



## ECDC **CORPORATE**

# A fontosabb kiadványok összefoglalója 2009

ECDC **CORPORATE**

# **A fontosabb kiadványok összefoglalója 2009**



Stockholm, 2010. január

© Európai Betegségmegelőzési és Járványvédelmi Központ, 2010.

Sokszorosítása a forrás feltüntetése mellett engedélyezett.

# Tartalomjegyzék

Bevezetés.....	1
Szakmai jelentések .....	2
1. A fertőző betegségek repülőgépeken történő terjedésére vonatkozó kockázatértékelési útmutatók.....	2
2. Felügyelet és vizsgálatok világjárvány esetén Európában .....	3
3. Az influenza-világjárvány Európára gyakorolt hatásának mérséklését szolgáló közegészségügyi-járványügyi intézkedések útmutatója: „Az ECDC menü”.....	4
4. A migránsok egészségével foglalkozó sorozat: A migráns népesség hozzáférése a HIV-megelőzéshez, -kezeléséhez és -ellátásához az EU/EGT-országokban.....	12
5. A migránsok egészségével foglalkozó sorozat: A HIV és az AIDS epidemiológiája a migráns közösségek és etnikai kisebbségek körében az EU/EGT-országokban.....	15
6. Körkép a HIV-vel és a nemi úton terjedő fertőzésekkel kapcsolatos magatartás európai felügyeletéről.....	19
7. A baktériumokkal kapcsolatos kihívás: itt az idő a cselekvésre (az ECDC és az EMEA közös szakmai jelentése).....	21
8. A férfiakkal szexuális kapcsolatot fenntartó férfiakat célzó, a HIV és a nemi úton terjedő fertőzések megelőzését szolgáló magatartási és pszichoszociális beavatkozások hatékonysága Európában.....	25
Útmutató jelentések.....	27
9. A chlamydia elleni védekezés Európában .....	27
10. Az influenzavírus elleni szerek közegészségügyi alkalmazása influenza világjárvány idején .....	29
11. Pandémiás influenza elleni specifikus vakcinák alkalmazása a 2009. évi H1N1 világjárvány során .....	32
Felügyeleti jelentések.....	34
12. A tuberkulózis felügyelete Európában, 2007 .....	34
13. Járványügyi jelentés az Európában, 2007-ben előfordult fertőző betegségekről, 2009.....	37
14. A HIV/AIDS európai felügyeletének 2008. évi adatai.....	44
Melléklet: ECDC-kiadványok 2009-ben.....	46

## Bevezetés

2009-ben az Európai Betegségmegelőzési és Járványügyi Központ (ECDC) összesen 43 tudományos dokumentumot tett közzé. Közülük az alábbiak kiemelt figyelmet érdemelnek :

- *Az Európában 2007-ben előfordult fertőző betegségekről szóló – 2009-ben megjelent - járványügyi jelentés* az ECDC éves kiadványának harmadik kötete, amely átfogó összefoglalást tartalmaz a 2007. évi felügyeleti adatokról, illetve a 2008-ban nyomon követett veszélyekről;
- *„A tuberkulózis felügyelete Európában, 2007” és „A HIV/AIDS felügyelete Európában, 2008”* című kiadvány, mindkettő az Egészségügyi Világszervezet Európai Regionális Irodájával (WHO EURO) közösen készült, az Európai Unió (EU) és az Európai Gazdasági Térség (EGT) országainak helyzetével, valamint a WHO EURO régiójába tartozó további 23 ország helyzetével foglalkozik;
- a *Migránsok egészségével foglalkozó sorozat* elindítása, amely egyes betegségekre vonatkozó kiadványok gyűjteménye – ezekben a migráció és bizonyos fertőző betegségek területén végzett intézkedésekkel/beavatkozásokkal kapcsolatos adatelemzések, bizonyítékok összefoglalója, értelmezések és útmutatások szerepelnek. A 2009-ben közzétett első két, meghatározott betegségre vonatkozó dokumentum a HIV/AIDS kérdéssel foglalkozott;
- *„A baktériumokkal kapcsolatos kihívás: itt az idő a cselekvésre”* című szakmai jelentés, amely az Európai Gyógyszerügynökséggel közösen készült, és a több gyógyszerrel szemben ellenálló baktériumok okozta fertőzések által jelentett társadalmi teher, és az ezen baktériumok okozta betegség kezelését célzó új antibiotikumok fejlesztése közötti távolságról/hézagról szól; és
- A *„Körkép a HIV-vel és a nemi úton terjedő fertőzésekkel kapcsolatos magatartás európai felügyeletéről”* című dokumentum az EU-ban és az Európai Szabadkereskedelmi Társulás (EFTA) országaiban a HIV-vel és nemi úton terjedő fertőzésekkel kapcsolatos magatartásra irányuló programok jelenlegi helyzetének mélyreható elemzése.

Az olyan, kiválasztott ECDC-kiadványok összefoglalóit – mint a fentiek – azért szerkesztettük egy dokumentumba, hogy minden uniós, továbbá izlandi és norvég nyelven is elérhetőek legyenek a döntéshozók számára. Ezek a kivonatok az eredeti kiadványok szellemét tükrözik, de az összefoglalási folyamat során néhány fontos részlet kimaradhatott. Ha az olvasó részletesebb információkra tart igényt, javasoljuk, hogy olvassa el a dokumentumok teljes szövegét, amely online formában a következő címen található meg: [www.ecdc.europa.eu](http://www.ecdc.europa.eu)

Az ECDC valamennyi 2009. évi kiadványát tartalmazó lista a mellékletben található. A fenti hivatkozásokon mindezek elérhetőek elektronikus formában, tartalmuk rövid leírásával együtt. Egyes jelentések nyomtatásban is megjelentek. Ha ezek bármelyikét nyomtatott formában szeretné megkapni, az alábbi címre várjuk e-mailjét: [publications@ecdc.europa.eu](mailto:publications@ecdc.europa.eu).

# Szakmai jelentések

## 1. A fertőző betegségek repülőgépeken történő terjedésére vonatkozó kockázatértékelési útmutatók

(Közzététel: 2009. június)

A nemzeti és nemzetközi kereskedelmi légi utazásokat tekintve az utasok száma az elmúlt években folyamatosan emelkedett. A nemzetközi repülőterek naponta utasok millióit fogadják, lehetővé téve, hogy órák alatt beutazzuk a Földet. A változó utazási szokásokból ugyanakkor új veszélyek fakadhatnak: a modern repülőgépek utasterének zárt környezetében az utasok az utastársaiknál fennálló, különböző fertőző betegségek veszélyének lehetnek kitéve.

A súlyos akut légúti tünetegyüttes (SARS) 2003-ban történt megjelenése azt szemléltette, hogy egy új betegség képes lehet arra, hogy hirtelen felbukkanjon, és a légi utazás révén világszerte gyorsan elterjedjen. A légi járművek fedélzetén a fertőző betegségek korai észlelése – a megfelelő időben elvégzett kockázatértékeléssel együtt – alapvető fontosságú a közegészségügyi intézkedések kezdeményezéséhez. Közegészségügyi veszély észlelése esetén a fertőzés terjedésének megelőzése érdekében elengedhetetlen a repülőút során kockázatnak kitett utasok azonosítása és felkutatása, ami világszerte komoly kihívás elé állítja a járványügyi szakértőket.

A RAGIDA (a „repülőgépeken terjedő fertőző betegségekre vonatkozó kockázatértékelési útmutatók” című) projekt a tudományos szakirodalomból nyert adatokat kombinálja a szakértői ismeretekkel annak érdekében, hogy tényleges lehetőségekkel szolgáljon a döntéshozók számára. A RAGIDA értékes segítséget tud nyújtani a kiváltó tényezők meghatározásához, illetve abban az esetben, ha döntést kell hozni arról, hogy szükséges-e az adott repülőút során fertőző betegségnek kitett légi utasok és repülőszemélyzet kontaktus-kutatása.

A RAGIDA projekttel összefüggésben a Robert Koch Intézet és az ECDC 12 betegségről állapodott meg: tuberkulózis (TB), influenza, SARS, meningococcusok okozta betegség, kanyaró, rubeola, diftéria, Ebola vérzéses láz, Marburg vérzéses láz, Lassa-láz, himlő és lépfene. Több mint 3700, szakértők által ellenőrzött cikk és úgynevezett „szürke szakirodalmi” forrás szisztematikus áttekintését végezték el annak értékelése érdekében, hogy pontosan milyen körülmények vezettek e fertőző betegségek repülőgép fedélzetén bekövetkezett átviteléhez. Ezenfelül módszeresen kutatták az e betegségekkel kapcsolatos kockázatértékelésről és kockázatkezelésről a nemzetközi repülési testületek, illetve nemzeti vagy nemzetközi közegészségügyi szervek által kiadott iránymutatásokat. További ismeretek bevonása érdekében 38 ország 73 szakértőjével vették fel a kapcsolatot és kérték tanácsukat.

Az elvégzett módszeres szakirodalmi kutatás eredményei arra utalnak, hogy a tuberkulózis, az influenza, a SARS, a meningococcusok okozta betegség és a kanyaró átvitele viszonylag gyakran történik meg repülőgépek fedélzetén. Az említett betegségek bármelyikének repülőgép fedélzetén történt igazolt terjedéséről beszámoló cikkek száma azonban meglepően alacsony volt, különösen, ha figyelembe vesszük a lehetséges érintkezések nagy számát. A fenti eredmények fényében a repülőgép fedélzetén történt fertőzések száma összességében valószínűleg szintén igen alacsony. Noha nehéz bármilyen következtetést levonni a repülőgép utasterében kialakult fertőzések számáról, valószínűnek látszik, hogy a fertőző betegségek a repülőgép fedélzetén nem képesek hatékonyabban terjedni, mint földi körülmények között.

Mindent együttvéve továbbra is meggyőződésünk, hogy a kockázatértékelésnek és a kontaktus-kutatásra vonatkozó döntésnek minden egyes esetben annak sajátosságait figyelembe véve egyedinek kell lennie, és – e szakmai jelentés javaslata szerint – olyan tényezőket kell figyelembe vennie, mint a járványügyi terjedési potenciál, az index betegek fertőzőképessége és megbetegítő képessége, a fedélzeti szellőzőrendszerek működőképessége, az érintkezések intenzitása, valamint az ültetésre vonatkozó adatok.

## 2. Felügyelet és vizsgálatok világjárvány esetén Európában

(Közzététel: 2009. június)

A „felügyelet és vizsgálatok világjárvány esetén” (SSiaP) összetett téma, amely – az alábbi meghatározás szerint – négy jól elkülönülő feladatokból áll:

- 1) korai észlelés és kivizsgálás;
- 2) átfogó korai értékelés;
- 3) nyomon követés; és
- 4) az intézkedések hatékonyságának és hatásának gyors felmérése a kárenyhítés érdekében (ideértve a gyógyszeres megelőző intézkedések biztonságosságát is).

Valószínűtlen, hogy Európából induljon ki egy világjárvány, ezért annak korai észlelése és kivizsgálása feltehetőleg máshol történik majd, de Európának ekkor is el kell majd végeznie a másik három feladatot. A laboratóriumi (mikrobiológiai) felügyelet valamennyi feladat tekintetében elengedhetetlen lesz, de rendszerint a járványügyi és klinikai felügyelettel integrált módon működik majd. A korai értékelés (2. feladat) a következő világjárvány fontos paramétereinek előre nem jelezhető száma miatt létfontosságú. A korai értékelést azonban nem szükséges minden országban elvégezni. Optimális esetben a legjobb, ha ezt - az Európai Betegségmegelőzési és Járványvédelmi Központ (ECDC) és az Egészségügyi Világszervezet (WHO) támogatásával - a legkorábban érintett európai országokban végzik el, és a „stratégiai paraméterek” meghatározására korlátozódik. E paraméterek értékei fogják meghatározni, hogy mely közegészségügyi és klinikai intézkedések lesznek a legnagyobb valószínűséggel eredményesek. A néhány érintett országban kapott eredményeket ekkor haladéktalanul ismertetnék az összes többi országgal.

A világjárvány súlyosságának megítélése a korai értékelés részét fogja képezni. Ez nehéz lesz, de elengedhetetlen, mivel Európában néhány nemzeti terv súlyos világjárvány esetére radikálisabb beavatkozások bevezetését irányozza elő. Ebben az értékelésben várhatóan a WHO tölt majd be vezető szerepet. A részletekhez azonban európai szempontú kockázatértékelésre lesz szükség, mivel a súlyosság fogalmának bonyolult jellege megnehezíti, hogy ezt egyetlen intézkedésre lehessen leszűkíteni. Minden európai országnak el kell végeznie azonban a saját egészségügyi rendszerének és egyéb szolgálatainak a megfelelő irányítására vonatkozó nyomon követést (3. feladat). Elképzelhető, hogy az országok központi hatóságai a nyomon követéshez hatalmas mennyiségű információval szeretnének rendelkezni, ám ezt olyan mértékre kell korlátozni, amely a döntésekhez és a kulcsfontosságú kommunikációhoz elengedhetetlen/nélkülözhetetlen. A nyomon követés megvalósíthatóságát influenzaszézonban kell tesztelni, de figyelembe kell venni azt is, hogy a hagyományos felügyeleti rendszerek hogyan változnak vagy válnak működésképtelenné világjárvány idején. A nemzetközi nyomon követés (a WHO és az európai hatóságok számára történő jelentés) egyszerűségét meg kell őrizni, mivel sok ország számára nehézséget fog jelenteni a nemzetközi szervek rutinszerű tájékoztatása, valamint az nemzeti feladatok elvégzése. Emellett nem minden ország lesz képes olyan részletességű információkat nyújtani, amilyeneket az európai hatóságok esetleg megkívánnának.

A közegészségügyi intézkedések hatásának (és a gyógyszeres megelőző intézkedések biztonságosságának) felmérése (4. feladat) egy másik eljárás, amelyet csak néhány országban kell elvégezni. Nem valószínű, hogy egyértelművé válik, hogy a világjárvány során elrendelt közegészségügyi intézkedések hatásosak voltak-e (és ha igen, melyek).

A WHO és az ECDC együttműködik az európai tagállamokkal a 2. feladat, a korai értékelési folyamat eljárásainak és azok „mintaprotokolljainak” kidolgozásában, és a tervek szerint ezek elfogadhatóságát gyakorlatok és terepi tesztek/területi alkalmazások keretében próbálják ki a 2009–2010-es influenzaszézonban. Az új típusú influenza A (H1N1) megjelenése kívánatosá teszi, hogy ezeket az eljárásokat és protokollokat valódi világjárványt okozó törzssel kapcsolatban kipróbálják. Európában az influenza elleni vakcina hatásosságának becslésére (4. feladat része) szolgáló módszerek jelenleg kísérleti szakaszban tartanak. Nemzeti szinten fontos, hogy a hatóságok megtervezzék, hogyan végzik majd el a 2–4. feladatot, ideértve a tudományos testületekkel és a munkatársakkal folytatott együttműködést is, illetve hogyan biztosítják majd ezekhez a feladatokhoz a valóban szükséges forrásokat a tényleges világjárvány során.

### 3. Az influenza-világjárvány Európára gyakorolt hatásának mérséklését szolgáló közegészségügyi-járványügyi intézkedések útmutatója: „Az ECDC menü”

(Közzététel: 2009. június; frissítés: 2009. október)

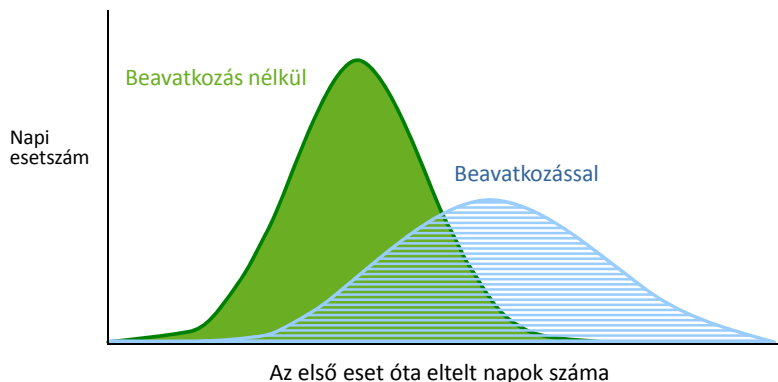
A közegészségügyi-járványügyi intézkedések (lásd a 6. oldalon szereplő összefoglaló táblázatokat) alkalmazása bizonyos mértékben csökkenteni fogja az influenza-világjárvány során megfertőzött, orvosi ellátást igénylő, illetve életüket veszítő személyek számát. Valószínűleg a szezonális influenza okozta súlyos járványok által érintettek számát is csökkentik majd. Ezek az intézkedések a világjárvány hulláma (pandémiás járványgörbe) (3.1. ábra) magasságának csökkentésével és talán késleltetésével enyhíthetik a világjárvány másodlagos következményeit is – amelyek akkor következnek be, ha egyszerre sokan betegszenek meg –, vagyis a tömeges hiányzások hatását az olyan kulcsfontosságú szolgáltatások működésére, mint például az egészségügyi ellátás, az élelmiszer-ellátás, az üzemanyag-elosztás és a közművek fenntartása stb. A közegészségügyi intézkedések akár addig is késleltethetik a világjárvány tetőzését, amíg annak időpontja megközelíti a világjárványt okozó vírustörzs elleni vakcina (pandémiás vakcina) elérhetővé válásának időpontját, ezáltal valószínűleg csökkentik az összes érintett számát is. Ezenfelül elméletileg addig is késleltethetik a tetőzést, amíg az influenza terjedése a nyári hónapokban természetes módon lelassul.

#### 3.1. ábra A közegészségügyi-járványügyi intézkedések világjárvány során történő alkalmazásának célkitűzései

Az influenza lakosság körében történő terjedésének mérséklése az alábbiakat célozza:

#### Az influenzaátvitel közösségi csökkentésének céljai

- A járvány tetőzésének késleltetése és csökkentése
- A tetőzéskor az egészségügyre nehezedő teher és a veszély csökkentése
- Az összes esetszám valamilyen szintű csökkentése
- Időnyerés



Egy sor intézkedésről született javaslat (lásd az összefoglaló táblázatokat), ideértve az egyéni teendőket, mint a kézmosás és maszk viselése, valamint a gyógyszeres beavatkozásokat, mint például vírusellenes szerek, madárinfluenza elleni humán vakcinák (ezeket világjárványt megelőző vakcináknak is nevezik), illetve – a világjárvány későbbi szakaszában – specifikus vakcinák alkalmazása, valamint a társadalom tagjai közötti érintkezések korlátozását szolgáló közösségi intézkedések. Sokan úgy gondolják, hogy az intézkedések kombinálása még hatásosabb lesz, mint az egyes intézkedések – ez „mélyreható védelem” vagy „rétegzett beavatkozások” néven ismert. Mind a modellező munka, mind a józan ész arra utal, hogy a korai beavatkozások hatásosabbak lesznek, mint addig várni, amíg a világjárvány kiteljesedik.

Nehéz elképzelni, hogy az olyan intézkedések, mint amelyek például a társadalom tagjai közötti érintkezések korlátozásának kategóriájába tartoznak, ne járnának bizonyos pozitív hatással annak köszönhetően, hogy csökkentik egy humán légúti fertőzés cseppfertőzés vagy közvetett érintkezés útján létrejövő, emberről emberre történő terjedését. Az egyes intézkedéseket alátámasztó bizonyítékok azonban gyakran elégtelenek. Az sem egyértelmű, hogy ezek közül számosan egymással milyen kölcsönhatásba lépnek. Konkrét példát véve: a



társadalom tagjai közötti érintkezés korlátozásának hatása összeadódik-e? Néhány esetben az egyértelműség említett hiánya a kutatás hiányából fakad. Gyakoribb ok, hogy az intézkedést túl nehéz bármilyen kísérletes megközelítéssel értékelni, és amikor az intézkedéseket valós helyzetben hajtották végre, ezeket kombinációban alkalmazták. Így rendkívül nehéz megítélni a különböző intézkedések abszolút pozitív hatását és relatív erősségeit. A hatás erőssége emellett a világgjárvány jellemzőitől függően számottevően változhat. A gyermekeket célzó intézkedések például igen hatásosak voltak az 1957-es világgjárvány ideje alatt, amelynél úgy tűnik, a fiatalabb korcsoportokban történő átvitel különösen fontos volt, ám ezek az 1918–19-es és 1968-as világgjárványok során kevésbé lettek volna hatásosak. Ezért nem lesz lehetőség minden világgjárványra érvényes, rögzített tervek kidolgozására. A társadalom tagjai közötti érintkezés korlátozását célzó intézkedések hatásossága, megvalósíthatósága és költségei feltehetőleg európai országoként, vagy akár országokon belül is változni fognak (például sűrűn lakott városi térségek vidéki területekhez viszonyítva).

A korábbi influenza-világgjárványok és az ezekhez hasonló események – mint a SARS – terén szerzett tapasztalatok azt mutatják, hogy a közegészségügyi-járványügyi intézkedéseket bizonyos mértékig a helyi szokások és gyakorlat szerint alkalmazzák. Az Egyesült Államokban az 1918–19-es világgjárvány alkalmával ezek szervezeten és gyakran proaktív módon zajlottak, míg Európában a világgjárványok és a SARS esetében inkább reaktív jellegűek voltak.

Ezért hatékony érvek szólnak az alapvető tervek megléte mellett (ezek egyéb információ hiányában végrehajtandó tervek, amelyeket gyakorlatok során teszteltek). Sőt, ilyen értelmű WHO útmutatás is létezik, és sok európai országban jelenleg is dolgoznak ilyen tervekben. A fenti szempontokat figyelembe véve azonban e terveknek jelentős rugalmassággal, illetve irányítási és ellenőrzési rendszerekkel kell rendelkezniük, amelyek lehetővé teszik, hogy új adatok és tapasztalatok fényében gyors változtatások történhessenek.

Valamennyi közegészségügyi-járványügyi intézkedésnek vannak költségei, és sokuk másodlagos hatásokkal is járhat. A legtöbb intézkedés esetén e másodlagos hatások számottevőek lehetnek, és sokuk gondos mérlegelést igényel. A javasolt, legdrasztikusabb társadalmi intézkedések (pl. iskolák proaktív bezárása és utazási korlátozások) jelentős költségekkel és következményekkel járnak, amelyek maguk is helyenként eltérhetnek. Ezek fenntartása is nehéz. Ezért a szokványos szezonális influenza vagy enyhe világgjárvány esetében ezek alkalmazása – és különösen korai alkalmazása – károsabb hatású lehet, mint pusztán hagyni a járványt zajlani a maga útján, és kezelni a súlyosabb betegeket.

Az intézkedések egy része viszonylag egyszerűen végrehajtható, és már az enyhe szezonális influenza esetén ajánlott (pl. rendszeres kézmosás és a lázas betegség megjelenésekor saját magunk korai elszigetelése). Ezek azzal az előnnyel is járnak, hogy az egyén maga is képes tenni az ügyért, és a nehéz és aggasztó időszakban hasznos tanácsot kap. Más intézkedések végrehajtása nehéz vagy túl költséges lesz (pl. a betegek kezelése során a vírusellenes szerek időben történő, tömeges alkalmazása), megint mások pedig potenciálisan komoly mértékben zavarják meg a társadalmi funkciókat és nehezen tarthatók fenn (pl. határlezárások, belföldi utazási korlátozások). Ezért mindegyik intézkedés tervezést, felkészülést és gyakorlatot igényel.

A költséges és zavart okozó intézkedésekkel kapcsolatos pont alapvető fontosságú. Egy kevésbé súlyos megbetegedésekkel és kevesebb beteggel járó világgjárvány esetén – mint amilyen 1957-ben és 1968-ban volt – néhány lehetséges közösségi intézkedés (proaktív iskolabezárások, otthoni munkavégzés stb.), bár valószínűleg csökkenti a járvány terjedését, költségesebb lehet és nagyobb zavart okozhat, mint magának a világgjárványnak a hatásai. Ezért az ilyen intézkedések csak akkor járhatnak összességében előnyökkel, ha azokat súlyos világgjárvány idején alkalmazzák, például olyan esetén, amelynél magas a kórházba kerülés aránya, vagy a halálozási arány hasonló az 1918–19-es spanyolnátha idején megfigyelthez.

Ezen okok miatt kulcsfontosságú lesz a világgjárvány klinikai súlyosságának globálisan és európai környezetben végzett korai értékelése. Jóllehet logikus az intézkedések korai bevezetése, a nagyobb zavart okozó beavatkozások túl korai alkalmazása költséges, és megnehezítheti a fenntartásukat.

Több európai ország jelenleg mérlegeli az említett intézkedésekkel kapcsolatos szakpolitikai lehetőségeket. Európa sokfélesége miatt nem lesz olyan egyedi intézkedéscsomag, amely minden európai országban működik: az egy kaptafára készült megoldások nem felelnek meg mindenkinek. Az intézkedések közös megvitatása azonban hasznos, és hatékonyabb döntéshozatali folyamatot tesz lehetővé. Emellett néhány ország már figyelemreméltó idevágó tudományos munkát végzett, amelyek egy részén e dokumentum is alapul, ám ezek valamennyi európai ország előnyére válhatnak, más országok gondolkodásmódjával egyetemben.

## Cél

A fenti szempontokat figyelembe véve, és tekintettel arra, hogy az ECDC megbízatása nem az intézkedések előírása, hanem a tudományos tanácsadás, e dokumentum szándéka az, hogy ismertesse a lehetséges alkalmazható intézkedéseket, közegészségügyi és tudományos információval szolgálva arról, mi ismert és mi mondható el valószínű hatásosságukról, (közvetlen és közvetett) költségeikről, elfogadhatóságukról, a lakossági elvárásokról és más, gyakorlatiasabb szempontokról. Ennek célja, hogy – külön-külön vagy együttesen –

segítséget nyújtson az európai tagállamoknak és az EU intézményeinek annak eldöntéséhez, mely intézkedéseket fogják alkalmazni. Így tehát vannak bizonyos intézkedések, amelyek vagy annyira maguktól értetődőek vagy annyira hatástalanok, hogy pusztán az azokat alátámasztó bizonyítékok számbavétele könnyű szakpolitikai döntéshozatalt tesz lehetővé.

## Célközönség

Az elsődleges célközönség a szakpolitika kidolgozóit és a döntéshozókat jelenti, bár a másodlagos közönség körébe tartoznak mindazok, akiket az influenza érint, a lakosság és a média. Az intézkedéseknek és ezek korlátainak média által történő megértése egy világjárvány idején központi szerepet fog játszani ezek eredményes alkalmazása szempontjából.

## Alkalmazási kör

Ez a dokumentum akkor alkalmazandó, amikor a világjárvány Európában a WHO által meghatározott 5. vagy 6. fázisba érkezett, valamint akkor is, amikor szezonális influenzajárvány zajlik. Nem foglalkozik a 4. fázis különböző körülményeivel, egy feltehetőleg világjárványt eredményező törzs első megjelenésének egyedi szükségleteivel (a WHO gyors megfékezési stratégiája), sem az azzal kapcsolatban felmerülő, összetett tervezési és szakpolitikai kérdésekkel, hogy hogyan tartsák fenn a kulcsfontosságú szolgáltatásokat egy világjárvány során (úgynevezett üzletmenet-folytonossági tervezés a világjárványra idejére). Ez utóbbi minden esetben kívül esik az ECDC feladatkörén.

A dokumentumot az ECDC által a személyes védő intézkedésekről korábban közzétett útmutatással együtt kell értelmezni. Ezt a szöveg és a táblázatok összegzik. A H5N1 madárinfluenza elleni (világjárványt megelőző) humán vakcinákkal kapcsolatos mérvadó tudományos útmutatást közzétették, és a szöveg hivatkozik rá. Az útmutatást a WHO 2005-ös útmutatójával, valamint az intézkedésekről szóló új WHO-útmutatóval együtt kell értelmezni.

Felhívjuk a figyelmet, hogy ez egy ideiglenes útmutató, mivel további kutatási eredmények születnek még, és lehetséges, hogy új védelmi intézkedéseket dolgoznak ki. A menü ezért időközönként továbbra is frissülni fog.

### Összefoglaló táblázatok A világjárvány 6. fázisa /súlyos szezonális influenzajárvány során a kórokozó terjedésének mérséklését szolgáló lehetséges beavatkozások jellemzői

#### Nemzetközi utazás (határlezárás, belépési korlátozások, utazási tanácsok)

Beavatkozás	Bizonyítékok minősége <sup>1</sup>	Hatásosság (előnyök)	Közvetlen költségek	Közvetett költségek és kockázatok <sup>2</sup>	Elfogadhatóság Európában	Gyakorlati szempontok és egyéb kérdések
<b>1. Utazási tanácsok</b>	B	Minimális	Csekély	Komoly	Jó	A nemzetközi utazás valószínűleg mindenképp jelentősen csökkenni fog
<b>2. Szűrés belépéskor</b>	B, Bm	Minimális	Nagy	Nagy	Lehet, hogy a helyi lakosság elvárja	A nemzetközi utazás valószínűleg mindenképp ritkább lesz
<b>3. Határlezárások vagy komoly utazási korlátozások</b>	B, Bm	Minimális, kivéve, ha közel teljes a korlátozás	Komoly	Komoly	Változó, de lehet, hogy a helyi lakosság egyes tagjai elvárják	A nemzetközi utazás valószínűleg mindenképp ritkább lesz

<sup>1</sup> A hatásosságra vonatkozó bizonyítékok: Az „A” bizonyítékokkal erősen, a „B” nagyrészt, a „C” pedig gyengén alátámasztott ajánlásokat jelent.

A szint: Szisztematikus áttekintések, amelyek esetében különféle elsődleges vizsgálatokra lehet támaszkodni (elsősorban nem modellezésre), jól megtervezett járványtani vizsgálatok vagy különösen kísérletes vizsgálatok (randomizált, kontrollált vizsgálatok).

B szint: Jól megtervezett járványtani vizsgálatokon, lényeges megfigyeléses vizsgálatokon vagy 5–50 résztvevővel végzett kísérletes vizsgálatokon, vagy egyéb korlátokkal bíró (például végpontként nem influenzát alkalmazó) kísérletes vizsgálatokon alapuló bizonyítékokat jelent. A Bm jelölés modellezési munkát jelez, olyan vizsgálatokra helyezve a hangsúlyt, amelyeknél jó minőségű elsődleges adatok állnak rendelkezésre. Így a minőség Bm és C egyaránt lehet.

C szint: Esetleírásokon, kisméretű, elégtelenül kontrollált megfigyeléses vizsgálatokon, nem kellően megalapozott nagyobb vizsgálatokon, a terjedési mód, fertőzőképességi időszak stb. ismeretének alkalmazásán alapuló bizonyítékokat jelent. A Cm kevés vagy rossz minőségű elsődleges adatot felhasználó modellezésre utal.

<sup>2</sup> Ezeket néha másodrendű és harmadrendű hatásoknak nevezik – pl. a kereskedelem, illetve az alapvető ellátás és a munkavállalók mozgását megzavaró határlezárások.

## Személyes védő intézkedések

Beavatkozás	Bizonyítékok minősége	Hatásosság (előnyök)	Közvetlen költségek	Közvetett költségek és kockázatok	Elfogadhatóság Európában	Gyakorlati szempontok és egyéb kérdések
<b>4. Rendszeres kézmosás</b>	B	Valószínűleg csökkenti az átvitelt	Csekély	Nincs	Jó, de az előírás tényleges követési aránya/hajlandósága nem ismert	Közepes <sup>3</sup>
<b>5. Megfelelő légúti higiéné (zsebkendők használata és ártalmatlanítása)</b>	B	Nem ismert, de feltételezhető	Csekély	Csekély	Jó, de az előírás tényleges követési aránya/hajlandósága nem ismert	Csekély
<b>6. Maszk általános viselése az otthonon kívül</b>	C, Cm	Nem ismert	Komoly	Csekély	Nem ismert, de a legtöbb országban elenyésző a maszk viselésének kultúrája	Komoly – a képzéssel, a maszkok ellátásával és típusával, az ártalmatlanítással és hulladékkal kapcsolatos nehézségek. A nem rendeltetésszerű és ismételt használat visszas hatásokkal járhat.
<b>7. Maszk viselése egészségügyi környezetben<sup>4</sup></b>	C	Nem ismert	Közepes	Csekély	Már jelenleg is eleve széles körben gyakorolják	Közepes – a képzéssel, a nagy kockázatot jelentő helyzetek meghatározásával, a maszkok ellátásával és típusával, különösen a légzőkészülékekkel kapcsolatos nehézségek
<b>8. Maszk viselése egyéb, nagy kockázattal járó helyzetekben<sup>5</sup></b>	C	Nem ismert	Közepes	Csekély	Nem ismert, de van értelme.	Közepes – a képzéssel, a nagy kockázatot jelentő helyzetek meghatározásával, a maszkok ellátásával és típusával kapcsolatos nehézségek
<b>9. Légúti fertőzésben szenvedő személyek maszkviselése</b>	C	Nem ismert, de feltételezhető	Közepes	Lehetővé teheti, hogy a beteg és fertőző személyek továbbra is mozogjanak és másokat megfertőzzenek	Nem ismert, de van értelme. A jelenleg kórházakra vonatkozó tanácsot kiterjeszti az otthoni és nyilvános környezetre.	Nehézségek az előírás betartására kért személyek meghatározásával és a maszkok ellátásával kapcsolatban. A légúti fertőzés miatt korlátozott légzésű személyek számára is betartandó.
<b>10. A betegek döntése/intézkedései önmaguk korai elszigeteléséről<sup>6</sup></b>	C	Nem ismert, de feltételezhető	Közepes	Közepes <sup>7</sup> Az ápoló személyek számára fokozott kockázatot jelent, és hiányoznak a munkájukból	Sok országban eleve bevett tanács.	Az otthoni ápolást végzők képzésére és felszerelésére van szükség. Felmerül a kieső bérek kompenzálásának és a munkáltatók megállapodásának kérdése.

<sup>3</sup> A gyakori kézmosást a mindennapi helyzetekben, (pl. nyilvános helyeken, gyorséttermekben stb.) sokkal jobban lehetővé kell tenni

<sup>4</sup> A lakosság sok tagjával szemtől szemben kerülő személyek.

<sup>5</sup> Zsúfolt utazási környezetben a lakosság sok tagjával szemtől szemben kerülő személyek.

<sup>6</sup> Rendszerint olyan személy otthonában, aki rosszul kezdi érezni magát és lázas lesz.

<sup>7</sup> Az illető otthoni ellátást igényel, és az őt ápolók nem tudják elvégezni a munkájukat.

Beavatkozás	Bizonyítékok minősége	Hatásosság (előnyök)	Közvetlen költségek	Közvetett költségek és kockázatok	Elfogadhatóság Európában	Gyakorlati szempontok és egyéb kérdések
<b>11. Karantén<sup>8</sup></b>	C	Nem ismert	Komoly	A kieső termelékenység miatt komoly	Nem tisztázott	Nagyon nehéz a munka egyenlő elvégzése és felmerül a kieső bérek kompenzálásának kérdése

### A társadalom tagjai közti érintkezés korlátozását szolgáló intézkedések

Beavatkozás	Bizonyítékok minősége	Hatásosság (előnyök)	Közvetlen költségek	Közvetett költségek és kockázatok	Elfogadhatóság Európában	Gyakorlati szempontok
<b>12. A belföldi utazás korlátozása</b>	C, Cm	Az adatok némi késleltető hatásra utalnak	Jelentős	Komoly, beleértve a társadalom működésének megzavarását is <sup>9</sup>	Nem ismert	Alapvető funkciók kerülnek veszélybe. Felmerül a felelősség és a jogalap kérdése. <sup>10</sup>
<b>13. Reaktív (válasz jellegű) iskolabezárások</b>	Bm, C	Nagyobb hatása lehet, mint a társadalom tagjai közötti más érintkezés korlátozását szolgáló intézkedéseknek	Közepes	Komoly, az otthoni ellátást igénylő gyermekek miatt <sup>11</sup>	Nem ismert, mivel Európában nem történik meg gyakran	Az iskolából kimaradó gyermeket a többi gyermektől távol kell tartani. Felmerül a felelősség és a jogalap kérdése. <sup>10</sup> <sup>12</sup> Nehézségek az időzítéssel, a fenntarthatósággal és az újrainvitással kapcsolatban.
<b>14. Proaktív (megelőző jellegű) iskolabezárások</b>	Bm, C	Nagyobb hatása lehet, mint a társadalom tagjai közötti más érintkezés korlátozását szolgáló intézkedéseknek, és jobb lehet, mint a reagáló jellegű bezárás.	Közepes	Lásd fent <sup>11</sup>	Lásd fent	Lásd fent, de még több nehézség merül fel az időzítéssel (esetleg túl korán zárják be), a fenntarthatósággal és az újrainvitással kapcsolatban <sup>10, 12</sup>
<b>15. Reagáló jellegű munkahelybezárások</b>	Cm	Nem ismert <sup>9</sup>	Jelentős	Jelentős	A nem ismert kompenzáció kérdése kulcsfontosságú <sup>10</sup>	Felmerül a felelősség, a kompenzáció és a jogalap, valamint a fenntarthatóság és az újrainvitás kérdése. A kulcsfontosságú funkciók esetében nem lehetséges <sup>13</sup>
<b>16. Otthoni munkavégzés és találkozók ritkítása</b>	Cm, C	Nem ismert	Közepes	Közepes	Valószínűleg elfogadható	A kulcsfontosságú funkciók esetében kevésbé lehetséges <sup>13</sup>

<sup>8</sup> Azoknak a látszólag egészséges személyeknek a néhány napos otthoni elszigetelése, akikről úgy gondolják, hogy ki voltak téve a fertőzésnek.

<sup>9</sup> Ennek és néhány egyéb beavatkozásnak az az előnye, hogy tervezett módon előrébb hozza azt, ami idővel valószínűleg mindenképp bekövetkezik.

<sup>10</sup> Az a kérdés, hogy ki nyújt kompenzációt, ha az állami (kormányzati) fellépés miatt gazdasági veszteség következik be.

<sup>11</sup> A gyermek otthoni ellátást igényel, és az őt ápolók nem tudják elvégezni a munkájukat.

<sup>12</sup> A gyermekeket célzó beavatkozások gyakran azt feltételezik, hogy különösen fontos szerepet töltenek be a fertőzés terjedésében, ám lehet, hogy nem minden világjárvány esetében ez a helyzet.

<sup>13</sup> Bonyolult folyamat annak megkülönböztetése, melyek *kulcsfontosságú funkciók*, és melyek nem azok – ez fontos, de kívül esik a dokumentum hatókörén.

Beavatkozás	Bizonyítékok minősége	Hatásosság (előnyök)	Közvetlen költségek	Közvetett költségek és kockázatok	Elfogadhatóság Európában	Gyakorlati szempontok
<b>17. Nyilvános összejövetel, nemzetközi események stb. lemondása</b>	C	Nem ismert	Komoly <sup>10</sup>	Komoly <sup>10</sup>	Valószínűleg a kompenzálás kérdéséről és attól függ, van-e biztosítás <sup>9</sup> . A lakosság elvárhatja	Felmerül a felelősség és a jogi háttér kérdése. Nehéz meghatározni azt, hogy mi minősül nyilvános összejövetelnek vagy nemzetközi találkozóknak, és hogy mikor szüntessék meg a tilalmat

#### Vírusellenes szerek használata: korai kezelés

Beavatkozás	Bizonyítékok minősége	Hatásosság (előnyök)	Közvetlen költségek	Közvetett költségek és kockázatok	Elfogadhatóság Európában	Gyakorlati szempontok
<b>18. Mindenkinél, aki tüneteket mutat</b>	A (csak az átvitel és a betegség időtartama tekintetében), Bm	Várhatóan közepes, de az ezzel kapcsolatos bizonyítékok elégtelenek <sup>14</sup>	Komoly	Közepes	A lakosság a legtöbb országban számít erre	Számottevő logisztikai költségek és nehézségek azzal kapcsolatban, hogy az influenzás személyeket diagnosztizálják és mindenképp időben eljuttassák, akinek jótékony hatása lehet (24 vagy 48 órán belül), illetve méltányosan kezeljék a készleteket <sup>15</sup>
<b>19. Egészségügyi és szociális dolgozók, vagy az érintett kulcsfontosságú munkavállalók</b>	A	Csekély <sup>15</sup>	Jelentős	Csekély	A személyzeti védelem részének tekintik, és fontos a személyzet munkában maradásához	Nehézségek annak meghatározásával kapcsolatban, hogy kik az egészségügyi dolgozók, illetve az érintett kulcsfontosságú munkavállalók <sup>15</sup>

#### Vírusellenes szerek használata: megelőzés egy beteg környezetében

Beavatkozás	Bizonyítékok minősége	Hatásosság (előnyök)	Közvetlen költségek	Közvetett költségek és kockázatok	Elfogadhatóság Európában	Gyakorlati szempontok
<b>20. Család</b>	B, Bm	Közepes	Komoly	Közepes	Valószínűleg elfogadható	Nehézségek az esetek felkutatásával, a család körének meghatározásával, az eljuttatás gyorsaságával, valamint a készletek biztonságával és kezelésével kapcsolatban <sup>16</sup>

<sup>14</sup> A vizsgálatokból származó bizonyítékok szerint a szezonális influenza esetében a korai kezelés egy vagy két nappal csökkenti a betegség időtartalmát és csökkenti a fertőzés terjedését is. A kórházi kezelésre és halálzásra gyakorolt pozitív hatásra vonatkozó becslések megfigyelésen alapulnak, korlátozottak és jóval bizonytalanabbak.

<sup>15</sup> Egy sor nehéz gyakorlati probléma merül fel azzal kapcsolatban, hogy meghatározzák, ki influenzás, és hogyan juttassák el a vírusellenes szereket stb.

<sup>16</sup> Mérlegelni kell, hogyan fogják az észlelhető mellékhatásokról szóló korai jelentéseket gyorsan és hatékonyan kivizsgálni.

Beavatkozás	Bizonyítékok minősége	Hatásosság (előnyök)	Közvetlen költségek	Közvetett költségek és kockázatok	Elfogadhatóság Európában	Gyakorlati szempontok
<b>21. Családi és társadalmi kapcsolatok</b>	B, Bm	Közepes	Komoly+	Közepes	Nem ismert, de fennáll azon személyek problémája, akiktől a jelek szerint megtagadják a kezelést	Lásd fent, a csoportok határainak meghatározásával kapcsolatos problémákkal
<b>22. Családi és földrajzi kapcsolatok</b>	B, Bm	Közepes	Komoly+	Közepes	Nem ismert, de fennáll azon személyek problémája, akiktől a jelek szerint megtagadják a kezelést	Lásd fent, még több problémával a csoportok határainak meghatározásával kapcsolatban

#### Vírusellenes szerek használata: folyamatos megelőzés

Beavatkozás	Bizonyítékok minősége	Hatásosság (előnyök)	Közvetlen költségek	Közvetett költségek és kockázatok	Elfogadhatóság Európában	Gyakorlati szempontok
<b>23. Egészségügyi vagy szociális dolgozók, vagy kulcsfontosságú munkavállalók</b>	C	Közepes	Komoly	Közepes	Nem tisztázott – az egészségügyi dolgozók esetleg egyáltalán nem használják ezeket, vagy nem folytatják ezek használatát	Nehézségek annak meghatározásával kapcsolatban, hogy kik az egészségügyi dolgozók, illetve kulcsfontosságú munkavállalók. Annak kérdése, hogy meddig lehet folytatni a vírusellenes szerek biztosítását.

#### Vakcinák: humán madárinfluenza elleni vakcina<sup>16</sup>

Beavatkozás	Bizonyítékok minősége	Hatásosság (előnyök)	Közvetlen költségek	Közvetett költségek és kockázatok	Elfogadhatóság Európában	Gyakorlati szempontok
<b>24. Teljes népesség</b>	B, Bm	Nem tisztázott, a világjárványt okozó vírus antigéntípusától függ <sup>17</sup>	Komoly	Jelentős <sup>16, 18</sup>	Nem ismert <sup>19</sup>	Kérdések azzal kapcsolatban, hogy mely csoportokat kell kiemelten kezelni.
<b>25. Egészségügyi vagy szociális dolgozók, vagy kulcsfontosságú munkavállalók</b>	B, Bm	Lásd fent	Komoly	Lásd fent	Lásd fent, emellett pedig nem tisztázott, hogy mit fognak e csoportok elfogadni	Nehézségek annak meghatározásával kapcsolatban, hogy kik az egészségügyi dolgozók, illetve kulcsfontosságú munkavállalók.
<b>26. Elsőként a gyermekek védőoltása</b>	B, Bm	Lásd fent	Komoly	Lásd fent	Nem tisztázott, hogy a szülők elfogadják-e majd, különösen, ha a betegség a gyermekek körében enyhébb, és az oltás mások előnyét szolgálja. A biztonsági profil nem kellően igazolt <sup>20</sup> .	Előzetes tervezést igényel.

#### Vakcinák: az adott világjárványra nézve specifikus vakcina

Beavatkozás	Bizonyítékok minősége	Hatásosság (előnyök)	Közvetlen költségek	Közvetett költségek és kockázatok	Elfogadhatóság Európában	Gyakorlati szempontok
<b>27. Pandémiás vakcina</b>	B, Bm	Az első hullámban minimális	Komoly és előzetes beruházást igényel	Csekély	Valószínűleg nagymértékben elfogadható <sup>20</sup>	Nehézségek a kezdetben kiemelten kezelt csoportok meghatározásával kapcsolatban <sup>16</sup> .

<sup>17</sup> Feltételezi, hogy a következő világjárvány egy H5 antigénnel rendelkező vírusról alapul. A jótékony hatásra a kísérletes szerológiai válaszok alapján lehet következtetni, ám a megfigyeléses adatok nyeresége és a világjárványt okozó törzsre vonatkozó vizsgálatok nem végezhetőek el, mielőtt a vírus terjedése megkezdődne, és a 3. fázisú vizsgálatokat ekkor esetleg etikátlannak tekinthetik.

<sup>18</sup> Pénzügyi kockázat abban a tekintetben, hogy a következő világjárványt olyan antigénnel rendelkező törzs okozza, amely nem a jelenlegi, erős patogenitású madárinfluenza vírus (A/H5).

<sup>19</sup> Eddig egyetlen ország sem biztosította a lakossága számára az oltást egy ilyen, várhatóan alacsony hatásosságú vakcinával, ezért jelentős kommunikációs kihívások állnak fenn.

<sup>20</sup> Mérlegelni kell, hogyan fogják az észlelhető mellékhatásokról szóló korai jelentéseket gyorsan és hatékonyan kivizsgálni.

## 4. A migránsok egészségével foglalkozó sorozat: A migráns népesség hozzáférése a HIV-megelőzéséhez, -kezeléséhez és -ellátásához az EU/EGT-országokban

(Közzététel: 2009. július)

Ez a jelentés az Európai Unióban (EU) 2008 májusa és szeptembere között készített körkép megállapításait foglalja össze, mely a migránsoknak a HIV megelőzéséhez, kezeléséhez és ellátásához való hozzáféréseiről szól. A körkép az Európai Betegségmegelőzési és Járványvédelmi Központ (ECDC) megbízásából készült, az EU-ban a migrációról és a fertőző betegségekről szóló jelentések sokrészes sorozatának részeként.

E jelentés célja, hogy az EU 27 tagállamában és az Európai Gazdasági Térség (EGT) három országában a válaszadók körében végzett felmérés útján, valamint szakirodalmi információ alapján áttekintést nyújtson a jelenlegi helyzetről, és anyagot szolgáltatson a migráns lakosság HIV-vel kapcsolatos szolgáltatásokhoz való hozzáféréseinek javítását célzó későbbi szakpolitika alakításához, kutatásokhoz és szolgáltatásokhoz. A válaszadók körülbelül kétharmada nem kormányzati szervezeteket képviselt, a fennmaradó egyharmaduk kormányzati szervezetek képviselője volt. A megállapítások és a javasolt intézkedések ezért nem feltétlenül tükrözik az EU nemzeti kormányainak álláspontját.

Az 1. fejezet röviden leírja a körkép hátterét és módszertanát. A 2. fejezet kiemeli a migránsokkal és a HIV-vel kapcsolatos fő megállapításokat, azokra a tényezőkre összpontosítva, amelyek növelik a HIV-vel kapcsolatos sebezhetőségüket, és amelyek megakadályozzák, hogy hozzáférjenek a megelőző, kezelő és ellátó szolgáltatásokhoz, a jelentés összpontosít továbbá arra is, hogy az EU és a tagállamok hogyan válaszolnak a migránsok HIV-vel kapcsolatos szükségleteire. A 3. fejezet a megoldáshoz vezető úttal foglalkozik, összefoglalva a kihívásokat és azokat az intézkedéseket, melyeket a válaszadók javasolnak az EU-ban a migránsok HIV-vel kapcsolatos szolgáltatásokhoz való hozzáféréseinek javítása érdekében. Az alábbiakban összegezzük a fő megállapításokat, a kihívásokat és a javasolt intézkedéseket.

### Fontosabb megállapítások

- Az EU fontos lépéseket tett általában véve a migráció és az egészség, konkrétan pedig a migráció és a HIV kérdésének kezelése érdekében. *A HIV/AIDS ellen Európában és Közép-Ázsiában folytatott küzdelem keretében kialakított partnerségről szóló, 2004. évi dublini nyilatkozat* és a későbbi nyilatkozatok a HIV kérdését előrébb sorolták az európai napirenden. 2007-ben a lisszaboni konferencia és az ezt követő találkozók és jelentések a migráció, az egészség és a HIV kérdésre irányították a figyelmet. Ezek mindegyike hatással volt az EU politikai kötelezettségvállalására, ami tükröződik azokban a szakpolitikai és jogi eszközökben, amelyek a migránsok egészségügyi ellátáshoz való hozzáféréseinek biztosítására irányulnak, ideértve a HIV megelőzését, kezelését és ellátását célzó szolgáltatásokat. Az EU tagállamai között azonban jelentős különbségek mutatkoznak a szakpolitikai és jogi kereteket, valamint a HIV megelőzése, kezelése és ellátása terén a migránsoknak nyújtott szolgáltatásokat illetően.
- A HIV szempontjából legfontosabb migráns populáció Afrika Szaharától délre fekvő területeiről, Kelet-Európából és Ázsiából, egyes európai országok esetében pedig Latin-Amerikából és a karibi térségből származik. A migránsok fontos csoportjai a menedékkérők és menekültek, az okmányokkal nem rendelkező migránsok, a szexmunkások, illetve a férfiakkal szexuális kapcsolatot fenntartó férfiak. A migránsok HIV-vel kapcsolatos sebezhetőségéhez hozzájáruló leggyakoribb tényezőkként a nyelvi akadályokról, a marginalizálódásról és a társadalmi kirekesztésről, valamint a jogi akadályokról számoltak be. Emellett a migráns közösségeket jellemző kulturális hozzáállást, a vallást, a megkülönböztetéstől való félelmet és a HIV-re vonatkozó hiányos ismereteket is említették.
- A migránsokat a szolgáltatásokhoz való hozzáférésben akadályozó tényezők a szakpolitikákkal és jogszabályokkal, a szolgáltatás nyújtásával, magukkal a migráns közösségekkel és a szélesebb társadalommal kapcsolatosak. A jelentések szerint azok a politikák korlátozzák a megelőző és kezelő szolgáltatásokhoz való hozzáférést, amelyek célja, hogy a migránsokat az egyes országokon belül szétszórtnan helyezték el. A jogi státuszt – a tartózkodási engedély és az egészségbiztosítás hiányát – említették leggyakrabban a HIV kezelésének akadályaként, különösen az EU új tagállamainak válaszadói. A megfelelő nyelven rendelkezésre álló, kulturális szempontokhoz igazodó információk, a megfelelően képzett szakemberek és a migránsok sajátos szükségleteihez igazított szolgáltatások hiánya a szolgáltatások mindhárom területén akadályt jelent. A migráns közösségeken belül a kultúra, a vallás, a



megkülönböztetéstől való félelem és az elérhető szolgáltatásokkal kapcsolatos korlátozott ismeretek gátolják a szolgáltatásokhoz való hozzáférést. A szélesebb társadalomban különösen a migránsok megelégedése és megkülönböztetése képezi a megelőző és ellátó szolgáltatásokhoz való hozzáférés akadályát. A kezeléshez történő hozzáférés jellemző akadályaként a migránsok szociális körülményeit említették.

- Majdnem minden ország beszámol HIV-vel kapcsolatos olyan beavatkozásokról, amelyek a migráns közösségeket és azok speciális csoportjait célozzák. Néhány ország – különösen azok, amelyekben a migráció régebbi múltra tekint vissza – kormányzati szervek, nem kormányzati szervezetek és közösségi szervezetek révén széles körű szolgáltatásokat biztosít. Másokban csupán néhány szolgáltatás létezik, ha van egyáltalán. A migráns közösségeket a legtöbb országban bevonják az intézkedések végrehajtásába, ám a szakpolitikába történő bevonásuk néhány említést érdemlő kivételtől eltekintve korlátozott. A migráció és a HIV kérdését a válaszadók a 30 részt vevő ország nagy részében alacsony prioritásként jelölték meg. Nagyobb prioritást azokban az országokban kap, ahol a migráns lakosság körében viszonylag magas a HIV prevalenciája.

## Fontosabb kihívások

- A szakpolitikai és jogi keretek kihívást jelentenek a migránsokat célzó, HIV-vel kapcsolatos szolgáltatások nyújtása szempontjából. Az egészségügyi és bevándorlási szakpolitikák közötti következetlenségek közegészségügy szempontjából hátrányos hatásokkal járhatnak. A legnagyobb aggodalomra okot adó terület az okmányokkal és biztosítással nem rendelkező migránsoknak a HIV kezeléséhez való hozzáférése. Ehhez kapcsolódó probléma, hogy a migránsok egészségügyi ellátással kapcsolatos jogainak nincs egyértelmű és következetes jogi kerete.
- Az információ hiányosságai szintén nehézséget okoznak. Megnehezíti a migránsok EU-n belüli helyzetének összehasonlítását, hogy az adatgyűjtés országok közötti szabványosítása nem történt meg. Annak ellenére, hogy nagyon sok kutatás történt, még mindig hiányosak az információk az EU új tagállamaiban például a migrációra és a HIV-re vonatkozóan; a migránsok HIV-vel kapcsolatos kockázatos magatartását, egészségét és HIV-vel kapcsolatos szükségleteit, valamint a migránsok körében a kultúrának és a vallásnak az egészséggel kapcsolatos hiedelmekre, hozzáállásokra és az egészségmegőrző magatartásokra gyakorolt hatását illetően.
- Néhány országban a szolgáltatás terén még mindig foglalkozni kell a hozzáférés jogi, igazgatási és kulturális akadályaiival. Nehézséget jelent annak biztosítása is, hogy a kormányzati szervek és a nem kormányzati szervezetek által végzett közösségi szintű megelőzési és ellátási intézkedések megfelelő és fenntartható finanszírozást kapjanak.
- Ezenfelül a migránsokkal szemben megnyilvánuló – és a nem túl segítőkész médiabeszámolók által támogatott/erősített – negatív társadalmi hozzáállás kezelését szolgáló átfogó fellépés, illetve a migránsok tágabb szociális, gazdasági és jogi szükségleteinek teljesítését célzó kezdeményezések is feladatot/nehézséget jelentenek, mivel ezekhez a szakpolitikai döntéshozók, az egészségügyi és szociális ellátó szakemberek és a civil társadalom közös erőfeszítésére van szükség.

## A javasolt fontosabb intézkedések

- A pontos és összehasonlítható felügyeleti adatok gyűjtéséhez és a következetes, alkalmas szakpolitikák és beavatkozások kidolgozásához a „migráns” szó közös, az egész EU-ban érvényes fogalom meghatározására van szükség. A válaszadók mind európai, mind nemzeti szinten egyedi intézkedéseket is javasoltak a szakpolitika, a finanszírozás, a kutatás, a hálózatépítés és a szolgáltatások területén.
- Prioritásként európai és nemzeti szinten egyaránt a migránsok – különösen az okmányokkal és biztosítással nem rendelkező migránsok – HIV-ellátáshoz való jogaira vonatkozó egyértelmű szakpolitikai és jogi kereteket javasolták. Az egyéb javasolt intézkedések között szerepelt a politikai következetlenségek kezelése, a szakpolitikai döntéshozók figyelmének felhívása a HIV-vel és migrációval kapcsolatos kérdésekre, valamint a migráns közösség részvételének növelése a szakpolitikai folyamatokban. A migráció és a HIV kérdéseivel foglalkozó európai hálózatok és projektek, illetve a migráns lakoságnak HIV-vel kapcsolatos szolgáltatásokat biztosító nem kormányzati szervezetek számára nyújtott finanszírozást szintén kiemelt teendőként hangsúlyozták.
- Számos kutatási területet kezdeményeztek. Európai szinten egyéb intézkedések mellett olyan tanulmányokat javasoltak, melyek révén jobban megismerhetők a migráció jellemzői, illetve az európai jogszabályoknak és szakpolitikáknak a kezeléshez való hozzáférésre gyakorolt hatása, valamint kezdeményezték a kezelés egyetemes hozzáférhetőségével járó költségeknek és előnyöknek, illetve a

beavatkozások hatásának az értékelését. Nemzeti szinten jobb járványügyi tájékoztatást, a migráns közösségek jobb megismerését – ideértve a HIV-vel kapcsolatos ismereteket, hozzáállást és magatartást, valamint a kultúra és a vallás szerepét –, továbbá a jogi szabályozás hatásának és a migráns lakosságot érintő beavatkozások hatékonyságának elemzését javasolták.

- A javaslatokban szereplő, kiemelt hálózatépítési intézkedések közé tartozott a migrációval és HIV-vel foglalkozó szervezetek egész Európára kiterjedő hálózatának és a források, tapasztalatok és bevált gyakorlatok megosztását szolgáló egyéb mechanizmusoknak az uniós támogatása, valamint az egészségügyi és szociális ellátást nyújtó szakemberek egyesületei, a migránsok és az emberi jogi szervezetek közötti szorosabb kapcsolatok és együttműködés uniós és nemzeti szinten.
- A szolgáltatás nyújtását tekintve a legtöbb válaszadó a kulturális szempontból megfelelő anyagok és beavatkozások szükségességét, az egészségügyi és közösségi dolgozók ezzel kapcsolatos képzését, valamint a migráns közösségeknek a szolgáltatások nyújtásába történő nagyobb bevonását emelte ki. A szolgáltatások lefedettségének és igénybevételeinek javítását célzó javaslatként szerepeltek a HIV-tesztekre vonatkozó közösségi megközelítések, mint például a megcélzott személyek elérése, valamint a kezelés és ellátás esetében alkalmazott átfogó megközelítések, a migráns közösségek elérhető szolgáltatásokkal kapcsolatos tájékoztatására irányuló fokozott erőfeszítésekkel együtt.

## 5. A migránsok egészségével foglalkozó sorozat: A HIV és az AIDS epidemiológiája a migráns közösségek és etnikai kisebbségek körében az EU/EGT-országokban

(Közzététel: 2009. július)

### Háttér, indokolás és célkitűzés

A világméretű HIV/AIDS járvány az iparosodott és nem iparosodott országok között mutatkozó hatalmas társadalmi-gazdasági és egészségügyi különbségeket tükrözi. Az UNAIDS becslései szerint 2007-ben 33 millió HIV-fertőzött/AIDS-ben szenvedő személy élt; az új HIV-fertőzések több mint 96%-a az alacsony és közepes jövedelmű országokban következett be. Az összes HIV-fertőzött/AIDS-ben szenvedő személyből 22,5 millió Afrika Szaharától délre fekvő területein él, ahol a felnőttek 5%-a HIV-pozitív – arányuk számottevően magasabb, mint a világ-átlagként becsült 0,8%-os arány. A karibi térség - lakóinak 1%-os fertőzöttségi aránya alapján - a második leginkább érintett terület, míg Kelet-Európa 0,9%-os fertőzöttségi aránnyal a harmadik helyet foglalja el.

A Nemzetközi Migrációs Szervezet (IOM) szerint 2006-ban körülbelül 192 millió fő (a világ népességének 3%-a) volt nemzetközi migráns, közülük 95 millió volt nő. Az Egyesült Nemzetek Szervezetének fogalom meghatározása szerint nemzetközi migráns bármely személy, aki állandó lakhelyét az addigi helyett egy másik országba helyezi át. A migráció leggyakoribb oka a gazdasági boldogulás keresése, így a migránsok túlnyomó része fejlődő országokból fejlett országokba vándorol. 2006-ban Kína, India és a Fülöp-szigetek voltak azok az országok, ahonnan a legnagyobb számban származtak a migránsok, míg az őket befogadó országok első öt helyét az Amerikai Egyesült Államok, Oroszország, Németország, Ukrajna és Franciaország foglalja el. Az EU, a világ leggazdagabb területeinek egyike, 64 millió migránst (8,8%) fogadott be, országonként jelentősen eltérő arányban. Az EU arra is büszke, hogy a világ egyik olyan régiója, ahol az emberi jogok tiszteletben tartása a legrégebbi múltra tekint vissza. Mindazonáltal – a világ sok régiójához hasonlóan – az EU-ban élő migránsok komoly beilleszkedési problémákkal szembesülnek. A migráció és a társadalmi kirekesztés nagyon sebezhetővé teszi a migránsokat a HIV-vel/AIDS-szel és az ezekhez társuló szövődeményekkel szemben.

A HIV-járvány súlyos közegészségügyi probléma az EU-ban; a HIV-fertőzések száma a HIV jelentési rendszer 1999 körüli bevezetése óta is tovább növekszik. A leggyakoribb terjedési mód a heteroszexuális kapcsolat (2006-ban az új HIV-esetekről szóló bejelentések 53%-a), ezt pedig a férfakkal szexuális kapcsolatot fenntartó férfiak (37%) és az intravénás kábítószer-használók (9%) fertőződési módja követi. Kiemelendő, hogy 2006-ban 204 HIV-fertőzés anyáról a gyermekére történt átvitel következménye volt. Az egészségügyi egyenlőtlenségeket – beleértve azokat is, amelyek a migráns státuszából fakadnak – a megfelelő megelőző intézkedések kidolgozása érdekében nyomon kellene követni. 2000 óta a korábbi EuroHIV gyűjt információt az esetek földrajzi eredetéről/származásáról. A heteroszexuális nemi aktus útján szerzett AIDS- és HIV-pozitív esetek jelentős és növekvő arányban olyan személyek, akik a bejelentést adó országtól eltérő földrajzi helyről, nagyrészt Afrika Szaharától délre eső területeiről származnak. Mindazonáltal a migránsok más csoportjait is aránytalanul nagymértékben érintheti a HIV/AIDS, bár az e csoportokra vonatkozó adatok hiányosak. EU tagországonként változik, hogy a migránsok abszolút és relatív értelemben milyen mértékben, hogyan befolyásolják az adott ország HIV-járványügyi helyzetét, ez a migráció jellemzőitől, az ország gyarmatosítási múltjától, a HIV-járványnak a migráció származási és célországaiban fennálló helyzetétől, valamint az egészségügyi és szociális intézkedésektől függ. A HIV-járvány kezdete óta nyilvánvaló, hogy a HIV-fertőzöttek/AIDS-ben szenvedők jogainak biztosítása az egyik fő kérdés; nem vonható kétségbe, hogy ehhez a tudomány, az emberi jogok és a közegészségügyi megközelítés elengedhetetlenül fontos.

2007-ben az EU portugál elnöksége a migráció és az egészség kérdését választotta fő témájának. A 2007 decemberében elfogadott tanácsi következtetéseket felkérték az ECDC-t, hogy készítsen jelentést a migrációról és a fertőző betegségekről. E felkérésre válaszolva az ECDC jelentéssorozatot indított, amelyből létrejön majd az EU-ban a migrációról és a fertőző betegségekről szóló ECDC-jelentés. A jelenlegi elemzés/összefoglaló/jelentés – „A HIV és az AIDS epidemiológiája a migráns közösségek és etnikai kisebbségek körében” – célkitűzése az volt, hogy meghatározza a HIV-fertőzés révén a migráns lakosságot érő terhet, illetve ennek hatását a HIV járványügyi jellemzőire az 1999-től 2006-ig tartó időszakban.

### Módszertan

Az ECDC/a korábbi EuroHIV globális és az egyes országokra vonatkozó adatait használták fel, és az AIDS/HIV esetek abszolút számát és százalékos arányát földrajzi származás szerint vizsgálták évente (1999–2006), nem és

terjedési mód szerint rétegezve. Ha az információ az ECDC-nél nem volt hozzáférhető, a fő információforrásokkal közvetlen kapcsolatba léptek. A regisztrált migránsok számát nem és év szerint nyilvános európai adatbázisokból, az Eurostattól és az egyes részt vevő országok nemzeti statisztikai hivatalától szerezték be, ezek weboldalainak megtekintése vagy közvetlen írásos megkeresésük révén.

## Eredmények

2006-ban 6746 AIDS esetet jelentettek be az EU 27 országában, valamint Norvégiában és Izlandon. A migránsok a heteroszexuális úton fertőződött esetek között voltak a legnagyobb számban; azok közül, akiknél ismert származásuk földrajzi helye, 1373 fő (50%) származott az esetet jelentőtől eltérő országból, 77%-ban szubszaharai Afrikából. Az anyáról gyermekre történő átvitel miatt bekövetkezett, ismert földrajzi származású 57 AIDS eset 23%-a származott Afrika szubszaharai részéről. A férfiakkal szexuális kapcsolatot fenntartó férfiak körében megfigyelt AIDS esetek közel 20%-a szintén migráns volt; a legtöbbjük Latin-Amerikából (106) és a jelentést tevő országtól eltérő nyugat-európai országból származott (52). Az intravénás kábítószer-használók körében észlelt 1545 eset közül 7% volt migráns, nagyrészt Nyugat-Európából, valamint Észak-Afrikából és a Közel-Keletről. A régióban a hazai lakosság és a nyugat-európából érkező migránsok körében észlelt AIDS esetek száma az 1999–2006 közötti időszakban 42%-os csökkenés mutatott. 1999 és 2006 között a Kelet-Európából (200%-kal), szubszaharai Afrikából (89%-kal) és Latin-Amerikából (50%-kal) érkező migránsok körében viszont az AIDS esetek növekvő számban voltak megfigyelhetők. Az EU-ban az AIDS esetek a férfiak körében sokkal gyakoribbak, mint a nőknél, bár a férfi/nő arány csökken. Ezért, noha a szubszaharai Afrikából származó férfiak és nők körében a 2006-ban jelentett AIDS esetek teljes száma 602, illetve 623 volt, a férfiak és a nők körében megfigyelt AIDS esetek számán belül ezek aránya 12%-nak illetve 33%-nak adódott.

2006-ban az EU 27 országában, valamint Norvégiában és Izlandon 26.712 HIV-fertőzött személyt jelentettek, akik 29%-ánál nem dokumentálták a földrajzi származást. Migránsokat legnagyobb számban és arányban a heteroszexuális úton fertőződött esetek között figyeltek meg. Az ismert földrajzi származású 8354 HIV-fertőzött személy 65%-a az esetet jelentőtől eltérő országból/területről, túlnyomó többségük (5046) Afrika szubszaharai területeiről származott. Az anyáról gyermekre terjedő vírus miatt fertőződött, ismert földrajzi származású 169 HIV-pozitív személy 41%-a származott Afrika szubszaharai országaiból. A férfiakkal szexuális kapcsolatot fenntartó férfiak körében az ismert földrajzi származású 5048 HIV-fertőzött 18%-a volt migráns, és a leggyakrabban Latin-Amerikából (215) és Nyugat-Európából (247) származtak. Az intravénás kábítószer-használók esetében az ismert földrajzi származású 1590 HIV-fertőzött 85%-a hazai lakos, 14%-uk pedig migráns volt, utóbbiak nagyrészt Nyugat-Európából (63) illetve Kelet-Európából (64) vándoroltak be. Az Európában regisztrált HIV-fertőzött személyek száma az 1999-től 2006-ig tartó időszakban mind a hazai lakosok, mind a migránsok körében jelentősen emelkedett. Ezt a növekedést annak figyelembevételével kell értékelni, hogy az EU-ban alkalmazott HIV-jelentési kötelezettségnek még nem mindenütt tesznek teljes mértékben eleget

A HIV-fertőzés az EU-ban összességében jóval gyakoribb a férfiak körében, mint a nőknél, bár a férfi/nő arány csökkenőben van. A 2006-ban jelentett HIV-fertőzöttek közül a szubszaharai Afrikából származó férfiak száma 1764, míg a nőké 2989 volt. Mivel a HIV-fertőzöttek száma a jelentést tevő országból származó férfiak körében 7891, a nőknél pedig 2028 volt, a szubszaharai és az „öslakos”/hazai férfiak közötti arány 0,1, míg a szubszaharai és hazai nők között 1,5 volt. A szubszaharai Afrikából származó nők köréből jelentett HIV-pozitív személyek száma közel 1000-rel haladja meg a hazai nők körében észlelt esetek számát, bár 2910 HIV-fertőzött nő esetében nem ismert a földrajzi származás. Afrika szubszaharai országaiból érkező nők száma több mint 1000-rel meghaladja a szubszaharai férfiakét. Szubszaharai Afrika után a Nyugat-Európából származó férfiak képezik a legnagyobb csoportot (539), ezután pedig Latin-Amerikából származók következnek (456). A migráns nők körében a HIV-fertőzések tekintetében a leggyakoribb származási országok – szubszaharai Afrikát kivéve – eltértek a férfiaknál megfigyeltéktől, mivel 179 HIV-fertőzést Délkelet-Ázsiából érkező nőknél, 161-et pedig a karibi térségből érkezőknél dokumentáltak, míg a Nyugat-Európából és Kelet-Európából, illetve Latin-Amerikából származó nőknél 85, illetve 111 ilyen esetet figyeltek meg.

Az országok között nagyok az eltérések a migránsok HIV-fertőzöttségi arányát illetően. Azokban az országokban, ahol a HIV-pozitívok gyakorisága egymillió lakosonként 20 eset alatt van – ez jórészt Közép-Európát jelenti – a migránsok csak kismértékben járulnak hozzá a járványhoz. Azokban az országokban, amelyekben a HIV-pozitív személyek incidenciája 21–49 eset/millió fő – Litvánia kivételével – a migránsok aránya a 2006-ban jelentett HIV-esetek között meghaladja a 40%-ot. A népességek különböző méretéből adódóan a migránsok körében diagnosztizált HIV-fertőzöttek száma a Cipruson talált 24-től a Svédországban észlelt 258-ig változik. Azokban az országokban, ahol a HIV incidenciája 50–99 eset/millió fő – Görögország kivételével –, a jelentett HIV esetek között Hollandiában és Németországban 40% a migránsok aránya, Norvégiában közel 60%, Írországból és Franciaországból körülbelül 65%, Belgiumban pedig 70%. Azokban az országokban, amelyekben a HIV incidenciája 100–199 eset/millió fő, a jelentett HIV-pozitív esetek közül Ausztriában körülbelül 30% a migránsok aránya, az Egyesült Királyságban 71%, és Luxemburgban igen magas, 80%. Portugáliában – az EU-ban ebben az

országban a legmagasabb a HIV incidenciája – körülbelül 20% a migránsok aránya a jelentett HIV-fertőzöttek között.

Az 1999-től 2006-ig tartó időszakban 16.222 tuberkulózis megbetegedést jelentettek AIDS-indikátor betegségként; ezek közül 8028 esetet migránsok körében diagnosztizáltak, és közülük 3883 származott szubszaharai Afrikából, 2684 pedig ismeretlen származású volt. A tuberkulózis mint AIDS-indikátor betegség arányában földrajzi származás szerint nagy változatosság mutatkozott. Kisebb arányokat figyeltek meg az észak-amerikaiak (8%) és a hazai lakosság (16%) körében, a legmagasabb arány pedig az Afrika szubszaharai országaiból (40%), Kelet-Európából (40%), Délkelet-Ázsiából (32%) és Latin-Amerikából (30%) származók esetében volt tapasztalható.

Az EU 27 országában, valamint Norvégiában, Izlandon és Liechtensteinben a nemzeti népesség-nyilvántartó hivatalok által regisztrált körülbelül 495 millió személy közül hozzávetőlegesen 32,5 millió főt (6,5%) nem az adott ország állampolgáraként tartanak nyilván. Az ilyen személyek állampolgárságára vonatkozó információ a vizsgálatban szereplő 30 országra nézve áll rendelkezésre, kivéve Bulgáriát, Észtországot, Franciaországot és Luxemburgot. E 32,5 millió nyilvántartott migráns fele Európából származik (6,5 millió Nyugat-Európából, 7,4 millió Közép-Európából, 2,3 millió Kelet-Európából), ezt követi a Latin-Amerikából (2,31 millió) és a karibi térségből (261.000), Dél- és Délkelet-Ázsiából (2,25 millió), Észak-Afrikából és a Közel-Keletről (2,19 millió) valamint a szubszaharai Afrikából (1,32 millió) származók létszáma.

## Megbeszélés és korlátok

A migráns populációk – javarészt a szubszaharai Afrikából érkezők – az EU 27 országában, valamint Norvégiában és Izlandon 1999 és 2006 között regisztrált AIDS-betegek és HIV-fertőzöttek körében jelentős és egyre növekvő arányt képviselnek. Jóllehet a szubszaharai Afrikából érkező bevándorlók aránya nagyon magas a heteroszexuális úton, illetve anyáról gyermekére terjedő fertőzés következtében kialakult és regisztrált HIV-pozitív esetek között, a férfiakal szexuális kapcsolatot fenntartó férfiak körében diagnosztizált esetek jelentős százaléka szintén a migránsokhoz – nagyrészt a Nyugat-Európából, illetve Latin-Amerikából és a karibi térségből érkezett bevándorlókhoz – köthető, ami különösen hangsúlyossá teszi a HIV-fertőzött/AIDS-ben szenvedő migránsokat jellemző szexuális sokféleség elismerésének szükségességét. A nőkre vonatkozó bejelentéseket tekintve a migráns populációk a HIV/AIDS-járványban számottevően nagyobb szerepet játszanak, ami arra világít rá, hogy az EU-ban a bevándorlók körében a HIV/AIDS egyre inkább a nőkhöz köthető. A nők HIV-fertőzéssel szembeni sebezhetőségének okai részben társadalmi, részben biológiai alapokon nyugszanak. Ezek az adatok nemzeti szintű, nemekhez igazított HIV-megelőzési és -kezelési szakpolitikákat sürgetnek. A HIV-fertőzés miatt a szubszaharai Afrikából származó nőkre nehezedő nagy teherhez szorosan kapcsolódik, hogy az EU-ban az anyáról gyermekre történő átvitel útján kialakuló HIV-fertőzésekről szóló jelentésekben magas a szubszaharai Afrikából érkező migránsok aránya. Noha az EU-ban a szülés időszaka körül bekövetkezett HIV-fertőzések számának csökkenése jelentős közegészségügyi eredmény, komoly kihívások vannak még, különösen a migráns anyák körében.

A különböző országokban óriási különbségek mutatkoznak a migránsok arányát tekintve a HIV-fertőzöttek között. A kelet-európai országokban és néhány közép-európai országban ez az arány 10% alatt van, míg a legtöbb északi országban meghaladja a 40%-ot. A nyugat-európai országok többségében a migránsok aránya a HIV-fertőzöttek körében 20 és 40% között alakul. Ez a kép összhangban van a migrációs tendenciákkal, mivel azok az országok, amelyekben magas a migránsok aránya a HIV-pozitív személyek körében, egyben ugyanazok az országok, amelyekben a migránsok aránya az általános lakosságon belül szintén magasabb. Ezt nagyrészt a gyarmatosítással kapcsolatos múlt, valamint az újabb keletű társadalmi-gazdasági és demográfiai egyenlőtlenségek határozzák meg. Jelentős és aggasztó az ismeretlen földrajzi származású esetek aránya is, különösen az Egyesült Királyságban, Franciaországban, Belgiumban és Németországban.

A jelenlegi adatok nem teszik lehetővé, hogy különbséget tegyünk az EU-ban vagy az azon kívül szerzett HIV-fertőzések között. Más jelentések arra utalnak, hogy a szubszaharai Afrikából származó személyeket érintő HIV-fertőzések zöme valószínűleg a származási országban következett be – ezt az állítást az európai tartózkodás átlagos időtartamának és a CD4 sejtek számának a HIV diagnózis megállapításakor elvégzett összevetésére alapozzák. Bizonyítékok állnak rendelkezésre azonban arra nézve is, hogy a szubszaharai Afrikából származó személyek az EU országaiban válnak HIV-fertőzötté. Más földrajzi származású migránsokat illetően kevés adat áll rendelkezésre arról, hol következett be a fertőzésük, bár a migráns intravénás kábítószer-használók esetében az adatok inkább azt teszik valószínűvé, hogy ők Európában fertőződtek meg a HIV vírussal. Bár a megfertőződés valószínűsíthető helyéről (ország) folytatandó vita rendkívül ellentmondásos – mivel sajnálatos módon nyíltan rasszista reakciókhoz vezetett –, közegészségügyi szempontból fontos annak ismerete, hogy hol történt a HIV-fertőzés és az AIDS kialakulása, mivel az az elsődleges illetve a másodlagos HIV-megelőzés, vagy mindkettő eredménytelenségét jelezheti.

A HIV késői diagnosztizálása nagy problémát jelent az EU-ban valamint az Amerikai Egyesült Államokban, és az adatok arra utalnak, hogy ez a probléma a nem nyugati származású HIV-pozitív migráns lakosság körében még súlyosabb. A legtöbb uniós országban a regisztrált AIDS esetek száma az 1990-es évek közepétől kezdve

jelentősen csökkent, ami jórészt azzal magyarázható, hogy a nagy hatékonyságú antiretrovirális kezelés (HAART) széleskörű hozzáférhetősége jótékony hatással van a lakosság túlélési esélyeire. A legtöbb migráns tekintetében azonban ez a csökkenő tendencia nem figyelhető meg, ami a HIV-fertőzés késői diagnózisát, illetve a HAART kisebb arányú hozzáférhetőségét és igénybevételét jelzi, és negatív hatást gyakorolhat az EU-ban élő, HIV-pozitív migránsok halálzására. Emellett a HIV-fertőzés megfelelő kezelése szintén egy stratégia a HIV átvitelének megelőzésére, mivel a HAART protokollal kezelt személyek kevésbé fertőzőek. Ez a kezelési és megelőzési megközelítés a tuberkulózisra is érvényes, mivel a HIV kimutatására azonnal elvégzett vizsgálat biztosan csökkenti a HIV-hez társuló tuberkulózis esetek számát is. Jól ismert, hogy a tuberkulózis kezelése egyúttal annak továbbterjedését, és ezáltal a másodlagos eseteket is megelőzi.

A migránsok szerepe a régió HIV-epidemiológiájában csak korlátozottan elemezhető, mivel az EU tagállamaiban a HIV-jelentési rendszerek bevezetése különbözőképpen zajlik, és a „földrajzi származás”-ra, mint jellemzőre vonatkozóan nem teljesszerűen gyűjtnek információt. Az e jellemző tekintetében igen nagy arányban hiányzó adatok miatt valóban csak fenntartással értelmezhetők az adatok, ami a szükséges minőségi előírások biztosítása érdekében megerősített HIV-felügyeletet tesz szükségessé az EU-ban.

Összefoglalóan megállapítható, hogy az ebben a jelentésben ismertetett adatok nem okoznak meglepetést az e területen dolgozóknak, különösen akkor nem, ha megvizsgáljuk a HIV globális epidemiológiáját és a globális migrációs tendenciákat – mindkettőt egyaránt a globális egyenlőtlenségek mozgatják. A HIV/AIDS járvány megfékezése várhatóan megszünteti a HIV megelőzése és kezelése terén az EU-ban a migránsok előtt álló akadályokat. Az e jelentésben ismertetett és elemzett adatok megerősítik, hogy az elsődleges és másodlagos HIV-megelőzés kudarcának lehetünk tanúi, és határozott fellépésre van szükség.

## 6. Körkép a HIV-vel és a nemi úton terjedő fertőzésekkel kapcsolatos magatartás európai felügyeletéről

(Közzététel: 2009. szeptember)

### Háttér

A humán immunhiány vírusának (HIV) és az egyéb, nemi úton terjedő fertőzéseknek tulajdonítható járványok továbbra is jelentős közegészségügyi problémát jelentenek Európában. Az Európai Betegségmegelőzési és Járványvédelmi Központot (ECDC) 2005-ben hozták létre azzal a célkitűzéssel, hogy erősítsék az Európai Uniónak (EU) a fertőző betegségek megelőzésével és az ellenük való védekezéssel kapcsolatos képességeit, kiemelt egészségügyi problémának tekintve a HIV-fertőzést és a nemi úton terjedő egyéb fertőzéseket. E tekintetben a felügyelet fontos feladat, és az ECDC erős/komoly felhatalmazással rendelkezik arra, hogy a fertőző betegségeknek az egész Európai Uniót étfogó felügyeletét szolgáló adatbázisokat fenntartsa és koordinálja. A második generációs felügyelet (SGS) olyan felügyeletet jelent, amely a biológiai (a HIV/AIDS és a nemi úton terjedő fertőzések új esetei) és a magatartási jellemzőket (pl. szexuális magatartás, védekezés alkalmazása) együttesen kíséri figyelemmel. Ez a megközelítés mind a szakpolitika kialakításához nyújtott információk, mind e szakpolitika által elért eredmények értékelése szempontjából igen fontos.

Az ECDC 2008-ban egy nemzetközi szakértőkből álló csoportot bízott meg azzal, hogy készítsen mélyreható elemzést az európai országokban a HIV-vel és nemi úton terjedő fertőzésekkel kapcsolatos magatartást vizsgáló felügyeleti programokra vonatkozó jelenlegi ismeretekről, továbbá dolgozzon ki javaslatot a HIV-hez és a nemi úton terjedő fertőzésekhez kapcsolódó magatartási jellemzők legfontosabb indikátorainak bevezetését szolgáló tervezetre. Ez a jelentés az EU tagállamaiban és az Európai Szabadkereskedelmi Társulás (EFTA) országaiban a HIV-vel és a nemi úton terjedő fertőzésekkel kapcsolatos magatartást vizsgáló felügyeleti rendszerek feltérképezését ismerteti. A felügyeletet az alábbi lakosságcsoportokban vizsgálták: általános lakosság, fiatalok, intravénás kábítószer-használók, férfakkal szexuális kapcsolatot fenntartó férfiak, HIV-fertőzött/AIDS-beteg személyek, prostituáltak, nemibeteg-gondozók betegei, migránsok és etnikai kisebbségek.

### Módszerek

Valamennyi uniós és EFTA-országnak küldtek egy kérdőív-sorozatot. Ez kilenc önálló kérdőívet tartalmazott: egyet a magatartásra irányuló második generációs nemzeti felügyeleti rendszer egészéről, és egy-egy kérdőívet mindegyik sajátos lakosságcsoportra vonatkozóan. A felügyeleti rendszer egészével foglalkozó kérdőívben az alábbiak meglétéről és meghatározásáról kértek információt:

- magatartással kapcsolatos nemzeti vagy regionális felügyeleti rendszer;
- a második generációs rendszer működése nemzeti vagy regionális szinten; és
- a fenntartható második generációs felügyeleti rendszerek létrehozásának elvi vagy megtapasztalt akadályai.

A meghatározott lakosságcsoportokra vonatkozó kérdőívekben elsőként az a kérdés szerepelt, hogy működött-e felügyeleti rendszer az adott csoportra nézve, és ezt követően információt kértek arról, hogy végeztek-e az érdeklődésre számot tartó különböző populációkban 1985 óta magatartási felméréseket (vagy másfajta adatgyűjtéseket), valamint információkat vártak az alábbiakkal kapcsolatban:

- az egyes felmérési vagy adatgyűjtési rendszerekben alkalmazott módszertan;
- a jelenleg követett fő mutatók; és
- a kapcsolódó publikációk.

A kérdőíveket az egyes országok HIV-felügyeletért felelős kapcsolattartójának e-mailben küldték meg; e személyeknek lehetőségük volt annak megszervezésére, hogy az egyes sajátos lakosságcsoportokra vonatkozó kérdőíveket az adott ország megfelelő szakemberei töltsék ki. A felelős személyek ezután összegyűjtötték a kérdőíveket, és azokat visszaküldték a szakértő csapat által végzett értékelésre. A jelentéstervezetet 2009 februárjában, a svájci Montreux-ben tartott Magatartás-felügyeleti Szakértői Ülésen vitatták meg, és hitelesítésre megküldték az egyes országok HIV-felügyeletért felelős kapcsolattartójának is, akik a kérdőíveket a saját országukra vonatkozóan eredetileg összeállították.

## Eredmények

A felmérésbe bevont 31 ország közül huszonnyolc töltötte ki és küldte vissza a kérdőív-sorozatot (Bulgária, Románia és Portugália nem válaszolt). A magatartás-felügyeleti tevékenységek feltérképezése az EU/EFTA-országokban jelentős eltéréseket mutat az országok között a magatartás-felügyelet fejlettségi szintjét illetően: 15 ország számolt be arról, hogy a HIV-vel/nemi úton terjedő fertőzésekkel kapcsolatos magatartásra irányuló, működő felügyelettel rendelkezik (Belgium, Ciprus, Dánia, az Egyesült Királyság, Észtország, Finnország, Franciaország, Lengyelország, Lettország, Litvánia, Németország, Spanyolország, Svédország, Svájc és Szlovénia) és egy további ország (Hollandia) jelezte azt, hogy ott több meghatározott populációra vonatkozó felügyelet van kialakítva, de nemzeti szintű, átfogó és hivatalos, magatartás-felügyeleti rendszerrel nem rendelkezik.

A magatartásra irányuló felügyelet „rendszer” keretében történő hivatalossá tételének foka országonként nagy különbségeket mutat. A magatartás-felügyelet meglétéről beszámoló 16 ország közül csak nyolc jelezte, hogy létezik olyan dokumentum, amely ismerteti ezt a rendszert vagy hivatalossá teszi ennek létezését. A magatartás-felügyeletet működéséről beszámoló országok közül sok esetében fokozatosan építették ki ezt a rendszert, időnként újabb felmért populációkkal egészítve ki azt, néha egyértelmű felügyeleti célkitűzés nélkül. Ezenfelül sok országban – még azokban sem, ahol a magatartás-felügyelet hivatalos keretek között működik – gyakran nincs kialakult szabály vagy gyakorlat a magatartás-felügyelet által a különböző lakosságcsoportok körében végzett tevékenység időzítésében. A magatartás-felügyelet szervezete szintén eltéréseket mutat: azokban az országokban, amelyekben ez a tevékenység hivatalos keretek között folyik, a szervezésnek és koordinációnak az egészségügyi minisztérium, egy nemzeti egészségügyi szervezet vagy egy egyetem az alapja. A kevésbé hivatalos rendszereket működtető országokban a nem hivatalos koordináció intézmények hálózata – kormányzati ügynökségek, egyetemek, nem-kormányzati szervezetek stb. – révén valósul meg. Ami a rendszer megfelelőségét (azaz a felügyelet alá vont lakosságcsoportok típusát) illeti, a kockázatnak kitett populációk azonosítása és felügyelete sok esetben nem történt meg vagy csak részleges. A felmérésekben leggyakrabban szereplő populáció az általános lakosság, valamint a fiatalok, a férfikkal szexuális kapcsolatot fenntartó férfiak és az intravénás kábítószer-használók. A prostituáltak és klienseik, a migránsok és etnikai kisebbségek, a HIV-fertőzöttek/AIDS-betegségben szenvedők, illetve a nemibeteg-gondozók által ellátott betegek csak néhány országban célcsoportjai a magatartás-felügyeleti tevékenységnek.

Ami a második generációs felügyeleti rendszereket illeti, a magatartás-felügyeletet működtető 16 ország közül 13 jelezte SGS létezését, további két ország pedig csupán egy lakosságcsoportra vonatkozóan rendelkezik SGS rendszerrel. E rendszert hat országban szervezik hivatalosan, irányító és koordináló testülettel.

A figyelembe vett populációk mindegyikére igaz, hogy kevesebben vannak azok az országok, amelyek információval szolgáltak prioritásmutatóikról, mint azok, amelyek azt említették, hogy a megfelelő témákban információt gyűjtenek. Ennek oka valószínűleg az, hogy csak azokban az országokban történt meg a rendszeres adatgyűjtést igénylő mutatók konkrét kiválasztása, amelyekben ez a tevékenység felügyeleti keretek között működik, és ezek az országok vannak abban a helyzetben, hogy egyértelműen meghatározzák őket. Az egyes lakosságcsoportok tekintetében általában nyomon követett témák közül a kiemelt fontosságúakat illetően igen nagy az egyetértés; ez vezérelheti az országok és a felmért populációk közös mutatóinak kiválasztását. Mivel továbbra is igen nagy a sokféleség, az egyes lakosságcsoportok sajátos mutatóinak harmonizálását európai szinten kellene folytatni. Azokban a lakosságcsoportokban, amelyekben a magatartás-felügyeletet szolgáltatás- vagy csoportalapú mintavétel alkalmazásával végzik vagy lehetne végezni, előzetes egyeztetéseket kellene folytatni az érdekelt felekkel a magatartás-felügyelet ilyen körülmények között történő kialakításáról.

Ahol már európai megegyezés született, a már elfogadott mutatókat kellene javasolni, és a kiválasztott mutatóknak alkalmasnak kellene lenniük arra, hogy nemzetközileg elfogadott mutatókká váljanak. Az átfogó elemzés eredményeként az összes lakosságcsoportra nézve közös alapmutatókra tesznek javaslatot. Ezek a következőkkel kapcsolatosak: a szexuális partnerek száma, óvszerhasználat az utolsó nemi aktus alkalmával, a kérdezett személynél HIV-teszt történt, a kérdezett személy a szexért fizetett, illetve a HIV-vel kapcsolatos ismeretek. Az alapmutatóknak módszeresen kellene foglalkozniuk az iskolázottság szintjével, az állampolgársággal/etnikai származással és a nemi irányultsággal.



## 7. A baktériumokkal kapcsolatos kihívás: itt az idő a cselekvésre (az ECDC és az EMEA közös szakmai jelentése)

(Közzététel: 2009. szeptember)

### Fontosabb megállapítások

A több szerrel szemben ellenálló baktériumok által okozott fertőzések társadalmi terhe és a probléma kezelését szolgáló új antibiotikumok fejlesztése nem tart lépést egymással.

- Az emberek súlyos fertőzéseit okozó Gram-pozitív és Gram-negatív baktériumok körében gyakori az antibiotikumokkal szembeni rezisztencia, aránya több uniós tagállamban eléri a 25%-ot vagy még ennél is magasabb.
- Az EU-ban a rezisztencia egyre gyakoribbá válik egyes Gram-negatív baktériumok körében, ahogy például a közelmúltban az *Escherichia coli* esetében megfigyelték.
- Évente körülbelül 25.000 beteg hal meg az EU-ban a kiválasztott, több szerrel szemben ellenálló baktériumok által okozott fertőzés miatt.
- Az e kiválasztott, több szerrel szemben ellenálló baktériumok által okozott fertőzések az EU-ban egészségügyi többletköltségeket és a termelékenység csökkenését eredményezik – ez évente legalább 1,5 milliárd EUR összegre rúg.
- Tizenöt, új hatásmechanizmusú vagy új bakteriális célpont ellen irányuló, szisztémásan alkalmazott baktériumellenes szert azonosítottak, amelyeknek a fejlesztése jelenleg folyik, és potenciálisan választ adhat a több szerrel szemben ellenálló baktériumok jelentette kihívásra. Ezek többsége a fejlesztés korai szakaszában volt, és elsősorban olyan baktériumok ellen fejlesztették őket, amelyek ellen már léteznek elérhető kezelési lehetőségek.
- A több szerrel szemben ellenálló Gram-negatív baktériumok ellen különösen hiányoznak az új célpontokra ható vagy új hatásmechanizmusú szerek. Két olyan szert azonosítottak, amelyek új vagy esetleg új célpontok ellen irányulnak és dokumentált hatást mutatnak, mindkettő a fejlesztés korai szakaszában van.
- E hiány kezelésére/betöltésére sürgősen európai és világszintű stratégiára van szükség.

2007-ben az Európai Betegségmegelőzés és Járványvédelmi Központ (ECDC), az Európai Gyógyszerügynökség (EMA) és a ReAct nemzetközi hálózat („Action on Antibiotic Resistance”, azaz fellépés az antibiotikumokkal szembeni rezisztencia ellen) egyeztetéseket kezdett arról, hogy dokumentumokkal kell igazolni a több szerrel szemben ellenálló baktériumok okozta fertőzések EU-ban észlelt gyakorisága és az új antibiotikumok fejlesztése között fennálló szakadékot. Ennek eredményeként 2008-ban létrejött az ECDC/EMA közös munkacsoport, hogy számba vegye azokat a tényeket és adatokat, amelyek ésszerű előrejelzéseket tennének lehetővé a fent említett rés nagyságának a következő években észlelhető mértékéről.

A választás az alábbi, antibiotikumokkal szemben ellenálló baktériumokra esett, mivel gyakran ezek felelősek a véráramfertőzésekért, és mert az ezekhez társuló, antibiotikumokkal szemben rezisztens jelleg a legtöbb esetben az antibiotikumokkal szembeni többszörös rezisztenciát jelöl:

- *Staphylococcus aureus*, meticillinnel szembeni rezisztencia (MRSA);
- *S. aureus*, vankomicinnel szembeni mérsékelt rezisztencia, illetve vankomicinnel szembeni rezisztencia (VISA/VRSA);
- *Enterococcus* fajok (pl. *Enterococcus faecium*), vankomicinnel szembeni rezisztencia (VRE);
- *Streptococcus pneumoniae*, penicillinnel szembeni rezisztencia (PRSP);
- Enterobacteriaceae (pl. *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*), harmadik generációs cefalosporinokkal szembeni rezisztencia;
- Enterobacteriaceae (pl. *K. pneumoniae*), karbapenemmel szembeni rezisztencia; és
- Nem erjesztő, Gram-negatív baktériumok (pl. *Pseudomonas aeruginosa*), karbapenemmel szembeni rezisztencia.

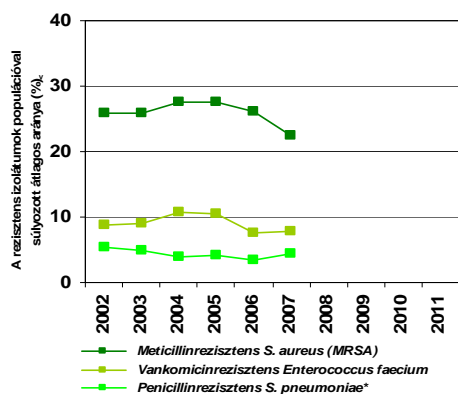
### A több szerrel szemben ellenálló baktériumok által okozott fertőzések tendenciái és társadalmi terhe az EU-ban

A kiválasztott, invazív fertőzéseket (főleg a véráramfertőzéseket) okozó, antibiotikum-rezisztens baktériumokra vonatkozó adatok, melyeket az EU tagállamaiban, Izlandon és Norvégiában a 2002–2007-es időszakban évente regisztráltak, az Antimikrobiális Rezisztencia Európai Felügyeleti Rendszere (EARSS) révén álltak rendelkezésre.

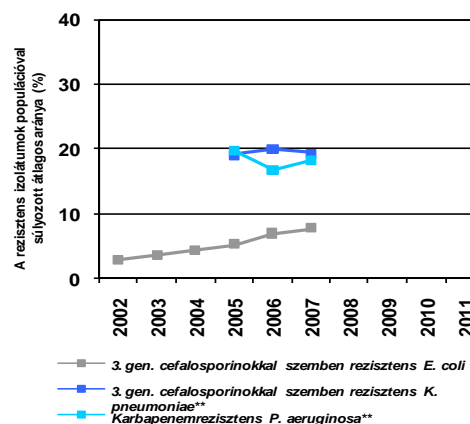
A véráramfertőzésekért gyakorta felelős, kiválasztott baktériumok vérből származó izolátumai között az antibiotikum-rezisztens izolátumok arányában mutatkozó tendenciákat a 7.1. ábra ismerteti.

**7.1. ábra A rezisztens izolátumok populációval súlyozott átlagos aránya a véráramfertőzésekért gyakorta felelős baktériumok vérből származó izolátumai között, EU-tagállamok, Izland és Norvégia, 2002–2007.**

**a. Gram-pozitív baktériumok**



**b. Gram-negatív baktériumok**



\* *S. pneumoniae*: Görögország kivételével, amely e baktériumra vonatkozóan nem jelentett adatokat az EARSS-be.

\*\* *K. pneumoniae* és *P. aeruginosa*: Belgium és Szlovákia kivételével, amelyek e baktériumokra vonatkozóan nem jelentettek adatokat az EARSS-be.

2007-ben az Európai Unióban a véráramfertőzésekért gyakorta felelős, kiválasztott baktériumok közül a *Staphylococcus aureus* vérből származó, meticillinnel szemben rezisztenciát mutató izolátumainak átlagos aránya (% MRSA) volt a legmagasabb az antibiotikum-rezisztens izolátumok körében. Ez az arány azonban az elmúlt években csökkent (7.1. ábra). Ennek oka az MRSA több tagállamban észlelhető csökkenő tendenciája, ami valószínűleg a nemzeti szintű cselekvési terveknek köszönhető – amint azt az Egyesült Királyság, Franciaország és Szlovénia esetében dokumentáltak. Az MRSA átlagos aránya a kiválasztott, antibiotikum-rezisztens Gram-negatív baktériumokéhoz közeli szintet ért el.

Az EU tagállamaiban, Izlandon és Norvégiában nagyon alacsony (kevesebb mint 0,1%) volt a *S. aureus* vankomicinnel szemben mérsékelt rezisztenciát mutató (VISA), vérből származó izolátumainak aránya. Az EARSS-be 2007-ben egyetlen jelentés sem érkezett vankomicin-rezisztens *S. aureus* izolátumokról (a 7.1. ábrán nem szereplő adatok).

Ezzel szemben folyamatosan nő azoknak a vérből származó *Escherichia coli* izolátumoknak az átlagos aránya – ez az emberi fertőzéseket okozó leggyakoribb Gram-negatív baktérium –, amelyek rezisztensek a harmadik generációs cefalosporinokkal szemben.

Ugyanakkor nincs jele annak, hogy a *Klebsiella pneumoniae* esetében a harmadik generációs cefalosporinokkal szembeni rezisztencia, vagy a *Pseudomonas aeruginosa* esetében a karbapenemekkel szembeni rezisztencia csökkenne (7.1. ábra).

2007-ben a vérből származó, karbapenemekkel szemben rezisztens *K. pneumoniae* izolátumok aránya az EU tagállamaiban, Izlandon és Norvégiában általában véve igen alacsony volt (medián = 0%), Görögország kivételével, ahol elérte a 42%-ot (a 7.1. ábrán nem szereplő adatok).

Az antibiotikumokkal szemben rezisztens baktériumok embereket érintő és gazdasági terhet csak az alábbi öt antibiotikum-rezisztens baktériumra nézve lehetne becsülni: MRSA, vankomicin-rezisztens *Enterococcus faecium*, harmadik generációs cefalosporinokkal szemben rezisztens *E. coli* és *K. pneumoniae*, valamint karbapenem-rezisztens *P. aeruginosa*.

A vizsgálat megerősítette, hogy az Európai Unióban az MRSA a leggyakoribb, önmagában előforduló, több szerrel szemben ellenálló baktérium. A gyakori, antibiotikum-rezisztens Gram-pozitív baktériumok (nagy részben MRSA és vankomicin-rezisztens *Enterococcus faecium*) okozta esetek összesített száma azonban a gyakori, antibiotikum-rezisztens Gram-negatív baktériumokéhoz (harmadik generációs cefalosporinokkal szemben ellenálló *E. coli* és *K. pneumoniae*, valamint karbapenem-rezisztens *P. aeruginosa*) hasonlóan alakult.

A becslések szerint 2007-ben az Európai Unióban, Izlandon és Norvégiában összességében körülbelül 25.000 beteg halt meg a kiválasztott öt, antibiotikum-rezisztens baktérium valamelyike által okozott fertőzésben. Ezenfelül a kiválasztott antibiotikum-rezisztens baktériumok valamelyike által okozott fertőzések körülbelül 2,5 millióval több kórházi ápolási napot és több mint 900 millió EUR kórházi kezeléssel kapcsolatos többletköltséget jelentettek.

Ezt követően becslést készítettek a termelékenységeknek e fertőzések miatt bekövetkezett csökkenéséről. A 2007-es adatok alapján a járóbeteg-ellátási költségeket körülbelül 10 millió euróra, a fertőzött betegek munkahelyi hiányzása miatt bekövetkező termelékenységszökkenést pedig évente több mint 150 millió euróra becsülték. A fertőzés következtében elhunyt betegek miatt kialakult termelékenységszökkenés a becslések szerint évente körülbelül 450 millió euró volt. A kiválasztott antibiotikum-rezisztens baktériumok okozta fertőzések társadalmi költsége a becslések szerint összességében évi körülbelül 1,5 millió eurónak felelt meg.

Sok okkal (pl. az elemzésbe bevont baktériumok köre korlátozott, az ambuláns betegek fertőzéseit nem vették figyelembe, a kórházi ellátás átlagköltsége nem veszi figyelembe a különleges betegellátást, mint pl. az intenzív ellátás) támasztható alá az a következtetés, hogy ezek az adatok alulbecsülik az antibiotikumokkal szemben rezisztens baktériumok okozta fertőzések embereket érintő és gazdasági terhet.

## A baktériumellenes szerek folyamatban levő kutatása és fejlesztése

Az antibakteriális szerek folyamatban levő fejlesztése helyzetének értékeléséhez két kereskedelmi adatbázist (Adis Insight R&D és Pharmaprojects) vizsgáltak meg a világszerte klinikai fejlesztés alatt álló baktériumellenes szerek szempontjából. Az a döntés született, hogy a klinikai vizsgálati szakaszba még nem jutott szerek mélyreható elemzését a preklinikai tesztelés során tapasztalható nagy lemorzsolódási arány és az áttekintéshez rendelkezésre álló kevés adat miatt nem végzik el.

Amikor ez lehetséges volt, az adatbázisokban vagy a szakirodalomban hozzáférhető aktuális adatok alapján értékelték a keresés során azonosított szereket a kiválasztott baktériumokkal szembeni baktériumellenes hatás tekintetében. Az aktuális *in vitro* adatok hiányában az áttekintést végző személyek a hasonló (azaz ugyanazon csoportba tartozó vagy közös hatásmechanizmusú) szerek tulajdonságai alapján az egyes szerek hatására vonatkozó ésszerű feltételezéseket is figyelembe vették a legkedvezőbb forgatókönyv meghatározása érdekében.

Ezenfelül az áttekintést végző személyeket mindegyik szerre vonatkozóan felkérték, hogy jelezzék, új csoportot alkotnak-e, vagy egy meglévő antibiotikumcsoportba tartoznak, illetve jelezzék, hogy a szer:

- ugyanarra a célpontra hat-e, és ugyanolyan módon teszi-e ezt, mint legalább egy, korábban engedélyezett baktériumellenes szer;
- ismert hatásmechanizmussal hat-e egy új célpontra; vagy
- új hatásmechanizmus útján fejt-e ki hatását.

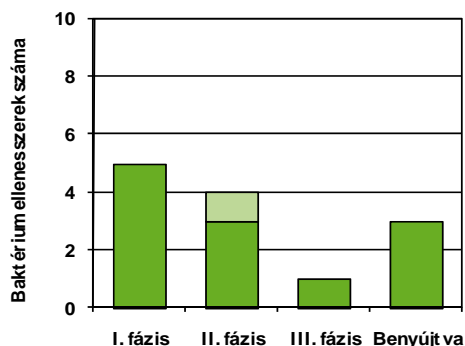
Az elemzés fő eredményei a következők voltak:

- A keresések révén azonosított 167 szerből a legkedvezőbb forgatókönyv esetében (aktuális adatokra alapozva, vagy az adott csoport hatásmechanizmussal kapcsolatos jellemzői alapján feltételezve) 90 baktériumellenes szer mutatott *in vitro* hatást legalább egy olyan mikróbával szemben, amely a közegészségügyi jelentőségük miatt kiválasztott baktériumok körébe tartozott.
- E 90 szer közül 24 már engedélyezett baktériumellenes szer új kiserelése volt és 66 volt új hatóanyag.
- A 66 új hatóanyag közül csupán 27-et értékelték úgy, hogy új célpontra vagy új hatásmechanizmus révén hat, így potenciálisan előnyt jelent a meglévő antibiotikumokhoz képest.
- E 27 szer közül 15-öt lehet szisztémásan alkalmazni.
- A szisztémásan alkalmazható 15 szer közül nyolcat ítélték meg úgy, hogy a kiválasztott Gram-negatív baktériumok közül legalább eggyel szemben hatást mutat.
- A Gram-negatív baktériumok ellen hatást mutató nyolc szer közül négy az aktuális adatok alapján mutatott hatást, négyenél pedig a csoport ismert tulajdonságai vagy hatásmechanizmusai alapján feltételezték a hatást.
- A Gram-negatív baktériumok ellen az aktuális adatok alapján hatást mutató négy szer közül kettő új vagy esetleg új célpontokra hatott, és egy sem rendelkezett új hatásmechanizmussal.

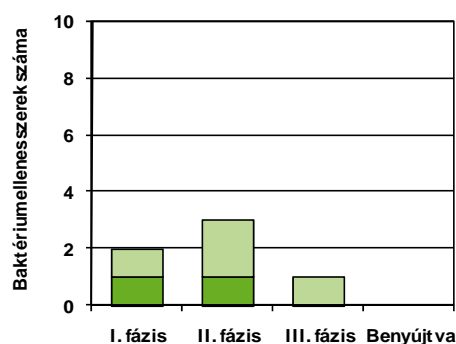
A 7.2. ábra az említett 15 baktériumellenes szerre vonatkozó információkat szemlélteti. Megjegyzendő, hogy e szerek közül csak öt jutott a klinikai hatásosság megerősítésének céljából a klinikai vizsgálati szakaszba (a klinikai fejlesztés 3. vagy későbbi fázisa).

**7.2. ábra** Új célpont ellen irányuló vagy új hatásmechanizmusú, szisztémás baktériumellenes szerek, valamint a kiválasztott baktériumok ellen (a legkedvezőbb forgatókönyv esetén) mutatott, tényleges adatokon alapuló *in vitro* hatás (sötét oszlopok) illetve a csoport tulajdonságai vagy hatásmechanizmusai alapján feltételezett *in vitro* hatás (világos oszlopok), fejlesztési fázis szerint (n = 15).

a. Gram-pozitív baktériumok



b. Gram-negatív baktériumok\*



*Megjegyzés: A tényleges adatokon alapuló in vitro hatás ábrázolása az egyes oszlopok alján, sötétebb színnel szerepel. A csoport jellemzői vagy hatásmechanizmusai alapján feltételezett in vitro hatás (megfelelő esetben) az egyes oszlopok tetején, világosabb színnel látható.*

*\* A 7.2b. ábrán két karbapenemet kihagytak, mivel azok nem hatásosabbak a Gram-negatív baktériumokkal szemben, mint a korábbi karbapenemek. E szerek viszonylagos újdonsága abban áll, hogy jobb hatásprofilal rendelkeznek az antibiotikumokkal szemben ellenálló Gram-pozitív baktériumok ellen, és ezért a 7.2a. ábrán szerepelnek.*

A bakteriális rezisztencia társadalmi terhe az EU-ban eleve jelentős, és valószínűleg nőni fog. A jelenlegi adatok alapján az várható, hogy az elkövetkező években sajátos problémák merülnek majd fel a Gram-negatív baktériumok körében megfigyelhető rezisztencia miatt.

Ugyanakkor nagyon kevés új hatásmechanizmusú baktériumellenes szer fejlesztése zajlik a több szerrel szembeni rezisztencia kihívásának leküzdése érdekében. Különösen a több szerrel szemben ellenálló, Gram-negatív baktériumok által okozott fertőzések kezelésére szolgáló új szerek hiányoznak.

Ez a jelentés azt állapította meg, hogy a több szerrel szemben ellenálló baktériumok által okozott fertőzések társadalmi terhe és a probléma kezelését szolgáló új baktériumellenes szerek fejlesztése nem tart lépést egymással. Sürgősen európai és világszintű stratégiára van szükség e hiányosság kezelése érdekében. Olyan intézkedéseket kell bevezetni, amelyek ösztönzik a gyógyszerek fejlesztését.

## 8. A férfiakkal szexuális kapcsolatot fenntartó férfiakat célzó, a HIV és a nemi úton terjedő fertőzések megelőzését szolgáló magatartási és pszichoszociális beavatkozások hatékonysága Európában

(Közzététel: 2009. november; módosítás: 2009. december)

### Háttér

A hatékony és megfizethető védőoltás hiányában, illetve a jelenleg gyógyulást nem eredményező retrovírusellenes terápiák következményeként a kockázatos szexuális viselkedési formák korlátozását célzó magatartási és pszichoszociális megelőzés továbbra is központi szerepet játszik azokban az erőfeszítésekben, melyek a HIV és a nemi úton terjedő fertőzések visszaszorítását célozzák a férfiakkal szexuális kapcsolatot fenntartó férfiak közötti nemi érintkezés során. Mivel a programok tervezőinek és a szakpolitikai döntéshozóknak a konkrét beavatkozások leírására és a beavatkozás hatásainak mennyiségi becsléseire van szükségük ahhoz, hogy a megelőzés finanszírozására és kutatására vonatkozóan tájékozott döntéseket hozhassanak, módszeresen át kell tekinteni és így naprakésszé kell tenni Európában élő, férfiakkal szexuális kapcsolatot fenntartó férfiakra vonatkozó, a HIV és a nemi úton terjedő fertőzések megelőzését szolgáló beavatkozásokkal kapcsolatos jelenlegi ismeretanyagot.

### Célkitűzések

A cél az volt, hogy összegezzék és értékeljék az Európában élő, férfiakkal szexuális kapcsolatot fenntartó férfiakra irányuló, a HIV és a nemi úton terjedő fertőzések megelőzését szolgáló beavatkozások hatékonyságát, és bizonyítékok alapján azonosítsák a beavatkozások hatékonysággal összefüggő jellemzőit, valamint az esetleges hiányosságokat.

### Módszerek

Nyolc nemzetközi adatbázisban valamint mérvadó áttekintések és ezekben szereplő vizsgálatok irodalomjegyzékében végezték el az idevágó szakirodalom módszeres felkutatását. A vizsgálatokat előre meghatározott kritériumok alapján választották ki, és a torzítás kockázata szempontjából értékelték. Az eredményeket táblázatokban összegezték, és kiszámították a szexuális magatartási módokra, mint kimenetelre vonatkozó hatásbecsléseket.

### Eredmények

Az eredményeket hat, kontrollált vizsgálat adataiból nyerték, amelyekbe négy különböző európai országból összesen 4111 résztvevőt vontak be. Az eredmények azt mutatták, hogy az értékelt területek közül egy vagy több esetben mindegyik vizsgálatban „magas” vagy „nem egyértelmű” volt a torzítás kockázata. A négy beavatkozás (amelyekre nézve adatok álltak rendelkezésre) összesített hatásbecslése arra utalt, hogy a HIV és a nemi úton terjedő fertőzések megelőzésére irányuló kezdeményezésekben részt vevő, férfiakkal szexuális kapcsolatot fenntartó férfiak esetében valamelyest kevésbé valószínű, hogy védekezés nélküli anális közösülésről számolnak be. Az alapként szolgáló bizonyíték nem volt elegendő ahhoz, hogy megvizsgálják a beavatkozásoknak a hatás nagyságrendjével legszorosabban összefüggő jellemzőit. A vizsgálatokban nagyon kevés résztvevő volt nem fehér származású, és csak egy vizsgálat alkalmazta a változás mutatójaként a nemi úton terjedő fertőzés biológiai mérését.

### Megbeszélés

A HIV-járvány előrehaladottsága ellenére Európában igen kevés olyan, pontos eredményt szolgáltató értékelés született, mely a férfiakkal szexuális kapcsolatot fenntartó férfiakat célzó, és körükben a HIV és a nemi úton terjedő fertőzések megelőzését szolgáló, bármilyen formában kezdeményezett magatartási beavatkozások hatására vonatkozik. Az eredmények a védekezés nélküli anális közösülést folytató, férfiakkal szexuális kapcsolatot fenntartó férfiak arányának csökkenése szempontjából a beavatkozások lehetséges rövid távú hatásaira mutatnak rá, ám a kontrollált vizsgálatok csekély száma arra utal, hogy ezen a területen további kutatásra van szükség. Mielőtt új programot indítanának, a tudományos közösségnek meg kellene vitatnia a beavatkozások átültethetőségének lehetőségeit, és ideális esetben kiterjedt fejlesztő kutatást kellene végeznie.

## Következtetés

Európában a férfiakkal szexuális kapcsolatot fenntartó férfiak körében általános hiány mutatkozik a HIV és a nemi úton terjedő fertőzések szempontjából kockázatos magatartás visszaszorítását célzó beavatkozások hatásának értékelése terén. Az új fertőzések elkerülése érdekében a HIV és a nemi úton terjedő fertőzések megelőzésére irányuló magatartási stratégiák megtervezése és a férfiakkal szexuális kapcsolatot fenntartó férfiakat célzó ilyen megelőzési programok értékelése fontos eleme a HIV/nemi úton terjedő fertőzések megfékezését átfogóan szolgáló, és a megelőzést és az ellátást folytonosan átható stratégiának.

# Útmutató jelentések

## 9. A chlamydia elleni védekezés Európában

(Közzététel: 2009. június)

### Miért jelent a chlamydia közegészségügyi problémát?

A *Chlamydia trachomatis* az egyik leggyakoribb, baktérium okozta, nemi úton terjedő fertőzés Európában. A szexuálisan aktív fiatalok körében előfordulási gyakorisága általában 5% és 10% között alakul. A diagnosztizált esetek száma sok európai országban emelkedik, részben a gyakoribb vizsgálatok és az érzékenyebb vizsgálati módszerek alkalmazása következtében. A nemi szerveket érintő chlamydia-fertőzésben szenvedő személyek a nemi utak gyulladásának tüneteit tapasztalhatják, beleértve a húgycső- és méhnyakgyulladást, ám az esetek többsége tünetmentes marad. A chlamydia-fertőzés jelentős közegészségügyi probléma, mivel kezeletlen esetben egyes nőknél kismencedei gyulladással járó betegségeket, csökkent termékenységet okozhat és így kevesebb gyermek megszületését eredményezheti. A chlamydia-fertőzés elősegíti a HIV átvitelét is. A chlamydia-fertőzés miatt csökkent termékenység kezelésének költsége magas, mivel petevezető-műtétet és *in vitro* megtermékenyítést igényel. Bár olcsó és hatásos kezelés áll rendelkezésre, a chlamydia elleni védekezés nem egyszerű/kihívást jelent, mivel a legtöbben tünetmentesek.

### A chlamydia elleni védekezést szolgáló tevékenységek Európában

A chlamydia elleni védekezést szolgáló tevékenységekre vonatkozóan 29 európai országban elvégzett szisztematikus felmérés a chlamydia elleni védekezés megszervezésének nagyfokú különbözőségét állapította meg. Az országok közel fele semmilyen szervezett tevékenységről nem számolt be, nemzeti védekezési programokat csak két ország működtet.

### A chlamydia elleni védekezés végrehajtása

Az átfogó és eredményes védekezési program első lépése a chlamydia elleni védekezés stratégiájának elfogadása, amely a főbb érdekelt felekkel folytatott széleskörű konzultáción alapul. A stratégiának figyelembe kell vennie a konkrét nemzeti lehetőségeket és korlátokat, valamint az annak részét képező beavatkozásokra és intézkedésekre vonatkozó bizonyítékokat is át kell tekintenie. A stratégiát az ebben az útmutatóban ismertetett fokozatos megközelítésre lehet alapozni.

A fokozatos megközelítés annak biztosítása érdekében ajánlott, hogy az összetett beavatkozások – például a szűrés – bevezetésének mérlegelése előtt már működjön a nemi úton terjedő fertőzések kidolgozott megelőzése valamint a betegek kezelése és gondozása.

A chlamydia elleni védekezést szolgáló programok négy szintjét körvonalazzák:

- „A” szint, elsődleges megelőzés: ennek része az egészségfejlesztés és -nevelés, az iskolai programok és az óvszerek szétosztása.
- „B” szint, az esetek kezelése: ez az „A” szintre épül, kiegészülve rutinjellegű esetfelügyelettel, a chlamydiával kapcsolatos, pontos diagnosztikai, klinikai, valamint a beteg és partnerének gondozását célzó szolgáltatásokkal. Ezek mindegyikéhez egyértelmű, bizonyítékokon alapuló útmutatóra és rendszeres ellenőrzésre van szükség.
- „C” szint, alkalmoszerű tesztelés: ez a „B” szintre épül, olyan vizsgálatokkal bővítve, amelyeket más klinikai szolgáltatásokat igénybe vevő, egy vagy több körülhatárolt csoport számára ajánlanak fel rutinszerűen, az esetek felkutatása céljából, pl. a tünetmentes esetek azonosítása.
- „D” szint, szűrési program: ez a „C” szintre épül, azzal kiegészülve, hogy szervezett formában, rendszeres chlamydia-vizsgálatokat biztosítanak egy meghatározott populáció jelentős részének, az adott populációban a chlamydia prevalenciájának csökkentése céljából.

A „C” és „D” szintű programok hatását alátámasztó bizonyítékok korlátozottak, ezért – ahol bevezetik – ezeket gondosan értékelni kell, hogy útmutatással szolgáljanak a későbbi szakpolitikákhoz. Az ilyen programoknak a lakosság körében a chlamydia elleni védekezésre gyakorolt hatását különösen fontos nyomon követni és értékelni. A chlamydia szűrési program bevezetését ugyanolyan gondal kell mérlegelni, mint bármely más szűrési programot, értékelve az összes lehetséges hasznát, kárát és költségét.

Ahhoz, hogy a chlamydia elleni védekezést szolgáló nemzeti stratégiák forrásokkal történő ellátása és alkalmazása hatékony legyen, az egészségügyi szakpolitikai döntéshozók részéről irányításra és elkötelezettségre van szükség.

A legmegfelelőbb nemzeti stratégiák valószínűleg országonként változnak, és a nemzeti stratégiákat az orvos-szakmai szervezetekkel, a finanszírozókkal, valamint az egészségügyi ellátókkal (a klinikusokkal) és a diagnosztikai szolgáltatókkal (a laboratóriumi szakemberekkel) konzultálva kell kidolgozni.

## A chlamydia elleni védekezést szolgáló programok értékelése

A védekezést szolgáló programok célja a chlamydia-fertőzések prevalenciájának csökkentése, ám ennek nyomon követése nehéz, mivel időszakos lakossági felméréseket igényel. Sok más hatékonysági mutató van azonban, amelyeket a kezdetektől be kellene építeni minden ilyen programba.

Nemzeti szinten a programoknak az ide vonatkozó szakpolitikákkal és útmutatókkal kapcsolatos indikátorait, valamint a program végrehajtását és folyamatait, illetve a hatását kellene nyomon követni. Ezeket a végrehajtási szinthez igazodó konkrét célkitűzésekre kell alapozni.

Ha egy ország a védekezés egyik szintjéről a következőre lép át, a hatásosságra, a költséghatékonyságra és károokra vonatkozó bizonyítékok szigorú értékelése alapján kell döntéseket hoznia. Ehhez segítséget nyújt, ha az országok biztosítják, hogy valamennyi tevékenységet teljes körűen értékeljenek, és az eredményeket Európában másokkal megosszák. Így a programokba fektetett jelenlegi beruházások erősíteni fogják a chlamydia elleni védekezés bizonyítékainak alapjait, valamint megkönnyítik a jövőbeli döntéshozatalt és javítják a lakosság egészségét.

Európai szinten azt a célt kell kitűzni, hogy csökkenjen azoknak az országoknak a száma, amelyek semmilyen szervezett tevékenységről nem számoltak be.

## E dokumentum célja

Ez a dokumentum útmutatást nyújt az Európai Unióban az egészségügyi szakpolitikai döntéshozóknak a chlamydia elleni védekezést szolgáló nemzeti stratégiákkal kapcsolatban. Nem szolgál konkrét klinikai vagy diagnosztikai iránymutatással, hanem inkább keretet határoz meg a chlamydia megelőzését és az ellene való védekezést szolgáló nemzeti stratégiák kidolgozásához, végrehajtásához vagy tökéletesítéséhez. Az újkeletű, módszeres áttekintéseket kell figyelembe venni az ilyen részletes útmutatók alapjául.

Az egészségügyi szakpolitikákat – például a klinikai útmutatókat – a legjobb elérhető bizonyítékokra kell alapozni. Általában véve azonban kevés bizonyíték áll rendelkezésre, amelyekre ezeket a szakpolitikai döntéseket építeni lehet. Ebben az útmutató dokumentumban a helyi, bizonyítékokon alapuló iránymutatások kidolgozását kívánjuk megkönnyíteni, a chlamydiával kapcsolatos, megalapozott nemzeti stratégiák keretein belül. Ezeknek a stratégiáknak nemcsak a klinikai és epidemiológiai tényezőket kell figyelembe venniük (mint például a chlamydia prevalenciáját a lakosság körében), hanem a helyi egészségügyi szolgáltató, infrastrukturális és forráselosztási rendszereket is.

Az útmutatást egy szakmai szakértői csoport dolgozta ki, az „A chlamydia elleni védekezést szolgáló tevékenységek áttekintése az EU országaiban” című ECDC-jelentésben – a chlamydia elleni védekezést szolgáló tevékenységek felmérésében – összegyűjtött tények felhasználásával, és amelyet a chlamydia szűrésére és az ellene való védekezésre vonatkozó, közelmúltbeli szisztematikus áttekintésekkel együtt vettek figyelembe.

Ez az útmutató a *Chlamydia trachomatis* (D–K szerovariánsok) szokványos nemi úton terjedő formájával foglalkozik, és nem témája sem a *lymphogranuloma venereum*, sem a trachoma.



## 10. Az influenzavírus elleni szerek közegészségügyi alkalmazása influenza világjárvány idején

(Közzététel: 2009. június; frissítés: 2009. augusztus)

E háttérdokumentum célja, hogy az Európai Unióban és az EGT/EFTA területén forrásként szolgáljon azok számára, akik az influenzavírus elleni szereknek – különösen az influenza világjárvány idején történő - alkalmazásával kapcsolatos szakpolitikákat és gyakorlatokat kidolgozzák. A dokumentum tudományos bizonyítékokon, a WHO útmutatásán, szakértői véleményeken (ideértve az ECDC Tanácsadó Fórumán elhangzottakat is) és a világjárvánnyal kapcsolatos készültre vonatkozó európai nemzeti tervekben szereplő ajánlásokon alapul, és a vírusellenes szereknek az influenza világjárvány keretein belüli alkalmazási lehetőségeire összpontosít.

A világjárvány idején alkalmazott terápiával vagy megelőzéssel és a következményes közegészségügyi felhasználással kapcsolatos vírusellenes hatásosságra vonatkozóan rendelkezésre álló bizonyíték a szezonális influenzajárványok idején egészséges felnőttek, illetve kisebb mértékben a nagyobb kockázatnak kitett csoportok egyike (idősek) és néhány idősebb gyermek körében végzett vizsgálatokból származik.

Ezek az adatok arra utalnak, hogy bizonyos vírusellenes szerek, különösen a neuraminidáz-inhibitorok (oseltamivir és zanamivir) bizonyos kezelési előnyökkel járnak, mivel rendszerint 1–2 nappal csökkentik az influenza megbetegedés időtartamát, továbbá csökkentik a szövődményeket és a fertőzött személyek antibiotikum-kezelésének szükségességét is. Ezt a hatást korlátozza, hogy a gyógyszereket adását korán kell elkezdni (a tünetek jelentkezésétől számítva 48 órán belül). Néhány, megfigyeléses vizsgálatokból származó, olyan - kevésbé erős - bizonyíték is rendelkezésre áll, amely szerint ezek a szerek csökkenthetik a megbetegedési arányt és a súlyosabb betegek esetében akár a halálozási arányt is, még ha 48 óra eltelte után alkalmazzák is őket. A szájon át alkalmazandó készítménnyel (oseltamivir) kapcsolatban gyakran jelentenek enyhe mellékhatásokat, különösen émelygést és néha akár hányást is; a gyártó ezért javasolja, hogy a gyógyszert étellel együtt vegyék be.

Az egészséges felnőttek bevonásával végzett vizsgálatok arra utalnak, hogy a fertőzést a szer profilaktikus (megelőző) alkalmazásával 70–90%-os hatásossági arányban meg lehet előzni, feltéve, hogy a gyógyszert az előírásoknak megfelelően használják. A nagyobb kockázatnak kitett csoportok és helyzetek esetében fennálló közegészségügyi előnyöket alátámasztó bizonyítékok kevésbé szilárdak, de a jelek szerint némileg valóban csökkent a betegek száma, például a zárt közösségekben – például ápolási otthonokban – kialakuló szezonális influenzajárványok esetén. Ez arra utal, hogy az ilyen szerek hatással lehetnek a fertőzőképesség mértékére és segíthetik a fertőzés megelőzését.

Nagyon ritkán genetikai mutáció vagy a vírusok közti természetes géncsere eredményeként természetes úton kialakulhatnak olyan influenzavírusok, amelyek egy vagy több vírusellenes szerrel szemben elsődleges rezisztenciát mutatnak. Ez Európában a 2007–2008-as szezonban következett be, amikor az oseltamivirrel szemben ellenálló influenzavírus jelent meg. Ez nem állt összefüggésben a vírusellenes szerek használatával, és ennek a lehetőségnek nem kellene befolyásolnia a vírusellenes szerek világjárvány idején történő alkalmazására vonatkozó alapvető politikákat. A vírusellenes kezeléssel szemben ellenálló, erős, új vírus lehetősége azonban valós aggodalmat okozhat, és a vírusellenes – különösen a megelőzést szolgáló – stratégiák gyors megváltoztatását teheti szükségessé, ha egy világjárvány idején ilyen vírus jelenik meg. Ezt a helyzetet nem szabad összekeverni a vírusellenes szerekkel szemben kialakuló másodlagos rezisztenciával, amely a vírusellenes szerek alkalmazásakor jóval gyakrabban alakul ki. Ez rendszerint olyan vírust hoz létre, amely emberről emberre nem képes terjedni, és ezért nem jelent közegészségügyi problémát.

A vírusellenes szerek alkalmazásának több különböző stratégiája létezik, és ezek a hatóságok által elérni kívánt általános közegészségügyi céloktól, a vírusellenes szerek hozzáférhetőségéről és más gyakorlati szempontoktól függenek. Az említett célok közé tartozhat a súlyosabb betegek kezelése, a nagyobb kockázatnak kitett személyek kezelése vagy védelme, az összes beteg kezelése, a fertőzőképesség csökkentése, vagy az egészségügyi illetve más nélkülözhetetlen dolgozók védelme. Az ECDC a prioritások hierarchiájára tett javaslatot.

Világjárvány idején a fertőzések nagy száma és potenciális súlyossága miatt jelentős gyakorlati kihívást jelent a vírusellenes szerek iránt lehetséges igény kielégítése, akár a fertőzött személyek kezelése, akár a fertőzés megelőzése céljából. Sok ország készleteket hozott létre vírusellenes szerekből, kifejezetten a világjárvány esetén történő felhasználásra. Jelenleg úgy tűnik, hogy az európai országokban a vírusellenes készletek a népesség pár százalékának elegendő mennyiségűtől a lakosság több mint 50%-ának ellátását fedező mértékig változnak. Világméretű járvány esetén azonban még a meglévő készletek ellenére is szinte elkerülhetetlen, hogy a vírusellenes szerek iránti igény meghaladja a kínálatot. Emiatt fontos, hogy fejlett stratégiákat dolgozzanak ki és logisztikai tervezést végezzenek a meglévő készletek hasznosításának optimalizálása érdekében. Fontos általános

elv, hogy a készletek meglétének haszna elfogadott célkitűzések, protokollok, igazgatási és elosztási rendszerek hiányában korlátozott.

Így a világjárvánnyal kapcsolatos tervezési tevékenységek részeként a vírusellenes készletek hasznának maximalizálásához alapvető fontosságú lesz a célkitűzések egyértelmű meghatározása. E tervezésnek figyelembe kell vennie a vírusellenes szerek teljes mennyiségét és hozzáférhetőségét, a háttérben álló járványügyi jellemzőket (várható megbetegedési arány stb.), a járvány méretét és időtartamát, valamint a népesség egyes csoportjainak létszámát. A modellezés szintén fontos eszköz lehet a világjárvány esetén alkalmazott különböző vírusellenes stratégiák hatásainak extrapolálásához, ám az ilyen modellezés nem egyszerű. A rendelkezésre álló bizonyítékok alapján az ECDC az alábbi stratégiát javasolja a vírusellenes szerek alkalmazására vonatkozó prioritások meghatározásához:

1. **Súlyosabb betegek.** Az elsődleges prioritás az influenza miatt súlyosabban megbetegedett személyek kezelése, még a tünetek jelentkezését követő 48 órás időtartam után is, amennyiben a vírusellenes szereket hatásosnak ítélik. E betegek számára azonban még ennél is fontosabb, hogy a másodlagos fertőzések kezelésére megfelelő mennyiségű antibiotikum, illetve más létfontosságú gyógyszer álljon rendelkezésre.
2. **A súlyos betegség kockázatának leginkább kitett személyek.** Közülük kiemelten lehet kezelni azokat, akiknél a leginkább fennáll a súlyos betegség kialakulásának kockázata. A szezonális influenza esetén ezek azok a személyek, akiknek a szezonális influenza elleni védőoltást javasolják: az idősek, az eleve krónikus betegségben szenvedők, illetve a betegekkel közvetlen kapcsolatban álló egészségügyi dolgozók. Ezt azonban világméretű járvány esetén esetleg úgy kell módosítani, hogy tükrözze az adott világjárványt okozó törzs miatt leginkább kockázatnak kitett személyeket. Amikor pandémiás és szezonális influenza egyaránt cirkulál, a szezonális és pandémiás szempontból nagyobb kockázatnak kitett csoportokat össze kell vonni. Néhány ország esetleg mérlegelni kívánja, hogy megelőzést biztosítson azon háztartások számára, ahol magasabb kockázatnak kitett személyek élnek, bár ez a végrehajtás szempontjából bonyolult politika lenne.
3. **Minden olyan személy, akinél a betegség kialakulóban van.** A súlyosabb eseteket követően a vírusellenes szereket olyan személyek számára kell kiemelten biztosítani, akiknél a betegség épp elkezd kialakulni (az első tünetek jelentkezését követő 48 órán belül), mivel ez az az időszak, amikor a gyógyszerek a leghatásosabbak.
4. **Megelőzési célú (profilaktikus) alkalmazás.** A vírusellenes szerek nagyobb készleteivel rendelkező országok megfontolhatják, hogy készleteiket megelőzési céllal is használják. A szóba jövő lakosságcsoporthoz a következők: az influenza esetekkel szoros kapcsolatban, illetve családi kapcsolatban állók és az üzletmenet-folytonosság szempontjából kulcsfontosságú dolgozók. Az otthoni készletezés nem ajánlott, mivel az ellátás korlátozott, bár néhány személynél elkerülhetetlenül lehet arra számítani, hogy ezeket orvosoktól kérik meg, amint a madárinfluenza esetében is tették.
5. A betegekkel közvetlen kapcsolatba kerülő **egészségügyi dolgozók** különleges esetet képeznek. Egyéni védőeszközökkel ésszerű védelmet kell biztosítani számukra. Ha megbetegednének, azonnal vírusellenes szereket kell kapniuk, és munkahelyüktől távol, otthonukban kell maradniuk. A nagyobb készletekkel rendelkező országok mérlegelhetik, hogy e dolgozók bizonyos csoportjai esetében megelőzést alkalmazzanak.

Még nagyobb kihívást jelentenek a vírusellenes szerek eljuttatásának szervezési vonatkozásai. Nevezetesen a bizonyítékok arra utalnak, hogy a vírusellenes kezelés esetleg csak akkor fejti ki korlátozott jótékony hatásait, ha azt a tünetek jelentkezését követő első 48 órában alkalmazzák. Ez egy világméretű járvány idején különösen kritikus lesz. Így annak érdekében, hogy a vírusellenes szerek a fertőzés kezelésében hatásosak legyenek, forrásokat is rendelkezésre kell bocsátani a szerek gyors eljuttatását és beadását szolgáló protokollok és rendszerek kialakításához.

Az ECDC, a WHO Európai Regionális Irodája és a tagállamokkal által együttesen végzett munka azt jelzi, hogy egy világjárvány előtt a nemzeti vírusellenes és más stratégiai készletek eljuttatásával és igazgatásával kapcsolatban az alábbi műveleti kérdéseket kell gondosan mérlegelni:

1. A járvány kezdeti szakaszában döntést kell hozni, hogy az egyes betegek szintjén a fertőzés súlyossága szükségessé teszi-e, hogy minden tünetet mutató személy számára vírusellenes szereket biztosítsanak, vagy akár megkíséreljék a járvány késleltetését vagy a megfékezését.
2. Annak biztosítása, hogy a klinikusoknak mindig rendelkezésére álljanak vírusellenes szerek a legbetegebbek kezeléséhez.

3. Képesség arra, hogy a vírusellenes szereket az ezeket leginkább igénylő személyeknek időben eljuttassák, mivel e szereket a hatásosságuk érdekében a tünetek jelentkezésétől számítva 48 órán belül be kell adni.
4. Azoknak a fő lakosságcsoporthoz az azonosítása, akiknek a vírusellenes szereket kiemelten fontos megkapniuk, előre elfogadott kritériumok alapján (alaphelyzetben).
5. Képesség arra, hogy a prioritásokat megváltoztassák, ha a leginkább kockázatnak kitett személyek a jelek szerint nem egyeznek a szezonális influenzával szerzett tapasztalatok alapján előre jelzettekkel.
6. Annak biztosítása, hogy az először érintett területek ne merítsék ki a nemzeti készleteket, és képesség arra, hogy a forrásokat az országban mozgassák.
7. Megfogalmazott álláspont az egyéni készletek kialakítására törekvő polgárokkal és a személyzetük védelmére törekvő társaságokkal kapcsolatban.
8. A vírusellenes szerekekkel szembeni rezisztencia, különösen az elsődleges rezisztencia nyomon követése, és képesség arra, hogy a nemzeti kezelési stratégiákat módosítsák, ha a jelek szerint a készletek ki fognak merülni vagy vírusellenes szerekekkel szembeni rezisztencia alakul ki (különösen akkor, ha a szereket megelőzés céljára alkalmazzák).
9. Elkerülni a nyomás alatt álló alapellátásnak abból eredő terhelését, hogy előírják számukra az enyhe vagy középsúlyos egészségi problémával küzdő személyek vírusellenes szerekekkel történő ellátását, amikor komoly terhet jelent számukra az, hogy a betegekkel foglalkozzanak. Ezzel az is elkerülhető, hogy a fertőzött személyek a vírusellenes szerek miatt összezsúfolódnak (pl. sorban állva vagy várótermekben), és így továbbadják a fertőzést.
10. Annak biztosítása, hogy az egyéb fontos gyógyszerek, különösen – de nem kizárólag – a megfelelő antibiotikumok ellátása megfelelő legyen.
11. Képesség a betegek együttműködésének nyomon követésére, különösen az enyhe megbetegedésben szenvedők, illetve megelőzésben részesült személyek körében.
12. Felkészülés az oseltamivir enyhébb, gyakori mellékhatásaira, nevezetesen az émelygésre, és tudatában lenni annak, hogy kevésbé gyakori, ám súlyosabb mellékhatásokról is érkehetnek jelentések.
13. Készen álló képzési anyagok és megközelítések a zanamivir inhalátorok alkalmazásának megkönnyítésére, különösen az ezek alkalmazását esetleg nehéznek találók körében.
14. A különleges csoportokra, például várandós nőkre és kisgyermekekre vonatkozó megközelítések megfontolása.
15. Készen álló szilárd, megbízható, kipróbált kommunikációs stratégiák a szakemberek és a lakosság számára az összes említett témát illetően, a világjárvány során folytatott általánosabb kommunikáció részeként.

Az ECDC javaslata szerint van továbbá néhány gyakorlati rendszer, amely uniós szinten működhet:

16. A tagállamok jelentéstétele a Korai Riasztó és Gyorsreagálási Rendszer (EWRS) útján alapvető szakpolitikai álláspontjukról, ezt követően pedig a jelentős változásokról.
17. Olyan, kialakított rendszerek, amelyek képesek a nemkívánatos mellékhatásokról szóló jelentések és hírek gyűjtésére, valamint ezek elkerülhetetlen fellépése esetén az ezekre adott választ szolgáló mechanizmus kialakítása az EMEA-val és ECDC-vel.
18. Az ECDC, a Közösségi Hálózati Referencialaboratórium és a WHO követi nyomon a vírusellenes szerekekkel szembeni rezisztencia megjelenését.
19. Felkészülés arra, hogy a nem szabályozott forrásból származó vírusellenes szerek és más gyógyszerek közvetlen internetes értékesítése elkerülhetetlenül meg fog jelenni.

A dokumentum több kutatási és fejlesztési prioritást közöl, beleértve azt, hogy meg kell határozni, a vírusellenes szerek a 48 órás időszakon túl alkalmazva jótékony hatásúak-e, különösen a legsúlyosabb betegek kezelése során. További prioritást jelent, hogy a tagállamok olyan rendszerekkel rendelkezzenek, amelyek valós időben képesek meghatározni, valóban hatásosak-e a vírusellenes szerek bármely világjárványt okozó vírus ellen, valamint rendelkezzenek a kezelés és megelőzés tényleges kudarcának korai észlelését szolgáló rendszerekkel, amelyek a rezisztencia megjelenésének mutatói lehetnek.

## 11. Pandémiás influenza elleni specifikus vakcinák alkalmazása a 2009. évi H1N1 világjárvány során

(Közzététel: 2009. augusztus)

2009 áprilisában a humán A(H1N1) típusú influenza egy új törzsét azonosították és írták le. Az ezen A(H1N1) pandémiás törzs által okozott megbetegedési arány várhatóan magasabb lesz, mint a szezonális törzsek esetén, mivel a lakosság körében az eleve fennálló immunitás mértéke alacsonyabb (kivéve az idősebbeket, akik közül a jelek szerint sokan bizonyos mértékig védettek). Ezért az egészségügyi szolgálatoknál rövid idő alatt jelentkező influenzás esetek tényleges száma valószínűleg magasabb lesz, mint a szezonális influenza esetében.

A világjárvány idején az egyének védelme érdekében a törzs-specifikus pandémiás vakcinával végzett védőoltást tekintik az egyik leghatásosabb intézkedésnek. A specifikus pandémiás vakcinák azonban nem fognak azonnal rendelkezésre állni, a gyártóktól történő szállítás szükségszerűen fokozatos lesz, és az elosztás terén is nehézségek jelentkeznek majd. A vakcinaellátást nehéz lesz ésszerű időn belül biztosítani. A vakcinák stratégia szerinti felhasználása – a különböző lakosságcsoportok prioritásának gondos meghatározását követően – fontos lesz a hozzáférhető készlet hasznának maximalizálásához.

Az oltás általános célkitűzéseit annak eldöntése előtt kell meghatározni, hogy kik számára kell a vakcinát felajánlani, és hogyan állapítsák meg a célpopulációkra vonatkozó prioritásokat. Ezek országonként és/vagy régióként jogszzerűen különbözhetnek. Különösen a rendelkezésre álló források, a vakcinamennyiség, a fecskendők száma stb., valamint az elosztással és az eljuttatással kapcsolatos gyakorlati kérdések szerint térhetnek el. Ezek az országok közötti különbségek kommunikációs problémákhoz fognak vezetni, ha nyilvánvalóvá válnak, és ezekre fel kell készülni.

A világjárvány esetén alkalmazott védőoltási stratégia célkitűzéseit két tág, egymást semmiképpen sem kizáró kategóriában lehet mérlegelni: a) a hatás enyhítése, a súlyos betegség kockázatának talán leginkább kitett személyek védelme; és b) a nélkülözhetetlen szolgáltatások védelme.

Az A(H1N1)v influenza egy új vírus, és a modern kori világjárványok egymástól, valamint a jelenlegi szezonális influenzától is mind különböztek. Ezért a kockázati csoportok (a súlyos betegség magasabb kockázatának kitett személyek) szintén különbözhetnek a szezonális influenzavírus-törzseknél megfigyeltektől. Különböző stratégiák jönnek továbbá számításba, nagyobb hangsúlyt fektetve annak szükségességére, hogy a nélkülözhetetlen szolgáltatások működését oltások segítségével tegyék fenntarthatóvá. Ezért a célcsoportok is eltérők lehetnek (ezek a kockázati csoportokba tartozó vagy ezeken kívül eső csoportok, amelyeknek vakcinát biztosítanak).

A 2009-es A(H1N1) világjárványra vonatkozó jelenlegi bizonyítékok alapján a lakosság alábbi csoportjait lehet kockázati csoportként meghatározni:

- 65 évesnél fiatalabb személyek, akik krónikus betegségben szenvednek, nevezetesen:
  - krónikus légúti betegségek;
  - krónikus szív-érrendszeri betegségek;
  - krónikus anyagcserezavarok (különösen cukorbetegség);
  - krónikus vese- és májbetegségek;
  - (veleszületett vagy szerzett) immunhiányos személyek;
  - krónikus idegrendszeri vagy ideg-izomrendellenességek;
  - bármilyen egyéb állapot, amely károsítja az adott személy immunitását vagy veszélyezteti a légzésfunkcióját;
- kisgyermek (különösen két éves kor alatt);
- várandós nők.

Ez a felsorolás valamelyest eltér azoktól a csoportoktól, amelyeknek sok ország a szezonális influenza elleni oltást javasolja, különösen a 65 éves és ennél idősebb személyeket tekintetében. A jelek szerint az idősebbek esetében általában véve alacsonyabb a fertőzés kockázata – valószínűleg meglévő immunitásuk miatt –, ám vannak arra utaló jelzések, hogy amennyiben mégis megfertőződnek, súlyosabb betegség alakul ki náluk, mint a fiatalabb felnőtteknél.

Ezenfelül vannak más csoportok, amelyek számára felajánlható az oltás, noha esetükben nem magasabb a súlyos betegség kockázata (célcsoportok). Vannak olyan érvek, amelyek a gyermekeknek felajánlott oltás mellett szólnak, mivel náluk magas a megbetegedési aránya (bár a betegség enyhe), és különösen fontosak lehetnek a helyi járványok felerősítésében. Amellett is szólnak érvek, hogy az összes egészségügyi dolgozó számára biztosítsák az oltást. Ennek célja kettős: egyrészt megakadályozza, hogy a kockázati csoportokba tartó személyek az

egészségügyi dolgozóktól fertőződjenek meg, másrészt védje az egészségügyi dolgozót a fertőzött betegektől, fenntartva ezáltal az egészségügyi szolgáltatások működését. Vannak előnyei annak, ha az immunizálást olyan személyek gondozói számára is felajánlják, akiknél az immunizálás esetleg nem határos (pl. immunszuppresszív kezelés alatt álló személyek). A hat hónaposnál fiatalabb csecsemőket ebben az életkorban nem lehet immunizálni, mivel az immunogenitással és biztonságossággal kapcsolatos adatok hiányosak, és ezért emellett szólnak az érvek, hogy a velük legszorosabb kapcsolatban álló személyek számára biztosítsák az oltást. Egy másik potenciális célcsoportot alkotnak a világjárványra történő válaszadáshoz nélkülözhetetlen munkavállalók.

Ez az útmutatás az A(H1N1) 2009-es világjárvány aktuális forgatókönyvén alapul. Meghatározza és tárgyalja az egyes bizonytalan területeket. Ahogy több adat, bizonyíték és vélemény válik hozzáférhetővé, ezt a dokumentumot az ECDC kapcsolódó kockázatértékelésével együtt frissítik majd.

A korábbi világjárványokról szerzett tapasztalatok alapján, amelyek során a vírus kórokozóképessége és fertőzőképessége az idővel egyre nőtt, három további forgatókönyv ismertetésére kerül sor. Ezeket mellékletek egészítik ki, amelyek a szezonális influenzára és a jelenlegi pandémiás influenzára vonatkozó egyes kockázati csoportok oltásával kapcsolatos bizonyítékokat, tényeket összegzik, és durva becsléseket adnak a kockázati és célcsoportok létszámáról. A számítás alapja elegendő részletességgel szerepel ahhoz, hogy a tagállamokban az emberek a saját populációjukra vonatkozóan alkalmazhassák a módszertant, illetve összehasonlíthassák a már használt módszereket.

# Felügyeleti jelentések

## 12. A tuberkulózis felügyelete Európában, 2007

(Közzététel: 2009. március)

2008. január 1-je óta az Európai Betegségmegelőzési és Járványvédelmi Központ (ECDC) és a WHO Európai Regionális Irodája közösen koordinálja a tuberkulózis felügyeletét Európában. Céljuk, hogy a tuberkulózisra vonatkozóan kiváló minőségű, szabványosított adatokat biztosítsanak, és ezek a WHO európai régiójába tartozó 53 ország mindegyikét tekintve rendelkezésre álljanak.

2007-ben a WHO európai régiójának 51<sup>1</sup> országa és Liechtenstein<sup>2</sup> 477 327 tuberkulózis megbetegedést jelentett. Az összesített, átlagos bejelentési arány 54 eset volt 100 000 főre számítva, amely azonban az egyes országok között nagy változatosságot mutat, és az elmúlt években egyértelműen nyugat felől kelet felé fokozatosan emelkedő tendencia tapasztalható. A regisztrált esetszám 2006-hoz képest 54 497-tel több, ami az összesített bejelentési arány 13%-os növekedését jelenti (48/100 000-ról 54/100 000-re). Ez főként annak tulajdonítható, hogy az Orosz Föderáció korábban nem jelentett, ismételten kezelt eseteket vett nyilvántartásba azt követően, hogy bejelentési rendszerének hatókörét kiterjesztette és javította a betegek ellátáshoz való hozzáférését. A korábban nem kezelt esetek bejelentési aránya a teljes régióban 2,5%-kal csökkent (100 000 lakosonként 36,6 esetről 35,7-re). Az elmúlt években a tuberkulózis halálozási aránya az egész régióban általában az összesített bejelentési arányok földrajzi eloszlását tükrözte (összesített arány középértéke: 0,6/100 000, az országok halálozási arányának terjedelmi tartománya: 0,0–22,3/100 000). A több szerrel szemben elsődleges rezisztenciát mutató tuberkulózis (MDR tuberkulózis) arányának középértéke az erre vonatkozóan adatokat szolgáltatató 22 országot tekintve 1,5% volt. A sikeresen kezelt esetek arányának átlaga 73% volt, az esetek 11%-a az utókövetés során lemorzsolódott, 8%-a elhalálozott és 7%-uk esetében volt sikertelen a kezelés.

### Az Európai Unió (EU) és az Európai Gazdasági Térség (EGT)/Európai Szabadkereskedelmi Társulás (EFTA) országai (30 ország)

Az EU 27 országa és három EGT-/EFTA-ország (Izland, Norvégia és Liechtenstein) 2007-ben 84 917 tuberkulózis megbetegedést jelentett. A tuberkulózis bejelentési aránya (összesített, régiós gyakoriság 17/100 000) Romániában (118/100 000), Bulgáriában (40/100 000) és a balti államokban (36–71/100 000) volt a legmagasabb. Az összesített bejelentési arány 2003 és 2007 között évente 4%-kal csökkent, ami a korábban nem kezelt tuberkulózis megbetegedések számának csökkenését tükrözte. Jelentős növekedést figyeltek meg azonban Máltán (+61%) és Izlandon (+37%), illetve némi emelkedést Svédországban (+5%), valamint az Egyesült Királyságban és Cipruson (mindkettő esetében +3%), nagyrészt a külföldi eredetű esetek körében. 2007-ben a megbetegedettek 21%-a (országok értékeinek terjedelmi tartománya: 0–78%) külföldi származású személy volt, akiknek közel kétharmada ázsiai vagy afrikai, 6%-uk pedig nem uniós kelet-európai és közép-ázsiai országokból származott. A HIV prevalenciája (előfordulási gyakorisága az összes esetet tekintve) a tuberkulózisban szenvedők körében Észtországból és Lettországból 2001 és 2007 között emelkedett (<1%-ról 11, illetve 4%-ra), míg az Egyesült Királyságban 2000 és 2003 között a kétszeresére nőtt (4%-ról 8%-ra). Az adatokat szolgáltatató többi országban a tuberkulózisban szenvedők körében a HIV prevalenciája öt országban 1% vagy ennél kevesebb, hét másikban 2–5%, Portugáliában pedig 14% volt. A több szerrel szemben mutatott rezisztencia (MDR) a balti államokban továbbra is gyakoribb maradt (összesített MDR-arány: 10–21%) a többi országhoz képest (0–4%), amelyekben általában a külföldi származású betegek között volt gyakoribb. A 2006-ban tüdőtuberkulózisként diagnosztizált megbetegedések tekintetében huszonegy ország számolt be a kezelés kimenetelének nyomon követésére vonatkozó adatokról. A nyomon követett esetek csoportjában a korábban nem kezelt betegek között 80% volt sikeres kimenetelű kezelés. A tüdőtuberkulózisban szenvedők körében a külföldi származású betegek lemorzsolódása gyakoribb volt, mint az ország saját állampolgárságú betegei között (35%, illetve 16%), míg halálesetekről ritkábban számoltak be (8%, illetve 4%). A tuberkulózissal kapcsolatos halálozási gyakoriság (mortalitás) 0,0–10,9/100 000 között változott (29 országra vonatkozó, rendelkezésre álló legfrissebb, 2001–2006. évi adatok).

<sup>1</sup> Monacótól és San Marinótól nem érkeztek adatok.

<sup>2</sup> Liechtenstein szerepel a jelentésben, de csak EGT-/EFTA-országgént ismertetik – nem tartozik a WHO európai régiójához.

## Nyugat (nem EU-tagok) (5 ország)

2007-ben három ország – Andorra, Izrael és Svájc – 881 tuberkulózis megbetegedést jelentett, mely 5,6–7,3/100 000 közötti megbetegedési gyakoriságnak (incidencia) felel meg. A gyakorisági értékek általában alacsonyak voltak, és a bejelentett, tuberkulózisban szenvedő betegek túlnyomó része külföldi származású volt. A gyógyszer-rezisztencia felügyeletével kapcsolatban Svájc és Izrael jelentett adatokat; ezekben az országokban a több szerrel szemben ellenálló (MDR) tuberkulózis aránya (prevalenciája) az összes vizsgált eset 2,3%-a, illetve 6,7%-a volt. Izrael beszámolt a 2006-ban nyilvántartásba vett esetek körében nyomon követett kezelések kimeneteléről, ott a tüdőt érintő, újonnan diagnosztizált esetekre vonatkozóan a sikeres kezelések aránya 74% volt.

## Balkán (7 ország)

A balkáni országok 2007-ben 26 296 esetet regisztráltak, ezek 75%-át Törökország egymaga jelentette (további 930 esetről az ENSZ igazgatása alatt álló Koszovó tartomány számolt be). A tuberkulózis összesített, régiós bejelentési aránya így 2007-ben 29/100 000 értéknek adódott, Bosznia és Hercegovinában magasabb (62/100 000) volt, mint Albániában, Horvátországban, Macedónia Volt Jugoszláv Köztársaságban, Montenegróban, Szerbiában és Törökországban (terjedelem tartománya: 14–28/100 000). A HIV prevalenciája az adatokat szolgáltató országokban (Albánia, Bosznia és Hercegovina, Macedónia Volt Jugoszláv Köztársaság, Montenegró és Szerbia), a tuberkulózisban szenvedők körében 0,0–0,4% volt. Az összevont elsődleges illetve szerzett MDR 0–0,6%, illetve 9,7–34,6% között alakult az MDR adatokat jelentő négy országban (Albánia, Montenegró, Macedónia Volt Jugoszláv Köztársaság és Szerbia). A 2006-ban újonnan diagnosztizált tüdőtuberkulózisban szenvedő betegek körében a sikeres kezelések aránya öt országban 80–97% között változott, míg két másik, adatokat szolgáltató országban alacsonyabb volt ennél (35–70%). A tuberkulózissal kapcsolatos halálzási gyakoriság 0,25–21/100 000 között változott (öt ország, rendelkezésre álló legfrissebb, 2001–2006. évi teljes adatok).

## Kelet (12, uniós tagsággal nem rendelkező kelet-európai és közép-ázsiai ország)

Keleten 2007-ben 365 233 tuberkulózis megbetegedésről számoltak be, amelyek 59%-át az Orosz Föderáció jelentette. 2007-ben a tuberkulózis bejelentési aránya (összesített, régiós érték 131/100 000) Kazahsztánban (258/100 000), a Moldovai Köztársaságban (178/100 000), az Orosz Föderációban (151/100 000), Grúziában (135/100 000) és Kirgizisztánban (125/100 000) volt a legmagasabb, ezeket pedig Örményország, Azerbajdzsán, Fehéroroszország, Tádzsikisztán, Türkmenisztán, Ukrajna és Üzbegisztán követte (59–119/100 000). A 2002 és 2007 között megfigyelt éves növekedés átlaga ugyanakkora volt, mint amit az 1998 és 2002 közötti években észleltek (+6%). Az új esetek száma 2006-hoz képest 2007-re hat országban csökkent. A HIV prevalenciája a tuberkulózisban szenvedő betegek körében az elmúlt években öt országban volt 1% vagy ennél alacsonyabb, de az Orosz Föderációban és Ukrajnában magasabban alakult (2007-ben az új esetek között 7%, illetve 6%). A gyógyszerekkel szembeni rezisztenciára vonatkozóan több országtól kapott nemzeti és regionális adatok az MDR széles földrajzi elterjedtségben mért, magas prevalenciájára utalnak. A kétféle MDR tuberkulózis összevont prevalenciája 14%-tól 57%-ig változott, bár az adatok reprezentativitásának mértéke az országok között eltérő volt. Az olyan, újonnan diagnosztizált tüdőtuberkulózis megbetegedések esetében, melyeknél a köpet kenetében tbc baktériumok mutathatók ki, a megbetegedés kimenetelét jelentő országokban (2006) a sikeres kezelések átlagos aránya 64% volt (terjedelem tartománya: 58–86%). Az alacsony siker – amelyhez nagyarányú eredménytelenség társult (átlag: 12%, tartomány: 3–16%) – főként az elsődleges MDR-gyakorisággal és a lemorzsolódással (átlag: 13%, tartomány: 4–35%) magyarázható. A tuberkulózissal összefüggő halálzási gyakoriság 3,0 - 22,3/100 000 között változott (Türkmenisztán kivételével minden ország esetében teljes adatok, a legfrissebbek a 2003 és 2006 közötti évek valamelyikére állnak rendelkezésre).

## Következtetések

A nem uniós kelet-európai és közép-ázsiai országok a tuberkulózis elleni védekezés terén továbbra is regionális prioritást élveznek. Ezekben az országokban gyakran bonyolítja a helyzetet az információ kismérvű specifikitása vagy elégtelen minősége, valamint a helyzethez legjobban igazodó intézkedés megtételéhez szükséges források tartós hiánya és/vagy a meglévők nem megfelelő felhasználása. Nyugatabbra haladva a tuberkulózis sokféle járványügyi helyzetével találkozunk. A tuberkulózis felszámolására törekvő iparosodott országok egyre inkább felismerik az esetek halmozódását bizonyos sebezhető csoportok körében. A közepes mértékben terhelt országokban, mint amilyenek a balti államok, az MDR tuberkulózis prevalenciája változatlanul magas. Az adatelemzés alapján több felügyeleti ajánlást lehet megfogalmazni, amelyek támogatják a tuberkulózis elleni védekezést:

- a régiószerte alkalmazott esetmeghatározás/esetdefiníció és az adatkezelést szolgáló eszközök szabványosítása;
- a tuberkulózis beillesztése a fertőző betegségek általános felügyeletébe;

- a kohorsz/csoportelemzés alkalmazásának hangsúlyozása a kezelések kimenetelének nyomon követése céljára;
- a tuberkulózis és a HIV-fertőzés együttes előfordulásának jobb megismerése; és
- az MDR tuberkulózis prevalenciájára és tendenciájára vonatkozó alapos értékelések elvégzése országos és regionális szinten.



## 13. Járványügyi jelentés az Európában, 2007-ben előfordult fertőző betegségekről, 2009

(Közzététel: 2009. október)

### Háttér

Az ECDC 2007-ben arra tett javaslatot, hogy három-öt éves gyakorisággal készülne átfogó, éves járványügyi jelentés, amely részletesen foglalkozik az ECDC felügyelete alá tartozó valamennyi területtel. Ezt az ECDC Tanácsadó Fóruma támogatta. A jelenlegi kiadás tehát az Európai Unióban a fertőző betegségekkel kapcsolatos helyzetről szóló, átfogó összeállítás, de csak egy területről, a védőoltással megelőzhető betegségekről szolgáltat mélyreható elemzést. A jelentés 2007-re vonatkozóan kevés kommentárral kíséretben, szabványos táblázatok és ábrák formájában közöl adatokat a betegségek előfordulási gyakoriságáról (incidenciájáról), és összegzi a 2008. során észlelt egészségügyi veszélyeket.

### A fertőző betegségek okozta jelentősebb közegészségügyi terhek

Az Európai Unióban (EU) a fertőző betegségekhez kapcsolódó fő veszélyek nem változtak jelentős mértékben a jelentés előző kiadása óta, és ezek a következők:

- antimikrobiális rezisztencia;
- egészségügyi ellátáshoz kapcsolódó fertőzések;
- védőoltással megelőzhető betegségek, külön hangsúlyt helyezve a pneumococcusok okozta fertőzésekre;
- légúti fertőzések, különös tekintettel az influenzára (világjárványt előidéző képesség, valamint az évente előforduló szezonális járványok) és a tuberkulózisra;
- HIV-fertőzés.

### A fertőző betegségek felügyelete 2007. évi eredményeinek összefoglalója

A 3. fejezet a 2007-ben az EU 27 tagállamából, valamint a három EGT-/EFTA-országból, Izlandról, Liechtensteinből és Norvégiából jelentett valamennyi esetet összegyűjti és ismerteti. Amint e fejezetben az egyes betegségekről szóló szakaszok jó része kiemeli, az új esetek előfordulási gyakoriságának (incidencia) országok közötti összehasonlítását körültekintően kell végezni. A felügyeleti rendszerek különbözőek, és a jelentett illetve a tényleges incidencia közötti összefüggés/viszony sok betegség esetében országonként változik. A legtöbb esetben mérvadóbb, ha az összehasonlításokat az időbeli trendekre összpontosítjuk, mivel ez a felügyeleti rendszerek állandóbb jellemzője.

Ezt szem előtt tartva, a fertőző betegségeknek az EU egészére kiterjedő felügyeletéből származó fő megállapítások egy részét a fő betegségcsoportok és/vagy aggodalomra okot adó állapotok szerint, alább foglaljuk össze.

### Antimikrobiális rezisztencia és egészségügyi ellátáshoz kapcsolódó fertőzések

A meticillin-rezisztens *Staphylococcus aureus* (MRSA) 2007-ben továbbra is jelentős probléma volt egész Európában. Mindazonáltal a nagyfokú endémiát mutató országok egy részében az MRSA aránya stabilizálódni látszott, sőt, néhány országban csökkenő tendenciát figyeltek meg.

A penicillinre nem érzékeny *Streptococcus pneumoniae* (PNSP) változó képet mutatott Európában: a legtöbb észak-európai ország alacsony szintű előfordulásról számolt be, míg a dél-európai és mediterrán országok egy része viszonylag magas szintet jelentett. A penicillinérzékenység hiányának és az eritromicinnel szembeni rezisztenciának a szintje azonban összességében a legtöbb országban változatlan maradt.

A 17-es klonális komplex terjedésével a vankomicinnel szemben rezisztens *Enterococcus faecium* okozta járványok előfordulása számos országban változatlanul több kórházat érintett.

A fluorokinolonokkal, aminopenicillinnel, aminoglikozidokkal és harmadik generációs cefalosporinokkal szembeni rezisztencia az *Escherichia coli* esetében szinte az összes, jelentést küldő országban számottevően emelkedett az elmúlt években. Ez fontos megfigyelés, mivel a több szerrel szemben egyre nagyobb mértékben ellenálló Gram-negatív baktériumok irányába, és akár a teljesen rezisztens törzsek irányába haladó fejlődést jelzi.

2007-ben igazolódott a csípőprotézis-műtétek helyén kialakuló fertőzések előfordulásának csökkenő tendenciája, ami azt szemlélteti, hogy a felügyelet – beleértve a kórházak között a kockázat szempontjából korrigált módon végzett összehasonlításokat is – fontos szerepet tölt be az egészségügyi ellátáshoz kapcsolódó fertőzések megelőzése és az ellenük való védekezés terén.

## Védőoltással megelőzhető betegségek

2007-ben a *Haemophilus influenzae* által okozott invazív megbetegedések bejelentési gyakorisága Európában változatlan volt, és jóval 1/100 000 alatt maradt. A Hib elleni vakcina továbbra is jelentős hatást gyakorolt e betegség incidenciájára minden olyan országban, ahol ezt bevezették.

A meningococcusok okozta invazív betegségek összesített bejelentési gyakorisága 2007-ben 1/100 000 volt, azaz a 2006-os értékhez hasonlóan alakult, és Európában változatlanul a B (77%) és C (16%) szerocsoport jelentette a meningococcusok okozta invazív betegségek fő okát. A általánosan alkalmazott vakcina csak a C szerocsoportra nézve hatásos.

Az előző évhez képest 2007-ben jelentősen emelkedett az Ausztria és Szlovénia által jelentett, igazoltan a pneumococcusok okozta invazív megbetegedések (IPD) száma, minden valószínűség szerint a felügyeleti rendszereik közelmúltbeli fejlesztésének köszönhetően. A bejelentési gyakoriság értékeit az IPD EU-ban alkalmazott felügyeleti rendszereinek sokfélesége miatt összességében nehéz volt a tagállamok között összehasonlítani. A pneumococcus elleni heptavalens, konjugált vakcinát (PCV7) az EU-ban 2001-ben engedélyezték, ám e vakcina alkalmazása az egyes országokban eltérő.

Az EU és az EGT/EFTA országaiban 2007-ben kisebb számban jelentettek kanyarós eseteket, mint 2006-ban, de a kanyaró - figyelembe véve a 2 795 megerősített esetet, amelyből egy halálos kimenetelű volt, kettőhöz pedig agyvelőgyulladás társult – változatlanul kiemelt fontosságú közegészségügyi kérdés. Az elmúlt három évben csak négy ország volt kanyarómentes.

A mumpsz 2007-ben is egyike volt azoknak a védőoltással megelőzhető betegségeknek, amelyet a legnagyobb gyakorisággal jelentettek Európában, de folytatódott az általánosan csökkenő tendencia, és 2007-ben a mumpsz bejelentési gyakorisága 1995 óta ténylegesen a legalacsonyabb volt.

A 2006-os helyzethez hasonlóan 2007-ben is alacsony volt a megerősített rubeola megbetegedések jelentési gyakorisága.

## Légúti fertőzések

Európában a 2007–2008-as influenzaszesszon közepes klinikai aktivitás jellemezte, amelynek során az A(H1N1) influenza cirkuláció csúcsát a B típusú influenza csúcsa követte. Csak néhány A(H3N2) influenza törzset izoláltak.

Fontos új jelenség volt a szezonális influenza oseltamivir nevű vírusellenes szerrel szemben ellenálló első vírustörzsének, az A(H1N1-H247Y) törzsnek a megjelenése. Ez a törzs teljes mértékben képes volt emberről emberre terjedni, de a régió belüli megoszlása nagyban eltért – néhány országban jóval meghaladta az összes izolált törzs felét, míg másokban csak néhány százalék volt. E rezisztens vírus megjelenése és terjedése nem magyarázható a vírusellenes szerek korábbi alkalmazásával.

2006-hoz hasonlóan a fokozott patogenitású madárinfluenza okozta járványok sorozatos előfordulását jelentették Európában, madarak - túlnyomórészt baromfik - körében, ám egyetlen kapcsolódó humán esetről sem számoltak be. 2007 májusában az Egyesült Királyságban egy alkalommal fordult elő a gyenge patogenitású A(H7N2) madárinfluenza állatokat érintő járványos előfordulása, amelyhez több, influenzaszerű tünetek és/vagy kötőhártyagyulladás formájában jelentkező emberi megbetegedés kapcsolódott.

A légionárius betegség bejelentési gyakorisága az EU és az EGT/EFTA országaiban 2007-ben 100 000 lakosonként változatlanul 1,1 eset volt. A légionárius betegség utazással összefüggő, regisztrált eseteinek a száma 2006-hoz képest emelkedett, valószínűleg a jobb felügyeletnek és jelentési hajlandóságnak köszönhetően; ugyanakkor az utazással összefüggő halmozódások száma csökkent, ami a legionella-fertőzésekkel foglalkozó európai munkacsoport (EWGLINET) útmutatóinak a légionárius betegség elleni védekezésre gyakorolt hatását tükrözheti.

Ami a tuberkulózist illeti, 2003 óta 25 ország a bejelentési gyakoriság folyamatosan csökkenő tendenciájáról számolt be. Az összes eset húsz százaléka – 2006-hoz hasonlóan – külföldi, túlnyomórészt ázsiai vagy afrikai származású beteg volt. A több szerrel szembeni rezisztencia változatlanul gyakoribb volt a balti államokban, mint a többi országban, és általában véve gyakoribb volt a külföldi származású betegek körében. Az adatok még mindig a tuberkulózis járványügyi helyzetének sokszínűségét tükrözik: incidenciája alacsony azokban az országokban, ahol nagyobb számú esetet diagnosztizálnak a külföldi születésű népesség körében, más országokban közepes/magas a bejelentési gyakoriság, de az MDR tuberkulózis még ritka, és vannak olyan országok, ahol a bejelentési gyakoriság

viszonylag nagy, és magas az MDR tuberkulózis megbetegedések aránya is. 2007-ben az EU és az EGT/EFTA országai összesen 41 205 igazolt tuberkulózis megbetegedést jelentettek (8,2/100.000).

## HIV, nemi úton terjedő fertőzések, valamint hepatitisz B és C

2007-ben a HIV-nek továbbra is nagy volt közegészségügyi jelentősége Európában, és nem volt jele annak, hogy csökkenne az újonnan diagnosztizált, bejelentett esetek száma. A diagnosztizált AIDS-megbetegedések számának csökkenése azonban - néhány kelet- és közép-európai ország kivételével - folytatódott. A leggyakoribb terjedési mód országonként és földrajzi régióként változott, ami a HIV európai járványügyi jellemzőinek (epidemiológiájának) sokszínűségét bizonyítja.

2007-ben is a *Chlamydia trachomatis* okozta fertőzés volt a leggyakrabban jelentett, nemi úton terjedő fertőzés (és általában véve a leggyakoribb jelentendő betegség Európában). 22 uniós és EGT-/EFTA-ország összesen több mint negyedmillió, igazoltan *C. trachomatis* okozta fertőzést jelentett, ami 122,6 eset/100 000 lakos átlagos bejelentési gyakoriságnak felel meg. A chlamydia-fertőzés továbbra is elsősorban a 15 és 24 éves kor közötti fiatalokat érinti. A *C. trachomatis* okozta új fertőzések tényleges gyakorisága (incidenciája) feltehetőleg ennél magasabb, és valószínűbb, hogy a bejelentési gyakoriságok inkább a szűrési gyakorlattól és a vizsgálatok számától függenek, nem pedig a valós incidenciát tükrözik.

Kiemelendő, hogy Svédországból az összes eset számának 45%-os emelkedését jelentették 2006-hoz képest, ami valószínűleg a *C. trachomatis* Svédországban először 2006 novemberében jelentett új variánsának kimutatását szolgáló új vizsgálati módszereknek tulajdonítható. Egy Unió-szerte elvégzett felmérés rávilágított, hogy e variáns elterjedése Svédországra, illetve a svédek más országokban élő szexuális partnereire korlátozódott.

A legtöbb európai ország rendelkezik a hepatitisz B-re és C-re vonatkozó felügyeleti rendszerekkel, ám ezek – különösen a rendszerek felépítése, a jelentési gyakorlatok, az adatgyűjtési módszerek és az alkalmazott esetdefiníciók – különbözősége miatt az egyes országok felügyeleti adatait nehéz összehasonlítani.

## Élelmiszer és víz útján terjedő betegségek és zoonózisok

Az EU-ban és az EGT/EFTA területén változatlanul a campylobacteriosis volt az emésztőszervi megbetegedések leggyakrabban jelentett oka, és 2007-ben a bejelentési gyakoriság 15%-ot meghaladó mértékben nőtt 2006-hoz viszonyítva. A jelentési rendszerek országok közötti nagyfokú eltérése az egyes országokban ismerten előforduló, nagymértékű aluljelentettséggel párosulva nagyon megnehezíti az országok közötti közvetlen összehasonlítást.

A szalmonellózis bejelentési gyakorisága 2007-ben is magas volt az EU és az EGT/EFTA országokban, de folytatódott a 2004 óta megfigyelhető csökkenő tendencia.

2007-ben az EU- és az EGT-/EFTA-országok közül 29 összesen 13.952 megerősített hepatitisz A megbetegedést jelentett, és a hepatitisz A járványügyi jellemzői nagyban eltértek a régióon belül. 2007 novemberében Lettországból hepatitisz A járvány kezdődött.

## A környezet és vektorszervezetek útján terjedő betegségek

2007 augusztusában Olaszországban chikungunya-láz járványt jelentettek, melyhez 271, laboratóriumi vizsgálattal megerősített eset kapcsolódott. A chikungunyavírus helyi terjedése azután következett be, hogy azt egyetlen, Indiából visszatérő utazó behurcolta, és a jelek szerint az *Aedes albopictus* szúnyogfaj valóban olyan vektor, amely hatékonyan képes a vírust terjeszteni az EU földrajzi szélességén.

2007-ben az EU és az EGT/EFTA országai közül 22 összesen 637 megerősített Q-láz megbetegedést jelentett – ez az adat hasonló a 2006. évihez (583). Hollandiában és Szlovéniában Q-láz járványokat regisztráltak, melyekhez 168, illetve 86 eset kapcsolódott.

Hét tagállam összesen 40, megerősített vírusos vérzéses láz megbetegedést jelentett, amelyek túlnyomó része hantavírus-fertőzés volt.

## Veszélyek összefoglalása, 2007

A járványügyi felderítési tevékenység 2005. júliusi megkezdésétől 2008 végéig az ECDC 696 veszélyt követett nyomon. Az ECDC 2008-ban összesen 250 veszély nyomon követését végezte el, amelyek közül 227 (91%) 2008-ban indult, 14-et (6%) 2007-es kezdetűk óta folytattak, kilenc (4%) pedig visszatérő veszély volt. A visszatérő veszélyek az alábbi témákhoz kapcsolódtak: a világszerte és az európai régióban jelentkező madárinfluenza, a chikungunya-láz világszerte kialakult járványügyi helyzete, a járványos gyermekbénulás, a dengue-láz, a kolera és a kanyaró, valamint a Creutzfeldt-Jakob-betegség új változata és a gyógyszerekkel szemben fokozottan ellenálló tuberkulózis.

A nyomon követett veszélyek egy része az alábbiakban kerül részletesebb ismertetésre:

- oseltamivirrel szemben ellenálló A(H1N1) influenzavírusok 21 tagállamban, az olaszországi 1%-osnál kisebbtől a norvégiai 68%-os arányig;
- 2008-ban öt, nemzetközi aggodalmat okozó hepatitisz A járványt követték nyomon, ami a korábbi évekhez képest számottevő növekedést jelentett;
- több mint 140 alkalmazottat érintő *Shigella sonnei* járvány előfordulása (a betegek svédországi hivatali étkezdéjükben fertőződtek e kórokozóval);
- 2008-ban 85 legionellosis halmazódást regisztráltak;
- az uniós és EGT-/EFTA-országokban 2008-ban tizenegy olyan kanyarójárványt jelentettek, amelyek más tagállamokban másodlagos megbetegedéseket okoztak annak ellenére, hogy a kanyaró incidenciája 2006 óta csökken Európában. Ez a jelentett járványok számának növekedését jelentette a 2007-es (hét) és 2006-os (kettő) szinthez képest.
- 2008-ban tizenegy, tuberkulózissal összefüggő veszélyt értékelték. Az események mindegyike tuberkulózisban szenvedő betegek utazásához kötődött: hét légi utazáshoz, három pedig tengeri utazáshoz kapcsolódott.
- egy Ugandából Hollandiába visszatérő turista halálos kimenetelű, Marburg-vírus okozta vérzések láza 2008 júliusában;
- a krími-kongói vérzések első megerősített esete 2008 júliusában, Észak-Görögországban.

## Következtetések

A fő adatok és tendenciák összefoglalása alapján azt a következtetést vonhatjuk le, hogy a fertőző betegségek megelőzése és az ellenük való védekezés területének prioritásai az EU-ban és az EGT-ben/EFTA-ban nem változtak jelentős mértékben az éves járványügyi jelentés első kiadása óta, néhány kérdésre azonban fel kell hívni a figyelmet.

A 2007-es adatok azt mutatják, hogy az antimikrobiális rezisztencia egyre fontosabb közegészségügyi veszélyt jelent Európában. A nemzetközi utazás és kereskedelem elősegíti az antimikrobiális rezisztencia terjedését. A probléma nemzetközi együttműködést – valamint nemzeti szinten összehangolt erőfeszítéseket – tesz szükségessé az antimikrobiális rezisztencia megfékezése és kialakulásának megelőzése érdekében.

Az egészségügyi ellátáshoz kapcsolódó fertőzések terén az Unió egészére kiterjedő pontprevalencia-felmérésre van szükség az Európában, egészségügyi környezetben kialakuló fertőzések összes fajtájából eredő társadalmi teher értékeléséhez. E prevalencia-felmérés szabványosított európai protokolljának kidolgozása most szerepel az ECDC munkaprogramjában, és lehetőséget fog teremteni az egészségügyi ellátáshoz kapcsolódó fertőzések prevalenciájára vonatkozó különböző nemzeti protokollok oly módon történő módosítására, hogy a nemzetközi összehasonlítások lehetővé váljanak.

A védőoltással megelőzhető betegségek terén továbbra is aggályok merülnek fel annak lehetőségével kapcsolatban, hogy a vakcina bevezetése után a pneumococcusok elleni konjugált vakcina által megcélzott szerotípusokat olyan szerotípusok válthatják fel, amelyek ellen a vakcina nem nyújt védelmet – amint azt az Egyesült Államokban már megfigyelték. Ennek érdekében fokozottabb – laboratóriumi felügyelettel is kiegészülő – felügyeletre lehet szükség az EU-ban.

A várakozásoknak megfelelően az EU-ban és az EGT-/EFTA-országokban jelentett kanyarós esetek 90%-a nem oltott személyeknél fordult elő; ez annak jele, hogy a kanyaró változatlanul problémát jelent azon lakosságcsoportok számára, amelyekben alacsony az átoltottság. Ezenfelül az összes halálos vagy szövődmenyes eset olyan betegeknél következett be, akik nem kaptak védőoltást. Ezért az európai átoltottság arányának növelése továbbra is kiemelt fontosságú közegészségügyi kérdés, annak ellenére, hogy a betegség felszámolása esetleg nem valósul meg 2010-ben.

Néha áttöréses mumpszfertőzés fordul elő olyan személyeknél, akik két adag MMR-vakcinát kaptak, és ez további vizsgálatot igényel.

A tagállamok - kevés kivétellel - nagyobb erőfeszítést tettek az általuk bejelentett összes rubeola megbetegedés laboratóriumi vizsgálattal történő megerősítése érdekében. A rubeolafelügyelet érzékenységének és specifikusságának növelése - a WHO 2010-es felszámolási célkitűzését figyelembe véve - kiemelten fontos.

A 2007–2008-as influenzaszézon szokatlan jellegzetessége volt az oseltamivirrel szemben rezisztens A(H1N1) influenzavírus megjelenése. Ez volt az eddig észlelt egyetlen eset, hogy olyan humán szezonális influenzavírus figyeltek meg, amely neuraminidáz-inhibitorral szemben rezisztens, és teljes mértékben képes emberről emberre terjedni. A vírusellenes szerekkel szembeni rezisztencia felügyeletének részeként a szezonális influenzavírusok körében folytatni kellene a rezisztens törzsek esetleges újbóli megjelenésének figyelemmel kísérését.

A tuberkulózis elleni védekezés terén – az EU- és az EGT-/EFTA-országok különféle epidemiológiai környezetében – a tuberkulózis magas/közepes incidenciáját mutató országok száma változatlan maradt, és a járvány megfékezése terén tett előrehaladásuk ellenére a védekezés szempontjából komoly figyelemre van szükség, beleértve a felügyelet optimalizálását is. Néhány országban, ahol a tuberkulózis incidenciája alacsony, az adatok a hazai esetek folyamatos csökkenését mutatták, valamint azt, hogy a járvány egyértelműen a sebezhetőbb lakosságcsoportok, például a migráns népesség irányába tolódik el. A tuberkulózisban szenvedő és egyúttal HIV-pozitív betegek vonatkozó adatgyűjtés változatlanul hiányos volt, a gyógyszerekre való fogékonyság vizsgálatának elterjedtségét tovább kell növelni, és a rezisztencia jelentését és elemzését ki kell terjeszteni a másodvonalbeli szerekre.

A hepatitisz B és C fokozott felügyeletének fejlesztése és bevezetése kiemelt fontosságú az ECDC számára. A jobb felügyeleti adatok nélkülözhetetlenek ahhoz, hogy az EU-ban a tendenciák nyomon követéséhez biztosítsák a szükséges információt, jobban megértsék a járványügyi jellemzőkben észlelhető különbségeket, és értékeljék a megelőzési programokat. E két betegség krónikus természete azonban megnehezíti az incidencia és a prevalencia elkülönítését – éppúgy, mint a HIV-fertőzés esetében –, így nincs egyszerű megoldás erre a problémára.

Végezetül pedig az élelmiszer és víz útján terjedő betegségek területén a jövőbeli jelentések arra fognak törekedni, hogy világosabban elkülönítsék a vero/shigatoxin-termelő *Escherichia coli* (VTEC) O157-es és nem O157-es szerocsoportjaira vonatkozó adatokat, mivel ezek igen eltérő prioritásként szerepelnek az országok rendszereiben, és ezért eltérő részletességgel gyűjtik az ezekre vonatkozó információkat – az O157 esetében egyértelműen teljesebbek az adatok, mint más szerocsoportokra nézve.

**A. táblázat: Áttekintés az EU-ban és az EGT-/EFTA-országokban 2007-ben jelentett fertőző betegségek általános tendenciáiról, uniós bejelentési gyakoriságukról és az általuk érintett fő korcsoportokról. Jelentést küldő országok száma (n = 30)**

Betegség	Általános 10 éves tendencia	Uniós bejelentési gyakoriság 100 000 főre vonatkoztatva (2007)	Érintett fő korcsoportok (2007)
<b>Légúti fertőző betegségek</b>			
Influenza	↔	Nincs adat	Elégtelen adat
Madárinfluenza	↑	0	Nincs eset
Légionárius betegség (legionellózis)	↑	1,1	65+
Tuberkulózis	↓	8,2	25–44
<b>HIV, nemi úton illetve vér útján terjedő fertőzések</b>			
Chlamydiafertőzés	↑	122,6	15–24
Kankó (gonorrhoea, tripper)	↔	9,5	15–24
Hepatitisz B	↓	1,5	25–44
Hepatitisz C	↑	6,9	25–44
HIV	↑	6,0	25–44
AIDS	↓	1,2	25–44
Szifilisz	↑	4,4	25–44
<b>Élelmiszer és víz útján terjedő betegségek és zoonózisok</b>			
Lépfene	↔	<0,01	Elégtelen adat
Botulizmus	↔	<0,1	25–44
Brucellózis	↓	0,1	25–64
Campylobacteriózis	↑	46,7	0–4
Kolera	↓	<0,01	25–44
Cryptosporidiózis	↓	2,4	0–4
Echinokokkózis	↓	0,2	45–64
Verocitotoxin-termelő <i>Escherichia coli</i> (VTEC/STEC)	↔	0,6	0–4
Giardiázis	Elégtelen adat	61,7	0–4
Hepatitisz A	↓	2,8	5–14
Leptospirozis	↔	0,2	45–64, 25–44
Liszteriózis	↑	0,4	65+
Szalmonellózis	↓	34,3	0–4
Shigellózis	↓	2,1	0–4
Toxoplazmózis	↓	0,8	5–14
Trichinellózis	↔	0,2	25–44
Tularémia	↔	0,3	45–64
Tífusz/paratífusz	↓	0,2	0–4
Variáns CJD	Elégtelen adat	<0,01	15–24
Yersiniózis	↑	2,9	0–14

Betegség	Általános 10 éves tendencia	Uniós bejelentési gyakoriság 100 000 főre vonatkoztatva (2007)	Érintett fő korcsoportok (2007)
<b>Újjonnan megjelenő illetve vektorszervezetek útján terjedő betegségek</b>			
Malária	↔	1	25–44
Pestis	Elégtelen adat	0	Nincs eset
Q-láz	↓	0,2	15–24, 45–64
Súlyos akut légúti szindróma (SARS)	Elégtelen adat	0	Nincs eset
Himlő	Elégtelen adat	0	Nincs eset
Vírusos vérzéses lázak	Elégtelen adat	Elégtelen adat	Elégtelen adat
Chikungunya-láz	Elégtelen adat	<0,01	Elégtelen adat
Nyugat-nílusi láz	Elégtelen adat	<0,01	> 15
Sárgaláz	Elégtelen adat	0	Nincs eset
<b>Védőoltással megelőzhető betegségek</b>			
Diftéria (torokgyík)	↓	<0,01	45–64, 5–14
<i>Haemophilus influenzae</i> -betegség	↔	0,5	65+, 0–4
Meningococcus-betegség	↓	1,0	0–4
Pneumococcus-betegség	↔	6,3	65+, 0–4
Kanyaró	↓	0,6	0–4
Mumpsz	↓	4,3	5–14
Szamárköhögés	↓	4,4	5–14
Járványos gyermekbénulás	Elégtelen adat	0	Nincs eset
Veszétség	Elégtelen adat	<0,01	Elégtelen adat
Rózsahimlő	↓	1,2	0–4
Tetanusz	↓	<0,1	65+
<b>Antimikrobiális rezisztencia és egészségügyi ellátáshoz kapcsolódó fertőzések</b>			
Antimikrobiális rezisztencia	↑	Nem alkalmazható	Nincs adat
Egészségügyi ellátással kapcsolatos (nozokomiális) fertőzések	↑	Nem alkalmazható	Nincs adat

## 14. A HIV/AIDS európai felügyeletének 2008. évi adatai

(Közzététel: 2009. december)

### Fontosabb szempontok

A HIV-fertőzésnek továbbra is komoly a közegészségügyi jelentősége Európában, és bizonyított, hogy a HIV számos európai országban egyre jobban terjed. Összességében – a nem teljes körűen jelentett esetek ellenére – a 2008-ban regisztrált, újonnan diagnosztizált HIV-fertőzések száma emelkedett, míg a WHO európai régiójában diagnosztizált AIDS-esetek száma tovább csökkent, kivéve keleten, ahol nőtt az AIDS-betegek száma.

- 2008-ban a WHO európai régiójában és Liechtensteinben, 53 ország közül 48-ban összesen 51 600 HIV-fertőzést diagnosztizáltak és jelentettek (Ausztriából, Dániából, Liechtensteinből, Monacóból, Oroszországból, illetve Törökországból nem állnak rendelkezésre adatok). A legmagasabb előfordulási gyakoriságot Észtországból, Lettországból, Kazahsztánból, Moldovából, Portugáliából, Ukrajnából és az Egyesült Királyságból jelentették.
- 47 országból 7 565 AIDS-megbetegedést jelentettek (Dániából, Svédországból, Kazahsztánból, Liechtensteinből, Monacóból, Oroszországból és Törökországból nem állnak rendelkezésre adatok).
- 2008-ban az Európai Unió és az Európai Gazdasági Térség (EU/EGT) országai 25 656 újonnan diagnosztizált HIV-fertőzés jelentettek (Ausztriából, Dániából, illetve Liechtensteinből nem állnak rendelkezésre adatok). Az EU-/EGT-országokban a legmagasabb előfordulási gyakoriságot Észtországban, Lettországban, Portugáliában és az Egyesült Királyságban regisztrálták.
- Az EU-/EGT-országokban a HIV-fertőzés terjedésének leggyakoribb módja a férfiak közötti nemi kapcsolat, ezt követi a heteroszexuális kapcsolat. A heteroszexuális úton szerzett fertőzés következményeként jelentett esetek körülbelül 40%-át olyan személyeknél diagnosztizálták, akik kiterjedt HIV/AIDS-járványok által sújtott országokból származnak.
- A három, földrajzilag és járványügyi jellemzőit tekintve is elkülönülő területen a leggyakoribb terjedési mód területenként változik, ami a HIV európai epidemiológiájának nagyfokú sokféleségét jelzi. Keleten változatlanul az intravénás kábítószer-használat a fő átviteli mód, míg a középső régióban a HIV legfőbb terjedési módja a férfiak közötti nemi kapcsolat, ezt pedig a heteroszexuális kapcsolat követi. Nyugaton – amennyiben a kiterjedt HIV-járványokkal küzdő országokból származó eseteket kizárjuk az elemzésből - az elsődleges átviteli mód a férfiak közötti nemi kapcsolat, ezt követi a heteroszexuális kapcsolat.
- A HIV felügyeletének eredményeit folyamatosan jelentő 43 ország adatai alapján 2000 óta az egymillió népesítésre eső, bejelentett, újonnan diagnosztizált HIV-esetek száma több mint kétszeresére nőtt, a 2000. évi 44/1.000.000-ról a 2008. évi 89/1.000.000-ra emelkedett.
- A 2000–2008 közötti időszakban AIDS-re vonatkozó adatokat folyamatosan jelentő 46 ország körében az AIDS-megbetegedések regisztrált száma 12 072 esetről (19/millió fő) 7 564 esetre (12/millió fő) csökkent.
- Az itt ismertetett adatok bizonyos korlátokkal rendelkeznek, mivel több ország esetében nem teljes a jelentés és hiányoznak is adatok, továbbá az adatokat késve jelentik. Ez korlátozza az európai HIV- és AIDS-járványok nagyságára és kiterjedésére vonatkozóan levonható következtetéseket. Ha az adatokat a korlátokra nézve korrigálnák, a HIV-fertőzések 2008-ra vonatkozó összesített száma minden valószínűség szerint a jelenlegi duplája lenne. Ezenfelül a 2008-ra vonatkozóan regisztrált esetszámot a következő években várhatóan frissíteni fogják, tekintettel a több országban észlelhető késedelmes jelentési gyakorlatra.

### Ajánlások a HIV/AIDS felügyeletére

A HIV/AIDS felügyeletének adatai elengedhetetlenek ahhoz, hogy a HIV-járvány tendenciái nyomon követhetőek legyenek, és értékelni lehessen a közegészségügyi intézkedéseket. Ezért Európában minden országnak a következőket kellene tennie:

- a HIV-fertőzésekre és AIDS-megbetegedésekre vonatkozóan bevezetendő az esetalapú nemzeti jelentési rendszer, és biztosítandó az adatok teljessége és időbelisége; valamint
- javítandó a jelentett adatok minősége, különösen a fertőződés lehetséges módjait illetően.



## Ajánlások a közegészségügy számára

A járvány elleni védekezésre vonatkozó beavatkozásoknak bizonyítékokon kell alapulniuk, és az adott országhoz és földrajzi területhez kell igazítani őket. A rendelkezésre álló felügyeleti adatok alapján ésszerű a következő ajánlások megtevése:

- A keleti országokra vonatkozóan: a HIV-megelőzési stratégiák központi elemét az intravénás kábítószer-használók HIV elleni védekezést szolgáló beavatkozásoknak kell képezniük, beleértve a kárenyhítő programokat. A heteroszexuális átvitel megelőzését szolgáló intézkedéseket szintén meg kell erősíteni, a nagy kockázatú partnerekkel kapcsolatot létesítő személyeket célozva meg.
- A középső területen fekvő országokra vonatkozóan: a megelőzést az egyes országok körülményeihez kell igazítani annak érdekében, hogy a járványt a jelenlegi alacsony szintre korlátozzák. Tekintettel azonban arra, hogy a járvány a férfiakkal szexuális kapcsolatot fenntartó férfiak körében növekszik, ebben a csoportban a HIV elleni védekezést szolgáló beavatkozásokat prioritásként meg kell erősíteni.
- A nyugati országokra vonatkozóan: a férfiakkal szexuális kapcsolatot fenntartó férfiak körében a HIV elleni védekezés érdekében tett intézkedéseknek kell a HIV-megelőzési stratégiák központi elemét képezniük, beleértve az e csoportot célzó innovatív programokat. A megelőzési, kezelési és ellátási beavatkozásokat a migráns népesség elérése érdekében módosítani kell.
- Összességében támogatni kell a HIV-vel kapcsolatos tanácsadást és laboratóriumi vizsgálatot a korai diagnózis, kezeléshez jutás és tanácsadás biztosítása érdekében, hogy elősegítsék a továbbterjedés megelőzését vagy mérséklését, és az érintett személyek körében javítani lehessen a hosszabb távú kezelési eredményeket. Biztosítani kell a HIV-kezeléshez és -ellátáshoz való hozzáférés méltányosságát a népesség minden olyan csoportja számára, amelynek erre szüksége van, hogy az országok elérhessék a megelőzéshez, kezeléshez és ellátáshoz való egyetemes hozzáférés globális célját.

## Melléklet: ECDC-kiadványok 2009-ben

Ez a felsorolás csak az ECDC 2009. évi hivatalos kiadványait tartalmazza. Mindegyikük megtalálható a Központ weboldalán ([www.ecdc.europa.eu](http://www.ecdc.europa.eu)) és közülük sok nyomtatott formában is hozzáférhető. Egy részüket az év során frissítették vagy második kiadásuk jelent meg – az alább felsorolt hónapok az utolsó kiadásra vonatkoznak.

Az év során az ECDC munkatársai számos tudományos cikket és egyéb publikációt adtak ki, vagy közreműködtek ezek elkészítésében, beleértve a *Eurosurveillance* folyóiratot, amely itt nem szerepel a felsorolásban. A Központ nagyszámú rövid kommunikációs anyagot is készített az influenza világgjárvánnyal kapcsolatban, például kockázatértékeléseket és tervezési felvetéseket. Ezek online hozzáférhetők, de itt nem szerepelnek.

### Szakmai jelentések

#### *Május*

Development of *Aedes albopictus* risk maps

#### *Június*

Risk assessment guidelines for infectious diseases transmitted on aircraft

Guide to public health measures to reduce the impact of influenza pandemics in Europe – 'The ECDC Menu'

Surveillance and studies in a pandemic in Europe

#### *Július*

Migrant health series: Background note

Migrant health series: Epidemiology of HIV and AIDS in migrant communities and ethnic minorities in EU/EEA countries

Migrant health series: Access to HIV prevention, treatment and care for migrant populations in EU/EEA countries

#### *Szeptember*

Mapping of HIV/STI behavioural surveillance in Europe

The bacterial challenge: time to react (ECDC/EMEA Joint Technical Report)

#### *November*

Effectiveness of behavioural and psychosocial HIV/STI prevention interventions for MSM in Europe

### ECDC-útmutató

#### *Május*

Interim ECDC public health guidance on case and contact management for the new influenza A(H1N1) virus infection

#### *Június*

Chlamydia control in Europe

Mitigation and delaying (or 'containment') strategies as the new influenza A(H1N1) virus comes into Europe

Public health use of influenza antivirals during influenza pandemics

#### *Augusztus*

Use of specific pandemic influenza vaccines during the H1N1 2009 pandemic

#### *November*

Scientific panel on childhood immunisation schedule: Diphtheria-tetanus-pertussis (DTP) vaccination

Risk assessment guidelines for diseases transmitted on aircraft – Part 2: Operational guidelines for assisting the evaluation of risk for transmission by disease

## Felügyeleti jelentések

### *Március*

Tuberculosis surveillance in Europe – 2007

### *Június*

Analysis of influenza A(H1N1)v individual data in EU and EEA/EFTA countries

Preliminary report on case-based analysis of influenza A(H1N1) in EU and EEA/EFTA countries

### *Október*

Annual epidemiological report on communicable diseases in Europe – 2009

### *December*

HIV/AIDS surveillance in Europe – 2008

## A találkozóról készült jelentések

### *Március*

Expert meeting on chikungunya modelling (April 2008)

Consultation of the ECDC Competent Bodies for preparedness and response (October 2008)

Consultation on Crimean-Congo haemorrhagic fever prevention and control (September 2008)

Training strategy for intervention epidemiology in the European Union (October 2008)

ECDC workshop on social determinants and communicable diseases (March 2009)

### *Április*

Technical meeting on hepatitis A outbreak response (November 2008)

### *Május*

European pandemic influenza planning assumptions (January 2009)

### *Június*

Expert consultation on rabies post-exposure prophylaxis (January 2009)

Scientific Consultation Group – second meeting (December 2008)

### *Augusztus*

Surveillance and studies in a pandemic: Fourth meeting of the SSiaP working group (July 2009)

Expert consultation on West Nile virus infection (April 2009)

### *Október*

First meeting of ECDC Expert Group on Climate Change (September 2009)

### *November*

Ensuring quality in public health microbiology laboratories in the EU: Quality control and areas in need of strengthening (September 2009)

### *December*

Joint ECDC/EUPHA meeting on health communication for innovation in the EU: a focus on communicable diseases (May 2009)

## Szakmai dokumentumok

### *Július*

Web service technical documentation, TESSy, Version 1.1

Transport Protocol Specification XML – Extensible Markup Language, TESSy, Version 2.6

Transport Protocol Specification CSV – Comma Separated Value, TESSy

### **Szeptember**

Overview of surveillance of influenza 2009/2010 in the EU/EEA

### **November**

Protocols for cohort database studies to measure influenza vaccine effectiveness in the EU and EEA Member States

Protocols for case-control studies to measure influenza vaccine effectiveness in the EU and EEA Member States

### **December**

Protocol for cluster investigations to measure influenza vaccine effectiveness in the EU/EEA

## **Intézményi kiadványok**

### **Negyedévente (március, június, szeptember, december)**

ECDC Insight

Executive Science Update

### **Június**

Annual Report of the Director – 2008

Summary of key publications

### **Augusztus**

Annual Report of the Director: Summary – 2008