины

Источник: Европейское Исследование Условий Труда

http://www.eurofound.europa.eu/surveys/smt/ewcs/ewcs2010_07_07.htm

В 21 веке неинфекционные заболевания стали самой главной причиной смертности и потери трудоспособности среди работающего населения. Работодатели сталкиваются с такими феноменами, как абсентеизм, презентеизм, пониженная продуктивность и «текучка кадров», в то время как работники и их семьи страдают от пониженных доходов, раннего выхода на пенсию, а кроме того, слишком сильно рассчитывают на социальную помощь и оплату расходов на лечение. По этим причинам рабочее место оказывается важной обстановкой для публичных мероприятий в сфере здравоохранения и для распространения здорового образа жизни, как важной составляющей профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями.

Стресс и психические расстройства, связанные с работой, включают в себе высокий риск развития сердечно-сосудистых заболеваний, диабета и рака. Было подсчитано, что в Германии в 2002 году было потеряно 18 миллионов рабочих дней из-за депрессии, что стоило работодателям около 1,6 миллиарда евро. В странах Партнерства Северного Измерения психические расстройства стали одной из главных причин больничных и раннего выхода на пенсию. В Германии, например, психические заболевания стали главной причиной потери трудоспособности на производстве, вызывая более 30% случаев. Практически каждый третий ранний выход на пенсию связан с психическими расстройствами. В связи с недавней экономической рецессией бремя психических заболеваний создаёт новые трудности для работодателей и работников в странах Партнерства Северного Измерения.

В резолюции Всемирной Ассамблеи Здравоохранения **«Здоровье работающих: глобальный план действий 2008-2017»** рекомендуется применять меры по распространению здорового образа жизни и профилактике неинфекционных заболеваний на рабочем месте, в частности, пропагандировать здоровое питание и физическую активность среди сотрудников, одобрять решение бросить курить, обращать внимание на вред и опасности потребления алкоголя, поддерживать психическое здоровье на рабочем месте и заботиться о здоровье семьи. Эти меры также включают в себя контроль за химикатами на рабочем месте, устранение табачного дыма из всех рабочих помещений. В Рамочной Конвенции ВОЗ по Контролю за Табаком установлено, что устранение табачного дыма из рабочих помещений — это важный шаг для предотвращения неинфекционных заболеваний на рабочем месте. **Здоровые условия труда: мировая модель действий** была разработана ВОЗ как система применимая ко всем рабочим местам.

План действий ВОЗ/Европа по осуществлению Европейской стратегии по профилактике и борьбе с неинфекционными заболеваниями (2011-2016) признаёт, что распространение здоровья на рабочем месте направлено не только на профилактику заболеваний, но и на оптимизацию благосостояния работающего, от чего получает выгоду как он сам, так и работодатель. Улучшение условий труда, внедрение механизмов, позволяющих людям конструировать их собственную рабочую среду и улучшать свою работу, ведёт к более здоровым и безопасным, а значит и более продуктивным рабочим местам.

Доклад ВОЗ и Всемирного экономического форума **«Профилактика неинфекционных болезней на рабочих местах с помощью рациона питания и физической активности» (2008)** даёт представление о современных знаниях, касающихся использования рабочего места как обстановки для работы по профилактике неинфекционных заболеваний; ключевые элементы успешных программ по распространению здорового образа жизни фокусируются на питании и физической

активности, а также потенциальном участии различных заинтересованных лиц в развитии и внедрении этих программ.

Публикация ВОЗ, ЕС и ОСЭР **«Мировой отчёт по неинфекционным заболеваниям 2010»** рекомендует внедрять многокомпонентные программы по распространению здорового образа жизни и физической активности на рабочем месте: предоставлять место для занятия физкультурой и знаки, чтобы люди пользовались лестницей (а не лифтом); распространять информацию среди семей при помощи программ самостоятельного обучения, стенгазет, фестивалей и т. п.; объяснять стратегии изменения личных привычек и самоконтроля. Компании также должны принять или усилить программы по улучшению здоровья и благосостояния своих сотрудников при помощи схем по распространению здорового образа жизни и профилактике неинфекционных заболеваний. В сущности, каждое предприятие может внести свою лепту, снизив загрязнение и распространяя здоровый образ жизни.

Меры по борьбе с раком должны включать в себя снижение воздействия канцерогенов на рабочем месте и в окружающей среде. Действенной мерой может стать введение запрета на применение асбеста, чтобы снизить количество случаев мезотелиомы и рака лёгких, а также более строгие правила гигиены на рабочем месте и защиты работающего. В **Пармской декларации по Окружающей Среде и Здоровью (2010)** министры окружающей среды и здравоохранения согласились разработать национальные программы по ликвидации заболеваний, вызванных асбестом, в сотрудничестве с ВОЗ и Международной Организацией Труда к 2015 году. Вакцинация от гепатита В также является важной профилактической мерой для работников здравоохранения, чтобы предотвратить цирроз и рак печени.

Медицинское обслуживание на рабочем месте и первичная медицинская помощь могут выявить людей, подверженных риску развития неинфекционных заболеваний, на раннем этапе. В Стратегии Партнёрства СИ по Здоровью на Рабочем месте «Здоровая жизнь — здоровая работа», принятой на ежегодной конференции Партнёрства в 2007, говорится о том, что **«страны намерены объединить усилия в сфере распространения здоровья на рабочем месте, чтобы снизить частотность инфекционных и неинфекционных заболеваний»** и что **«должно устанавливаться и развиваться более тесное сотрудничество между первичной медицинской и медицинским обслуживанием на рабочем месте во всех странах, не забывая о повышении квалификации и компетентности врачей»**. Среди стран-членов Партнёрства традиция распространения здорового образа жизни и охраны труда существует в Канаде, Финляндии, Исландии, Германии, Исландии, Норвегии, и Швеции. Осуществление стратегии Партнёрства СИ, касающейся здоровья на рабочем месте в сотрудничестве с Балтийской Сетью по Охране труда и здоровья позволяет обмениваться опытом по профилактике неинфекционных заболеваний на рабочем месте среди стран-участниц Партнёрства. В соответствии с приоритетами Глобального Плана Действий ВОЗ по Здоровью Работающих были предприняты объединённые усилия для сравнения предпосылок проведения успешных мероприятий по охране здоровья на рабочем месте.

8. Коренные народы в Северном Измерении - сложные задачи и возможности в области распространения здорового образа жизни и контроля неинфекционных заболеваний

Коренные народы в регионе Северного Измерения имеют много различий, при этом разделяют много общих тем. Важно признать их гетерогенность, чтобы не попасть под влияние стереотипов, касающихся здоровья и проблем коренных народов. Влияние колониальной политики на здоровье коренных народов имеет большой потенциал для последующего исследования и охватывает большой круг вопросов.

Всего лишь 50 лет назад среди народов Арктики (за исключением саамов в Скандинавии) существовала модель здоровья и болезней, характеризующаяся высокой степенью заболеваемости и смертности от острых и хронических инфекций, а также от несчастных случаев, и высоким уровнем детской смертности. С тех пор существенные изменения в обществе и образе жизни привели к изменению этой модели, возросло число самоубийств, заболеваний, связанных с злоупотреблением алкоголем и табаком. В последние годы увеличилось число случаев хронических неинфекционных заболеваний таких, как диабет, сердечные заболевания и другие болезни, относящиеся к образу жизни.

В результате этого в настоящее время неинфекционные заболевания являются значительной угрозой для местных сообществ. Многие современные заболевания связаны с социальными условиями и неравномерно распределены среди населения в странах СИ. Социальное единство и распределение ресурсов среди местных сообществ Арктики очень важно так же, как и жизнь последующего поколения.

Сложности: Общая информация

Коренные народы СИ сталкиваются с общими проблемами, при этом существует много трудностей, характерных для того или иного сообщества. Например, коренным народам Канады присущи такие сильные черты, как связи с традиционной культурой и расширенные семейные связи. Но для многих подобных сообществ характерен высокий уровень безработицы, удалённость от медицинских учреждений, социальная и экономическая маргинализация, потеря традиционного языка и культуры. Школы-интернаты для детей коренных народов Канады оказались очень травмирующим опытом. Более 80 000 выпускников таких школ в настоящее время всё ещё не могут оправиться от потери языка и культуры. Многие из них страдают от последствий травм физического, сексуального и эмоционального характера.

Что касается саамов, существуют некоторые отличия в стандартной модели заболеваемости от основного населения Швеции и Норвегии. В России и Финляндии сравнительные исследования саамов и основного населения практически отсутствуют. Среди саамов в России (менее 3000) по сравнению с другими странами высок процент самоубийств, насильственных смертей, а также алкоголизма.

В Финляндии достаточно широко распространено применение различных веществ, самоубийства (особенно среди коллта-саамов), а также сложные проблемы такие, как употребление наркотиков среди молодёжи, сексуальные домогательства, насилие в семьях и сопутствующие психические расстройства. В Норвегии уровень самоубийств среди саамов умеренный или низкий по сравнению с другими коренными народами Северного Региона и немного выше, чем среди основного населения страны.¹ Попытки самоубийства среди молодых саамов, о которых они сами сообщают, составляют 10,5%, а среди норвежцев 9,2%.¹ В ответ на растущие проблемы в некоторых регионах созданы программы по защите детей. Данная тема мало исследована, но предполагается, что политика ассимиляции, школы-интернаты, быстрые социально-культурные изменения, а также генетика являются потенциальными факторами риска.

1 Norway Suicidal behaviour among Saami in Arctic Norway; Ann C. Silviken 2007 (Норвегия: суицидальное поведение среди саамов)

1 Silviken & Kvernmo 2007

В Норвегии саамы или другие этнические группы не ставятся на медицинский учёт, что осложняет эпидемиологические и другие исследования. Существуют некоторые исследования, касающиеся рака, сердечно-сосудистых заболеваний, самоубийств, психиатрии, злоупотребления алкоголем и наркотиками, но всё же данных недостаточно. Что касается саамов мужского пола в Норвегии, статистика смертности показывает, что они реже умирают от сердечно-сосудистых заболеваний, несмотря на то, что переход от традиционного уклада жизни к современному длится уже несколько десятилетий. Однако, саамские женщины чаще умирают от сердечно-сосудистых заболеваний, особенно от инсульта, чем женщины среди основного населения. Кроме того, смертность от рака (прямой кишки, легких, простаты, груди, крови) ниже у саамов, чем у основного населения.

Тем не менее, существуют большие различия между разными группами саамов. Среди саамов-коллта существует высокий уровень смертности от рака (рак желудка и пищевода). Считается, что физически активный образ жизни в сочетании с традиционным рационом (основан на оленьем мясе и рыбе) защитил бы саамов от этих болезней². С другой стороны, число людей, получающих дотации на покупку лекарств от психоза (в возрасте 18-64 лет, как процент от общего населения того же возраста), в муниципалитете Ohsejonka, единственном, где большинство населения — саамы, гораздо выше, чем среднее в Лапландии или Финляндии.³ Нехватка персонала, знающего саамский язык, для распространения здорового образа жизни, это проблема, требующая решения.

Сложности: Потребление веществ и злоупотребление ими

Злоупотребление наркотиками и алкоголем — это общая проблема коренных народов Северного Измерения. В Канаде взрослые представители коренных народностей в два или три раза чаще потребляют пять и более алкогольных напитков за один раз и имеют в 4-6 раз более высокий риск нанести вред своему здоровью алкоголем. Кроме того, молодые представители коренных народов в 2-6 раз чаще подвержены риску, связанному с алкоголем, по сравнению с основным населением Канады того же возраста. Кроме того, они чаще употребляют разные виды наркотических веществ, чем их сверстники из основного населения, а также начинают употреблять различные вещества в более раннем возрасте.

В Гренландии алкоголь имеет сильное влияние на социальное здоровье многих семей, многие взрослые отмечают, что в их семьях были проблемы, связанные с алкоголем, когда они были детьми. Случаи сильного опьянения достаточно частотны, в последнем социологическом опросе выяснилось, что 36% гренландских мужчин и 25% женщин старше 18 лет имеют проблемы с алкоголем.

Общее потребление алкогольных напитков в Финляндии растёт (10,4 литра на душу населения). В северных отдалённых муниципалитетах потребление алкоголя выше, чем в других областях (туризм, приграничная торговля, местное потребление). Актуальная статистическая информация о различиях потребления среди различных этнических групп отсутствует.¹

² Sotkanen 2010; Soininen & Pukkala 2008

³ Sotkanen 2010

¹ Näyhä & Hassi 1993; compare to Larsson 1993, Larsson & Saglie 1996, Spein 2007, Kaiser et al 2009, Jacobsson & Omma 2011

Существует необходимость более детального исследования влияния образа жизни на здоровье саамов. Интересно, что в Северной Норвегии алкоголизм и злоупотребление алкоголем и наркотиками среди саамов ниже, чем среди основного населения.²

Сложности: рацион и питание

В отношении рациона питания коренные народы Северного Измерения не испытывают больших сложностей. Так, диабет практически не встречался среди коренных жителей Канады до 1940-х годов. С тех пор значительные изменения образа жизни сказались на увеличении числа заболеваний диабетом во всех возрастных группах. Диабет диагностировался у детей коренных народов в возрасте 5 лет. В настоящее время уровень диабета у коренных жителей в 3,8 раз выше, чем среди основного населения. Среди инуитов заболеваемость диабетом, сердечно-сосудистыми заболеваниями и другими хроническими болезнями ниже, чем в среднем по стране. Однако, существует мнение, что эти показатели серьёзно возрастут в будущем, так как факторы риска (например, курение, непереносимость глюкозы, низкая физическая активность, нездоровое питание и ожирение) часто встречаются среди инуитов.

Для коренных народов Гренландии так же, как и для других народов Арктики, с экономической и социальной точек зрения, важен традиционный рацион питания, многие считают его более здоровым, чем привозную еду. При этом, в настоящее время всего лишь 25% калорий люди получают из местной еды. На протяжении почти четверти века перед нами стоит дилемма: конфликт между пользой для здоровья от приёма в пищу мяса морских млекопитающих, содержащее большое количество ненасыщенных жиров, и вредом от загрязняющих веществ, содержащихся в этом мясе, влияние которых на здоровье пока не исследовано до конца. Молодые люди, особенно мужского пола, злоупотребляют нездоровой пищей и многие потребляют слишком много сахара и жира, содержащихся в конфетах, выпечке и газированных напитках. Вкупе с низким физической активностью, всё это способствует появлению излишнего веса или развитию ожирения. На сегодняшний день 29% мужчин и 40% женщин в Гренландии имеют лишний вес и около 20% страдают ожирением.

Безопасность еды является проблемой для многих сообществ коренных народностей Канады. Небезопасность еды приводит к таким заболеваниям, как диабет, сердечные заболевания, ограничения физической подвижности и психические расстройства. Среди представителей коренных народностей заметны связь между небезопасным питанием и плохим здоровьем, а также психическими расстройствами, высоким уровнем стресса и курением сигарет. Низкое качество еды чаще встречается среди коренных народов, чем среди основного населения Канады. Основные факторы данной ситуации включают в себя бедность, безработицу, изменения окружающей среды, высокая стоимость и низкая доступность питательных продуктов.

Ожирение также является проблемой для коренного населения Канады, так как уровень распространения ожирения выше среди детей и подростков коренных народов, чем среди основного населения страны. Дети коренных народностей страдают ожирением в очень раннем возрасте. Например, 59% детей от 3 до 11 лет и 42% подростков от 12 до 17 лет, живущих в резервации имеют или лишний вес, или ожирение. Это гораздо выше, чем показатели в среднем по стране: 27% мальчиков и 25 % девочек в возрасте от 2 до 17 имеют лишний вес или ожирение.

2 International Journal of Circumpolar Health {IJCH 2008 67(1), substance use among young indigenous Sami – a summary of findings from the North Norwegian Youth Study, Spein AR (Международный вестник здоровья Заполярья, Потребление веществ среди молодёжи саамской народности — краткое изложение исследований молодёжи Северной Норвегии

Сложности: Табак

В 2002 году распространение курения среди инуитов было 66% и среди других коренных народов было 57%, что в два раза больше, чем в среднем по стране (23%). Более поздние данные показывают достаточно высокий уровень курения: инуиты (58%), другие коренные народы (59%), что значительно выше, чем средний уровень по Канаде (17%). В Гренландии процент курящего населения был достаточно постоянным в последние 10 лет: 65% всего взрослого населения курит, 12% из которых курят очень много.

Возможности

Важной возможностью для саамов является проект по предоставлению услуг населению и развитию чувствительных к культурным аспектам методов работы “Sámi soster” (НКО), он включает в себя разработку культурно ориентированных способов поддержки саамских семей с детьми, для молодёжи — материалы для консультирования и распространения здорового образа жизни на саамском языке, а также культуроспецифичную работу по борьбе со злоупотреблением наркотиками.

Начиная с 2002 был внесён большой вклад в улучшение доступности медицинских и социальных услуг на саамском языке. Саамский парламент передал полномочия саамским муниципалитетам (детские сады, дома престарелых, языковые гнёзда).

Существуют свидетельства тому, что наиболее эффективным подходом к борьбе с неинфекционными заболеваниями в Канаде оказался подход, основывающийся на местном сообществе и традиционной культуре, подход к лечению на уровне индивида, семьи и местного сообщества. Дают надежду методы лечения, включающие в себя традиционный и общепринятый подходы и основывающиеся на сотрудничестве.

В Канаде для борьбы с распространением психических заболеваний и зависимостей на основании сотрудничества и уважения Сопроводительная Комиссия по Психическому Здоровью среди инуитов и других коренных народностей собрала вместе партнёров — представителей коренных народностей и основного населения, чтобы они разработали план улучшения психического здоровья инуитов и других коренных народностей. Отдельным план по улучшению психического здоровья был разработан для инуитов, он называется “Aliañait”, это слово из местного языка, передающее выражение радости.

9. В заключение, срочные политические действия необходимы сейчас!

Все факторы риска и условия, о которых говорилось выше, являются важными пунктами на повестке дня в сфере здравоохранения. Борьба за здоровье в этой сфере предполагает задержку начала неинфекционных и хронических заболеваний, прибавку лет жизни без потери трудоспособности и профилактику заболеваний, которых можно избежать. Для этого необходимы сконцентрированные действия разных секторов и участников, подход, сфокусированный на пациенте на всём протяжении его жизни для сохранения здоровья и борьбы с болезнями, учёт социальных и других факторов здоровья, доверие полномочий по заботе о собственном здоровье людям и местным сообществам, изменение системы здравоохранения для обеспечения своевременной эффективной недорогой медицинской помощи на всех этапах лечения. Необходимы срочные и чёткие политические шаги, чтобы осуществить и распространить необходимые изменения.

Приложение

Предлагаемые индикаторы и целевые показатели неинфекционных заболеваний
(в стадии разработки)

Название индикатора		Цель к 2025 (2016)	Источники данных
1	Преждевременная смерть от сердечно-сосудистых заболеваний, рака, диабета и хронических заболеваний дыхательных путей в возрасте 30-70 лет	15 % относительное снижение (?)	Система регистрации гражданского состояния с медицинским подтверждением причины смерти, позволяющая вычислить ППЖ (потенциальные годы потерянной жизни) или обзор результатов вскрытий
2	Распространение сахарного диабета среди людей в возрасте 25+	10% относительное снижение (?)	Обзор (с биомаркерами)
3	Распространение повышенного кровяного давления среди людей в возрасте 15+	20% абсолютное снижение (?)	Обзор (с биомаркерами)
4	Распространение ежедневного курения среди людей в возрасте 15+	25% относительное снижение во всех странах СИ Партнёрства, и ниже 20% распространение во всех страна СИ Партнёрства(?)	Обзор
5	Распространение ожирения	Отсутствие увеличение по сравнению с 2010 годом (?)	Обзор
6	Распространение низкой физической активности	10% относительное снижение (?)	Обзор
7	Распространение повышенного уровня холестерина среди людей в возрасте 25+	20% относительное снижение (?)	Обзор (с биомаркерами)
8	Первичная борьба с рисками сердечно-сосудистых заболеваний	50% снижение неохваченного населения (?)	Обзор (с биомаркерами)
9	Мониторинг рака шейки матки	50% снижение неохваченного населения(?)	Обзор
10	Всесторонние меры по борьбе с табаком, защищающие всё население, включающие высокий налог на табак, большие предупреждения с картинками на сигаретных пачках, комплексное антитабачное законодательство и запрет на все формы рекламы, распространения и спонсорства табачных компаний и табака.	100% стран СИ Партнёрства внедрили все четыре компонента (?)	Обзор политики
11	Регуляция и контроль снижения потребления соли и заменой транс-жирных кислот на полиненасыщенные жирные кислоты в производстве продуктов питания	100% стран СИ Партнёрства внедрили все данные компоненты (?)	Обзор политики
12	Всесторонний контроль алкоголя, включающий в себя налоговую и ценовую политику, снижение доступности алкоголя; комплексное законодательство, ограничивающее рекламу и маркетинг алкогольных напитков; комплексное законодательство по ограничению доступа к алкоголю	100% стран СИ Партнёрства внедрили комплексную алкогольную политику (?)	Обзор политики

Партнёры Партнёрства Северного Измерения в Области Здравоохранения и Социального Благополучия

Partner Countries	Partner Organizations
 Canada	 Barents Euro-Arctic Council
 Estonia	 Baltic Sea States Sub-regional Cooperation
 Finland	 Council of the Baltic Sea States
 Germany	 International Labour Organisation
 Iceland	 International Organization for Migration
 Latvia	 norden Nordic Council of Ministers <small>Nordic Council of Ministers</small>
 Lithuania	 Joint United Nations Programme on HIV/AIDS
 Norway	 World Health Organization
 Poland	
 Russia	
 Sweden	
 European Commission	

Страны-партнёры

Канада, Эстония, Финляндия, Германия, Исландия, Латвия, Литва, Норвегия, Польша, Россия, Швеция, Европейская Комиссия

Организации-партнёры

Баренцев Евро-Арктический Совет
Субрегиональное сотрудничество Балтийских государств
Совет Государств Балтийского моря
Международная Организация Труда
Международная Организация Миграции
Совет Министров Северных Стран
Объединённая Программа Организации Объединённых Наций по ВИЧ/СПИД
Всемирная Организация Здравоохранения