

## **Pandémia Covid-19 v prostredí marginalizovaných rómskych komunit (MRK): Zhodnotenie rizík a návrh postupu pre Ústredný krízový štáb SR (ÚKŠ)<sup>1</sup>**

V súvislosti s možnosťou prieniku pandémie Covid-19 aj do segregovaného prostredia MRK na Slovensku Ústredný krízový štáb zbežne identifikoval dve bezprostredné verejno-zdravotné riziká:

**R1) Riziko prudkého nárastu ťažkých ochorení Covid-19 v MRK** v dôsledku rýchleho rozšírenia nákazy v MRK a prítomnosti ľudí so zvýšeným rizikom ťažkého priebehu ochorenia v danom prostredí

**R2) Riziko šírenia epidémie z postihnutých MRK do ostatných častí obcí** v dôsledku nedostatočného dodržiavania prevenčných opatrení obyvateľmi MRK mimo MRK

V texte zhŕňame naše podrobnejšie posúdenie oboch rizík a navrhujeme konkrétny postup na ich kontrolu. Postup zohľadňuje epidemiologický (biomedicínsky) i sociálny kontext. Po zvážení dostupných podrobnejších informácií sa nám ako plošne akútne javí z epidemiologického hľadiska len prvé riziko. Obe riziká navrhujeme priamo v jednotlivých MRK, resp. obciach kontrolovať predovšetkým prostredníctvom zapojenia know-how a kapacít dostupnej hustej siete štátnych i mimovládnych organizácií a terénnych pracovníkov špecializujúcich sa na prácu priamo v MRK. V prvom prípade v kombinácii s cieľným testovaním a proaktívnym chránením najohrozenejších subpopulácií v najohrozenejších lokalitách, v druhom prípade v kombinácii so zabezpečením hygienických kontrolných staníc medzi MRK a ostatnými časťami obcí v prípadoch najsegregovanejších MRK.

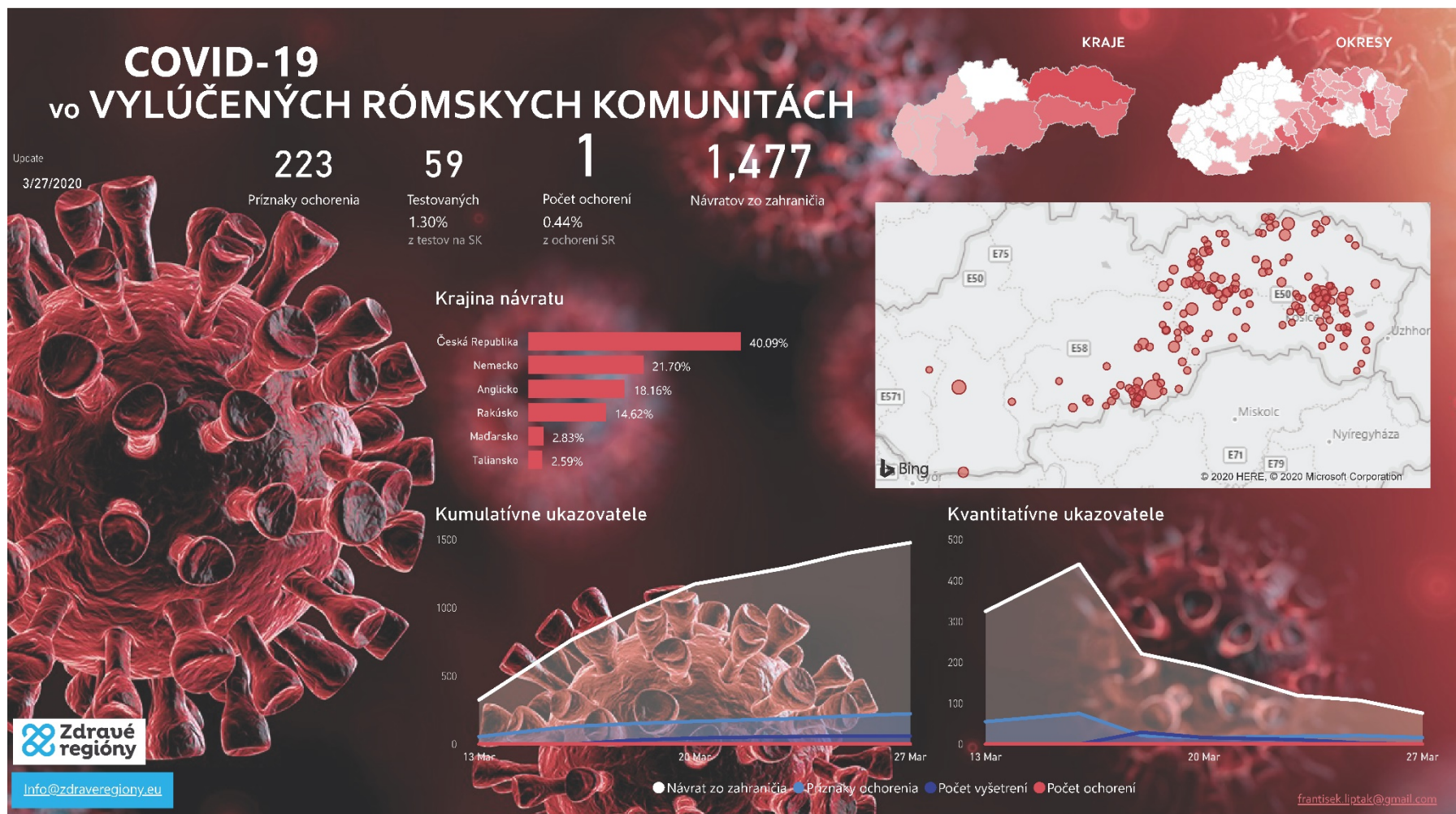
### **1) Zhodnotenie rizík – Epidemiologický kontext a prognóza vývoja pandémie Covid-19 v MRK**

#### *Východiská R1*

**Prienik pandémie Covid-19 do MRK už pravdepodobne nastal minimálne zavlečením zo zahraničia, a to v značnom rozsahu.** Príspevková organizácia MZ SR, Zdravé regióny (ZR), od 13. 3. 2020 realizuje v 2-3 dňových intervaloch mapovanie situácie ohľadom pandémie v MRK na území 250 obcí. Toto mapovanie zachytilo v 66% MRK návraty zo zahraničia z krajín, v ktorých bola v danom čase pandémie už buď na prudkom vzostupe alebo významne rozšírená alebo: Česká republika, Anglicko, Nemecko, Rakúsko a Taliansko (spolu išlo o návraty jednotlivcov z daných krajín do vyše 1400 rodín; pozri aj Obr. 1). Keďže daný výber MRK je reprezentatívny za BB, KE a PO kraje, podobnú situáciu je rozumné očakávať aj v zostávajúcich približne 50 obciach s porovnateľnými MRK na tomto území.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Dokument bol z podnetu ÚKŠ prostredníctvom poslanca P. Polláka vypracovaný tímom externých expertov p.o. Zdravé regióny, v zložení: Mgr. A. Belák, PhD, MUDr. P. Marko, MPH, doc. MUDr. I. Solovič, CSc. a Mgr. T. Hrustič, PhD. Konzultácie a pripomienky k textu poskytli prof. MVDr. M. Halánová, PhD a prof. MUDr. Pavol Jarčuška.

<sup>2</sup> Interaktívny report z databázy, ktorý sa pravidelne automaticky updatuje je prostredníctvom webu Zdravých regiónov dostupný online – prístupové údaje je možné žiadať na adrese [info@zdraveregiony.eu](mailto:info@zdraveregiony.eu)



Obrázok 1 Zhrnutie dát o cestovateľských anamnézach a ďalších ukazovateľoch priebehu pandémie v MRK z 250 cieľových obcí Národného projektu Zdravé komunity za obdobie 13-31.3. 2020 (Zdroj: Zdravé regióny, p.o. MZ SR)

Ten istý zdroj zároveň ukazuje, prečo fakt, že priamo v MRK u nás dosiaľ nebol potvrdený žiaden prípad nákazy, nemožno považovať za dôkaz toho, že k rozšíreniu nedošlo. **MRK totiž podľa údajov zozbieraných v jednotlivých lokalitách predstavuje populáciu, ktorej sa testovanie zatiaľ prakticky nedotklo.** Z približne 180 000 obyvateľov, ktoré ZR mapovanie pokrýva (približne ¾ celej MRK populácie), bolo od počiatku epidémie testovaných len 59 ľudí (a aj to len celkom nesystematicky, predovšetkým v priebehu prvých pár dní po zacytení pandémie a poväčšine v súvislosti s predošlými hospitalizáciami z iných dôvodov).

**Očakávanie rýchleho rozšírenia Covid-19 v rámci tých MRK, do ktorých ochorenie preniklo alebo prenikne (či už prostredníctvom zavlečenia zo zahraničia alebo z bližšieho okolia), je pravdepodobné vzhľadom na typické životné podmienky v danom prostredí.** Tie tu totiž maximálne sťažujú až znemožňujú účinné dodržiavanie akýchkoľvek opatrení proti šíreniu infekčných ochorení. V MRK napr. typicky absentuje štandardná verejná infraštruktúra i základné vybavenia domácností (približne 3/4 domácností napr. chýbajú funkčné pripojenia na vodu a kanalizáciu, splachovacie toalety a kúpeľne), domácnosti sú tu malé a husto obývané (priemer 4,5 osoby na pomerne veľmi malé obydlia), príjmy drvivej väčšiny domácností sú trvalo pod hranicou chudoby a značné podiely obyvateľstva tu vykazujú extrémne nízke úrovne zdravotnej gramotnosti.<sup>3</sup> Očakávanie rýchleho rozšírenia v MRK podporujú aj aktuálne priame pozorovania z praxe, či už klinickej alebo praxe rôznych terénnych MRK pracovníkov: karanténa navrátilcov z rizikových krajín, nosenie rúšok, zvýšenie bežných štandardov osobnej hygieny, dodržiavanie fyzického odstupu, atď., predstavujú opatrenia, ktoré sa vo väčšine MRK začali z vyššie uvedených dôvodov zavádzať len so značným oneskorením a v mnohých smeroch nie celkom dôsledne.

**Zvýšené riziko ťažších priebehov ochorenia Covid-19 v MRK možno bezpečne odvodiť z množstva reprezentatívnych epidemiologických štúdií o demografickom zložení a zdravotnom stave tamojšej populácie.**<sup>4</sup> Hoci ide o populáciu v priemere veľmi mladú (priemerný vek 25 rokov a približne 45% tvoria deti do 15 rokov), predpoklad o nízkej rizikovitosti ochorenia v mladšom veku na ňu nemožno vziať ako na celok. Obyvatelia MRK totiž žijú výrazne kratšie ako ostatná slovenská populácia (len cca 4% populácie MRK prekračuje 60 rokov života), majú niekoľkonásobne vyššiu detskú úmrtnosť a v priebehu celého života trpia väčšou záťažou všetkými druhmi ochorení, vrátane všetkých druhov civilizačných ochorení (so skorším nástupom), chronických respiračných ochorení (od ranného veku), infekčných ochorení a parazitóz. Veľmi častá je tu tiež komorbidita. Inými slovami, **k nízkemu priemernému veku obyvateľov MRK prispieva práve aj prítomnosť množstva faktorov, ktoré možno na základe skúseností z iných krajín považovať za zvyšujúce riziko ťažšieho priebehu ochorenia Covid-19.** Vzhľadom na zásadne kratší vek a vyššiu celoživotnú záťaž (nielen priamo patológiami, ale aj environmentálnymi expozíciami, záťaž psychickú, fyzickú a nezdravšou stravou) možno v prípade tejto populácie uvažovať o rýchlejšom biologickom starnutí. V porovnaní s bežnou slovenskou či európskou populáciou je tu preto

<sup>3</sup> Vid' napr. Belak, A., Geckova, A.M., van Dijk, J.P., & Reijneveld, S.A. (2017). Health-endangering everyday settings and practices in a rural segregated Roma settlement in Slovakia: A descriptive summary from an exploratory longitudinal case study. *BMC Public Health*, 17, 128.; Filadelfiova, J., & Gerbery, D. (2012). Report on the living conditions of Roma households in Slovakia 2010. In UNDP (Ed.), (p. 234). Bratislava: UNDP.

<sup>4</sup> Napr. Rosicova, K., Geckova, A.M., van Dijk, J.P., Rosic, M., Zezula, I., & Groothoff, J.W. (2009). Socioeconomic indicators and ethnicity as determinants of regional mortality rates in Slovakia. *Int J Public Health*, 54, 274-282; Gecková, A.M., Jarcuska, P., Mareková, M., Pella, D., Siegfried, L., & Halánová, M. (2014); Hepameta--prevalence of hepatitis B/C and metabolic syndrome in population living in separated and segregated Roma settlements: a methodology for a cross-sectional population-based study using community-based approach. *Central European journal of public health*, 22, S6-11.

na mieste v rovnakých vekových kategóriách očakávať skôr viac než rovnako alebo menej ťažších priebehov tohto ochorenia.

#### *Prognóza R1*

Vzhľadom na vyššie uvedené **predpokladáme, že minimálne v stovkách MRK, do ktorých sa nedávno vrátili (a naďalej vracajú) ľudia z rizikovejších krajín, sú už v tejto chvíli infikované jednotlivé rozšírené rodiny (od 20-100 členov)**<sup>5</sup>. Prenos na ostatné rozšírené rodiny v týchto osídleniach zrejme už takisto prebieha, a to pomerne rýchlo – v závislosti len na celkovo obmedzených tamojších možnostiach dodržiavania akýchkoľvek opatrení proti šíreniu. Ak vyjdeme z týchto predpokladov, v najbližších týždňoch je skutočne rozumné očakávať prudký nárast aj symptomatických priebehov ochorenia Covid-19 v stovkách MRK naprieč Slovenskom. Naša hrubá konzervatívna predikcia veľkosti daného rizika za použitia údajov, ktoré na prvé modelovanie klinického dopadu na všeobecnú populáciu nedávno použil Inštitút zdravotnej politiky MZ SR (IZP), je: 35 000 priebehov ochorenia vyžadujúcich si hospitalizáciu z MRK, a to v priebehu maximálne 2 mesiacov.<sup>6</sup>

#### *Východiská R2*

Predpoklad o nedostatočnom dodržiavaní opatrení proti šíreniu ochorenia Covid-19 zo strany obyvateľov MRK aj počas pohybu *mimo MRK* by bolo možné oprieť napr. o početné mediálne zdokumentované a prezentované prípady takéhoto správania v čase pred i počas platnosti súvisiacich nariadení. Vo svetle našich reprezentatívnejších informácií z klinickej praxe a informácií priebežne reportovaných zamestnancami organizácií pôsobiacich priamo v MRK sa však takéto prípady javia poväčšine skôr ako individuálne incidenty (totožné s incidentmi bežne dokumentovanými aj pri ľuďoch, ktorí neobývajú MRK). **Systematickejšie nedodržiavanie odporúčaní neprestáva byť registrované len v niekoľkých extrémne segregovaných** (indikátor: bežný výskyt sociálnych patológií), **veľkých** (cca nad 900 obyvateľov) **a chudobných lokalitách** (napr. MRK v Jarovniciach, Trebišove alebo Krompachoch). **No i v tejto skupine prípadov ide poväčšine o konkrétne rodiny, ktoré predstavujú zlomky celých miestnych MRK populácií.**

#### *Prognóza R2*

Vzhľadom na uvedené **nie je dôvod očakávať, že populácia MRK začne v dohľadnej dobe predstavovať plošne významný zdroj nákazy ochorením Covid-19 pre okolitých obyvateľov, a to ani v prípadoch, kedy by rozšírenie ochorenia v samotných MRK bolo totálne.** *Jednotlivé MRK*, najmä ak sú extrémne segregované, chudobné a veľké, môžu začať predstavovať blízky zdroj nákazy pre ostatné populácie

---

<sup>5</sup> Základnou jednotkou spoločenského života v zmysle intenzity každodenných kontaktov, spolupráce, rozhodovacích procesov, a pod. v rámci väčšiny MRK nie je tzv. nukleárna rodina (rodičovská dvojica a deti), ale tzv. rodina rozšírená, zahŕňajúca väčší počet súrodencov a vzdialenejších príbuzných (hl. bratrance, sesternice) s deťmi, s intenzívnymi kontaktmi predovšetkým v rámci džendrových skupín (príbuzní muži a chlapci spolu a príbuzné ženy a dievčatá spolu). Vid' napr. Kobes, T. (2010). Fajta a povaha príbuzenství obyvateľ východoslovenských romských osad. Sociologický časopis/Czech Sociological Review, 235-255.

<sup>6</sup> Skutočný dopad bude závisieť predovšetkým na skutočnom podiele infikovanej populácie a na povahe patogenity vo vzťahu k rozličným subpopuláciám MRK (dĺžka priebehu od skutočnej rýchlosti šírenia v populácii). Použité predpoklady: 250 000 obyvateľov MRK, 60% z nej infikovaných, 20% z infikovaných s ťažkým priebehom (hospitalizácia). Interaktívny report na webe ZR (vid' poznámku 2) umožňuje testovať rôzne scenáre pre konkrétne lokality podľa voľby jednotlivých parametrov.

v prípade, že sa tu v čase epidémie z akýchkoľvek dôvodov nepodarí nastaviť dodržiavanie opatrení zo strany notorických individuálnych porušovateľov.

## 2) Návrh postupu na kontrolu určených rizík

### *Celkový intervenčný prístup*

**V prípade nutnosti výberu, v ktorých lokalitách je potrebné intervenovať prednostne, odporúčame vo všeobecnosti orientovať sa na väčšie lokality** (pretože tam hrozí viac ťažších priebehov ochorenia), **o ktorých už existujú empirické doklady o prieniku alebo zvýšenom riziku prieniku nákazy** (klinické testy ako dôkazy prieniku, cestovateľské anamnézy ako dôkazy o zvýšenom riziku nákazy z „interného“ zahraničného zdroja a anamnézy kontaktov s nakazenými z „externého“ zdroja v rámci SR). **V prípade najväčších lokalít, za ktoré zatiaľ neexistujú žiadne dôkazy o prieniku alebo vysokom riziku prieniku, odporúčame cieleňé prieskumy** (ideálne reprezentatívne klinické testovanie). Podrobný postup na priebežné určovanie prioritných lokalít podľa vyvíjajúcej sa situácie uvádzame v nasledujúcej sekcii.

Pri plánovaní samotných intervencií vo vzťahu k jednotlivým MRK, resp. obciam, navrhujeme zohľadniť nasledujúce okolnosti, resp. princípy. Vzhľadom na pravdepodobnosť už pokročilého rozšírenia ochorenia Covid-19 v mnohých MRK a zároveň na veľmi obmedzené možnosti efektívnej karantény v tomto prostredí sa orientácia intervencie na zabránenie ďalšiemu šíreniu prostredníctvom depistáže a karanténovania nosičov zdá byť menej primeraná než **orientácia na minimalizáciu dopadov prostredníctvom depistáže a chránenia najohrozenejších subpopulácií**.<sup>7</sup> Aj tento princíp je však legitímne uplatňovať len spôsobom čo najinformovanejším a najcielenejším v rámci daných možností – v prípade dostupnosti testovania, eventuálnych nízkych podielov pozitívnych výsledkov u ľudí s anamnézou (testovaných prednostne) a možností karanténovať zachytených nosičov je vždy viac na mieste pokúšať sa o odvrátenie ďalšieho šírenia kamkoľvek.

Pokiaľ ide o sociálne faktory, pri plánovaní a implementácii intervencií priamo v MRK **je popri obmedzeniach bezprostredne súvisiacich s extrémnou, generačnou chudobou** (popísaných vyššie) **potrebné uvažovať ako s typickými aj s výraznými špecifikami organizácie rodinného života a s mimoriadne nízkou dôverou obyvateľov MRK k úradným autoritám, vrátane zdravotníkov**. Keďže mnoho rodín v MRK prežíva v podmienkach absolútnej chudoby, minimálne u týchto rodín je potrebné pre scenáre zníženej mobility počítať s rýchlym prejavom sa absencie akýchkoľvek úspor, zásob a možností výpožičiek – v mnohých lokalitách je mnoho rodín už dnes na pokraji humanitárnej krízy (pochopiteľne nezlučiteľnou s dobrovoľným dodržiavaním akýchkoľvek odporúčaní či nariadení). Akákoľvek forma izolácie pretŕhajúca každodenný kontakt jednotlivcov s rozšírenými rodinami podľa našich dlhoročných skúseností i výskumu býva v tomto prostredí pre väčšinu ľudí osobne neúnosná do takej miery, že zvykne viesť k informovanej nonadherencii s medicínskymi odporúčaniami, a to aj pri život-ohrožujúcich stavoch.<sup>8</sup> Podobne osobne neúnosný zároveň býva pre ľudí v mnohých MRK

<sup>7</sup> Dahab, M, van Zandvoort, K., Flasche S. et al. COVID-19 control in low-income settings and displaced populations: what can realistically be done? (2020), Health in Humanitarian Crisis Centre, LSHTM, London

<sup>8</sup> Belak, A., Madarasova Geckova, A., van Dijk, J.P., & Reijneveld, S.A. (2018). Why don't segregated Roma do more for their health? An explanatory framework from an ethnographic study in Slovakia. *International Journal of Public Health*, 63, 1123-1131., Belak, A., Madarasova Geckova, A., van Dijk, J.P., & Reijneveld, S.A. (2019). What Roma

z rovnakých dôvodov aj vynútený dlhodobjší osobný kontakt s jednotlivcami minimálne z niektorých iných miestnych rozšírených rodín. Vzhľadom na pretrvávajúcu segregáciu a diskriminačné praktiky, vrátane v rámci služieb starostlivosti, je potrebné počítať s tým, že väčšina obyvateľov MRK s rastúcou mierou segregovanosti očakáva od akýchkoľvek úradných autorít skôr ľahostajný a represívny než solidárny prístup, špeciálne v prípadoch bez zastúpenia aj ľuďmi rómskeho pôvodu.<sup>9</sup> Vychádzajúc z dlhoročných skúseností z klinickej i intervenčnej praxe sme presvedčení, že napríklad necitlivá implementácia plošnejších karantén v kombinácii s pribúdajúcimi ťažšími priebehmi ochorenia (nedajbože úmrtiami) by bola mnohými ľuďmi v MRK automaticky vykladaná ako ponechanie Rómov napospas vlastnému osudu zoči-voči hrozbe smrti – čo by v mnohých lokalitách veľmi ľahko mohlo prerásť aj do násilných stretov.

Na druhej strane, **drvivá väčšina obcí s MRK je dnes z vyššie uvedených dôvodov zároveň pokrytá pomerne hustou sieťou terénnych pracovníkov špecializujúcich sa na komunitnú prácu v MRK rôznych druhov** – predovšetkým rozvojovú, osvetovú, asistenčnú a edukačnú, ale i poriadkovú. Hoci jednotlivé projekty štandardne pracujú viac-menej paralelne (aj v prípade projektov národných, spravovaných štátom) a v jednotlivých lokalitách sú etablované v rôznych kombináciách a s rôznym úspechom, za predpokladu spoločnej krízovej koordinácie predstavujú intervenčné kapacity mimoriadne svojim rozsahom (typicky niekoľko full-time pracovníkov na jednu lokalitu), *know-how* (predovšetkým dobré znalosti miestnej infraštruktúrnej i sociálnej situácie), funkčným napojením na miestne samosprávy, aj akceptovateľnosťou pre obyvateľov MRK (prechádzajúca história vzájomnej osobnej spolupráce).

Vzhľadom na všetko uvedené sa nám **vo vzťahu k Riziku 1** javí ako potrebný a praktický (epidemiologicky) aj eticky (sociálne) najprimeranejší intervenčný prístup nasledujúci súbor intervencií (zoradenie podľa priority):

- A) **Organizácia spomaľovania šírenia a vytvárania bezpečných zón pre najohrozenejších ľudí v jednotlivých MRK** (plošne)
- B) **Organizácia humanitárnej podpory pre rodiny v MRK** (plošne)
- C) **Asistencia pri zdravotníckych intervenciách – testovaní, záchranných intervenciách, hospitalizáciách a rekonvalescencii v domácom prostredí** (v nadväznosti na zdravotnícke aktivity)
- D) **Kolaboratívne testovanie prítomnosti Covid-19 v najrizikovejších lokalitách** (najohrozenejšie lokality)
- E) **Kolaboratívna organizácia karantén MRK prenášačov** (v nadväznosti na testovanie prítomnosti Covid-19)

---

nonadherence is likely and what drives it? Reply to Broz and Nunes. *International Journal of Public Health*, 64, 805-807.

<sup>9</sup> Belak, A., Filakovska Bobakova, D., Madarasova Geckova, A., van Dijk, J.P., & Reijneveld, S.A. (2020). Why don't health care frontline professionals do more for segregated Roma? Exploring mechanisms supporting unequal care practices. *Social Science & Medicine*, 246, 112739.; Belak, A., Veselska, Z.D., Geckova, A.M., Dijk, J.P.v., & Reijneveld, S.A. (2017). How Well Do Health-Mediation Programs Address the Determinants of the Poor Health Status of Roma? A Longitudinal Case Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14, 1569.

**Vo vzťahu k Riziku 2** považujeme za predbežne postačujúcu nasledujúcu intervenciu, vzťahu k jednotlivým MRK takisto :

**F) Organizácia hygienických kontrolných staníc (check-pointov) medzi MRK a ostatnými časťami obcí (v lokalitách)**

Všetky intervencie navrhujeme plánovať a implementovať priamo **vo vzťahu k jednotlivým MRK**, resp. obciam, a to **prostredníctvom intenzívneho zapojenia tamojších kapacít a know-how organizácií prevádzkujúcich terénnu prácu zameranú na MRK**.

Jednotlivé druhy prevencií sme zoradili zostupne podľa priority vychádzajúc z projekcie plošných negatívnych dopadov v prípade, že by sa nerealizovali. V prípade efektívneho prerozdelenia úloh a koordinácie však výber medzi jednotlivými druhmi intervencií pre väčšinu lokalít nemusí byť potrebný. Prvý pracovný návrh prerozdelenia úloh, koordinácie a postupu implementácie uvádzame záverom nasledujúcich sekcií v nadväznosti na podrobnejšie vysvetlenie jednotlivých druhov intervencií.

Akékoľvek prerozdelenie úloh a akékoľvek koordinácia pri intervenovaní – rozhodne pri intervenciách plošných – bude výrazne menej efektívne bez solídneho živého informačného systému, v ktorom budú môcť jednotliví zapojení aktéri priebežne sledovať aktuálne stavy kapacít a vývoj epidémie v jednotlivých lokalitách. Z tohto dôvodu zároveň navrhujeme ako ďalšiu, **paralelnú intervenciu** aj:

**G) Zriadenie a prevádzku online monitorovacieho systému vývoja epidémie v MRK a súvisiacich regionálnych kapacít**

*Postup výberu lokalít pre intervencie z hľadiska rizikovosti*

Ako základnú heuristickú pomôcku na výber lokalít pre intervencie v prípade potreby uprednostňovania navrhujeme **postup schematicky zhrnutý na Obr. 2**.

Daný algoritmus **vychádza z predpokladu, že najväčšie plošné riziko predstavujú počty ťažkých priebehov ochorenia Covid-19 v MRK (R1)**, a obce prioritizuje predovšetkým s ohľadom na to, koľko takýchto prípadov v nich možno celkovo očakávať (vzhľadom na veľkosť populácie). Zároveň však kladie dôraz na **priorizáciu tých obcí, pri ktorých aktuálne existujú empirické dôkazy** prítomnosti alebo významne zvýšeného rizika prítomnosti infekcie. Ďalej čiastočne zohľadňuje to, v ktorých obciach sa vzhľadom na tamojšie podmienky dá očakávať rýchlejšie šírenie infekcie (signalizuje rýchlejší nástup ťažších priebehov). Napokon, čiastočne zohľadňuje aj mieru intenzity kontaktov MRK s ostatnými časťami obce (indikátor dôležitý pre R2). Pre použitie postupu sú potrebné len dáta, ktoré sa reálne zbierajú, resp. sú dostupné, a umožňuje produkovať jednoznačný zoznam posudzovaných lokalít podľa miery priority pre intervencie (zostupne). Výsledný zoznam je rozdelený do troch úrovní:

- Priorita I – Najohrozenejšie MRK (s potvrdenými prípadmi Covid-19)
- Priorita II – Ohrozené MRK (bez potvrdených prípadov Covid-19, no s pozitívnymi cestovateľskými anamnézami)
- Priorita III – Najmenej ohrozené obce (bez potvrdených prípadov a pozitívnych cestovateľských anamnéz)

Zdravé regióny, p.o., v súčasnosti finalizujú online aplikáciu, ktorá umožňuje výsledné zoznamy podľa daného algoritmu automaticky produkovať podľa aktuálnych dát z terénu pre ľubovoľné výbery obcí na mape a s možnosťou nastavovania rôznych parametrov pre predpokladaný vývoj. **Ako konzervatívne východiskové nastavenie parametrov pre plošné použitia navrhujeme:**

Odhad skutočnej prevalencie ochorenia Covid-19 v MRK:

**60% populácie MRK**

Odhad podielu obyvateľov MRK s priebehom ochorenia vyžadujúcim si hospitalizáciu:

**20% z infikovaných pacientov v populácii MRK<sup>10</sup>**

Aktuálny dôraz daného algoritmu na dostupné empirické dôkazy o rozšírení ochorenia zvyšuje riziko, že v čase do reprezentatívneho testovania znižuje prioritu niektorých potenciálne významných veľkých lokalít (tých, kde neboli zachytené ani pozitívne cestovateľské anamnézy). Tento nedostatok nevyvažujeme zámerne vzhľadom na aktuálne rýchlo stúpajúcu a plánovanú kapacitu testovania v SR a súčasne prebiehajúce prípravy na cieľové testovanie práve aj v najväčších MRK lokalitách – primeranejším aj v tomto by sa mal už v priebehu nasledujúcich dní stať automaticky. Z daného dôvodu však odporúčame prinajmenšom **v najbližšom období vo výsledných zoznamoch obcí podľa priority kontrolovať na začiatkoch sekcií II a III prítomnosť obcí s vysokými predpokladanými počtami ťažkých priebehov ochorenia Covid-19**. V daných prípadoch je potrebné urýchliť minimálne zber empirických dokladov o výskyte infekcie (testovanie).

Prehľad použitých kritérií, ukazovateľov a dostupných zdrojov dát:

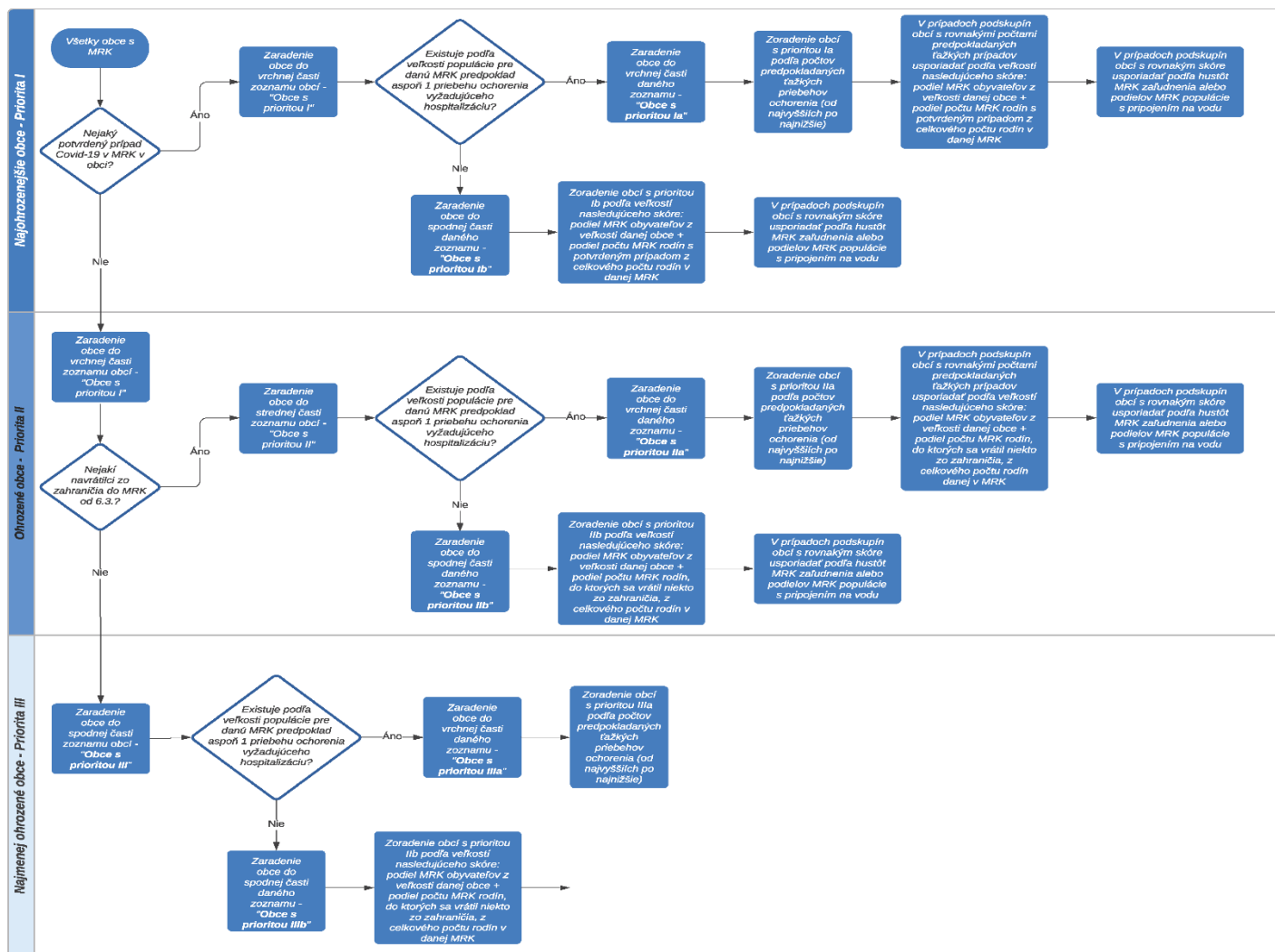
Kritérium	Riziko	Ukazovateľ(e)	Zdroj(e)
<i>Empirický doklad o miere prítomnosti ochorenia Covid-19 v MRK</i>	R1	Pozitívny klinický test	Monitoring ZR po potvrdení RÚVZ, NCZI
<i>Empirický doklad o miere významne zvýšeného rizika prítomnosti Covid-19 v MRK</i>	R1	Pozitívna cestovateľská anamnéza	Monitoring ZR
<i>Množstvo predpokladaných ťažkých priebehov ochorenia Covid-19 v MRK</i>	R1	Prepočet z veľkosti populácie MRK podľa modelu IZP (pozri Poznámku 6)	Atlas rómskych komunít 2019, ZR databáza zdravotných podmienok a potrieb v MRK
<i>Rýchlosť šírenia epidémie v rámci MRK</i>	R1 a R2	Hustota zaľudnenia obydľí (alt. Podiel populácie pripojených na vodu alebo kanalizáciu) + Podiel rodín s infekciou, resp. pozit. cestovateľskou anamnézou z počtu rodín v MRK	ZR databáza zdravotných podmienok a potrieb v MRK (alt. Atlas rómskych komunít 2019) + monitoring ZR
<i>Miera rizika šírenia epidémie medzi MRK a ostatnými časťami obcí</i>	R2	Podiel obyvateľstva MRK z obyvateľstva obce, resp. urbánnosť lokality (max +)	Atlas rómskych komunít 2019, ZR databáza zdravotných podmienok a potrieb v MRK

<sup>10</sup> Táto online interaktívna databáza bude súčasne prepojená so systémom inventarizujúcim aktuálne kapacity potrebné pre rôzne druhy intervencií v jednotlivých očiach a súvisiace kontakty. V prípade záujmu o vstup do danej aplikácie je potrebné kontaktovať ZR: [info@zdraveregionny.eu](mailto:info@zdraveregionny.eu). Navrhované parametre vychádzajú z prvého modelu priebehu pandémie v SR od IZP, no sú prispôsobené na základe dát o sociodemografii a štúdií o zdravotnom stave obyvateľstva v MRK (pozri aj Tabuľku 1).



Algoritmus pre určovanie priority intervencií ohľadom pandémie Covid-19 pre obce s MRK

A. Belák, ÚESA SAV | March 29, 2020



Obrázok 2 Odporúčany algoritmus pre určovanie priority obcí s MRK (viď aj PDF Príloha 1)

### *Prehľad navrhovaných druhov intervencií*

Všetky navrhované skupiny intervencií zasluhujú vypracovanie podrobnejších štandardných postupov v spolupráci s organizáciami, úradmi a odborníkmi zameranými na jednotlivé oblasti, ideálne priamo v prostredí MRK. V

#### **A) Organizácia spomaľovania šírenia a vytvárania bezpečných zón pre najohrozenejších ľudí v jednotlivých MRK**

Riziko: R1

Cieľ

Zabránenie či spomalenie šírenia infekcie SARS-Cov-2 v rámci MRK smerom k najohrozenejším jednotlivcom

Geografická implementácia

Plošne

Postup

V jednotlivých MRK prostredníctvom terénnych pracovníkov: 1) V spolupráci s miestnymi lekármi identifikovať najohrozenejších jednotlivcov<sup>11</sup>, 2) Identifikovať kapacity v MRK (príp. mimo MRK) na vytváranie bezpečných zón, v ktorých by daní jednotlivci mohli byť uchránení od infekcie (resp. uchránení čo najdlhšie), 3) Zabezpečiť primerané ochranné pomôcky pre terénnych pracovníkov a rodiny najohrozenejších jednotlivcov, 4) Zorganizovať samotné bezpečné zóny a asistovať rodinám pri ich udržiavaní, 4) Asistovať obyvateľom danej MRK pri dodržiavaní opatrení na spomaľovanie šírenia

Aktéri

Zdravé regióny (garant), terénni pracovníci ostatných národných projektov, miestni zdravotníci

---

<sup>11</sup> Predežné kritériá:

- Vek nad 55 rokov
- Artériová hypertenzia
- Diabetes mellitus I. typu a II. typu
- Chronická obštrukčná choroba pľúc
- Asthma bronchiale
- Obesitas exogenes gr. II. a III.
- Onkologickí pacienti
- Pacienti na imunosupresívnej liečbe
- Dialyzovaní pacienti
- Pacienti s defektom imunity
- Imobilní pacienti pre všetky diagnózy

## B) Organizácia humanitárnej podpory pre rodiny v MRK

Riziko: R1

Cieľ

Zabránenie humanitárnym krízam v najohrozenejších rodinách a súvisiacej nonadherencii s odporúčaniami a nariadeniami zameranými na spomaľovanie šírenia SARS-Cov-2

Geografická implementácia

Plošne

Postup

V jednotlivých MRK prostredníctvom terénnych pracovníkov: 1) Identifikovať najohrozenejšie rodiny, 2) Identifikovať externé zdroje potravín, vody a základnej drogerie, ktoré môžu byť identifikovaným rodinám v prípade potreby bezplatne poskytnuté, 3) Zabezpečenie primeraných ochranných pomôcok pre terénnych pracovníkov, 4) Zavedenie epidemiologicky bezpečných a sociálne prijateľných spôsobov poskytovania uvedeného daným rodinám v čase potreby

Aktéri

MVO Človek v ohrození (garant), MVO Cesta von, terénni pracovníci národných projektov, charity, obce

## C) Asistencia pri zdravotníckych intervenciách – testovaní, záchranných intervenciách, hospitalizáciách a rekonvalescencii v domácom prostredí (v nadväznosti na zdravotnícke aktivity)

Riziko: R1

Cieľ

Facilitácia úspešného riešenia zdravotníckych kríz a liečby Covid-19 v MRK

Geografická implementácia

Lokálne, v nadväznosti na miestne zdravotnícke intervencie

Postup

1) S expertmi nemocníc určenými pre Covid-19 a záchrannými službami vypracovať štandardnú logistiku hospitalizácií a záchranných výjazdov v súvislosti s výskytom Covid-19 v MRK v spolupráci s miestnymi terénnymi pracovníkmi, 2) Vyškolenie terénnych pracovníkov na asistenciu pri daných zdravotníckych intervenciách v MRK, 3) Zabezpečenie primeraných ochranných pomôcok pre vyškolených terénnych pracovníkov, 4) Oslovenie lokálnych zdravotníckych zariadení s ponukou asistencie podľa daných štandardov a dohodnutie foriem komunikácie

Aktéri

ZR, p.o (garant), nemocnice, záchranné služby, RÚVZ

#### **D) Kolaboratívne testovanie prítomnosti Covid-19 v najrizikovejších lokalitách**

Riziko: R1

Cieľ

Zisťovanie miery rozšírenia a zachytenie prenášačov Covid-19 v MRK za účelom zavádzania cielených karantén

Geografická implementácia

Podľa testovacích kapacít, prednostne v najrizikovejších lokalitách (viď Obrázok 2)

Postup

1) S expertmi RÚVZ vypracovať štandardnú logistiku pre organizáciu testovania v prostredí MRK v spolupráci s miestnymi terénnymi pracovníkmi, 2) Vyškolenie terénnych pracovníkov na asistenciu pri testovaní v MRK, 3) Zabezpečenie primeraných ochranných pomôcok pre vyškolených terénnych pracovníkov, 4) Oslovenie miestnych RÚVZ s ponukou asistencie podľa daných štandardov a dohodnutie foriem komunikácie

Aktéri

ÚVZ (garant), RÚVZ, Zdravé regióny, p.o., terénni pracovníci ostatných národných projektov

#### **E) Kolaboratívna organizácia karantén MRK prenášačov**

Riziko: R1

Cieľ

Prevenca šírenia v lokalitách s nízkym výskytom Covid-19

Geografická implementácia

Lokálne, cielene v nadväznosti na testovanie (D) potvrdzujúce identifikáciu prenášačov v komunitách s nízkym celkovým výskytom Covid-19

Postup

1) S expertmi RÚVZ vypracovať štandardnú logistiku pre organizáciu karantén v prostredí MRK a mimo MRK v spolupráci s miestnymi terénnymi pracovníkmi, 2) Vyškolenie terénnych pracovníkov na asistenciu pri organizácii karantén v MRK, 3) Zabezpečenie primeraných ochranných pomôcok pre vyškolených terénnych pracovníkov, 4) Oslovenie miestnych RÚVZ s ponukou asistencie podľa daných štandardov a dohodnutie foriem komunikácie

Aktéri

ÚVZ (garant), RÚVZ, Zdravé regióny, p.o., terénni pracovníci ostatných národných projektov, polícia

## **F) Organizácia hygienických kontrolných staníc (check-pointov) medzi MRK a ostatnými časťami obcí**

Riziko: R2

Cieľ

Prevenia šírenia Covid-19 medzi MRK a ostatnými časťami obce

Geografická implementácia

Lokálne, cielene v nadväznosti na výstupy z monitorovania v rámci projektov, požiadavky samospráv, miestnych obyvateľov alebo medializované prípady nonadherencie s nariadeniami

Postup

1) Oslovenie obcí s ponukou na zriadenie kontrolných hygienických staníc, na frekventovaných výstupoch z MRK, resp. vstupoch z MRK do ostatných častí obcí, zameraných na dozor a asistenciu s dodržiavaním všeobecných nariadení a odporúčaní v súvislosti s epidémiou (poskytovanie rúšok, dezinfekcie, inštrukcií a pod.), 2) Vyškolenie terénnych pracovníkov na zriaďovanie kontrolných staníc, 3) Zabezpečenie primeraných ochranných pomôcok a pracovného materiálu pre vyškolených terénnych pracovníkov, 4) V spolupráci s obcami zriadenie hygienických kontrolných staníc

Aktéri

ÚSVRK, MOPS, pracovníci ostatných národných projektov, obce, v prípadoch notorických porušovateľov polícia

## **G) Zriadenie a prevádzka online monitorovacieho systému vývoja epidémie v MRK a súvisiacich regionálnych kapacít**

Riziko: R1, R2

Cieľ

Facilitácia kooperácie pri intervenciách A-F

Geografická implementácia

Centrálne

Postup

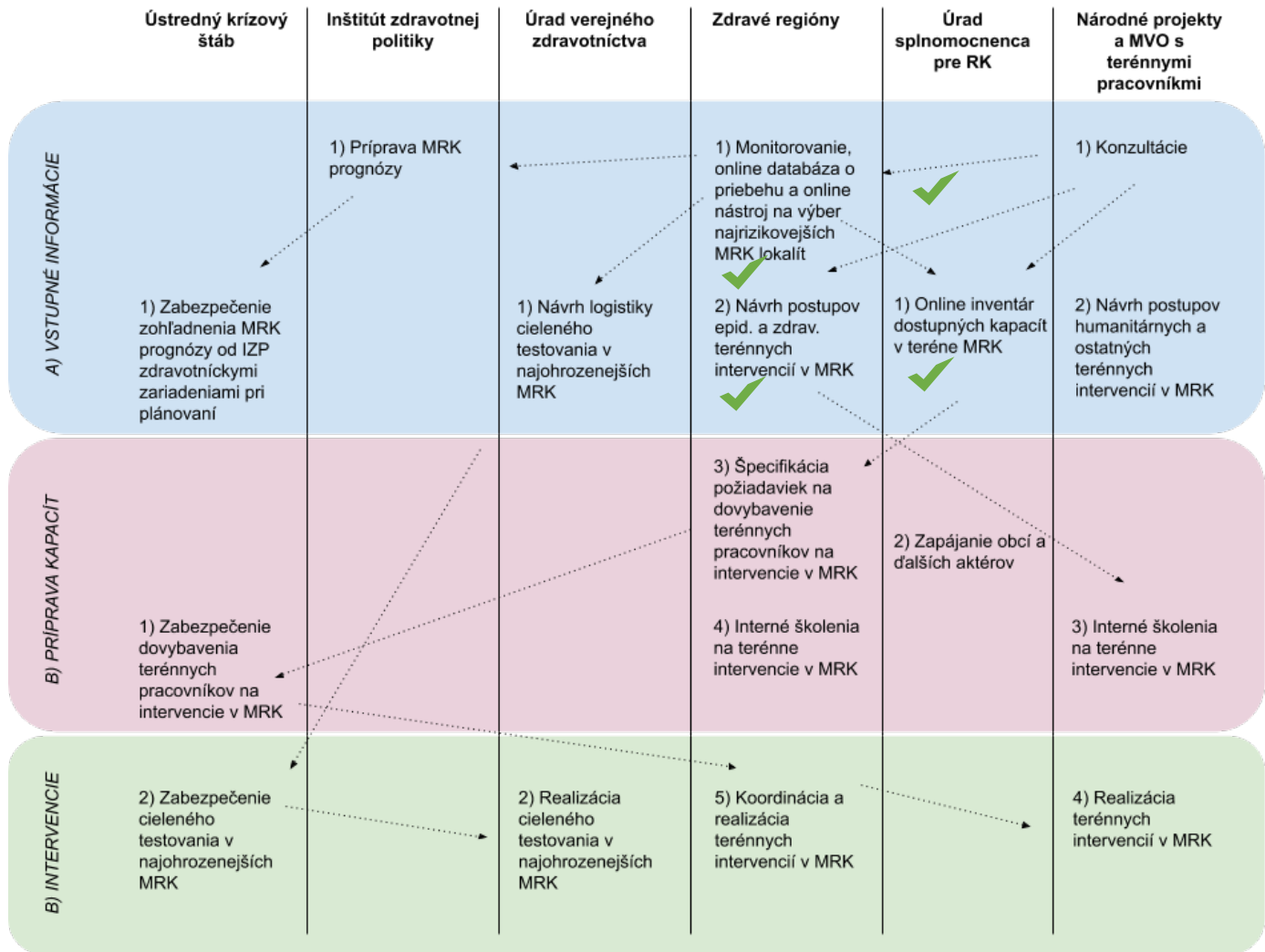
1) Vytvorenie online databázy zhromažďujúcej dáta o priebehu epidémie v jednotlivých MRK a o kapacitách potrebných pre implementáciu intervencií A-F, 2) Zabezpečenie priebežného dopĺňania dát od všetkých aktérov intervencií 3) Zabezpečenie priebežnej dostupnosti databáz pre aktérov

Aktéri

ÚSVRK (garant), ZR, p. o., RÚVZ (?), NCZI (?)

### Návrh koordinácie a rozdelenia úloh ohľadom intervencií

Vzhľadom na pestrú povahu navrhovaných intervencií, logickú nadväznosť viacerých z nich a pomerne vysoký počet aktérov je nutné navrhnuť aj plán rozdelenia úloh a koordinovaného postupu. Na Obrázku 3 ponúkame príklad takéhoto plánu vychádzajúci z formálnych kompetencií jednotlivých aktérov a aktivít, ktoré podľa našich informácií už prebiehajú alebo boli realizované (na schéme označené odškrtnutím).



Obrázok 3 Návrh rozdelenia úloh. Šípky naznačujú logické nadväznosti úloh medzi rôznymi aktérmi