



ECDC **CORPORATE**

Streszczenie kluczowych publikacji 2009

ECDC **CORPORATE**

Streszczenie kluczowych publikacji – 2009



Sztokholm, styczeń 2010 r.

© Europejskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób, 2010 r.

Powielanie jest dozwolone pod warunkiem podania źródła.

Spis treści

Wprowadzenie.....	1
Raporty techniczne	2
1. Wytyczne w sprawie oceny ryzyka dotyczące chorób zakaźnych przenoszonych na pokładzie statku powietrznego.....	2
2. Nadzór nad pandemią w Europie i jej badanie.....	3
3. Przewodnik po środkach zdrowia publicznego mających na celu ograniczenie skutków pandemii grypy w Europie: „Menu ECDC”	4
4. Seria „Zdrowie migrantów”: Dostęp populacji migrantów do działań zapobiegających zakażeniom HIV, leczenia i opieki w państwach UE/EOG	12
5. Seria „Zdrowie migrantów”: Epidemiologia HIV i AIDS w społecznościach migrantów i mniejszościach etnicznych w państwach UE/EOG	15
6. Zarys nadzoru behawioralnego nad HIV/zakażeniami przenoszonymi drogą płciową w Europie	19
7. Zagrożenie drobnoustrojami: czas na działanie (wspólny raport techniczny ECDC/EMEA).....	21
8. Skuteczność behawioralnych i psychospołecznych interwencji prewencyjnych w zakresie HIV/zakażeń przenoszonych drogą płciową dotyczących populacji MSM w Europie.....	25
Raporty zawierające wytyczne	27
9. Kontrola chlamydii w Europie	27
10. Stosowanie leków przeciwwirusowych działających na wirusa grypy w celu ochrony zdrowia publicznego podczas pandemii grypy	29
11. Stosowanie określonych szczepionek przeciw grypie pandemicznej podczas pandemii grypy H1N1 w 2009 r.	32
Raporty monitoringowe.....	34
12. Nadzór nad gruźlicą w Europie w 2007 r.	34
13. Roczny raport epidemiologiczny na temat chorób zaraźliwych w Europie w 2009 r.....	36
14. Nadzór nad HIV/AIDS w Europie w 2008 r.	43
Załącznik: Publikacje ECDC w 2009 r.	45

Wprowadzenie

W roku 2009 Europejskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC) opublikowało w sumie 43 dokumenty naukowe. Do najistotniejszych z nich należą:

- „Roczny raport epidemiologiczny na temat chorób zakaźnych w Europie 2009”, trzecie wydanie rocznej publikacji ECDC zawierające szczegółowe zestawienie danych z nadzoru z 2007 r. i zagrożeń monitorowanych w 2008 r.;
- „Raport monitoringowy zakażeń gruźlicą w Europie za 2007 r.” i „Raport monitoringowy zakażeń HIV/AIDS w Europie za 2008 r.” – oba opracowano wspólnie z Biurem Regionalnym Światowej Organizacji Zdrowia dla Europy (WHO EURO) i dotyczą one sytuacji w krajach Unii Europejskiej (UE) i Europejskiego Obszaru Gospodarczego (EOG), a także w dalszych 23 krajach rejonu WHO EURO;
- Zapoczątkowanie serii „Zdrowie migrantów” stanowiącej zbiór publikacji na temat poszczególnych chorób, prezentujących analizę danych, zestawienie dowodów, interpretacje i wytyczne dotyczące interwencji w odniesieniu do migracji i wybranych chorób zakaźnych. Dwa pierwsze dokumenty dotyczące poszczególnych chorób opublikowane w 2009 r. były poświęcone HIV/AIDS;
- „Zagrożenie drobnoustrojami: czas na działanie” – opracowane wspólnie z Europejską Agencją Leków sprawozdanie techniczne dotyczące rozbieżności między powagą zakażeń wywołanych przez bakterie wielolekooporne a opracowywaniem nowych antybiotyków służących rozwiązywaniu tego problemu; oraz
- „Zarys nadzoru nad zachowaniami dotyczącymi HIV/zakażeń przenoszonych drogą płciową w Europie” – szczegółowa analiza bieżącej sytuacji dotyczącej programów nadzoru nad zachowaniami związanymi z HIV i zakażeniami przenoszonymi drogą płciową w UE i państwach Europejskiego Stowarzyszenia Wolnego Handlu (EFTA).

W celu udostępnienia decydom treści wybranych dokumentów wydanych przez ECDC, np. tych wymienionych powyżej, przygotowano kompilacje zawierające ich streszczenia we wszystkich językach UE plus w języku islandzkim i norweskim. Streszczenia te oddają ducha oryginalnych publikacji, choć istnieje możliwość, że w procesie dokonywania skrótów zostały zagubione niektóre istotne niuanse. Czytelnicy pragnący zyskać bardziej szczegółowy wgląd w omawiane tematy powinni zapoznać się z pełnymi tekstami dokumentów, które dostępne są w Internecie pod adresem: www.ecdc.europa.eu.

Wykaz wszystkich publikacji wydanych przez ECDC w 2009 r. znajduje się w załączniku. Każda z nich jest dostępna w postaci elektronicznej pod podanym wyżej adresem, wraz z krótkim opisem treści. Wybrane raporty dostępne są również w postaci drukowanej. Aby otrzymać papierowy egzemplarz danego dokumentu, prosimy o kontakt pod adresem publications@ecdc.europa.eu.

Raporty techniczne

1. Wytyczne w sprawie oceny ryzyka dotyczące chorób zakaźnych przenoszonych na pokładzie statku powietrznego

(Opublikowane w czerwcu 2009 r.)

W minionych latach odnotowano stały wzrost liczby pasażerów korzystających z krajowych i międzynarodowych komercyjnych podróży lotniczych. Każdego dnia na lotniska międzynarodowe przybywają miliony pasażerów, którzy w ciągu kilku godzin mogą znaleźć się w różnych częściach świata. Równocześnie, zmieniające się zwyczaje związane z podróżowaniem mogą stwarzać nowe zagrożenia: w zamkniętych kabinach współczesnych statków powietrznych pasażerowie mogą być narażeni na zakażenie różnymi chorobami zakaźnymi, którymi dotknięci są ich towarzysze podróży.

Pojawienie się w 2003 r. zespołu ostrej niewydolności oddechowej (SARS) pokazało, jaki potencjał mają nowe choroby w zakresie nagłego pojawiania się i rozprzestrzeniania po świecie za sprawą podróży lotniczych. Z punktu widzenia przygotowywania reakcji podmiotów zdrowia publicznego istotne jest wczesne wykrywanie chorób zakaźnych na pokładzie statków powietrznych połączone z przeprowadzaniem w porę oceny ryzyka. Gdy wykryte zostanie zagrożenie dla zdrowia publicznego, istotnym krokiem mającym na celu jego opanowanie jest skontaktowanie się z pasażerami, którzy byli na to zagrożenie narażeni podczas lotu. Stanowi to poważne wyzwanie dla ekspertów zdrowia publicznego na całym świecie.

Projekt RAGIDA („wytyczne w sprawie oceny ryzyka dotyczące chorób zakaźnych przenoszonych na pokładzie statku powietrznego” – ang. *risk assessment guidelines for infectious diseases transmitted on aircraft*) łączy informacje zaczerpnięte z literatury naukowej z wiedzą specjalistyczną, co ma na celu zapewnienie decydom realnych możliwości. RAGIDA może stanowić cenną pomoc podczas określania bodźców i w razie konieczności podjęcia decyzji w sprawie kontaktowania się z podróżnymi i załogą statku powietrznego, którzy byli narażeni na zakażenie chorobami zakaźnymi podczas lotu.

Na potrzeby projektu RAGIDA eksperci z Instytutu Roberta Kocha i z ECDC wytypowali 12 chorób: gruźlicę, gripę, SARS, zakażenia meningokokowe, odrę, różyczkę, dyfteryt, gorączkę krwotoczną wywoływaną wirusem Ebola, chorobę marburską (gorączkę krwotoczną Marburg), gorączkę Lassa, ospę wietrzną i węglik. Ponad 3 700 naukowców dokonywało wzajemnej oceny swoich artykułów, a źródła szarej literatury poddawano systematycznej weryfikacji, aby ocenić dokładne okoliczności, które doprowadzają do przenoszenia wskazanych chorób zakaźnych na pokładzie statku powietrznego. Ponadto w międzynarodowych izbach lotnictwa oraz w krajowych i międzynarodowych agencjach zdrowia publicznego systematycznie poszukiwano wytycznych dotyczących oceny ryzyka i zarządzania ryzykiem związanym z przedmiotowymi chorobami zakaźnymi. W celu uzyskania dodatkowych informacji skontaktowano się z 73 ekspertami z 38 państw i poproszono ich o opinię.

Wyniki systematycznie prowadzonego przeglądu literatury sugerują, że na pokładzie statku powietrznego względnie często dochodzi do zakażenia gruźlicą, gripą, SARS, zakażeniami meningokokowymi i odrą. Liczba artykułów opisujących potwierdzone przypadki zakażenia którąkolwiek z przedmiotowych chorób na pokładzie statku powietrznego jest jednak zaskakująco niska, w szczególności gdy uwzględnia się dużą liczbę potencjalnych kontaktów. W świetle tych wyników całkowita liczba przypadków zakażeń na pokładzie statku powietrznego jest prawdopodobnie również dość niska. Choć trudno jest wyciągać jakiegokolwiek wnioski na temat liczby zakażeń, do których dochodzi na pokładzie statku powietrznego, wydaje się prawdopodobne, że potencjał rozprzestrzeniania się chorób zakaźnych na pokładzie statków powietrznych nie jest wyższy niż na ziemi.

Ogólnie podtrzymujemy twierdzenie, że ocena ryzyka i decyzja o nawiązywaniu kontaktu powinny być związane z konkretnym przypadkiem i powinny uwzględniać takie czynniki jak potencjał epidemiologicznego rozprzestrzeniania się, zakaźność i patogenność pierwszych pacjentów, u których rozpoznano daną chorobę, sprawność pokładowych systemów wentylacji, intensywność kontaktów i szczegóły dotyczące lokalizacji miejsca pasażerów na pokładzie – zgodnie z sugestiami zawartymi w raporcie technicznym.

2. Nadzór nad pandemią w Europie i jej badanie

(Opublikowano w czerwcu 2009 r.)

Nadzór nad pandemią w Europie i jej badanie stanowią złożone zagadnienie obejmujące, zgodnie z poniższą definicją, cztery charakterystyczne elementy:

- 1) wczesne wykrywanie i badanie;
- 2) wszechstronną początkową ocenę;
- 3) monitorowanie; oraz
- 4) szybkie badanie skuteczności i wpływu środków zaradczych (w tym bezpieczeństwa farmaceutycznych środków zaradczych) podczas ich stosowania.

Istnieje małe prawdopodobieństwo wybuchu pandemii w Europie i dlatego wczesne wykrywanie i badanie będzie się prawdopodobnie odbywało w innym miejscu, ale pozostałe trzy procesy będą musiały być przeprowadzone w Europie. Nadzór laboratoryjny (mikrobiologiczny) będzie miał istotne znaczenie dla wszystkich wskazanych elementów, ale zazwyczaj będzie połączony z nadzorem epidemiologicznym i klinicznym. Początkowa ocena (element 2) jest istotna ze względu na liczbę znaczących parametrów kolejnej pandemii, których nie da się przewidzieć. Oceny tej nie trzeba jednak przeprowadzać w każdym państwie. Optymalne jest przeprowadzenie jej przez państwa europejskie najwcześniej dotknięte pandemią z pomocą Europejskiego Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC) i Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) i ograniczenie do określania „parametrów strategicznych”. Wartości tych parametrów pozwolą określić, które środki zdrowia publicznego i środki kliniczne prawdopodobnie odniosą sukces. Wyniki z kilku państw zostaną natychmiast przekazane wszystkim pozostałym państwom.

Szacunki dotyczące ciężkości pandemii będą stanowiły część początkowej oceny. Jej przeprowadzenie będzie trudne, ale będzie miało duże znaczenie ze względu na to, że niektóre krajowe plany w Europie przewidują zastosowanie interwencji w znacznym stopniu naruszających ład w przypadku zaistnienia pandemii o dużym zakresie. Oczekuje się, że oceną tą będzie kierowało WHO. Szczegółowe podejście będzie jednak wymagało połączenia europejskiego punktu widzenia z oceną ryzyka, ponieważ złożoność zagadnienia ciężkości pandemii utrudnia ograniczenie tego podejścia do pojedynczego środka. Wszystkie państwa europejskie będą musiały monitorować (element 3) właściwe zarządzanie własnymi systemami opieki zdrowotnej i innymi usługami. Centralne organy w poszczególnych państwach mogą wyrażać chęć monitorowania bardzo wielu informacji, ale powinny one być ograniczone do kwestii koniecznych do podejmowania decyzji i formułowania komunikatów. Możliwość monitorowania powinna być badana w sezonach zachorowalności na grypę, ale należy także uwzględnić możliwe sposoby zmiany systemów nadzoru lub zaprzestania ich funkcjonowania podczas pandemii. Monitorowanie międzynarodowe (składanie raportów do WHO i organów europejskich) nie powinno być skomplikowane, ponieważ dla wielu państw problemem będzie przekazywanie organom międzynarodowym rutynowych informacji oraz przeprowadzanie procesów wewnętrznych. Ponadto nie każde państwo będzie w stanie przedstawić organom europejskim informacje o stopniu szczegółowości odpowiadającym wymaganiom organu.

Badanie wpływu środków zdrowia publicznego (i bezpieczeństwa farmaceutycznych środków zaradczych) (element 4) jest kolejnym procesem, który należy przeprowadzić tylko w niektórych państwach. Istnieje małe prawdopodobieństwo, aby wyjaśniło się, czy środki zdrowia publicznego (i które z nich) okazały się skuteczne podczas samej pandemii.

WHO i ECDC współpracowały z europejskimi państwami członkowskimi w celu opracowania procedur i „próbnych protokołów” dotyczących elementu 2 – początkowej oceny – i zaplanowano, że zostaną one przetestowane pod względem dopuszczalności podczas prób i badań terenowych w trakcie sezonu grypowego 2009-2010. Pojawienie się nowego typu grypy A(H1N1) oznacza, że te procedury i protokoły będą testowane na prawdziwym szczepie pandemicznym. Wprowadzane są metody służące ocenie skuteczności szczepionek przeciwko grypie w Europie (część elementu 4). Na poziomie krajowym ważne jest, aby organy planowały sposób realizowania elementów 2-4, w tym aby współpracowały z organami akademickimi i personelem akademickim oraz korzystały z nich w sposób racjonalny podczas pandemii.

3. Przewodnik po środkach zdrowia publicznego mających na celu ograniczenie skutków pandemii grypy w Europie: „Menu ECDC”

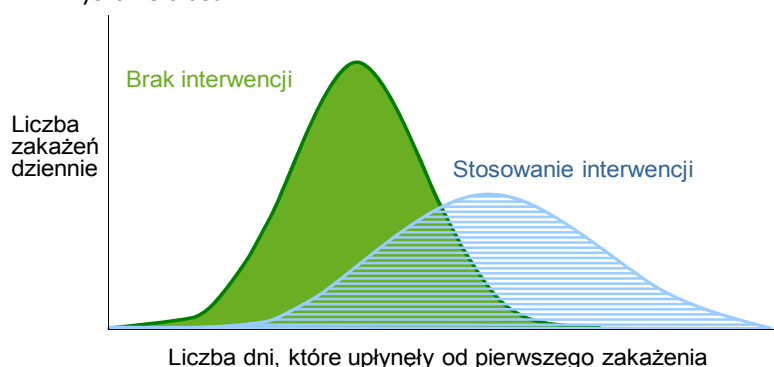
(Opublikowano w czerwcu 2009 r., zaktualizowany w październiku 2009 r.)

Stosowanie środków zdrowia publicznego (zob. tabele zbiorcze na str. 6) ograniczy do pewnego stopnia liczbę osób zakażonych, potrzebujących opieki medycznej i umierających podczas pandemii grypy. Prawdopodobnie ograniczą one także liczbę osób dotkniętych poważnymi epidemiami grypy sezonowej. Poprzez zmniejszanie lub opóźnianie osiągania najwyższej wartości na krzywej pandemii (rys. 3.1.) przedmiotowe środki mogą także złagodzić wtórne skutki pandemii, które są wynikiem jednoczesnego zachorowania wielu osób, tj. wpływ masowych nieobecności w pracy na takie kluczowe funkcje, jak zapewnianie opieki zdrowotnej, utrzymywanie dostaw żywności, dystrybucję paliw i funkcjonowanie zakładów użyteczności publicznej itp. Środki zdrowia publicznego mogą nawet opóźnić osiągnięcie najwyższej wartości epidemiologicznej na krzywej pandemii do czasu wprowadzenia szczepionki pandemicznej, co może także ograniczyć całkowitą liczbę osób dotkniętych tą pandemią. Ponadto teoretycznie mogą one opóźnić osiągnięcie najwyższej wartości krzywej do czasu, gdy w miesiącach letnich dojdzie do naturalnego spadku liczby zakażeń.

Rysunek 3.1. Cele stosowania środków zdrowia publicznego podczas pandemii

Cele wspólnotowych ograniczeń dotyczących przenoszenia zakażeń grypy

- Opóźnienie i obniżenie najwyższej wartości epidemiologicznej
- Ograniczenie negatywnego wpływu najwyższej wartości krzywej na system opieki zdrowotnej oraz zmniejszenie zagrożenia
- Ograniczenie ogólnej liczby zakażeń
- Zyskanie czasu



Zasugerowano wiele środków (zob. tabele zbiorcze), w tym działań o charakterze osobistym takich jak mycie rąk i noszenie maseczek oraz interwencji farmaceutycznych, takich jak stosowanie leków przeciwwirusowych, szczepionek na ptasią grypę pojawiającą się u ludzi (zwanymi także szczepionkami pre-pandemicznymi), a na późniejszym etapie pandemii – specyficznych szczepionek oraz wspólnotowych środków separacji społecznej. Wiele osób uważa, że łączenie kilku środków będzie jeszcze bardziej skuteczne niż stosowanie tylko jednego z nich; zabieg ten jest zwany „gruntowną ochroną” lub „interwencją wielopoziomową”. Zarówno prace wzorcowe, jak i zdrowy rozsądek sugerują, że wcześniejsze przeprowadzenie interwencji będzie bardziej skuteczne niż czekanie do czasu, gdy pandemia będzie już w zaawansowanym stadium.

Trudno sobie wyobrazić, że środki takie jak te należące do kategorii środków separacji społecznej nie będą miały pozytywnych skutków w postaci zmniejszenia liczby zakażeń układu oddechowego przenoszonych z człowieka na człowieka drogą kropelkową i przez pośredni kontakt. Dowody przemawiające za każdym indywidualnym środkiem są jednak często słabe. W odniesieniu do znacznej ich ilości brak jest też informacji na temat tego, jak będą na siebie oddziaływać. W szczególności nie wiadomo, czy skutek stosowania środków separacji społecznej będzie się kumulował. W niektórych przypadkach brak informacji na ten temat jest spowodowany brakiem badań związanych z tymi zagadnieniami. Częściej jednak jest to spowodowane trudnościami w dokonywaniu oceny środków z użyciem jakiegokolwiek podejścia eksperymentalnego i oceny zastosowania tych środków w praktyce w połączeniu

z innymi. Dlatego też niezwykle ciężko jest ocenić całkowite pozytywne skutki i względną moc różnych środków. Ponadto natężenie skutku może się istotnie różnić zależnie od cech charakterystycznych pandemii. Przykładowo, interwencje skierowane do dzieci mogły być całkiem skuteczne podczas pandemii w 1957 r., kiedy to szczególne znaczenie miały zakażenia przenoszone w młodszych grupach wiekowych, ale były one mniej skuteczne podczas pandemii w latach 1918-1919 i w 1968 r. Tak więc nie da się przygotować stałych planów mających zastosowanie do każdej pandemii. Ponadto skuteczność, wykonalność i koszty środków separacji społecznej będą prawdopodobnie różniły się zależnie od państwa europejskiego lub nawet w obrębie jednego państwa (na przykład, między gęsto zaludnionymi obszarami miejskimi a obszarami wiejskimi).

Doświadczenia związane z wcześniejszymi pandemiami i wydarzeniami pokrewnymi, takimi jak SARS, pokazują, że do pewnego stopnia środki zdrowia publicznego stosuje się zgodnie z lokalnymi zwyczajami i praktykami. Podczas pandemii w latach 1918-1919 w Stanach Zjednoczonych środki te miały charakter zorganizowany i często prewencyjny, podczas gdy w Europie podczas pandemii i epidemii SARS były raczej stosowane w reakcji na szerzenie się zakażeń.

W związku z tym silne argumenty przemawiają za stworzeniem planów awaryjnych (planów testowanych podczas prób, które mają być wprowadzone w życie w przypadku braku innych informacji). Istnieją wytyczne WHO dotyczące tej kwestii i wiele państw europejskich opracowuje takie plany. Uwzględniając jednak powyższe rozważania plany te powinny odznaczać się znacznym stopniem elastyczności oraz powinny określać struktury kierownictwa i struktury kontrolne pozwalające na szybkie wprowadzanie zmian w świetle nowych danych i doświadczeń.

Wszystkie środki zdrowia publicznego pociągają za sobą koszty i skutki wtórne. Większość środków wywołuje skutki wtórne, które mogą mieć istotne znaczenie i wiele z nich wymaga dokładnego rozważenia. Bardziej drastyczne zasugerowane środki społeczne (np. prewencyjne zamykanie szkół i wprowadzanie ograniczeń swobody podróżowania) pociągają za sobą znaczne koszty i konsekwencje, które będą różniły się zależnie od miejsca ich zastosowania. Trudno je także zapewnić. Tak więc w przypadku zwyczajnej sezonowej grypy lub łagodnej pandemii stosowanie tych środków, w szczególności ich wczesne stosowanie, mogłoby wywołać więcej szkód niż pozwolenie na rozprzestrzenianie się zakażenia i zajmowanie się leczeniem osób cierpiących na poważniejsze choroby.

Niektóre środki są względnie proste do wprowadzenia w życie, a ich stosowanie zaleca się nawet w przypadku łagodnej grypy sezonowej (np. regularne mycie rąk i wczesne odizolowywanie się od innych w przypadku wystąpienia gorączki). Korzyścią płynącą z tych środków jest wspieranie osób indywidualnych i oferowanie im porad w trudnych chwilach niepokoju. Wprowadzenie w życie innych środków może być trudne lub zbyt kosztowne (np. zażywanie na masową skalę we właściwym czasie leków przeciwwirusowych przez osoby poddające się zakażeniu), a jeszcze inne niosą ze sobą potencjał istotnego naruszenia funkcji społecznych i trudno je zapewnić (np. zamknięcie granic, wprowadzenie ograniczeń w transporcie wewnętrznym). Dlatego też wszystkie środki wymagają planowania, przygotowań i przeprowadzenia prób.

Istotne znaczenie ma kwestia dotycząca środków kosztownych i naruszających ład. Podczas pandemii mniej poważnej choroby oraz gdy mamy do czynienia z mniejszą liczbą zachorowań, jak to miało miejsce w 1957 r. i 1968 r. stosowanie niektórych dopuszczalnych środków wspólnotowych (prewencyjne zamykanie szkół, praca w domu itp.), choć prawdopodobnie ogranicza możliwość zakażenia, może wiązać się z większymi kosztami i naruszeniami ładów niż te wynikające z pandemii. W związku z tym takie środki mogą przynosić rzeczywiste korzyści tylko wtedy, gdy są wprowadzane w życie podczas poważnych pandemii, na przykład charakteryzujących się dużą liczbą hospitalizacji lub o współczynniku śmiertelności porównywalnym z tym z okresu „grypy hiszpanki” z lat 1918-1919.

Dlatego też istotne będzie przeprowadzenie początkowej oceny klinicznej ciężkości pandemii w ujęciu globalnym i w Europie. Choć wczesne wprowadzenie środków w życie jest posunięciem logicznym, zbyt wczesne zastosowanie interwencji w znacznym stopniu naruszających ład będzie kosztowne i może sprawić, że trudno je będzie podtrzymywać.

Wiele państw europejskich rozważa obecnie opcje polityki dotyczące tych środków. Ze względu na różnorodność panującą w Europie żadne z połączeń środków nie będzie odpowiednie dla wszystkich państw: nie wszystkim pasuje jeden rozmiar. Wspólne dyskusje na temat środków będą jednak pomocne i pozwolą na opracowanie skuteczniejszego procesu decyzyjnego. Ponadto niektóre państwa prowadzą już w znaczącym zakresie prace naukowe (niniejszy dokument nawiązuje do niektórych z nich) i wszystkie państwa europejskie mogą czerpać korzyści z tych prac oraz ze sposobu myślenia przyjętego w innych państwach.

Cel

W świetle powyższych rozważań i uwzględniając fakt, że mandat ECDC upoważnia do wydawania opinii naukowych, a nie do zlecania działań, celem niniejszego dokumentu jest zaprezentowanie listy („menu”) ewentualnych

środków, udzielając informacji z zakresu zdrowia publicznego i informacji naukowych dotyczących posiadanej wiedzy lub opinii na temat ich prawdopodobnej skuteczności, kosztów (bezpośrednich i pośrednich), dopuszczalności, oczekiwań społecznych i innych bardziej praktycznych rozważań. Lista ta ma pomóc państwom członkowskim i instytucjom UE podjąć indywidualnie lub wspólnie decyzje w sprawie środków, które zastosują. W związku z tym istnieją pewne środki, które są na tyle oczywiste lub tak nieskuteczne, że zwykle przedstawienie dowodów powinno wystarczyć do łatwego podjęcia decyzji w ich sprawie.

Adresaci

Pierwotnymi adresatami niniejszego dokumentu są osoby kształtujące politykę i decydenci, ale wtórnymi adresatami są wszystkie podmioty zainteresowane kwestią grypy, społeczeństwo i media. Zrozumienie przez media środków i ich ograniczeń będzie miało istotne znaczenie w odniesieniu do ich pomyślnego zastosowania w przypadku pandemii.

Zakres

Niniejszy dokument ma zastosowanie w przypadku szerzącej się w Europie pandemii o stopniu zagrożenia wynoszącym 5 lub 6 w skali WHO oraz w przypadku epidemii grypy sezonowej. Nie odnosi się on do różnych okoliczności związanych z 4 stopniem zagrożenia, do wyjątkowych potrzeb związanych z pierwszym pojawieniem się domniemanego szczepu pandemicznego (*WHO Rapid Containment Strategy* – strategia WHO dotycząca szybkiego powstrzymania rozprzestrzeniania się choroby), ani do złożonych kwestii związanych z planowaniem i polityką, które pojawiają się w związku ze sposobem zapewnienia kluczowych usług podczas pandemii (tzw. planowanie ciągłości działania na wypadek pandemii). Ostatnia z tych kwestii nie należy do kompetencji ECDC.

Niniejszy dokument powinien być czytany w powiązaniu z wcześniejszymi wytycznymi ECDC dotyczącymi środków ochrony osobistej. Jego podsumowanie znajduje się w tekście i w tabelach. Opublikowano istotne wytyczne naukowe dotyczące (pre-pandemicznych) szczepionek przeciwko ptasiej grypie H5N1 pojawiającej się u ludzi i w tekście znajdują się odwołania do tego opracowania. Wytyczne należy odczytywać w powiązaniu z wytycznymi WHO z 2005 r. i z nowymi wytycznymi WHO w sprawie środków zaradczych (opublikowanymi w 2009 r.).

Należy zauważyć, że są to tymczasowe wytyczne, ponieważ uzyskiwane będą kolejne wyniki badań i istnieje prawdopodobieństwo, że opracowane zostaną nowe środki zaradcze. Dlatego też niniejsze menu będzie co jakiś czas aktualizowane.

Tabele zbiorcze Cechy charakterystyczne potencjalnych interwencji mających na celu ograniczenie liczby zakażeń podczas 6 stopnia zagrożenia pandemią/poważnej epidemii grypy sezonowej

Podróże międzynarodowe (zamknięcie granic, ograniczenia wjazdu, porady dla podróżujących)

Interwencja	Jakość dowodu ¹	Skuteczność (korzyści)	Koszty bezpośrednie	Koszty pośrednie i zagrożenia ²	Dopuszczalność w Europie	Aspekty praktyczne i inne kwestie
1. Porady dla podróżujących	B	Minimalna	Niskie	Ogromne	Dobra	Prawdopodobnie i tak dojdzie do znacznego spadku liczby podróży międzynarodowych.
2. Kontrola przy wjeździe	B, Bm	Minimalna	Znaczne	Znaczne	Może być oczekiwana przez ludność miejscową	Prawdopodobnie i tak dojdzie do spadku liczby podróży międzynarodowych.
3. Zamknięcie granic lub poważne ograniczenia swobody podróżowania	B, Bm	Minimalna, chyba że środki niemal całkowite	Ogromne	Ogromne	Zmienna, ale może być oczekiwana przez część ludności miejscowej	Prawdopodobnie i tak dojdzie do spadku liczby podróży międzynarodowych.

Środki ochrony osobistej

Interwencja	Jakość dowodu	Skuteczność (korzyści)	Koszty bezpośrednie	Koszty pośrednie i zagrożenia	Dopuszczalność w Europie	Aspekty praktyczne i inne kwestie
4. Regularne mycie rąk	B	Prawdopodobnie zmniejsza zagrożenie zakażenia	Niskie	Brak	Dobra, ale brak danych na temat stosowania	Umiarkowane ³
5. Wysoka higiena oddychania (stosowanie i wyrzucanie chusteczek)	B	Nieznana, ale przypuszczalna	Niskie	Niskie	Dobra, ale brak danych na temat stosowania	Niewiele
6. Ogólne noszenie maseczek poza domem	C, Cm	Brak danych	Ogromne	Niskie	Nieznana, ale ogólnie niska kultura noszenia maseczek w większości państw	Ogromne – trudności związane ze szkoleniem, dostawami i rodzajami maseczek, ich wyrzucaniem oraz z odpadami. Mogą pojawić się negatywne skutki niewłaściwego i powtórnego wykorzystywania.

¹ Dowód skuteczności: oznaczenia A, B i C odnoszą się odpowiednio do zaleceń opierających się na dowodach w sposób znaczny, zadowalający i nieznaczny.

Stopień A: systematyczne przeglądy w przypadku występowania różnorodnych badań pierwotnych, do których można się odnosić (nie pierwotnych prac wzorcowych), dobrze opracowanych badań epidemiologicznych lub, w szczególności, badań eksperymentalnych (kontrolowane badania randomizowane).

Stopień B: odpowiada dowodowi opierającemu się na dobrze opracowanych badaniach epidemiologicznych, istotnych badaniach obserwacyjnych lub badaniach eksperymentalnych z udziałem 5-50 badanych lub na badaniach eksperymentalnych z innymi ograniczeniami (w których, na przykład, grypa nie będzie punktem końcowym). Kod Bm odnosi się do prac wzorcowych, ze szczególnym uwzględnieniem badań dostarczających dane pierwotne wysokiej jakości. Tak więc jakość może być równocześnie oznaczona przez Bm i C.

Stopień C: odpowiada dowodowi opierającemu się na sprawozdaniach z przebiegu choroby, źle kontrolowanych badaniach obserwacyjnych o niewielkim zasięgu, słabo uzasadnionych badaniach o dużym zasięgu, wiedzy na temat trybu przenoszenia zakażeń, okresu zakaźności itp. Cm odnosi się do prac wzorcowych wykorzystujących niewiele danych pierwotnych lub wykorzystujących dane o niskiej jakości.

² Zwane niekiedy skutkami drugo- i trzeciorzędnymi – np. zamykanie granic prowadzące do zakłóceń w handlu i w przepływie istotnych dostaw i pracowników.

³ Konieczność znacznego zwiększenia możliwości częstego mycia rąk w miejscach wykorzystywanych codziennie, np. w miejscach publicznych, barach szybkiej obsługi itp.

Interwencja	Jakość dowodu	Skuteczność (korzyści)	Koszty bezpośrednie	Koszty pośrednie i zagrożenia	Dopuszczalność w Europie	Aspekty praktyczne i inne kwestie
7. Noszenie maseczek w obiektach opieki zdrowotnej⁴	C	Brak danych	Umiarkowane	Niskie	Ogólnie stosowane już na dużą skalę	Umiarkowane – trudności związane ze szkoleniem, definiowaniem sytuacji wysokiego ryzyka, dostawami i rodzajami maseczek, w szczególności masek ochronnych.
8. Noszenie maseczek w innych sytuacjach wysokiego ryzyka⁵	C	Brak danych	Umiarkowane	Niskie	Nieznana, ale stosowanie jest zasadne	Umiarkowane – trudności związane ze szkoleniem, definiowaniem sytuacji wysokiego ryzyka, dostawami i rodzajami maseczek.
9. Noszenie maseczek przez osoby cierpiące na zakażenia dróg oddechowych	C	Nieznana, ale przypuszczalna	Umiarkowane	Może pozwolić osobom chorym i przenoszącym zakażenia na ciągle przemieszczanie się i zakażenie innych	Nieznana, ale stosowanie jest zasadne. Rozszerza bieżące zalecenia szpitalne na mieszkania i obiekty publiczne.	Trudności związane z definiowaniem osób podlegających zaleceniu i z dostarczaniem im maseczek. Stosowanie także przez osoby cierpiące na problemy z oddychaniem z powodu zakażenia dróg oddechowych.
10. Wczesne odizolowywanie się chorych⁶	C	Nieznana, ale przypuszczalna	Umiarkowane	Umiarkowane ⁷ . Zwiększone zagrożenie dla opiekunów, którzy nie będą mogli pracować.	Standardowa porada stosowana już w wielu państwach	Potrzeba szkolenia i wyposażania opiekunów domowych, którzy będą zagrożeni. Kwestia odszkodowań za utracone zarobki i zgody pracodawców.
11. Kwarantanna⁸	C	Brak danych	Ogromne	Ogromne z powodu utraconej wydajności	Niejasna	Bardzo trudno sprawiedliwie rozdzielać pracę i rozstrzygać kwestię odszkodowania za utracone zarobki.

Środki separacji społecznej

Interwencja	Jakość dowodu	Skuteczność (korzyści)	Koszty bezpośrednie	Koszty pośrednie i zagrożenia	Dopuszczalność w Europie	Aspekty praktyczne
12. Ograniczenia w podróżach wewnętrznych	Cm, C	Sugerowane nieznaczne opóźnienie rozprzestrzeniania się zakażenia	Znaczne	Ogromne, w tym zakłócenia życia społecznego ⁹	Brak danych	Zagrożone kluczowe funkcje. Kwestia odpowiedzialności i podstaw prawnych ¹⁰ .

⁴ Osoby mające bezpośredni kontakt z wieloma członkami społeczeństwa.

⁵ Osoby mające bezpośredni kontakt z wieloma członkami społeczeństwa w zatłoczonych środkach transportu.

⁶ Zazwyczaj w domu osoby, która źle się czuje i zaczyna gorączkować.

⁷ Gdy jakaś osoba wymaga opieki w domu, zarówno ona, jak i jej opiekun nie chodzą do pracy.

⁸ Odizolowywanie na pewien czas w domu zdrowych osób, co do których uznano, że były narażone na zakażenie.

⁹ Korzyścią płynącą z tej interwencji oraz z innych jest to, że przyspieszają one w zaplanowany sposób to, co prawdopodobnie i tak zdarzy się po upływie pewnego czasu.

¹⁰ Kwestia wskazania, kto wypłaca odszkodowania, jeżeli doszło do strat gospodarczych spowodowanych działaniem publicznym (rządowym).

Interwencja	Jakość dowodu	Skuteczność (korzyści)	Koszty bezpośrednie	Koszty pośrednie i zagrożenia	Dopuszczalność w Europie	Aspekty praktyczne
13. Zamykanie szkół w reakcji na szerzenie się zakażeń	Bm, C	Może wywoływać większe skutki niż pozostałe środki separacji społecznej	Umiarkowane	Ogromne, ponieważ dzieci będą wymagały opieki w domu ¹¹	Nieznaną, ponieważ nie zdarza się to często w Europie	Należy unikać kontaktowania się dzieci poza szkołą z innymi dziećmi. Kwestia odpowiedzialności i podstaw prawnych ^{10, 12} Trudności z określeniem czasu zastosowania, stabilnością i ponownym otwieraniem szkół.
14. Prewencyjne zamykanie szkół	Bm, C	Może wywoływać większe skutki niż pozostałe środki separacji społecznej i być skuteczniejsze od środków stosowanych w reakcji na szerzenie się zakażeń	Umiarkowane	Jak wyżej ¹¹	Jak wyżej	Jak wyżej, ale może pojawić się jeszcze więcej trudności z określeniem czasu zastosowania (zbyt wczesne zamykanie szkół), stabilnością i ponownym otwieraniem szkół ^{10,12} .
15. Zamykanie zakładów pracy w reakcji na szerzenie się zakażeń	Cm	Brak danych ⁹	Znaczne	Znaczne	Brak danych na temat istotnej kwestii odszkodowań ¹⁰	Kwestia odpowiedzialności, odszkodowania i podstaw prawnych, a także stabilności i ponownego otwierania zakładów pracy. Niemożliwe w odniesieniu do kluczowych funkcji ¹³ .
16. Praca w domu i ograniczanie liczby spotkań	Cm,C	Brak danych	Umiarkowane	Umiarkowane	Prawdopodobnie dopuszczalne	Rzadziej możliwe w odniesieniu do kluczowych funkcji ¹³ .
17. Odwoływanie zgromadzeń publicznych, imprez międzynarodowych itp.	C	Brak danych	Ogromne	Ogromne	Prawdopodobnie zależy od kwestii odszkodowania i kwestii należności ubezpieczenia ⁹ . Może być oczekiwane przez społeczeństwo.	Kwestia odpowiedzialności i podstaw prawnych. Trudno zdefiniować zgromadzenia publiczne lub spotkania międzynarodowe i określić sytuacje, gdy dopuszczalne jest uchylenie zakazów.

Stosowanie leków przeciwwirusowych: wczesna faza leczenia

Interwencja	Jakość dowodu	Skuteczność (korzyści)	Koszty bezpośrednie	Koszty pośrednie i zagrożenia	Dopuszczalność w Europie	Aspekty praktyczne
18. Wszystkie osoby, u których wystąpiły objawy	A (tylko przeniesienie i czas trwania choroby), Bm	Oczekiwana jest umiarkowana skuteczność, ale dowody na to są słabe ¹⁴	Ogromne	Umiarkowane	Oczekiwana przez większość państw	Znaczne koszty logistyczne i trudności w określaniu osób chorych na grype, w sprawiedliwym przekazywaniu zapasów we właściwym czasie wszystkim zainteresowanym (w ciągu 24 lub 48 godzin) i w zarządzaniu tymi zapasami ¹⁵ .

¹¹ Gdy dziecko wymaga opieki w domu, jego opiekun nie chodzi do pracy.

¹² Interwencje skierowane do dzieci często zakładają, że dzieci odgrywają szczególnie istotną rolę w przenoszeniu zakażeń, co nie musi mieć miejsca w przypadku każdej pandemii.

¹³ Rozróżnienia „kluczowych funkcji” dokonuje się w drodze złożonego procesu, który jest istotny, ale wykracza poza zakres niniejszego dokumentu.

¹⁴ Na podstawie badań udowodniono, że w przypadku grypy sezonowej wczesne rozpoczęcie leczenia skraca czas trwania choroby o dzień lub dwa dni i zmniejsza możliwość przeniesienia zakażenia. Dane dotyczące pozytywnego wpływu na współczynnik odnoszący się do hospitalizacji i umieralności pochodzą z obserwacji, są ograniczone i mniej znaczące.

19. Pracownicy opieki zdrowotnej i opieki społecznej lub kluczowi pracownicy narażeni na zakażenia	A	Niska ¹⁵	Znaczne	Niskie	Uznawane za część środków ochrony pracowników i mające znaczenie dla pracowników pozostających w miejscu pracy	Trudności w definiowaniu pracowników opieki zdrowotnej lub kluczowych pracowników narażonych na zakażenia ¹⁵ .
---	---	---------------------	---------	--------	--	---

Stosowanie leków przeciwwirusowych: profilaktyka związana ze stwierdzonym przypadkiem zakażenia

Interwencja	Jakość dowodu	Skuteczność (korzyści)	Koszty bezpośrednie	Koszty pośrednie i zagrożenia	Dopuszczalność w Europie	Aspekty praktyczne
20. Rodzina	B, Bm	Umiarkowana	Ogromne	Umiarkowane	Prawdopodobnie dopuszczalne	Trudności związane ze stwierdzaniem przypadków zakażenia, definiowaniem rodziny, prędkością zapewnienia zapasów, ich bezpieczeństwem i zarządzaniem nimi ¹⁶ .
21. Kontakty rodzinne i towarzyskie	B, Bm	Umiarkowane	Ogromne +	Umiarkowane	Brak danych, ale problem z osobami, którym pozornie odmówiono leczenia	Jak wyżej; problemy z definiowaniem zasięgu grup
22. Kontakty rodzinne i geograficzne	B, Bm	Umiarkowana	Ogromne +	Umiarkowane	Brak danych, ale problem z osobami, którym pozornie odmówiono leczenia	Jak wyżej; jeszcze większe problemy z definiowaniem zasięgu grup

Stosowanie leków przeciwwirusowych: stała profilaktyka

Interwencja	Jakość dowodu	Skuteczność (korzyści)	Koszty bezpośrednie	Koszty pośrednie i zagrożenia	Dopuszczalność w Europie	Aspekty praktyczne
23. Pracownicy opieki zdrowotnej lub opieki społecznej lub kluczowi pracownicy	C	Umiarkowana	Ogromne	Umiarkowane	Niejasna – pracownicy opieki zdrowotnej nie mogą ich wcale stosować lub stosować ich regularnie	Trudności w definiowaniu pracowników opieki zdrowotnej lub kluczowych pracowników. Kwestia tego, jak długo można podawać leki przeciwwirusowe.

¹⁵ Istnieje wiele istotnych problemów praktycznych związanych ze wskazywaniem osób chorych na grypę, określaniem sposobu zapewniania leków przeciwwirusowych itp.

¹⁶ Istnieje potrzeba rozważenia tego, w jaki sposób wczesne sprawozdania na temat wiarygodnych efektów ubocznych mogą być szybko i skutecznie analizowane.

Szczepionki: szczepionka przeciwko ptasiej grypie pojawiającej się u ludzi¹⁶

Interwencja	Jakość dowodu	Skuteczność (korzyści)	Koszty bezpośrednie	Koszty pośrednie i zagrożenia	Dopuszczalność w Europie	Aspekty praktyczne
24. Ogół ludności	B, Bm	Niejasna, zależy od typu antygenowego pandemii ¹⁷	Ogromne	Znaczne ^{16,18}	Brak danych ¹⁹	Kwestie wskazujące na priorytetowe znaczenie grup.
25. Pracownicy opieki zdrowotnej lub opieki społecznej lub kluczowi pracownicy	B, Bm	Jak wyżej	Ogromne	Jak wyżej	Jak wyżej; ponadto niejasne jest, czy przedmiotowe grupy je zaakceptują	Trudności w definiowaniu pracowników opieki zdrowotnej lub kluczowych pracowników.
26. Szczepienie dzieci przed innymi grupami	B, Bm	Jak wyżej	Ogromne	Jak wyżej	Nie wiadomo, czy rodzice je zaakceptują, w szczególności, gdy dzieci przechodzą chorobę łagodniej, a korzyści ze szczepienia odnoszą inni. Profil bezpieczeństwa nie jest dobrze określony ²⁰ .	Potrzeba wstępnego planowania.

Szczepionki: specyficzna szczepionka pandemiczna

Interwencja	Jakość dowodu	Skuteczność (korzyści)	Koszty bezpośrednie	Koszty pośrednie i zagrożenia	Dopuszczalność w Europie	Aspekty praktyczne
27. Szczepionka pandemiczna	B, Bm	Minimalna przy pierwszej dawce	Ogromne i wymagające wcześniejszych inwestycji	Niskie	Prawdopodobnie cieszy się wysokim poparciem ²⁰	Trudność w określaniu pierwotnych grup priorytetowych ¹⁶ .

¹⁷ Zakłada się, że kolejna pandemia będzie opierała się na antygenie H5. Z eksperymentalnych odczynów serologicznych można wyciągnąć korzyści, ale danych z obserwacji szczepu pandemicznego nie można gromadzić a badań dotyczących tego szczepu nie można przeprowadzać zanim zakażenie nie zacznie się przenosić i zanim ogłoszony zostanie 3 stopień zagrożenia pandemią. Wcześniejsze przeprowadzanie badań może zostać uznane za nieetyczne.

¹⁸ Ryzyko finansowe związane z tym, że kolejna pandemia będzie dotyczyła szczepu antygenowego, a nie obecnie wysoko patogennej ptasiej grypy (A/H5).

¹⁹ Żadne państwo nigdy nie próbowało proponować swoim obywatelom szczepień z wykorzystaniem szczepionki o tak niskiej oczekiwanej skuteczności, stąd brak informacji na ten temat.

²⁰ Istnieje potrzeba rozważenia tego, w jaki sposób wczesne sprawozdania na temat wiarygodnych efektów ubocznych będą szybko i skutecznie analizowane.

4. Seria „Zdrowie migrantów”: Dostęp populacji migrantów do działań zapobiegających zakażeniom HIV, leczenia i opieki w państwach UE/EOG

(Opublikowano w lipcu 2009 r.)

Niniejszy raport podsumowuje wnioski z przeglądu dotyczącego dostępu migrantów do działań zapobiegających zakażeniom HIV, leczenia i opieki w Unii Europejskiej (UE), który to przegląd przeprowadzono w miesiącach maj-wrzesień 2008 r. Przeprowadzenie przeglądu zleciło Europejskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC) w ramach obszerniejszej serii raportów dotyczących migracji i chorób zakaźnych w UE.

W oparciu o informacje zgromadzone w ramach badania ankietowego przeprowadzonego wśród respondentów z 27 państw członkowskich UE i trzech państw Europejskiego Obszaru Gospodarczego (EOG) oraz na podstawie przeglądu literatury niniejszy raport ma na celu przedstawienie danych przeglądowych dotyczących bieżącej sytuacji i zapewnienie materiałów dla przyszłych polityk, badań i usług zmierzających do poprawienia dostępu populacji migrantów do służb zajmujących się zakażeniami HIV. Około dwie trzecie respondentów reprezentowało organizacje pozarządowe (NGO), a pozostałą część stanowili przedstawiciele organizacji rządowych. Dlatego też wnioski i sugerowane działania niekoniecznie są zgodne z poglądami rządów państw UE.

W sekcji 1 znajduje się krótki opis kontekstu i metodologii przeglądu. W sekcji 2 zawarto główne ustalenia dotyczące migrantów i HIV, ze szczególnym uwzględnieniem czynników zwiększających podatność migrantów na zakażenie HIV i uniemożliwiających im dostęp do działań zapobiegawczych, leczenia i usług opiekuńczych, a także z uwzględnieniem sposobów UE i państw członkowskich na reagowanie na potrzeby migrantów związane z HIV. W sekcji 3 zawarto rozważania dotyczące sposobów postępowania, podsumowania trudności i działań sugerowanych przez respondentów w celu zwiększenia dostępu migrantów w UE do usług związanych z HIV. Poniżej podsumowano kluczowe wnioski, trudności i sugerowane działania.

Kluczowe wnioski

- UE podjęła istotne działania w celu uregulowania ogólnej kwestii dotyczącej migracji i zdrowia oraz specyficznej kwestii dotyczącej migracji i HIV. „Deklaracja dublińska w sprawie współpracy w zwalczaniu HIV/AIDS w Europie i Azji Środkowej” z 2004 r. i kolejne deklaracje nadały kwestii HIV wyższy priorytet w programie europejskim. Konferencja w Lizbonie i kolejne spotkania, a także raporty z 2007 r. zwróciły uwagę na kwestie migracji, zdrowia i HIV. Wpłynęło to na zobowiązania polityczne UE, co znalazło odzwierciedlenie w instrumentach polityki i instrumentach prawnych, których celem jest zapewnienie migrantom dostępu do opieki zdrowotnej, w tym do działań zapobiegawczych, leczenia i usług opiekuńczych związanych z HIV. Państwa członkowskie UE różnią się jednak istotnie pod względem ram politycznych i prawnych oraz prowadzenia działań zapobiegawczych, leczenia i sprawowania opieki nad migrantami w odniesieniu do HIV.
- Najistotniejsze populacje imigrantów dotkniętych HIV wywodzą się z Afryki subsaharyjskiej, Europy Wschodniej i Azji, a w niektórych państwach europejskich – z Ameryki Łacińskiej i Karaibów. Istotną subpopulację stanowią osoby ubiegające się o azyl i uchodźcy, nielegalni migranci, osoby świadczące usługi seksualne oraz mężczyźni utrzymujący kontakty seksualne z mężczyznami (MSM). Jako najczęstsze czynniki zwiększające podatność migrantów na zakażenie HIV wymienia się bariery językowe, marginalizację i wykluczenie społeczne. Wskazano także na podejścia kulturowe, religię, obawy przed dyskryminacją i niewielki poziom wiedzy na temat HIV wśród migrantów.
- Czynniki uniemożliwiające migrantom dostęp do usług są związane z polityką i prawem, świadczeniem usług, społecznością migrantów i całym społeczeństwem. Stwierdzono, że polityka rozproszenia migrantów na terenie danego państwa ogranicza dostęp do działań zapobiegawczych i leczenia. Status prawny – brak statusu rezydenta i ubezpieczenia zdrowotnego – określano najczęściej jako przeszkodę w dostępie do leczenia zakażeń HIV, w szczególności przez respondentów w nowych państwach członkowskich UE. Brak informacji uwzględniających aspekt kulturowy dostępnych w odpowiednich językach, brak właściwie wyszkolonych specjalistów oraz brak usług dopasowanych do specyficznych potrzeb migrantów stanowiły bariery we wszystkich trzech dziedzinach usług. W społecznościach migrantów dostęp do przedmiotowych usług uniemożliwia kultura, religia, obawa przed dyskryminacją i ograniczony zakres wiedzy na temat dostępnych usług. W całym społeczeństwie piętnowanie i

diskryminowanie migrantów uniemożliwia im dostęp w szczególności do usług opiekuńczych – uwarunkowania społeczne migrantów wskazano jako specyficzną barierę w dostępie do leczenia.

- Niemal wszystkie państwa zgłaszają prowadzenie interwencji dotyczących HIV skierowanych do społeczności migrantów i subpopulacji. Niektóre państwa, w szczególności te o dłuższej historii migracji zapewniają więcej usług świadczonych przez agencje rządowe, organizacje pozarządowe (NGO) i organizacje społeczne. W pozostałych państwach dostępnych jest niewiele takich usług, o ile w ogóle są w nich spotykane. Społeczności migrantów są zaangażowane we wprowadzanie w życie interwencji w większości państw, ale, z kilkoma istotnymi wyjątkami, ich wpływ na politykę jest ograniczony. Kwestia migracji i HIV została jednak uznana przez respondentów w większości spośród 30 państw uczestniczących w badaniu za zagadnienie o niskim priorytecie. Wyższy priorytet nadaje się tej kwestii w państwach, w których częstość występowania HIV wśród migrantów jest stosunkowo wyższa.

Kluczowe wyzwania

- Polityka i ramy prawne stanowią wyzwanie w odniesieniu do świadczenia usług związanych z HIV na rzecz migrantów. Niespójności w zakresie polityki zdrowotnej i imigracyjnej mogą przynosić zdrowiu publicznemu efekty odwrotne do zamierzonych. Największy niepokój budzi kwestia dostępu nielegalnych i nieposiadających ubezpieczenia migrantów do leczenia zakażeń HIV. Pokrewnym wyzwaniem jest brak jasnych i spójnych ram prawnych dotyczących praw migrantów związanych z opieką zdrowotną.
- Wyzwanie stanowią także braki w informacjach. Brak normalizacji w zakresie gromadzenia danych w różnych państwach utrudnia porównywanie sytuacji migrantów na terenie UE. Choć przeprowadzono wiele badań, wciąż występują braki w informacjach, na przykład na temat migracji i HIV w nowych państwach członkowskich UE, ryzykownych zachowań związanych z HIV, zdrowia i potrzeb migrantów dotyczących HIV oraz wpływu kultury i religii na przekonania i podejścia dotyczące zdrowia oraz na prozdrowotne zachowania w społecznościach migrantów.
- W niektórych państwach na poziomie świadczenia usług wciąż istnieje potrzeba usunięcia prawnych, administracyjnych i kulturowych barier utrudniających dostęp do tych usług. Wyzwaniem jest także dopilnowanie, aby interwencje w zakresie zapobiegania i opieki w ramach określonej społeczności prowadzone przez agencje rządowe i organizacje pozarządowe otrzymywały odpowiednio wysokie i stałe finansowanie.
- Wyzwaniem jest także prowadzenie kompleksowych działań mających na celu rozwiązanie kwestii negatywnego postrzegania migrantów w społeczeństwie, pogorszonego dodatkowo przez nieprzychylną relację w mediach, oraz realizowanie inicjatyw mających na celu zaspokajanie szerszego zakresu społecznych, ekonomicznych i prawnych potrzeb migrantów. Działania te stanowią wyzwanie, ponieważ wymagają wspólnych starań ze strony decydentów, specjalistów z zakresu opieki zdrowotnej i społecznej oraz społeczeństwa obywatelskiego.

Kluczowe sugerowane działania

- Do celów gromadzenia dokładnych i dających się porównać danych z nadzoru oraz opracowywania spójnych i właściwych polityk i interwencji potrzebne jest stworzenie wspólnej dla całej UE definicji „migranta”. Respondenci zasugerowali także przeprowadzenie specyficznych działań w zakresie polityki, finansowania, badań oraz tworzenia sieci kontaktów i usług zarówno na poziomie europejskim, jaki i krajowym.
- Na poziomie europejskim i krajowym zasugerowano, aby nadać znaczenie priorytetowe kwestii jasnej polityki i wyraźnych ram prawnych dotyczących ochrony praw migrantów (w szczególności migrantów nielegalnych i nieposiadających ubezpieczenia) do opieki związanej z HIV. Inne sugerowane działania dotyczyły usuwania niespójności w politykach, zwracania uwagi decydentów na kwestie związane z HIV i migracją oraz zwiększania zaangażowania społeczności migrantów w procesy prac nad polityką. Priorytetowe znaczenie nadano także zagadnieniom finansowania sieci i projektów europejskich poświęconych kwestiom migracji i HIV oraz finansowania organizacji pozarządowych świadczących usługi związane z HIV na rzecz populacji migrantów.
- Zaproponowano kilka obszarów badawczych. Na poziomie europejskim wśród innych działań zaproponowano także przeprowadzenie badań pogłębiających wiedzę na temat modeli migracji, wpływu przepisów i polityk europejskich na dostęp do leczenia i szacowanie kosztów i korzyści związanych z powszechnym dostępem do leczenia oraz na temat skutków interwencji. Na poziomie krajowym zasugerowano poprawę jakości informacji epidemiologicznych, pogłębienie wiedzy na temat społeczności

migrantów (w tym wiedzy dotyczącej HIV, podejść i zachowań oraz wpływu kultury i religii) oraz dokonanie analizy skutków regulacji prawnych i skuteczności interwencji realizowanych na rzecz populacji migrantów.

- Zaproponowane tworzenie sieci kontaktów o znaczeniu priorytetowym obejmuje wsparcie UE dla ogólnoeuropejskiej sieci organizacji zajmujących się kwestią migracji i HIV oraz innych mechanizmów umożliwiających wymianę zasobów, doświadczeń i dobrych praktyk, a także wspieranie silniejszych więzi i bliższej współpracy między stowarzyszeniami specjalistów z zakresu opieki zdrowotnej i społecznej oraz organizacji migrantów i organizacji praw człowieka w UE i na poziomie krajowym.
- W odniesieniu do świadczenia usług większość respondentów podkreśliło potrzebę wykorzystywania dostosowanych pod względem kulturowym materiałów i interwencji, powiązanych szkoleń dla pracowników sektora opieki zdrowotnej i osób pracujących na rzecz społeczności oraz większego zaangażowania społeczności migrantów w świadczenie usług. Sugerowano, że wspólnotowe podejścia do badań na obecność wirusa HIV takich jak rozszerzenie zasięgu działań, wszechstronne podejścia do leczenia i opieki oraz zwiększone wysiłki w zakresie informowania społeczności migrantów o dostępnych usługach zwiększą zakres stosowania tych usług i ich zrozumienie.

5. Seria „Zdrowie migrantów”: Epidemiologia HIV i AIDS w społecznościach migrantów i mniejszościach etnicznych w państwach UE/EOG

(Opublikowano w lipcu 2009 r.)

Kontekst, uzasadnienie i cel

Globalna pandemia HIV/AIDS odzwierciedla ogromne nierówności społeczno-ekonomiczne i zdrowotne między państwami uprzemysłowionymi i nieuprzemysłowionymi. UNAIDS szacuje, że w 2007 r. osób żyjących z HIV/AIDS (ang. *people living with HIV/AIDS* - PLWHA) było 33 mln; ponad 96% nowych zakażeń HIV miało miejsce w krajach o niskim i średnim dochodzie. Wśród wszystkich osób żyjących z HIV/AIDS 22,5 mln to mieszkańcy Afryki Subsaharyjskiej, gdzie chorobowość wśród dorosłych wynosi 5%, czyli znacznie więcej niż szacowana średnia światowa wynosząca 0,8%. Karaiby, z chorobowością na poziomie 1%, zajmują drugie miejsce wśród obszarów najbardziej dotkniętych, zaś na trzecim miejscu plasuje się Europa Wschodnia z chorobowością rzędu 0,9%.

Według Międzynarodowej Organizacji ds. Migracji (IOM) w 2006 r. międzynarodowych migrantów było blisko 192 mln (3% populacji świata), z czego 95 mln stanowiły kobiety. Organizacja Narodów Zjednoczonych określa mianem międzynarodowego migranta osobę, która zmienia kraj zamieszkania. Najczęstszym powodem migracji jest poszukiwanie lepszych warunków ekonomicznych, dlatego większość migrantów to osoby przenoszące się z krajów rozwijających się do krajów rozwiniętych. W 2006 r. największe grupy migrantów pochodziły z Chin, Indii i Filipin, a w czołówce krajów przyjmujących największą liczbę migrantów znalazły się USA, Rosja, Niemcy, Ukraina i Francja. Do Unii Europejskiej, jednego z najbogatszych obszarów świata, przybyło 64 mln (8,8%) migrantów; w tej kwestii występuje jednak znaczne zróżnicowanie w zależności od państwa. Unia Europejska znajduje się również wśród tych regionów świata, które szczytą się najdłuższą tradycją w dziedzinie poszanowania praw człowieka. Niemniej jednak, podobnie jak w wielu innych regionach świata, migranci żyjący na terytorium Unii Europejskiej stają w obliczu poważnych problemów związanych z integracją. Migracja i wykluczenie społeczne czynią migrantów wyjątkowo podatnymi na HIV/AIDS i związane z nimi komplikacje.

Epidemia HIV stanowi poważny problem w zakresie zdrowia publicznego w UE; od momentu wprowadzenia mechanizmów sprawozdawczych w 1999 r. liczba zakażeń HIV nie przestaje rosnąć. Dominującą drogą zakażenia są kontakty heteroseksualne (53% nowych zakażeń HIV w 2006 r.), na drugim miejscu znajdują się kontakty seksualne między mężczyznami (ang. *men who have sex with men* – mężczyźni utrzymujący kontakty seksualne z innymi mężczyznami, MSM) (37%), a dalej stosowanie narkotyków w postaci zastrzyków (ang. *injecting drug users* – osoby stosujące narkotyki w postaci zastrzyków, IDU) (9%). Warto także wspomnieć o zgłoszonych w 2006 r. 204 przypadkach przeniesienia zakażenia HIV z matki na dziecko (ang. *mother-to-child transmission* – MTCT). Nierówności zdrowotne, również te wynikające z posiadania statusu migranta, powinny być monitorowane w celu przygotowania odpowiednich reakcji. Od roku 2000 dawne EuroHIV gromadziło informacje o miejscach, z których pochodzą doniesienia. Znaczny i ciągle rosnący odsetek doniesień o zakażeniu AIDS i HIV poprzez kontakt heteroseksualny dotyczy osób niewywodzących się z kraju, z którego pochodzi doniesienie, lecz w większości z Afryki Subsaharyjskiej. Również inne grupy migrantów mogą być w sposób nieproporcjonalny dotknięte HIV/AIDS, jednak w tej kwestii brakuje danych. Całkowity i względny udział migrantów w krajowych epidemiach HIV na terenie UE jest różny i zależy od schematów migracji, historii kolonii, stanu epidemii HIV w kraju pochodzenia i kraju docelowym oraz od reakcji w obszarze zdrowotnym i społecznym. Od wczesnych dni epidemii jasne było, że zapewnienie praw osobom żyjącym z AIDS i HIV jest jedną z głównych kwestii; nie podlegało dyskusji to, że kluczowymi elementami z tym związanymi są nauka, prawa człowieka oraz podejście do zdrowia publicznego.

W 2007 r. portugalska prezydencja w UE wybrała jako swój główny temat właśnie kwestię zdrowia i migracji. We wnioskach Rady przyjętych w grudniu 2007 r. ECDC zostało poproszone o sporządzenie raportu dotyczącego migracji i chorób zakaźnych. W odpowiedzi na to wezwanie ECDC opublikowało serię raportów, które złożyły się na raport ECDC na temat migracji i chorób zakaźnych w UE. Celem raportu pt: „Epidemiologia HIV i AIDS w społecznościach migrantów i mniejszościach etnicznych” było określenie wskaźnika zakażeń HIV w społecznościach migrantów oraz ich wkład w epidemiologię HIV w okresie 1999–2006.

Metodologia

Dane z ECDC/dawnego EuroHIV zostały wykorzystane w odniesieniu do całego świata i poszczególnych państw, a wartości bezwzględne i odsetki przypadków AIDS i HIV zostały przeanalizowane pod kątem pochodzenia

geograficznego i roku (1999–2006) oraz sklasyfikowane według płci i kategorii przeniesienia. W przypadkach gdy informacje nie były dostępne w ECDC, kontaktowano się bezpośrednio z kluczowymi informatorami. Dane na temat liczby zarejestrowanych migrantów według płci i roku otrzymano z publicznych europejskich baz danych, Eurostatu i krajowych urzędów statystycznych z każdego z krajów uczestniczących w badaniu – albo za pośrednictwem stron internetowych tych instytucji, albo przy pomocy bezpośredniej korespondencji.

Wyniki

W 2006 r. w 27 krajach UE oraz w Norwegii i Islandii zanotowano 6 746 przypadków AIDS. Największy udział migrantów zaobserwowano w przypadkach przeniesienia drogą kontaktów heteroseksualnych; 1 373 (50%) spośród przypadków, których pochodzenie geograficzne jest znane, pochodziło z kraju innego niż ten, który zgłosił dany przypadek; 77% pochodziło z Afryki Subsaharyjskiej. Wśród 57 przypadków AIDS przeniesionego z matki na dziecko, gdzie znane było pochodzenie geograficzne, 23% pochodziło z Afryki Subsaharyjskiej. Także w przypadkach AIDS przeniesionego w populacji MSM prawie 20% stanowili migranci najczęściej pochodzący z Ameryki Łacińskiej (106) oraz z krajów Europy Zachodniej (52). 7% z 1 545 przypadków przeniesienia przez stosowanie narkotyków w postaci zastrzyków odnotowano u migrantów, głównie z Europy Zachodniej, Afryki Północnej i Bliskiego Wschodu. W latach 1999–2006 liczba odnotowanych w regionie przypadków AIDS u rodowitych obywateli i migrantów z Europy Zachodniej spadła o 42%. W latach 1999–2006 rosła natomiast liczba przypadków odnotowanych u migrantów z Europy Wschodniej (o 200%), Afryki Subsaharyjskiej (o 89%) i Ameryki Łacińskiej (o 50%). W UE przypadki AIDS o wiele częściej występują u mężczyzn, mimo że proporcja liczby mężczyzn do liczby kobiet stale się zmniejsza. Dlatego też, choć odnotowana w 2006 r. całkowita liczba zakażonych mężczyzn i kobiet pochodzących z Afryki Subsaharyjskiej wynosiła odpowiednio 602 i 623, ich udział w liczbie przypadków AIDS u kobiet i mężczyzn wyniósł odpowiednio 12% i 33%.

W 2006 r. w 27 państwach UE oraz w Norwegii i Islandii odnotowano w sumie 26 712 przypadków zakażenia HIV, z czego w 29% przypadków pochodzenie geograficzne nie było znane. Największą liczbę migrantów, zarówno bezwzględna, jak i względna, odnotowano wśród przypadków zarażenia przez kontakty heteroseksualne. Wśród ludzi ze znanym pochodzeniem geograficznym 65% z 8 354 zarażeń HIV odnotowano wśród osób niepochodzących z kraju, który zgłaszał przypadek, a znaczna większość tych osób (5 046) pochodziła z Afryki Subsaharyjskiej. Wśród 169 przypadków AIDS przeniesionego z matki na dziecko, gdzie znane było pochodzenie geograficzne, 41% pochodziło z Afryki Subsaharyjskiej. Wśród zakażeń ze znanym pochodzeniem geograficznym 18% z 5 048 zarażeń HIV w populacji MSM odnotowano u migrantów, najczęściej pochodzących z Ameryki Południowej (215) i Europy Zachodniej (247). Spośród 1 590 przypadków zakażeń HIV ze znanym pochodzeniem geograficznym, do których doszło przez stosowanie narkotyków w postaci zastrzyków, 86% stanowili rodowici obywatele, a 14% migranci głównie pochodzący z Europy Zachodniej (63) i Wschodniej (64). W latach 1999–2006 zanotowano znaczny wzrost liczby odnotowanych zakażeń HIV w Europie, zarówno wśród rodowitych obywateli, jak i migrantów. Wzrost ten należy interpretować w kontekście wdrażania w UE systemu sprawozdawczości w odniesieniu do HIV, które jeszcze się nie zakończyło.

W UE zakażenia HIV o wiele częściej występują wśród mężczyzn, mimo że proporcja liczby mężczyzn do liczby kobiet stale się zmniejsza. Bezwzględna liczba odnotowanych w 2006 r. zakażeń HIV wśród kobiet i mężczyzn wyniosła odpowiednio 1 764 i 2 989. Biorąc pod uwagę, że całkowita liczba zakażeń wśród mężczyzn i kobiet będących rodowitymi obywatelami wyniosła odpowiednio 7 891 i 2 028, stosunek zakażeń mężczyzn pochodzących z Afryki Subsaharyjskiej do zakażeń u rodowitych obywateli wyniósł 0,1, a stosunek zakażeń kobiet pochodzących z Afryki Subsaharyjskiej do zakażeń u rodowitych obywaterek wyniósł 1,5. Liczba zakażeń HIV odnotowanych u kobiet pochodzących z Afryki Subsaharyjskiej przekracza o blisko 1 000 liczbę zakażeń występujących u rodowitych obywaterek, chociaż w przypadku 2 910 zakażeń HIV u kobiet nieznane jest ich pochodzenie geograficzne. Liczba zakażonych kobiet z Afryki Subsaharyjskiej przekracza o ponad 1 000 liczbę zakażonych mężczyzn stamtąd pochodzących. Dalej plasują się mężczyźni z Europy Zachodniej (539) i Ameryki Łacińskiej (456). W przypadku kobiet sytuacja wygląda nieco inaczej niż w przypadku mężczyzn, ponieważ, wyłączając Afrykę Subsaharyjską, zakażeniu HIV najczęściej ulegają migrantki pochodzące z Azji Południowo-Wschodniej i Karaibów – odpowiednio 179 i 161 zakażeń – natomiast u kobiet pochodzących z Europy Zachodniej i Wschodniej oraz z Ameryki Łacińskiej odnotowano odpowiednio 85 i 111 przypadków.

Pod względem udziału migrantów w przypadkach zakażenia HIV występuje duża różnorodność w zależności od państwa. W krajach, w których częstość występowania HIV wynosi poniżej 20 przypadków na milion, np. w Europie Środkowej, udział migrantów w epidemii jest niewielki. W krajach, w których częstość występowania HIV wynosi 21–49 przypadków na milion, za wyjątkiem Litwy, udział migrantów w odnotowanych w 2006 r. przypadkach zakażenia HIV wynosi ponad 40%. Biorąc pod uwagę różnice w populacji, liczba zdiagnozowanych u migrantów zakażeń HIV waha się od 24 przypadków na Cyprze do 258 w Szwecji. W krajach, w których częstość zakażeń HIV wynosi 50–99 przypadków na milion, za wyjątkiem Grecji, udział migrantów w odnotowanych przypadkach zakażenia HIV wynosi 40% w Holandii i Niemczech, prawie 60% w Norwegii, około 65% w Irlandii i Francji oraz 70% w Belgii. W krajach, w których częstość zakażeń HIV wynosi 100–199 przypadków na milion,

udział migrantów w odnotowanych przypadkach zakażenia HIV wynosi około 30% w Austrii, 71% w Wielkiej Brytanii i aż 80% w Luksemburgu. W Portugalii, czyli kraju, w którym występuje najwyższa w UE częstotliwość zakażeń HIV, udział migrantów w odnotowanych przypadkach zakażenia HIV wynosi około 20%.

W okresie od 1999–2006 odnotowano 16 222 przypadki gruźlicy (TB) jako choroby definiującej AIDS (ang. *AIDS-defining condition* – ADC); 8 028 z nich zdiagnozowano u migrantów, spośród których 3 883 pochodziło z Afryki Subsaharyjskiej, a pochodzenie 2 684 było nieznane. Odnotowano także znaczną różnorodność w proporcji gruźlicy jako ADC w zależności od pochodzenia geograficznego. Niższe proporcje odnotowano u mieszkańców Ameryki Północnej (8%) oraz u rodowitych obywateli (16%), a najwyższe u osób pochodzących z Afryki Subsaharyjskiej (40%), Europy Wschodniej (40%), Azji Południowo-Wschodniej (32%) oraz Ameryki Łacińskiej (30%).

Spośród około 495 mln ludzi zarejestrowanych w krajowych urzędach ds. ludności w 27 państwach UE oraz w Norwegii, Islandii i Księżtwie Liechtensteinu około 32,5 mln (6,5%) to nieobywatele. Informacje na temat narodowości tych osób są dostępne w przypadku 30 krajów, których dotyczą te badania, z wyjątkiem Bułgarii, Estonii, Francji i Luksemburga. Połowa z 32,5 mln zarejestrowanych migrantów pochodzi z Europy (6,5 mln z Europy Zachodniej; 7,4 mln z Europy Środkowej; 2,3 mln z Europy Wschodniej), a na dalszych pozycjach plasują się Ameryka Łacińska (2,31 mln), Karaiby (261 000), Azja Południowa i Południowo-Wschodnia (2,25 mln), Afryka Północna i Bliski Wschód (2,19 mln) oraz Afryka Subsaharyjska (1,32 mln).

Omówienie i ograniczenia

W latach 1999–2006 odnotowano znaczny i ciągle rosnący udział populacji migrantów, głównie pochodzących z Afryki Subsaharyjskiej, w przypadkach zakażeń AIDS i HIV w 27 państwach UE oraz w Norwegii i Islandii. Choć udział migrantów pochodzących z Afryki Subsaharyjskiej w odnotowanych przypadkach zakażeń przez kontakty heteroseksualne i MTCT jest bardzo wysoki, wśród migrantów, głównie z Europy Zachodniej, Ameryki Łacińskiej i Karaibów, występuje również wysoki odsetek zakażeń w populacji MSM, co zwraca uwagę na potrzebę uznania różnorodności seksualnej migrantów żyjących z HIV/AIDS. Udział populacji migrantów w epidemii HIV i AIDS jest znacznie wyższy w przypadku kobiet, co dowodzi feminizacji epidemii HIV/AIDS wśród migrantów w UE. Powody, dla których kobiety są bardziej podatne na zakażenie HIV, mają podłoże zarówno społeczne, jak i biologiczne. Statystyki pokazują, że potrzebna jest akcja w zakresie zapobiegania HIV skierowana do każdej z płci oraz wprowadzenie na poziomie krajowym strategii leczenia. Blisko związany ze wskaźnikiem zakażeń HIV u kobiet pochodzących z Afryki Subsaharyjskiej jest wysoki udział migrantów z Afryki Subsaharyjskiej w odnotowanych w UE przypadkach zakażeń HIV przez MTCT. Podczas gdy spadek liczby perinatalnych zakażeń HIV stanowi ważne osiągnięcie w zakresie zdrowia publicznego, nadal istnieją istotne wyzwania, w szczególności w przypadku matek-migrantek.

W kwestii udziału migrantów w zakażeniach HIV w poszczególnych krajach występuje duża różnorodność. W krajach Europy Wschodniej i w niektórych krajach Europy Środkowej udział ten wynosi poniżej 10%, podczas gdy w krajach Europy Zachodniej wynosi o 40%. W większości krajów Europy Zachodniej udział migrantów w zakażeniach HIV wynosi pomiędzy 20% a 40%. Schemat ten jest zgodny z trendami migracyjnymi – udział migrantów w zakażeniach HIV jest wyższy w krajach, w których udział migrantów w całości ludności również jest wyższy w związku z historią kolonialną i niedawno zaistniałą nierównowagą socjoekonomiczną i demograficzną. Występuje także, zwłaszcza w Wielkiej Brytanii, Francji, Belgii i Niemczech, znaczny i niepokojący udział przypadków, w których nieznane jest pochodzenie geograficzne.

Obecnie dostępne dane nie uwzględniają rozróżnienia, w których przypadkach do zakażenia HIV doszło w UE, a w których poza jej granicami. Inne raporty wskazują, na podstawie porównania średniej długości pobytu migrantów w Europie z liczbą komórek CD4 obecną w momencie zdiagnozowania HIV, że do większości zakażeń u osób pochodzących z Afryki Subsaharyjskiej doszło prawdopodobnie w krajach ich pochodzenia. Jednak są także dowody na to, że u osób pochodzących z Afryki Subsaharyjskiej do zakażenia HIV dochodzi w państwach UE. Jeśli chodzi o inne miejsca pochodzenia, niewiele jest danych dotyczących miejsca, w którym doszło do zakażenia, choć w przypadku migrantów przyjmujących dożylnie narkotyki są dowody, że do zakażenia HIV dochodzi raczej w Europie. Podawanie miejsca, w którym doszło do zakażenia jest kwestią kontrowersyjną, ponieważ jego konsekwencją niestety było pojawienie się reakcji jawnie rasistowskich. Jednak zbadanie, gdzie doszło do zakażenia HIV i gdzie rozwijał się AIDS ma z punktu widzenia zdrowia publicznego poważne konsekwencje: może wskazywać na porażkę profilaktyki pierwotnej i wtórnej HIV lub obu rodzajów profilaktyk.

Późne zdiagnozowanie HIV stanowi duży problem w UE i USA, a dane wskazują, że problem ten jest poważniejszy w przypadku osób seropozytywnych wywodzących się z populacji migrantów niepochodzących z Zachodu. Liczba odnotowanych przypadków AIDS w większości państw UE od połowy lat 90. uległa znacznemu spadkowi, co przypisuje się wpływowi dostępu do wysoce skutecznych terapii antyretrowirusowych (ang. *highly active antiretroviral treatment* – HAART). Niemniej jednak w przypadku większości migrantów nie obserwuje się tego spadku, co jest rezultatem późnego diagnozowania zakażenia HIV i gorszego dostępu do HAART i może skutkować

negatywnym wpływem na śmiertelność migrantów seropozytywnych w UE. W związku z tym, że od osób poddających się HAART trudniej się zarazić, terapia ta jest jednocześnie strategią zapobiegania przenoszeniu HIV. Leczenie i profilaktyka ma również znaczenie w przypadku gruźlicy, ponieważ szybkie zdiagnozowanie HIV z pewnością wpływa na spadek liczby przypadków gruźlicy związanej z HIV. Jak już stwierdzono, leczenie gruźlicy jest równoznaczne z profilaktyką przenoszenia gruźlicy, zatem także stanowi profilaktykę przypadków wtórnych.

Interpretacja udziału migrantów w epidemiologii HIV w regionie ma pewne ograniczenia ze względu na różnorodność we wdrażaniu systemów sprawozdawczych dotyczących HIV oraz słabą realizację zmiennej „pochodzenia geograficznego” w państwach członkowskich UE. W rzeczywistości fakt, iż brakuje wielu wartości w tej kategorii stanowi ograniczenie interpretacji danych, dlatego potrzebne jest zaostrożenie obserwacji HIV w UE w celu zapewnienia wymaganych standardów jakości.

Podsumowując, liczby przedstawione w obecnym raporcie nie stanowią zaskoczenia dla osób zajmujących się tą dziedziną, w szczególności jeśli przeanalizuje się globalną epidemiologię HIV i światowe trendy migracyjne, z których oba mają związek z globalną nierównowagą. Kontrolowanie epidemii HIV/AIDS powinno zlikwidować bariery w zakresie profilaktyki i leczenia HIV u migrantów w UE. Dane przywołane i poddane analizie w tym raporcie nie potwierdzają teorii, że zarówno pierwotna, jak i wtórna profilaktyka HIV jest nieskuteczna oraz że konieczne są działania rozstrzygające.

6. Zarys nadzoru behawioralnego nad HIV/zakażeniami przenoszonymi drogą płciową w Europie

(Opublikowano we wrześniu 2009 r.)

Kontekst

Epidemia, którą przypisuje się ludzkiemu wirusowi niedoboru odporności (HIV) oraz innym zakażeniom przenoszonym drogą płciową (ang. *sexually transmitted infections* – STI) stanowi znaczny problem w zakresie zdrowia publicznego w Europie. Europejskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC) założono w 2005 r. w celu zwiększenia zdolności Unii Europejskiej do zapobiegania i kontrolowania chorób zakaźnych, a HIV i inne zakażenia przenoszone drogą płciową znajdują się wśród jego priorytetów. Nadzór jest w tym kontekście niezwykle ważnym zagadnieniem, a zadaniem ECDC jest prowadzenie i koordynacja baz danych służących nadzorowi chorób zaraźliwych na terenie UE. Nadzór drugiej generacji (ang. *second generation surveillance* – SGS) odnosi się do nadzoru łączącego monitoring wskaźników biologicznych (nowe przypadki HIV/AIDS i zakażeń przenoszonych drogą płciową) i behawioralnych (zachowania seksualne, stosowanie zabezpieczeń). Podejście to ma znaczenie zarówno dla rozwoju strategii informacyjnej, jak i oceny jej wyników.

W 2008 r. ECDC zwróciło się do międzynarodowej grupy ekspertów z prośbą o przeprowadzenie pogłębionej analizy aktualnego stanu rozwoju programów nadzoru behawioralnego związanego z HIV i zakażeniami przenoszonymi drogą płciową w krajach Europy oraz o przygotowanie propozycji ram wdrożenia kluczowego zestawu wskaźników behawioralnych odnoszących się do HIV i zakażeń przenoszonych drogą płciową w Europie. Raport ten to przedstawia zarys systemów nadzoru behawioralnego związanych z HIV i STI w państwach członkowskich UE oraz w państwach należących do Europejskiego Stowarzyszenia Wolnego Handlu (EFTA). Nadzór jest badany w następujących populacjach: całość ludności, młodzież, osoby stosujące narkotyki w postaci zastrzyków (IDU), mężczyźni utrzymujący kontakty seksualne z mężczyznami (MSM), osoby żyjące z HIV/AIDS (PLWHA), osoby świadczące usługi seksualne, klienci jednostek zajmujących się zakażeniami przenoszonymi drogą płciową, migranci i mniejszości etniczne.

Metody

Zestawy kwestionariuszy zostały wysłane do wszystkich państw UE i EFTA. Zestaw składał się z dziewięciu oddzielnych kwestionariuszy, z których jeden dotyczył systemów krajowego nadzoru behawioralnego i nadzoru drugiej generacji, a pozostałe poszczególnych populacji. W kwestionariuszu dotyczącym systemu nadzoru zwrócono się o podanie informacji w zakresie istnienia i definicji:

- krajowego lub regionalnego systemu nadzoru behawioralnego;
- funkcjonowania systemu drugiej generacji na szczeblu krajowym lub regionalnym; oraz
- potencjalnych lub występujących przeszkód we wprowadzeniu zrównoważonych systemów nadzoru drugiej generacji.

W kwestionariuszach dotyczących poszczególnych populacji pytano przede wszystkim czy istnieje system nadzoru dla danego środowiska oraz zbierano informacje na temat przeprowadzanych w różnych środowiskach od 1985 r. sondaży behawioralnych (lub innych sposobów zbierania informacji), które dotyczyły:

- metodologii zastosowanej do każdego badania lub systemu zbierania danych;
- głównych wskaźników stosowanych obecnie; oraz
- powiązanych publikacji.

Kwestionariusze wysłano pocztą elektroniczną do punktów kontaktowych nadzoru HIV w każdym z państw, a osoby, które je otrzymały, miały możliwość przekazania odpowiednim specjalistom krajowym do wypełnienia kwestionariuszy dotyczących poszczególnych populacji. Osoby odpowiedzialne zbierały następnie kwestionariusze i odsyłały je do analizy przez grupę ekspertów. Wersję wstępną raportu omówiono na posiedzeniu ekspertów ds. nadzoru, które odbyło się w Montreux (Szwajcaria) w lutym 2009 r., a także wysłano do zatwierdzenia krajowym punktem kontaktowym nadzoru HIV, które zajmowały się wstępną analizą kwestionariuszy dotyczących ich kraju.

Wyniki

Dwadzieścia osiem z 31 krajów objętych sondażem zwróciło uzupełnione zestawy kwestionariuszy (nie odpowiedziały: Bułgaria, Rumunia i Portugalia). Zarys nadzoru behawioralnego w państwach UE i EFTA pokazuje dużą różnorodność w stopniu rozwoju nadzoru behawioralnego w zależności od kraju. 15 państw posiada stały

system nadzoru behawioralnego nad HIV/zakażeń przenoszonych drogą płciową (Belgia, Cypr, Dania, Finlandia, Francja, Hiszpania, Litwa, Łotwa, Niemcy, Polska, Słowenia, Szwajcaria, Szwecja i Wielka Brytania), a jedno państwo (Holandia) prowadzi stały nadzór w niektórych konkretnych populacjach, jednak nie dysponuje krajowym, ogólnym systemem nadzoru behawioralnego.

Występują duże nierówności między państwami w zakresie stopnia formalizacji systemów nadzoru behawioralnego. Spośród 16 państw, które zadeklarowały stosowanie nadzoru behawioralnego tylko w przypadku ośmiu istnieje dokument opisujący ten system i formalizujący jego istnienie. W wielu krajach posiadających system nadzoru behawioralnego system ten był tworzony stopniowo, a nowe populacje obejmowano nadzorem z czasem, często bez jasnego celu tegoż nadzoru. Ponadto w wielu państwach, nawet tych, w których funkcjonuje sformalizowany nadzór behawioralny, nadzór behawioralny nad różnymi populacjami jest często nieregularny i nie obejmuje konkretnych procedur. Organizacja nadzoru behawioralnego charakteryzuje się również różnorodnością: w państwach, w których istnieje sformalizowany nadzór behawioralny, organizacja i koordynacja leży w gestii ministerstwa zdrowia, krajowej agencji ds. zdrowia lub uniwersytetu. W państwach, w których system nadzoru wykazuje mniejszy stopień sformalizowania nieformalna koordynacja odbywa się poprzez sieć instytucji: agencji rządowych uniwersytetów, organizacji pozarządowych, itd. Jeśli chodzi o adekwatność systemu (m.in. rodzaj populacji objętej nadzorem), w wielu przypadkach identyfikacja i nadzór zagrożonej populacji nie odbywa się lub jest niepełny. Najczęściej nadzorem objęta jest całość ludności, młodzież, MSM i osoby stosujące narkotyki w postaci zastrzyków. Osoby świadczące usługi seksualne i ich klienci, migranci i mniejszości etniczne, osoby żyjące z HIV/AIDS i pacjenci klinik STI objęci są nadzorem behawioralnym tylko w niektórych państwach.

Jeśli chodzi o systemy nadzoru drugiej generacji, istnieją one w 13 spośród 16 państw stosujących nadzór behawioralny, zaś w dwóch państwach system nadzoru drugiej generacji stosowany jest w przypadku jednej populacji. Formalna organizacja takiego systemu, łącznie z organem zarządzającym lub koordynującym, funkcjonuje w sześciu państwach.

W odniesieniu do każdej z populacji liczba państw, które dostarczyły informacje na temat głównych wskaźników była mniejsza niż liczba państw, które wspomniały o zbieraniu informacji na odpowiadające tematy. Wynika to prawdopodobnie z tego, że wyłącznie państwa prowadzące działania w ramach paradygmatu nadzoru dokonały konkretnych wyborów wskaźników, które mają być zbierane regularnie i są w stanie je jasno zdefiniować. W kwestii tematów monitorowanych ogólnie poziom porozumienia na temat priorytetowych tematów jest dość wysoki w odniesieniu do poszczególnych populacji, co może pomóc w wyborze wspólnych wskaźników dla państw i badanych środowisk. W związku z ciągłym istnieniem dużej różnorodności proces harmonizacji wskaźników właściwych dla danego środowiska powinien być kontynuowany na poziomie europejskim. W środowiskach, w których nadzór behawioralny jest lub może być przeprowadzony przy użyciu próbkowania opartego na usługach lub badań kohortowych powinny zostać przeprowadzone wstępne dyskusje z zainteresowanymi stronami dotyczące ustanowienia nadzoru behawioralnego w takich kontekstach.

W przypadkach, w których istnieje europejski konsensus powinno się zaproponować już zatwierdzone wskaźniki, a wybrane wskaźniki powinny być zgodne z zatwierdzonymi wskaźnikami międzynarodowymi. Wynikiem całkowitej analizy jest propozycja wspólnych dla wszystkich środowisk wskaźników głównych. Odnoszą się one do liczby partnerów seksualnych, zastosowania prezerwatyw podczas ostatniego stosunku, wykonania testu na obecność HIV, korzystania z płatnych usług seksualnych oraz wiedzy o HIV. Wskaźniki główne powinny odnosić się również do poziomu wykształcenia, narodowości/pochodzenia etnicznego oraz orientacji seksualnej.

7. Zagrożenie drobnoustrojami: czas na działanie (wspólny raport techniczny ECDC/EMEA)

(Opublikowano we wrześniu 2009 r.)

Najważniejsze ustalenia

Istnieje rozbieżność między wskaźnikiem zakażeń wywołanych bakteriami wielolekoopornymi a opracowywaniem nowych antybiotyków służących rozwiązywaniu tego problemu.

- Oporność na antybiotyki jest wysoka wśród bakterii Gram-dodatnich i Gram-ujemnych, które powodują poważne zakażenia u ludzi, i w kilku państwach członkowskich UE wynosi 25% lub więcej.
- Oporność wzrasta w UE wśród niektórych bakterii Gram-ujemnych, jak to ostatnio zaobserwowano w przypadku *Escherichia coli*.
- Każdego roku około 25 000 pacjentów umiera w UE z powodu zakażenia wybranymi bakteriami wielolekoopornymi.
- Zakażenia wywołane tymi bakteriami wielolekoopornymi w UE skutkują dodatkowymi kosztami opieki zdrowotnej i stratami w produktywności wynoszącymi co najmniej 1,5 mld EUR rocznie.
- Przedstawiono informacje o piętnastu systematycznie podawanych środkach przeciwdrobnoustrojowych o nowym mechanizmie działania lub skierowanych przeciwko nowej docelowej bakterii, które były opracowywane w trakcie przygotowywania raportu i które mogą sprostać wyzwaniu, jakim jest wielolekooporność. Większość z nich znajdowała się na wczesnym etapie opracowywania, a ich działanie zostało skierowane głównie przeciwko bakteriom, w przypadku których istnieją już możliwości leczenia.
- Istnieje zbyt mało nowych środków przeciw nowym bakteriom docelowym i mechanizmów działania przeciwko wielolekoopornym bakteriom Gram-ujemnym. Zidentyfikowano dwa takie środki skierowane przeciwko nowym lub potencjalnie nowym bakteriom docelowym i o udokumentowanej aktywności – oba na wczesnym etapie tworzenia.
- Europejska i światowa strategia mająca na celu zlikwidowanie tej rozbieżności jest pilnie potrzebna.

W 2007 r. Europejskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC), Europejska Agencja Leków (EMEA) i międzynarodowa sieć ReAct (Action on Antibiotic Resistance) włączyły się do dyskusji na temat konieczności prowadzenia dokumentacji dotyczącej rozbieżności między częstotliwością występowania zakażeń wywołanych bakteriami wielolekoopornymi w UE a opracowywaniem nowych antybiotyków. W rezultacie w 2008 r. utworzono Wspólną Grupę Roboczą ECDC/EMEA mającą na celu przedstawianie faktów i danych, które umożliwiłyby rozsądne przewidywania dotyczące stopnia rozbieżności w nadchodzących latach.

Wybrano poniższe bakterie antybiotykooporne, ponieważ są one często odpowiedzialne za zakażenia krwi i ponieważ ich cecha oporności na antybiotyki jest, w większości przypadków, wskaźnikiem wielooporności na antybiotyki:

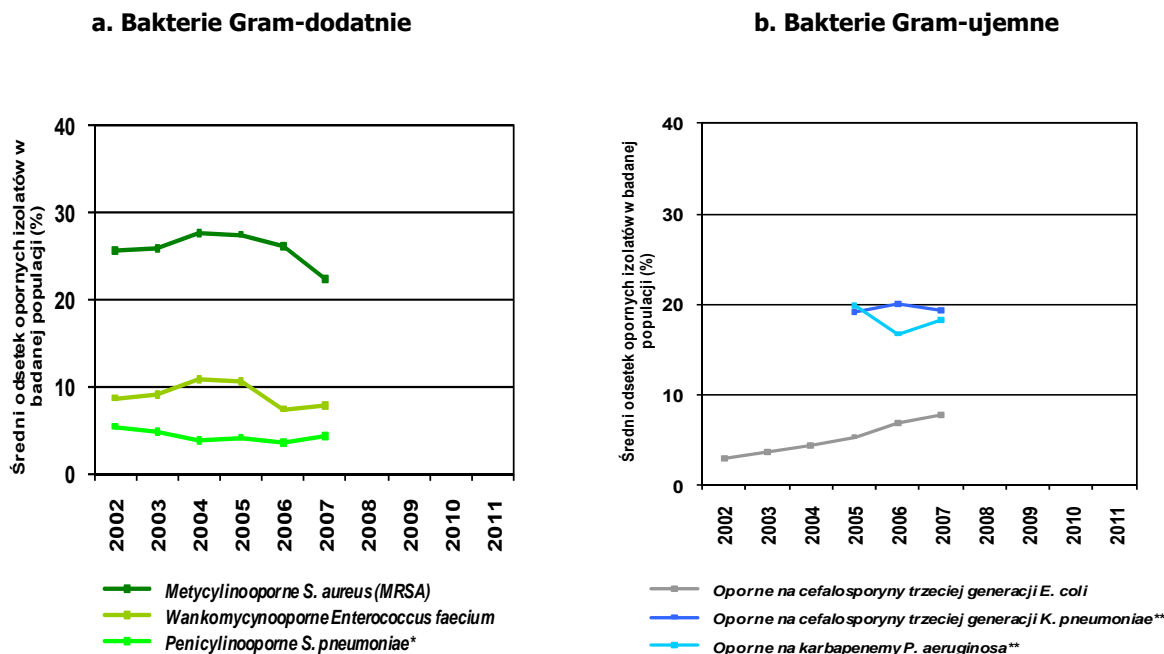
- *Staphylococcus aureus*, metycylinykooporne (MRSA);
- *S. aureus*, pośrednio wankomycynooporne i wankomycynooporne (VISA/VRSA);
- *Enterococcus spp.* (np. *Enterococcus faecium*), wankomycynooporne (VRE);
- *Streptococcus pneumoniae*, penicylinykooporne (PRSP);
- Enterobacteriaceae (np. *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*), odporne na cefalosporyny trzeciej generacji;
- Enterobacteriaceae (np. *K. pneumoniae*), odporne na karbapenemy; oraz
- niefermentujące bakterie Gram-ujemne (np. *Pseudomonas aeruginosa*) odporne na karbapenemy.

Tendencje i skutki zakażeń wywołanych bakteriami wielolekoopornymi w UE

Dane dotyczące tych wybranych bakterii antybiotykoopornych wywołujących zakażenia inwazyjne (głównie zakażenia krwi) dotyczące państw członkowskich UE, Islandii i Norwegii za każdy rok w latach 2002-2007 uzyskano z Europejskiej Sieci Monitorowania Antybiotykooporności (EARSS).

Tendencje dotyczące odsetka antybiotykoopornych izolatów wśród izolatów z krwi wybranych bakterii często odpowiedzialnych za zakażenia krwi w Europie przedstawione są na rysunku 7.1.

Rysunek 7.1 Średni odsetek, w badanej populacji, opornych izolatów wśród izolatów z krwi bakterii często odpowiedzialnych za zakażenia krwi – państwa członkowskie UE, Islandia i Norwegia, 2002-2007.



* *S. pneumoniae*: wyliczając Grecję, która nie przekazała EARSS danych dotyczących tej bakterii

** *K. pneumoniae* i *P. aeruginosa*: wyliczając Belgię i Słowację, które nie przekazały EARSS danych dotyczących tych bakterii

W 2007 r. średni odsetek izolatów z krwi *Staphylococcus aureus*, które wykazały odporność na metycylinę (% MRSA) był najwyższym odsetkiem antybiotykoopornych izolatów wśród wybranych bakterii często odpowiedzialnych za zakażenia krwi w Unii Europejskiej. Odsetek ten obniża się jednak w ostatnich latach (rys. 7.1). Wynika to z tendencji spadkowych w zakresie występowania MRSA w kilku państwach członkowskich, prawdopodobnie będących skutkiem planów działań na poziomie krajowym, jak zostało to udokumentowane w przypadku Francji, Słowenii i Wielkiej Brytanii. Średni odsetek MRSA osiągnął poziom zbliżony do odsetka wybranych antybiotykoopornych bakterii Gram-ujemnych.

Odsetek izolatów z krwi *S. aureus*, które wykazały pośrednią odporność na wankomycynę (VISA) był bardzo niski (poniżej 0,1%) w państwach członkowskich UE oraz w Islandii i Norwegii. Żadne wankomycynooporne izolaty *S. aureus* nie zostały zgłoszone EARSS w 2007 r. (dane nie są przedstawione na rys. 7.1).

Natomiast stale rośnie średni odsetek izolatów z krwi *Escherichia coli* – najbardziej pospolitej bakterii Gram-ujemnej odpowiedzialnej za zakażenia u ludzi – wykazujących odporność na cefalosporyny trzeciej generacji.

Jednocześnie nic nie wskazuje na to, aby zmniejszała się odporność *Klebsiella pneumoniae* na cefalosporyny trzeciej generacji lub odporność *Pseudomonas aeruginosa* na karbapenemy (rys. 7.1).

W 2007 r. odsetek izolatów z krwi *K. pneumoniae* w przypadku państw członkowskich UE, Islandii i Norwegii, które wykazały odporność na karbapenemy, był ogólnie bardzo niski (średnia = 0%) z wyjątkiem Grecji, gdzie wynosił 42% (dane nie są przedstawione na rys. 7.1).

Oszacowanie skutków, jakie antybiotykooporne bakterie mają dla ludzi i gospodarki, jest możliwe wyłącznie w przypadku następujących pięciu antybiotykoopornych bakterii: MRSA, wankomycynoopornej *Enterococcus faecium*, *E. coli* i *K. pneumoniae* opornych na cefalosporyny trzeciej generacji i opornego na karbapenemy *P. aeruginosa*.

Badania potwierdziły, że MRSA jest najbardziej rozpowszechnioną wielolekooporną bakterią w Unii Europejskiej. Suma przypadków wystąpienia powszechnych antybiotykoopornych bakterii Gram-dodatnich (głównie MRSA i wankomycynoopornego *Enterococcus faecium*) była jednak porównywalna z ilością przypadków wystąpienia powszechnych antybiotykoopornych bakterii Gram-ujemnych (*E. coli* i *K. pneumoniae* opornych na cefalosporyny trzeciej generacji i opornego na karbapenemy *P. aeruginosa*).

W sumie oszacowano, że w 2007 r. około 25 000 pacjentów w Unii Europejskiej, Islandii i Norwegii zmarło z powodu zakażenia wywołanego którąś spośród pięciu wybranych antybiotykoopornych bakterii. Ponadto zakażenia wywołane którąś spośród wybranych antybiotykoopornych bakterii skutkowały około 2,5 mln dodatkowych dni hospitalizacji i dodatkowymi kosztami hospitalizacji przewyższającymi 900 mln EUR.

Następnie oszacowano straty w produktywności spowodowane tymi zakażeniami. Na podstawie danych z 2007 r. oszacowano, że koszty leczenia ambulatoryjnego wyniosły około 10 mln EUR a straty w produktywności spowodowane nieobecnością zakażonych pacjentów w pracy przewyższyły 150 mln EUR każdego roku. Straty w produktywności spowodowane śmiercią pacjentów na skutek zakażenia oszacowano na około 450 mln EUR rocznie. W sumie oszacowano, że społeczne koszty zakażeń wywołanych wybranymi bakteriami antybiotykoopornymi wyniosły około 1,5 mld EUR rocznie.

Istnieje wiele powodów (np. ograniczony zakres uwzględnionych bakterii, pomijanie zakażeń u pacjentów ambulatoryjnych, średnie koszty opieki szpitalnej nieuwzględniające szczególnych przypadków, takich jak pacjenci wymagający intensywnej terapii), które przemawiają za tym, że te dane nie odzwierciedlają w pełni strat w ludziach oraz strat finansowych spowodowanych zakażeniami wywołanymi bakteriami antybiotykoopornymi.

Badania nad środkami przeciwdrobnoustrojowymi i ich opracowywanie

Dwie komercyjne bazy danych (Adis Insight R&D i Phmaprojects) zostały wykorzystane do wyszukania środków przeciwdrobnoustrojowych znajdujących się w fazie opracowywania na całym świecie w celu dokonania oceny postępów w opracowywaniu leków przeciwdrobnoustrojowych. Podjęto decyzję, że nie zostanie przeprowadzona szczegółowa analiza środków, które nie znajdują się jeszcze na etapie badań klinicznych z powodu wysokiego wskaźnika zaniechania badań w fazie przeprowadzania testów przedklinicznych i niewystarczalności danych dostępnych do wglądu.

W miarę możliwości środki zidentyfikowane w trakcie poszukiwań zbadano pod względem ich aktywności przeciwdrobnoustrojowej na wybrane bakterie na podstawie faktycznych danych dostępnych w bazach danych lub w literaturze. W przypadku braku faktycznych danych z badań *in vitro*, badacze uwzględniali także racjonalne założenia dotyczące aktywności niektórych środków, oparte na właściwościach podobnych środków (tj. należących do tej samej klasy lub o tym samym mechanizmie działania) w celu ustalenia „najbardziej optymistycznego wariantu”.

Dodatkowo, w przypadku każdego środka poproszono badaczy o wskazanie, czy środek ten należy do nowej czy istniejącej klasy antybiotyków oraz czy:

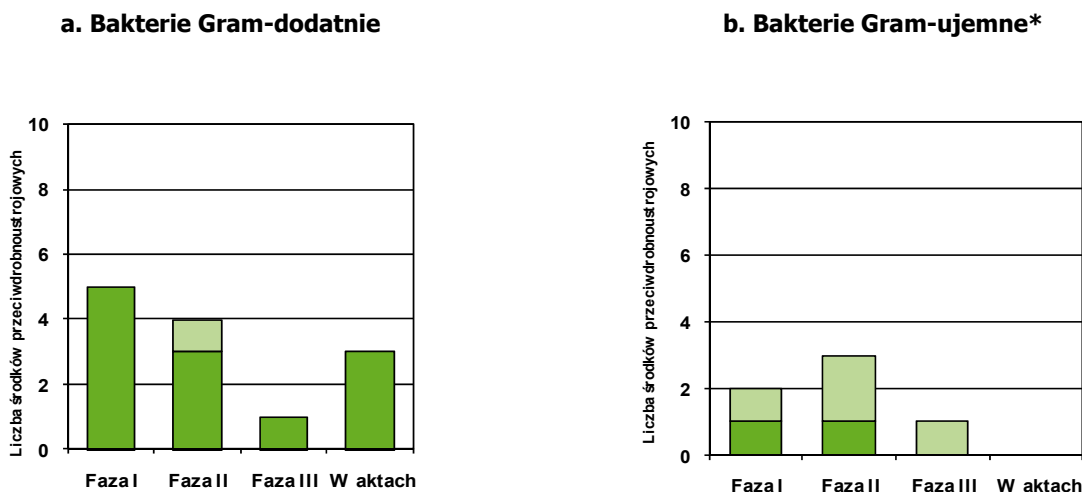
- działa na tę samą bakterię docelową i w taki sam sposób co przynajmniej jeden wcześniej zarejestrowany środek przeciwdrobnoustrojowy;
- działa na nową bakterię docelową według znanego mechanizmu działania; lub
- działa na zasadzie nowego mechanizmu działania.

Główne wyniki tej analizy są następujące:

- Spośród 167 środków zidentyfikowanych w trakcie poszukiwań, 90 to środki przeciwdrobnoustrojowe o aktywności *in vitro* w najbardziej optymistycznym wariantcie (wynikającym z faktycznych danych lub założeń opartych na właściwościach środków danej klasy dotyczących mechanizmu działania) przeciwko co najmniej jednemu organizmowi z listy bakterii wybranych ze względu na ich znaczenie z punktu widzenia zdrowia publicznego.
- Spośród tych 90 środków 24 to nowe postacie zarejestrowanych środków przeciwdrobnoustrojowych, a 66 – nowe substancje czynne.
- W przypadku tylko 27 spośród 66 nowych środków czynnych oceniono, że działają one przeciw nowej bakterii docelowej lub według nowego mechanizmu działania, tym samym stanowiąc korzystną alternatywę dla istniejących antybiotyków.
- Spośród tych 27 środków 15 można podawać systematycznie.
- Spośród 15 środków podawanych systematycznie osiem oceniono jako środki aktywne przeciwko co najmniej jednej z wybranych bakterii Gram-ujemnych.
- Spośród ośmiu środków aktywnych przeciwko bakteriom Gram-ujemnym w przypadku czterech stwierdzono aktywność opartą na danych faktycznych, a w przypadku czterech pozostałych założono aktywność opierając się na właściwościach danej klasy lub mechanizmie działania.
- Spośród czterech środków o aktywności przeciwko bakteriom Gram-ujemnym stwierdzonej w oparciu o dane faktyczne dwa działały przeciw nowym lub potencjalnie nowym bakteriom docelowym i żaden nie działał według nowego mechanizmu działania.

Rys. 7.2 przedstawia informacje dotyczące tych 15 środków przeciwdrobnoustrojowych. Co istotne, tylko pięć spośród tych środków doszło do etapu badań klinicznych, których celem jest zbadanie klinicznej skuteczności (faza 3 lub późniejsza klinicznego opracowywania).

Rysunek 7.2 Nowe środki przeciwdrobnoustrojowe o działaniu systemowym przeciwko nowej bakterii docelowej lub o nowym mechanizmie działania i o aktywności *in vitro* stwierdzonej na podstawie danych faktycznych (ciemne słupki) lub z góry założonej aktywności *in vitro* (jasne słupki) przeciwko wybranym bakteriom (najbardziej optymistyczny wariant), według fazy opracowywania (n=15).



Uwaga: Aktywność in vitro oparta na danych faktycznych zaznaczona jest ciemniejszym kolorem na dole każdej kolumny. Założona aktywność in vitro oparta na właściwościach danej klasy lub mechanizmach działania (w stosownych przypadkach) zaznaczona jest jaśniejszym kolorem na górze każdej kolumny.

** Dwa karbapenemy nie zostały uwzględnione na rysunku 7.2b, ponieważ nie są bardziej aktywne przeciwko bakteriom Gram-ujemnym niż wcześniejsze karbapenemy. Względna innowacyjność tych środków opierała się na lepszym profilu aktywności przeciwko antybiotykoopornym bakteriom Gram-dodatnim i dlatego środki te uwzględnione są na rysunku 7.2a.*

Skutki oporności bakterii w UE są już bardzo poważne i prawdopodobnie problem ten będzie się powiększał. W oparciu o aktualne dane przewiduje się, że w nadchodzących latach powstaną konkretne problemy wynikające z oporności bakterii Gram-ujemnych.

Jednocześnie opracowuje się bardzo niewiele środków przeciwdrobnoustrojowych o nowym mechanizmach działania, które mogłyby sprostać wyzwaniu, jakim jest wielolekooporność. Brakuje zwłaszcza nowych środków, które mogłyby być stosowane do leczenia zakażeń wywołanych wielolekoopornymi bakteriami Gram-ujemnymi.

W raporcie tym wskazano rozbieżność między skalą problemu zakażeń wywołanych bakteriami wielolekoopornymi a opracowywaniem nowych antybiotyków służących rozwiązaniu tego problemu. Europejska i światowa strategia mająca na celu rozwiązanie problemu tej rozbieżności jest pilnie potrzebna. Konieczne jest podjęcie działań, które przyspieszą opracowywanie leków.

8. Skuteczność behawioralnych i psychospołecznych interwencji prewencyjnych w zakresie HIV/zakażeń przenoszonych drogą płciową dotyczących populacji MSM w Europie

(Opublikowano w listopadzie 2009 r., zmieniono w grudniu 2009 r.)

Kontekst

Z powodu braku skutecznej i przystępnej finansowo szczepionki oraz nieskuteczności istniejących terapii antyretrowirusowych, behawioralne i psychospołeczne działania prewencyjne mające na celu ograniczenie ryzykownych zachowań seksualnych mają nadal kluczowe znaczenie dla prób zmniejszania ilości przypadków przenoszenia wirusa HIV w populacji mężczyzn mających seks z mężczyznami (MSM). Zważywszy na konieczność dostępności opisów konkretnych interwencji i ilościowych szacunków w zakresie efektów tych interwencji, które umożliwiają planistom programowym i decydentom podejmowanie świadomych decyzji dotyczących finansowania działań prewencyjnych i badań w tym zakresie, istnieje konieczność systematycznych przeglądów aktualizujących istniejącą bazę wiedzy o interwencjach prewencyjnych w zakresie HIV/zakażeń przenoszonych drogą płciową skierowanych do MSM w Europie.

Cele

Do celów tego raportu należało podsumowanie i ocena skuteczności interwencji prewencyjnych w zakresie HIV/STI skierowanych do MSM mieszkających w Europie oraz określenie cech interwencji charakteryzującej się skutecznością, jak i ewentualnych braków w bazie dowodów.

Metody

W poszukiwaniu właściwej literatury systematycznie przeszukano osiem międzynarodowych baz danych, bibliografie odpowiednich przeglądów oraz przeprowadzone badania. Badania te zostały wybrane zgodnie z określonymi wcześniej kryteriami i ocenione pod względem ryzyka stronniczości. Wyniki podsumowano w tabelach i oceniono możliwe skutki zachowań seksualnych.

Wyniki

Wyniki opierają się na danych pochodzących z sześciu kontrolowanych badań, w których wzięło udział łącznie 4 111 uczestników z czterech różnych państw europejskich. Wyniki pokazały, że istnieje „wysokie” lub „nieokreślone” ryzyko stronniczości w przypadku co najmniej jednej z ocenianych dziedzin we wszystkich badaniach. Sumaryczna ocena efektów czterech interwencji, w przypadku których dostępne były dane, sugerowała, że w przypadku MSM, którzy uczestniczyli w interwencjach prewencyjnych w zakresie HIV/zakażeń przenoszonych drogą płciową odbycie stosunku analnego bez zabezpieczenia (ang. *unprotected anal intercourse* – UAI) jest mniej prawdopodobne. Baza dowodów okazała się niewystarczająca do zbadania cech interwencji wiążących się z maksymalną skutecznością. Bardzo niewielu uczestników badania pochodziło z rodzin innych niż białe i tylko w przypadku jednego badania wykorzystano biologiczne pomiary zakażeń przenoszonych drogą płciową jako wskaźnik zmian.

Dyskusja

Pomimo że epidemia HIV wybuchła już dawno, istnieje bardzo niewiele dokładnych ocen rezultatów jakiegokolwiek formy behawioralnej interwencji w zakresie HIV/zakażeń przenoszonych drogą płciową skierowanej do populacji MSM w Europie. Rezultaty wskazują na potencjalne krótkoterminowe efekty interwencji mających na celu zmniejszenie liczby MSM, którzy odbywają stosunki analne bez zabezpieczeń, ale niewystarczająca ilość kontrolowanych badań dowodzi konieczności przeprowadzenia badań w tym zakresie. Środowisko naukowe powinno przemyśleć szanse przenoszenia interwencji, a najlepiej przeprowadzić obszerne badanie formatywne przed rozpoczęciem nowego programu.

Wnioski

Brakuje ocen rezultatów interwencji mających na celu zredukowanie zachowań, które grożą rozprzestrzenieniem się HIV/zakażeń przenoszonych drogą płciową w populacji MSM w Europie. Przygotowywanie behawioralnych

strategii prewencyjnych w zakresie HIV/zakażeń przenoszonych drogą płciową mających na celu zapobieganie nowym zakażeniom oraz ocena takich programów prewencyjnych skierowanych do MSM jest istotnym elementem wszechstronnej strategii powstrzymywania ekspansji HIV/zakażeń przenoszonych drogą płciową w ramach zapobiegania i opieki.

Raporty zawierające wytyczne

9. Kontrola chlamydii w Europie

(Opublikowano w czerwcu 2009 r.)

Dlaczego chlamydia stanowi problem w kontekście zdrowia publicznego

Chlamydia trachomatis jest jednym z najbardziej powszechnych zakażeń przenoszonych drogą płciową w Europie. Odsetek zakażeń wśród młodych ludzi aktywnych płciowo wynosi powszechnie od 5% do 10%. W krajach europejskich zwiększa się liczba zdiagnozowanych przypadków, co wynika częściowo z większej liczby przeprowadzanych badań oraz stosowania bardziej czułych testów. U osób z chlamydia narządów płciowych mogą wystąpić objawy zapalenia dróg płciowych, w tym zapalenia cewki moczowej i szyjki macicy, ale w większości przypadków choroba przebiega bezobjawowo. Chlamydia stanowi poważny problem zdrowia publicznego, ponieważ nieleczona może prowadzić do choroby zapalnej narządów miednicy mniejszej, obniżonej płodności oraz słabych rezultatów aktywności rozrodczej u niektórych kobiet. Ponadto chlamydia ułatwia przenoszenie się wirusa HIV. Koszt leczenia obniżonej płodności spowodowanej chlamydia jest wysoki, jako że leczenie to wymaga przeprowadzania zabiegów operacyjnych na jajowodach i zapłodnienia metodą *in vitro*. Mimo że zapewniony jest dostęp do niedrogiego i skutecznego leczenia, kontrola zakażeń chlamydia stanowi wyzwanie, ponieważ u większości osób przebiega ono bezobjawowo.

Działania związane z kontrolą zakażeń chlamydia w Europie

Systematyczne badanie działań związanych z kontrolą zakażeń chlamydia w 29 krajach europejskich pokazało dużą różnorodność w sposobie organizacji kontroli chlamydii. Prawie połowa krajów zgłosiła brak zorganizowanych działań, a w przypadku jedynie dwóch z nich stwierdzono realizację krajowych programów kontroli.

Realizacja kontroli zakażeń chlamydia

Pierwszym krokiem prowadzącym do stworzenia rozległego i skutecznego programu kontroli jest przyjęcie strategii kontroli zakażeń chlamydia opartej na szerokich konsultacjach z kluczowymi stronami zainteresowanymi. Strategia powinna uwzględniać konkretne możliwości i ograniczenia na szczeblu krajowym oraz przegląd dowodów dotyczących ujętych w niej interwencji i środków. Podstawą strategii może być podejście oparte na stopniowych działaniach określonych w wytycznych.

Podejście to jest zalecane w celu zapewnienia właściwego zapobiegania zakażeniom przenoszonym drogą płciową zarządzania pacjentami, przed przystąpieniem do planowania złożonych działań, takich jak badanie przesiewowe.

Wyznaczono cztery poziomy programów kontroli zakażeń chlamydia.

- Poziom A – podstawowe działania zapobiegawcze – obejmuje edukację zdrowotną i promocję zdrowia, programy realizowane w szkołach oraz dystrybucję prezerwatyw.
- Poziom B – prowadzenie przypadków – opiera się na poziomie A, obejmuje ponadto rutynowy nadzór przypadków zakażeń, świadczenie właściwych usług diagnozowania chlamydii, usług klinicznych oraz usług w zakresie zarządzania pacjentami i partnerami. Każde z takich działań wymaga jasnych wytycznych opartych na dowodach oraz systematycznej kontroli.
- Poziom C – badania oportunistyczne – opiera się na poziomie B, obejmuje ponadto badania rutynowe proponowane co najmniej jednej sprecyzowanej grupie osób korzystających z innych usług klinicznych, w celu wyszukiwania przypadków, np. określenia przypadków bezobjawowych.
- Poziom D – program badań przesiewowych – opiera się na poziomie C, obejmuje ponadto zorganizowane przeprowadzanie systematycznych testów na zakażenie chlamydia wśród znacznej części określonej populacji, aby zmniejszyć częstość występowania chlamydii w tej populacji.

Dowody na wpływ programów na poziomie C i D są ograniczone i w związku z tym, jeżeli są one realizowane, muszą podlegać dokładnej ocenie w celu ukierunkowania przyszłych strategii. W szczególności należy monitorować i oceniać wpływ takich programów na kontrolę zakażeń chlamydia w populacji. Uruchomienie programu badań przesiewowych zakażeń chlamydia należy rozważyć tak samo dokładnie jak uruchomienie wszelkich innych programów badań przesiewowych, dokonując oceny wszystkich potencjalnych korzyści, szkód i kosztów.

Skuteczne pozyskiwanie niezbędnych zasobów i realizowanie krajowych strategii kontroli zakażeń chlamydia wymaga przywództwa i zaangażowania osób odpowiedzialnych za wyznaczanie kierunków polityki zdrowotnej. Najbardziej adekwatne strategie krajowe mogą się różnić w poszczególnych krajach, przy czym strategie te należy opracowywać w porozumieniu z profesjonalnymi organizacjami lekarzy, sponsorami i podmiotami świadczącymi usługi zdrowotne i diagnostyczne.

Ocena programów kontroli zakażeń chlamydia

Celem programów kontroli jest zmniejszenie częstości występowania zakażeń chlamydia, ale trudno jest monitorować ich skuteczność, ponieważ wymaga to przeprowadzania okresowych badań populacji. Istnieje jednak wiele wskaźników skuteczności, które należy stosować w ramach każdego programu od momentu jego uruchomienia.

Na szczeblu krajowym w ramach programu należy monitorować wskaźniki dotyczące strategii i wytycznych programu, jego realizacji i procesów oraz wyniku. Muszą się one opierać na poszczególnych celach właściwych dla poziomu realizacji.

Przechodząc z jednego poziomu kontroli na drugi kraje będą musiały podjąć decyzję na podstawie rygorystycznej oceny dowodów na skuteczność, opłacalność i szkodliwość. W tym przypadku zostanie zapewnione wsparcie, jeżeli kraje będą przeprowadzać pełną ocenę wszystkich działań i udostępniać wyniki innym państwom europejskim. W ten sposób, inwestycje poczynione obecnie w ramach programu umożliwią powiększenie zbioru dowodów dotyczących kontroli zakażeń chlamydia, ułatwią podejmowanie decyzji w przyszłości oraz wpłyną na poprawę zdrowia populacji.

Na szczeblu europejskim celem powinno być zmniejszenie liczby krajów, które zgłaszają brak zorganizowanych działań.

Cel dokumentu

W powyższym dokumencie określa się wytyczne dla osób odpowiedzialnych za wyznaczanie kierunków polityki zdrowotnej w Unii Europejskiej, dotyczące krajowych strategii kontroli zakażeń chlamydia. Dokument nie zawiera szczegółowych wytycznych o charakterze klinicznym lub diagnostycznym, ale ramy służące do opracowywania, realizacji lub poprawy krajowych strategii w zakresie zapobiegania zakażeniom chlamydia i ich kontroli. Jako podstawę dla takich szczegółowych wytycznych należy przeanalizować ostatnie systematyczne przeglądy.

Strategie w zakresie zdrowia, takie jak wskazówki kliniczne, powinny opierać się na najlepszych dostępnych dowodach. Zasadniczo istnieje jednak mniej dowodów, na których można by oprzeć takie decyzje strategiczne. Celem przedmiotowego dokumentu zawierającego wytyczne jest ułatwienie opracowania lokalnych wytycznych opartych na dowodach w ramach należytych strategii krajowych dotyczących zakażeń chlamydia. W strategiach tych należy uwzględnić nie tylko czynniki kliniczne i epidemiologiczne (takie jak częstość występowania zakażeń chlamydia w populacji), ale także lokalne systemy świadczenia usług zdrowotnych, infrastrukturę i pozyskiwanie niezbędnych zasobów.

Zalecenia opracował zespół ekspertów technicznych, korzystając z dowodów zebranych w raporcie ECDC „Przegląd działań związanych z kontrolą zakażeń chlamydia w krajach UE” dotyczącym badania działań związanych z kontrolą zakażeń chlamydia, które uwzględniono łącznie z ostatnimi systematycznymi przeglądami badań przesiewowych i kontroli zakażeń chlamydia.

Zalecenia te obejmują powszechną przenoszoną drogą płciową formę Chlamydia trachomatis (serotypy D-K) i nie obejmują *Lymphogranuloma venereum* ani jaglicy.

10. Stosowanie leków przeciwwirusowych działających na wirusa grypy w celu ochrony zdrowia publicznego podczas pandemii grypy

(Opublikowano w czerwcu 2009 r., zaktualizowano w sierpniu 2009 r.)

Powyższy dokument informacyjny ma stanowić zasób wiedzy dla osób w Unii Europejskiej i w obszarze EOG/EFTA, które opracowują politykę i praktyki dotyczące stosowania leków przeciwwirusowych działających na grypę, w szczególności w związku z pandemią tej choroby. Dokument opiera się na dowodach naukowych, wytycznych WHO, opiniach ekspertów (w tym ekspertów z Forum Doradczego ECDC) oraz na zaleceniach zawartych w europejskich krajowych planach gotowości na wypadek pandemii. Koncentruje się na opcjach stosowania leków przeciwwirusowych w sytuacji pandemii grypy.

Dostępne dowody dotyczące skuteczności leków przeciwwirusowych w leczeniu lub profilaktyce, a także w ich stosowaniu do ochrony zdrowia publicznego podczas pandemii pochodzą z badań przeprowadzonych podczas sezonów zachorowań na grypę sezonową wśród zdrowych osób dorosłych oraz, w mniejszym stopniu, w jednej z grup podwyższonego ryzyka (osoby starsze) oraz wśród starszych dzieci.

Dowody te pokazują, że niektóre leki przeciwwirusowe, w szczególności inhibitory neuraminidazy (oseltamiwir i zanamiwir), przynoszą pewne korzyści podczas leczenia przez zmniejszenie czasu trwania dolegliwości spowodowanych grypą zasadniczo do 1-2 dni oraz zmniejszenie komplikacji i potrzeby stosowania antybiotyków u osób zakażonych. Taki skutek osiąga się pod warunkiem, że leki zostaną wcześniej podane (w ciągu 48 godzin od wystąpienia objawów). Ponadto istnieją pewne słabe dowody pochodzące z badań obserwacyjnych, które wskazują, że leki mogą obniżyć chorobowość, a nawet śmiertelność u chorych pacjentów, nawet jeśli zostały podane po upływie 48 godzin. Często wspomina się o nieznaczących efektach ubocznych, szczególnie takich jak nudności, a czasem nawet wymioty przy stosowaniu preparatów doustnych (oseltamiwir), dlatego też producenci zalecają przyjmowanie leku z posiłkiem.

Próby przeprowadzone wśród zdrowych osób dorosłych wskazują na fakt, że można zapobiec zakażeniu dzięki leczeniu profilaktycznemu i osiągnąć poziom skuteczności wynoszący od 70% do 90%, pod warunkiem że lek jest przyjmowany zgodnie z zaleceniami. Dowody na korzyści dla zdrowia publicznego w przypadku grup i warunków podwyższonego ryzyka są słabsze, ale występuje pewne zmniejszenie liczby zakażeń, na przykład, podczas wybuchów grypy sezonowej w zamkniętym otoczeniu, takim jak domy opieki. Powyższe fakty sugerują, że tego rodzaju leki mogą mieć wpływ na poziom przenoszenia się wirusów oraz pomóc w zapobieganiu zakażeniom.

W sporadycznych przypadkach wirusy grypy, które posiadają pierwotną oporność na co najmniej jeden lek przeciwwirusowy mogą powstać w sposób naturalny w wyniku mutacji genetycznej i naturalnej reasortacji wirusów. Taki przypadek miał miejsce w Europie podczas sezonu 2007-2008, kiedy pojawił się wirus grypy oporny na oseltamiwir. Nie miało to związku ze stosowaniem leków przeciwwirusowych i nie powinno wpływać na wzorcowe polityki dotyczące stosowania takich leków podczas pandemii. Niemniej jednak, możliwość powstania nowego dostosowanego wirusa opornego na leczenie za pomocą leków przeciwwirusowych jest przedmiotem rzeczywistych obaw i może wymagać szybkich zmian w strategiach zwalczania wirusów, w szczególności w odniesieniu do profilaktyki, w przypadku pojawienia się takiego wirusa podczas pandemii. Nie można mylić takiej sytuacji z wtórną opornością na leki przeciwwirusowe, która występuje częściej w przypadku stosowania leków przeciwwirusowych. Stwierdza się ją zazwyczaj w przypadku wirusa, który nie ma zdolności przenoszenia się z osoby na osobę i nie stanowi ona w związku z tym problemu dotyczącego zdrowia publicznego.

Istnieje szereg różnych strategii stosowania leków przeciwwirusowych; strategie te zależą od ogólnych celów dotyczących zdrowia publicznego, które władzą chcą osiągnąć, dostępności leków przeciwwirusowych i innych względów praktycznych. Cele mogą obejmować leczenie bardziej chorych osób, leczenie lub ochronę osób o podwyższonym ryzyku zakażenia, leczenie wszystkich przypadków, zmniejszenie poziomu przenoszenia się wirusów lub ochronę personelu służby zdrowia i innych istotnych pracowników. ECDC zaproponowało hierarchię priorytetów.

Podczas pandemii, z powodu dużej liczby i potencjalnej ciężkości zakażenia, istnieją istotne wyzwania o charakterze praktycznym dotyczące zaspokojenia możliwego zapotrzebowania na leki przeciwwirusowe, zarówno do celów leczenia osób zakażonych, jak i do celów zapobiegania zakażeniom (profilaktyki). Wiele krajów zgromadziło zapasy leków przeciwwirusowych przeznaczonych do stosowania podczas pandemii. Obecnie zapasy leków przeciwwirusowych są różne w poszczególnych krajach europejskich – od zasobu umożliwiającego pokrycie niewielkiego odsetka populacji do zasobu pokrywającego zapotrzebowanie ponad 50% populacji. Niemniej jednak,

nawet jeżeli dostępne są zapasy, podczas pandemii nie jest praktycznie możliwe uniknięcie sytuacji, w której zapotrzebowanie na leki nie przewyższałoby zaopatrzenia. W związku z tym ważne jest przeprowadzanie zaawansowanego planowania strategicznego i logistycznego w celu zoptymalizowania użyteczności dostępnych zapasów. Istotną ogólną zasadą mówi, że dostępne zapasy mają ograniczoną użyteczność bez określenia dotyczących ich uzgodnionych celów, protokołów oraz systemów podawania i dostarczania.

Ustalenie jasnych celów w ramach działań w zakresie planowania dotyczących pandemii ma zatem zasadnicze znaczenie dla zmaksymalizowania wykorzystania zapasów leków przeciwwirusowych. Podczas takiego planowania należy uwzględnić całkowitą ilość i dostępność leków przeciwwirusowych, zasadniczą wiedzę epidemiologiczną (przewidywany poziom ataków), wielkość i czas trwania ogniska epidemicznego oraz wielkość grup populacji. Ważnym narzędziem do przewidywania skutków różnych strategii zwalczania wirusów podczas pandemii może być również modelowanie, chociaż nie jest ono proste. Na podstawie dostępnych dowodów ECDC sugeruje następującą strategię szeregowania priorytetów w odniesieniu do stosowania leków przeciwwirusowych:

1. **Osoby z cięższym przebiegiem choroby.** Największe znaczenie ma leczenie osób z cięższym przebiegiem grypy, nawet jeżeli upłynęło już 48 godzin od wystąpienia objawów, w którym to okresie stosowanie leków przeciwwirusowych uznaje się za skuteczne. Jednak w przypadku takich pacjentów jeszcze ważniejsze jest, aby dostępne były zapasy odpowiednich antybiotyków do leczenia wtórnych zakażeń oraz zapasy innych niezbędnych leków.
2. **Osoby najbardziej zagrożone cięższym przebiegiem choroby.** Wśród takich osób pierwszeństwo należy przyznać tym najbardziej zagrożonym ciężkim przebiegiem choroby. W przypadku grypy sezonowej są to osoby, którym zaleca się szczepienia przeciwko grypie sezonowej – osoby starsze, osoby z istniejącymi dolegliwościami przewlekłymi oraz pracownicy służby zdrowia mający bezpośredni kontakt z pacjentami. Podczas pandemii może jednak wystąpić potrzeba dokonania modyfikacji takiej grupy, aby obejmowała ona osoby najbardziej zagrożone zakażeniem szczepem pandemicznym. Jeżeli krążą zarówno wirusy grypy pandemicznej jak i sezonowej, należy połączyć grupy podwyższonego ryzyka zakażenia tymi wirusami. Niektóre kraje mogą wziąć pod uwagę stosowanie profilaktyki w gospodarstwach domowych z osobami o podwyższonym ryzyku, mimo że bardzo trudno jest realizować taką strategię.
3. **Wszystkie osoby w początkowym stadium choroby.** Po pojawieniu się większej liczby ciężkich przypadków, pierwszeństwo do przyjęcia leków przeciwwirusowych mogą mieć osoby, u których choroba właśnie wystąpiła (w ciągu 48 godzin od pojawienia się pierwszych objawów), ponieważ w tym czasie tego rodzaju leki są najbardziej skuteczne.
4. **Stosowanie profilaktyczne.** Kraje dysponujące większymi zapasami leków przeciwwirusowych mogą rozważyć ich podawanie w ramach profilaktyki. Proponowane grupy to osoby mające ścisły kontakt z chorymi, członkowie rodzin, w których są osoby zakażone oraz pracownicy mający kluczowe role ze względu na ciągłość działania. Nie zaleca się indywidualnego gromadzenia leków w domach, ponieważ zapasy są ograniczone. Niemniej jednak oczekuje się, że niektóre osoby z pewnością zwrócą się do swoich lekarzy o większą ilość leków, jak w przypadku grypy ptaków.
5. **Pracownicy służby zdrowia,** którzy mają bezpośredni kontakt z pacjentami stanowią szczególnie przypadek. Muszą mieć zapewnioną odpowiednią ochronę przy użyciu środków ochrony osobistej. Jeżeli zachorują, muszą bezzwłocznie otrzymać leki przeciwwirusowe oraz pozostać w domu. Kraje dysponujące większymi zapasami mogą rozważyć objęcie profilaktyką niektórych grup takich pracowników.

Jeszcze większe wyzwania wiążą się z aspektami organizacyjnymi dostarczania leków przeciwwirusowych. Wynikają one z dowodów pokazujących, że leczenie przeciwwirusowe może przynieść – ograniczone – korzyści wyłącznie jeżeli zostanie przeprowadzone w ciągu pierwszych 48 godzin od wystąpienia objawów. Będzie to miało decydujące znaczenie szczególnie podczas pandemii. W związku z tym, aby leki przeciwwirusowe były skuteczne w leczeniu zakażenia, należy także przeznaczyć odpowiednie środki na opracowanie protokołów i systemów w celu zapewnienia ich szybkiego dostarczenia i podawania.

Działania przeprowadzone przez ECDC i Biuro Regionalne Światowej Organizacji Zdrowia dla Europy wspólnie z państwami członkowskimi pokazują, że przed wybuchem pandemii należy dokładnie rozważyć następujące kwestie operacyjne dotyczące dostarczania krajowych zapasów leków przeciwwirusowych i innych zapasów o znaczeniu strategicznym i zarządzania nimi:

1. podjęcie decyzji w początkowej fazie pandemii, czy ciężkość zakażenia na poziomie indywidualnych pacjentów jest wystarczająca, aby podawać leki przeciwwirusowe wszystkim osobom z objawami czy nawet podjąć próbę opóźnienia rozprzestrzeniania się zakażenia lub zapobiegnięcia rozprzestrzenianiu;
2. zapewnienie stałej dostępności leków przeciwwirusowych dla lekarzy klinicyстів do celów leczenia najcięższej chorych osób;

3. zdolność dostarczenia środków przeciwwirusowych osobom najbardziej potrzebującym w odpowiednim terminie, ponieważ aby były skuteczne środki te muszą zostać podane w ciągu 48 godzin od wystąpienia objawów;
4. określenie kluczowych grup, które powinny otrzymać leki przeciwwirusowe jako pierwsze, w oparciu o uzgodnione wcześniej kryteria (wzorcowe stanowisko);
5. możliwość zmiany priorytetów w przypadku, kiedy osobami najbardziej zagrożonymi nie są osoby określone w prognozach na podstawie doświadczeń uzyskanych podczas grypy sezonowej;
6. zapewnienie niewyczerpania zapasów krajowych przez obszary dotknięte w pierwszej kolejności oraz zdolność przemieszczania zasobów w różne regiony kraju;
7. przyjęcie stanowiska wobec obywateli próbujących gromadzić własne zapasy i przedsiębiorstw dążących do ochrony swoich pracowników;
8. monitorowanie oporności na leki przeciwwirusowe, szczególnie pierwotnej oporności, oraz możliwość wprowadzania zmian do strategii leczenia, jeżeli przewiduje się możliwość wyczerpania zapasów lub pojawia się oporność na leki przeciwwirusowe (w szczególności jeżeli leki są stosowane profilaktycznie);
9. nienakładanie dodatkowych obowiązków na obciążone służby świadczące podstawową opiekę zdrowotną przez przydzielanie im zadania dystrybucji leków przeciwwirusowych wśród osób z łagodnym lub umiarkowanym nasileniem choroby, kiedy mają bardzo dużo pracy przy leczeniu cięższych przypadków. Pozwala to także uniknąć gromadzenia się w jednym miejscu dużej ilości osób, które mogą być zakażone, w celu uzyskania leków przeciwwirusowych (np. w kolejkach lub poczekalniach) i w ten sposób dalszego rozprzestrzeniania się zakażenia;
10. zapewnienie wystarczających zapasów innych istotnych leków, w szczególności, ale nie tylko, odpowiednich antybiotyków;
11. możliwość monitorowania przestrzegania schematu leczenia, szczególnie wśród osób z łagodnym nasileniem choroby i objętych profilaktyką;
12. uprzedzenie o łagodnych powszechnie występujących skutkach ubocznych oseltamiwiru, szczególnie nudnościach, oraz świadomość, że mogą zdarzyć się rzadsze, ale cięższe przypadki wystąpienia skutków ubocznych;
13. dysponowanie materiałami szkoleniowymi i opracowanymi metodami w celu ułatwienia stosowania inhalatorów do przyjmowania zanamiwiru, w szczególności osobom, którym może sprawiać to trudność;
14. rozważenie przyjęcia specjalnego podejścia w odniesieniu do takich grup jak kobiety w ciąży i małe dzieci;
15. dysponowanie solidnymi, niezawodnymi i sprawdzonymi strategiami dla specjalistów i społeczeństwa dotyczącymi wszystkich powyższych kwestii w ramach bardziej ogólnej komunikacji podczas pandemii.

Ponadto ECDC sugeruje, że dostępne są niektóre systemy praktyczne, które można stosować na szczeblu Unii Europejskiej:

16. przekazywanie przez państwa członkowskie za pomocą systemu EWRS informacji na temat ich sytuacji dotyczącej wzorcowej polityki oraz istotnych zmian;
17. dysponowanie systemami zdolnymi do wyszukiwania zgłoszeń i nieoficjalnych informacji dotyczących niekorzystnych wydarzeń oraz wspólnym mechanizmem z EMEA i ECDC służącym do reagowania na takie wydarzenia w przypadku ich wystąpienia;
18. monitorowanie przez ECDC, sieć wspólnotowych laboratoriów referencyjnych i WHO przypadków oporności na leki przeciwwirusowe;
19. przygotowanie na nieuniknione pojawienie się w Internecie bezpośredniej sprzedaży leków przeciwwirusowych i innych leków z nieuregulowanych źródeł.

Na podstawie przeprowadzonych działań wyodrębniono szereg priorytetów w zakresie badań i rozwoju, w tym potrzebę określenia, czy leki przeciwwirusowe przynoszą skutki, jeżeli zostaną podane po upływie 48 godzin, w szczególności przy leczeniu cięższych przypadków. Dodatkowy priorytet stanowi dysponowanie przez państwa członkowskie systemami, za pomocą których można określić w czasie rzeczywistym, czy leki przeciwwirusowe są faktycznie skuteczne w zwalczaniu wirusa pandemicznego oraz systemami do wczesnego wykrywania rzeczywistych niepowodzeń w leczeniu i profilaktyce, które mogą wskazywać na wystąpienie oporności.

11. Stosowanie określonych szczepionek przeciw grypie pandemicznej podczas pandemii grypy H1N1 w 2009 r.

(Opublikowano w sierpniu 2009 r.)

W kwietniu 2009 r. zidentyfikowano i scharakteryzowano nowy szczep ludzkiej grypy A(H1N1). Oczekuje się, że w przypadku szczepu pandemicznego A(H1N1) współczynniki zachorowalności będą wyższe niż w przypadku szczepów sezonowych grypy z powodu niższych poziomów wrodzonej odporności w populacji (z wyjątkiem osób starszych, wśród których wiele zdaje się posiadać pewien stopień odporności). W związku z tym rzeczywista liczba przypadków grypy odnotowanych przez służbę zdrowia w krótkim okresie czasu może być wyższa niż liczba przypadków grypy sezonowej.

Uznaje się, że szczepienie za pomocą szczepionek przeciwko określonym szczepom grypy pandemicznej stanowi jeden z najbardziej skutecznych środków zaradczych do ochrony osób w przypadku pandemii. Określone szczepionki pandemiczne nie będą dostępne od razu – konieczne będzie rozłożenie w czasie dostaw od producentów, a ponadto wystąpią problemy związane z dystrybucją. Trudno będzie zapewnić zapas szczepionek w rozsądnych ramach czasowych. Istotne będzie strategiczne stosowanie szczepionek po dokładnym uszeregowaniu różnych grup populacji pod względem priorytetów, aby zmaksymalizować wykorzystanie dostępnych ilości.

Należy określić ogólne cele szczepienia przed podjęciem decyzji komu trzeba podać szczepionkę oraz w jaki sposób uszeregować populacje docelowe pod względem priorytetów. Takie cele mogą oczywiście różnić się w różnych krajach i regionach. Zróznicowane będą w szczególności dostępne zasoby, ilość szczepionek, liczba strzykawek itp. oraz kwestie praktyczne związane z dystrybucją i dostarczaniem. Kiedy tego rodzaju różnice między krajami staną się widoczne, spowodują problemy w zakresie komunikacji, na co kraje powinny być przygotowane.

Cele strategii szczepień przeciwko grypie pandemicznej można rozważyć w ramach dwóch szerokich kategorii, które się nawzajem nie wykluczają: a) złagodzenie, w celu ochrony osób, które mogą być najbardziej zagrożone ciężkim przebiegiem choroby oraz b) ochrona najważniejszych służb.

Grypę A(H1N1)v wywołuje nowy wirus, a pandemii we współczesnych czasach różniły się całkowicie między sobą oraz od obecnej grypy sezonowej. W związku z tym grupy ryzyka (o podwyższonym ryzyku ciężkiej choroby) mogą różnić się od grup ryzyka w przypadku szczepów grypy sezonowej. Ponadto ważne stały się różne strategie, w których kładzie się większy nacisk na ochronę istotnych służb przez ich szczepienie. Grupy docelowe (grupy, którym podaje się szczepionkę i które należą lub nie należą do grup ryzyka) mogą także różnić się od siebie.

Zgodnie z aktualnymi dowodami dotyczącymi pandemii grypy A(H1N1) w 2009 r., jako grupy ryzyka można określić poniższe grupy populacji:

- osoby poniżej 65 roku życia z przewlekłymi schorzeniami podstawowymi, tj.:
 - przewlekłymi chorobami układu oddechowego;
 - przewlekłymi chorobami układu krążenia;
 - przewlekłymi zaburzeniami metabolizmu (w szczególności cukrzycą);
 - przewlekłymi chorobami nerek i wątroby;
 - niedoborem odporności (wrodzonym lub nabytym);
 - przewlekłymi schorzeniami neurologicznymi lub nerwowo-mięśniowymi;
 - wszelkimi innymi schorzeniami, które osłabiają odporność osób lub zmniejszają ich czynność oddechową;
- małe dzieci (w szczególności w wieku poniżej dwóch lat);
- kobiety w ciąży.

Powyższy wykaz różni się od wykazu grup, dla których wiele krajów zaleciło szczepienia przeciw grypie sezonowej, w szczególności w odniesieniu do osób w wieku 65 lat i powyżej. Wydaje się, że osoby starsze ponoszą zasadniczo mniejsze ryzyko zakażenia, prawdopodobnie ze względu na istniejącą odporność, ale sugeruje się, że jeżeli zostaną zakażone, przebieg choroby jest u nich cięższy niż u młodszych osób dorosłych.

Ponadto istnieją inne grupy, którym można zalecić szczepienia, mimo że nie są zagrożone ciężką chorobą (grupy docelowe). Przedstawia się argumenty przemawiające za szczepieniem dzieci, ponieważ współczynniki zachorowalności są w ich przypadku wysokie (choć przebieg choroby jest łagodny) i mogą one odgrywać szczególną rolę w rozprzestrzenianiu się lokalnych ognisk epidemicznych. Istnieją także argumenty uzasadniające słuszność szczepienia wszystkich pracowników służby zdrowia. Celem takiego działania jest zarówno zapobieganie zakażeniom osób z grup ryzyka przez pracowników służby zdrowia, jak i ochrona takich pracowników przez zakażonymi pacjentami, a tym samym zapewnienie funkcjonowania służby zdrowia. Istnieją korzyści podawania szczepionek osobom zajmującym się innymi osobami, w przypadku których szczepienie może nie przynieść

skutków (np. osobami odbywającymi terapię immunosupresyjną). Niemowlęta poniżej szóstego miesiąca życia nie mogą zostać uodpornione z powodu braku danych na temat immunogenności i bezpieczeństwa i w związku z tym argumentuje się, że należy podawać szczepionki osobom, które mają z nimi najbliższy kontakt. Innymi potencjalnymi grupami docelowymi są pracownicy odgrywający istotną rolę we wdrażaniu środków przeciwko pandemii.

Powyższe zalecenia opierają się na aktualnym scenariuszu pandemii grypy A(H1N1) z 2009 r. Zauważono i omówiono szczególne obszary niepewności. Z uwagi na fakt, że pojawiły się dodatkowe dane, dowody i opinie, dokument ten zostanie zaktualizowany razem z oceną ryzyka ECDC, z którą jest powiązany.

Na podstawie doświadczeń uzyskanych podczas poprzednich pandemii, w przypadku których patogenność i zaraźliwość wirusa zwiększały się w czasie, przedstawiono trzy inne scenariusze. Dostępne są także załączniki zawierające podsumowanie dowodów dotyczących szczepienia grup szczególnego ryzyka przeciwko grypie sezonowej oraz przybliżony szacunek wielkości grup ryzyka i grup docelowych. Podstawa obliczeń została podana w wystarczająco szczegółowy sposób, aby państwa członkowskie mogły stosować tę metodykę w odniesieniu do własnej populacji lub w celu porównania ze stosowanymi aktualnie metodami.

Raporty monitoringowe

12. Nadzór nad gruźlicą w Europie w 2007 r.

(Opublikowano w maju 2009 r.)

Od 1 stycznia 2008 r. Europejskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC) i Biuro Regionalne Światowej Organizacji Zdrowia dla Europy wspólnie koordynują nadzór nad gruźlicą w Europie. Ich celem jest zapewnienie wysokiej jakości ujednoliconych danych na temat gruźlicy obejmujących 53 kraje w Regionie Europejskim WHO.

W 2007 r. w 51²¹ krajach Regionu Europejskiego WHO oraz Liechtensteinie²² zgłoszono 477 327 przypadków gruźlicy. Ogólna zgłaszana zachorowalność wyniosła średnio 54 przypadki na 100 000 populacji, przy dużych różnicach między krajami oraz tendencji wzrostowej z zachodu na wschód widocznej w ostatnich latach. Pokazuje to wzrost o 54 497 przypadków od 2006 r. oraz wzrost ogólnej zgłaszanej zachorowalności o 13% (z 48/100 000 do 54/100 000), spowodowany głównie zarejestrowaniem przez Federację Rosyjską niezgłoszonych wcześniej powtórnie leczonych przypadków w wyniku rozszerzenia zakresu jej systemu zgłaszania i poprawy dostępu pacjentów do opieki. Współczynnik zgłoszonych nieleczonych wcześniej przypadków w całym regionie zmniejszył się o 2,5% (z 36,6 do 35,7 na 100 000 populacji). Zasadniczo współczynniki umieralności z powodu gruźlicy w ostatnich latach odzwierciedlały ogólną zgłaszaną zachorowalność według rozmieszczenia geograficznego w regionie (średni ogólny współczynnik: 0,6/100 000, przedział krajów: 0,0–22,3). Średni poziom pierwotnej gruźlicy wielolekoopornej wyniósł 1,5% w 22 krajach przekazujących dane na ten temat. Średni wskaźnik efektywności leczenia wyniósł 73%, przy 11% przypadków nieobjętych obserwacją po zakończeniu leczenia, 8% przypadków śmiertelnych oraz 7% przypadków nieudanego leczenia.

Kraje Unii Europejskiej (UE) oraz Europejskiego Obszaru Gospodarczego (EOG) i Europejskiego Stowarzyszenia Wolnego Handlu (EFTA)

W 2007 r. w 27 państwach UE oraz trzech krajach EOG/EFTA (Islandia, Norwegia, Liechtenstein) zgłoszono 84 917 przypadków gruźlicy. Zgłaszana zachorowalność na gruźlicę (ogólnie 17/100 000) była największa w Rumunii (118), Bułgarii (40) i państwach bałtyckich (36-71). W latach 2003-2007 ogólna zgłaszana zachorowalność zmniejszała się o 4% rocznie, odzwierciedlając spadek liczby przypadków nieleczonej wcześniej gruźlicy. Zaobserwowano jednak znaczny wzrost na Malcie (+61%) i w Islandii (+37%) oraz niewielki wzrost w Szwecji (+5%), Wielkiej Brytanii i na Cyprze (+ 3% w obu tych krajach), w większości u obcokrajowców. W 2007 r. 21% przypadków (przedział krajów: 0–78%) stwierdzono u osób obcego pochodzenia, z których prawie dwie trzecie pochodziło z Azji lub Afryki, a 6% z krajów Europy Wschodniej spoza UE i z Azji Środkowej. W latach 2001-2007 częstość występowania zakażeń wirusem HIV wśród chorych na gruźlicę wzrosła w Estonii i na Łotwie (z < 1% do odpowiednio 11% i 4%) i podwoiła się w Wielkiej Brytanii w latach 2003-2004 (z 4% do 8%). W pozostałych krajach, które przedstawiły dane, częstość występowania zakażeń wirusem HIV wśród chorych na gruźlicę wyniosła maksymalnie 1% w pięciu krajach, 2–5% w siedmiu innych krajach i 14% w Portugalii. Oporność wielolekowa nadal występowała częściej w państwach bałtyckich (łącznie oporność wielolekowa: 10–21%) niż w innych krajach (0–4%), w których była zasadniczo bardziej powszechna u osób obcego pochodzenia. W 2006 r. dwadzieścia jeden krajów przedstawiło dane dotyczące monitorowania wyników leczenia w odniesieniu do zdiagnozowanych przypadków gruźlicy płuc. W odniesieniu do przypadków włączonych do kohort objętych monitorowaniem wyników leczenia u 80% nieleczonych wcześniej przypadków leczenie zakończyło się pozytywnie. Brak działań następczych po zakończeniu leczenia jest częstszy w przypadku gruźlicy płuc u osób obcego pochodzenia niż wśród obywateli danego kraju (odpowiednio 35% wobec 16%), podczas gdy przypadki śmiertelne były zgłaszane rzadziej (8% wobec 4%). Współczynnik umieralności z powodu gruźlicy wyniósł od 0,0 do 10,9 na 100 000 (29 krajów, najnowsze dostępne dane pochodzą z lat 2001–2006).

²¹ Brak danych z Monako i San Marino.

²² Liechtenstein został uwzględniony w raporcie, ale przedstawiony wyłącznie jako kraj EOG/FTA – nie należy on do Regionu Europejskiego Światowej Organizacji Zdrowia.

Zachód (5 krajów spoza UE)

W 2007 r. trzy kraje – Andora, Izrael i Szwajcaria – zgłosiły 881 przypadków gruźlicy przy współczynnikach wynoszących od 5,6 do 7,3 na 100 000. Współczynniki były zasadniczo niskie, a większość zgłoszonych przypadków gruźlicy stwierdzono u obcokrajowców. Szwajcaria i Izrael przedstawiły dane na temat nadzoru oporności na leki, przy częstotliwości występowania gruźlicy wielolekoopornej wśród wszystkich przebadanych przypadków odpowiednio na poziomie 2,3% i 6,7%. Izrael przedstawił wyniki leczenia przypadków zarejestrowanych w 2006 r. ze wskaźnikiem efektywności na poziomie 74% w odniesieniu do nowo zdiagnozowanych przypadków gruźlicy płuc.

Bałkany (7 krajów)

W 2007 r. kraje bałkańskie zgłosiły 26 296 przypadków, z których 75% zgłosiła sama Turcja (prowincja Kosowo pod administracją ONZ zgłosiła dodatkowe 930 przypadków). W 2007 r. ogólna zgłaszana zachorowalność na gruźlicę wyniosła 29 na 100 000 populacji i była większa w Bośni i Hercegowinie (62) niż w Albanii, Chorwacji, Byłej Jugosłowiańskiej Republice Macedonii, Czarnogórze, Serbii i Turcji (przedział: 14–28). Częstość występowania zakażeń wirusem HIV wśród chorych na gruźlicę wyniosła od 0,0 do 0,4% w krajach, które przedstawiły dane (Albanii, Bośni i Hercegowinie, Byłej Jugosłowiańskiej Republice Macedonii, Czarnogórze i Serbii). Łącznie pierwotna i nabyta oporność wielolekowa wyniosła odpowiednio 0–0,6% i 9,7–34,6% w czterech krajach, które przedstawiły dane na ten temat (Albanii, Czarnogórze, Byłej Jugosłowiańskiej Republice Macedonii i Serbii). W 2006 r. wskaźnik efektywności leczenia wśród nowo zdiagnozowanych przypadków gruźlicy płuc wyniósł 80% – 97% w pięciu krajach i był niższy w dwóch innych państwach, które przedstawiły dane (35% – 70%). Współczynnik śmiertelności z powodu gruźlicy wyniósł od 0,25 do 21 na 100 000 (pięć krajów, najnowsze dostępne i pełne dane pochodzą z lat 2001–2006)

Wschód (12 krajów spoza UE oraz kraje Azji Środkowej)

W 2007 r. kraje wschodnie zgłosiły 365 233 przypadki gruźlicy, z czego 59% wystąpiło w Federacji Rosyjskiej. W 2007 r. zgłaszana zachorowalność na gruźlicę (ogółem 131/100 000) była największa w Kazachstanie (258), Republice Mołdowy (151), Gruzji (135) i Kirgistanie (125), a następnie w Armenii, Azerbejdżanie, na Białorusi, w Tadżykistanie, Turkmenistanie, na Ukrainie i w Uzbekistanie (59–119). W latach 2002–2007 średni roczny wzrost był taki sam jak wzrost odnotowany w latach 1998–2002 (+ 6%). Liczba nowych przypadków zmniejszyła się w latach 2006–2007 w sześciu krajach. W ciągu ostatnich lat częstość występowania zakażeń wirusem HIV wśród chorych na gruźlicę wyniosła maksymalnie 1% w pięciu krajach, ale była wyższa w Federacji Rosyjskiej i na Ukrainie (odpowiednio 7% i 6% wśród nowych przypadków zdiagnozowanych w 2007 r.). Krajowe i regionalne dane na temat oporności lekowej przedstawione przez szereg krajów pokazują rozpowszechnioną i wysoką częstość jej występowania. Ogólna częstość występowania gruźlicy wielolekoopornej wyniosła od 14% do 57%, przy czym reprezentatywność danych różniła się w zależności od kraju. W krajach, które zgłosiły wyniki nowych przypadków gruźlicy płuc potwierdzonych w posiewie (2006 r.) średni wskaźnik efektywności leczenia wyniósł 64% (przedział od 58% do 86%). Niska efektywność leczenia przy dużej liczbie niepowodzeń (średnio 12%, przedział od 3% do 16%) była głównie wynikiem częstości występowania pierwotnej oporności wielolekowej i braku działań następczych po zakończeniu leczenia (średnio 13%, przedział od 4% do 35%). Współczynnik umieralności z powodu gruźlicy wyniósł od 3,0 do 22,3 na 100 000 (wszystkie kraje, z wyjątkiem Turkmenistanu, posiadające pełne dane, z których najnowsze dostępne są na wszystkie lata w okresie 2003–2006).

Wnioski

Kraje wschodnie spoza UE oraz kraje Azji Środkowej pozostają regionalnym priorytetem w zakresie kontroli gruźlicy. W krajach tych sytuacja jest często złożona z powodu niskiej szczegółowości lub słabej jakości danych i stałego braku zasobów niezbędnych do podjęcia najbardziej odpowiednich środków lub z powodu nieodpowiedniego wykorzystywania dostępnych zasobów. Na Zachodzie utrzymują się różnice w sytuacji związanej z zachorowaniami na gruźlicę. Kraje uprzemysłowione dążące do wyeliminowania zachorowań na gruźlicę w coraz większym stopniu odnotowują skupiska przypadków w szczególnie narażonych populacjach. Wśród krajów o średnim wskaźniku występowania choroby, takich jak państwa bałtyckie, częstość występowania przypadków gruźlicy wielolekoopornej pozostaje wysoka. Na podstawie analizy danych można sformułować szereg zaleceń dotyczących nadzoru w celu wzmocnienia kontroli gruźlicy, w tym:

- ujednoczenie stosowanej w regionie definicji przypadku oraz narzędzi do zarządzania danymi;
- objęcie gruźlicy ogólnym nadzorem chorób zaraźliwych;
- nacisk na stosowanie analizy kohortowej do monitorowania wyników leczenia;
- przeprowadzenie bardziej szczegółowej analizy połączonej epidemii gruźlicy i HIV, oraz
- przeprowadzanie dokładnych ocen częstości występowania i tendencji w odniesieniu do gruźlicy wielolekoopornej na szczeblu krajowym i regionalnym.

13. Roczny raport epidemiologiczny na temat chorób zaraźliwych w Europie w 2009 r.

(Opublikowano w październiku 2009 r.)

Kontekst

W 2007 r. ECDC zaproponowało, aby częstotliwość sporządzania obszernego rocznego raportu epidemiologicznego obejmującego w wyczerpujący sposób wszystkie obszary pod nadzorem ECDC wynosiła od trzech do pięciu lat. Wniosek ten został poparty przez Forum Doradcze ECDC. Aktualna wersja jest więc obszernym opracowaniem na temat sytuacji dotyczącej chorób zaraźliwych w Unii Europejskiej, ale zawiera pogłębioną analizę na temat tylko jednego obszaru – chorób, którym zapobiega szczepienie. Przedstawia dane na 2007 r. dotyczące współczynnika zachorowalności w zwykłych tabelach i na wykresach bez rozbudowanych komentarzy oraz ocenia zagrożenia dla zdrowia w 2008 r.

Główne problemy w obszarze zdrowia publicznego związane z chorobami zakaźnymi

Główne zagrożenia związane z chorobami zaraźliwymi w UE zasadniczo nie zmieniły się od ostatniej publikacji tego raportu i obejmują:

- oporność na środki przeciwdrobnoustrojowe;
- zakażenia związane z opieką zdrowotną;
- choroby, którym zapobiega szczepienie, ze szczególnym naciskiem na zakażenia pneumokokowe;
- zakażenia dróg oddechowych, ze szczególnym ukierunkowaniem na grypę (możliwa pandemia i roczne epidemie sezonowe) oraz gruźlica;
- zakażenie HIV.

Podsumowanie nadzoru nad chorobami zaraźliwymi w 2007 r.

W 3 rozdziale zebrano i przedstawiono wszystkie przypadki zgłoszone w 2007 r. przez 27 państw członkowskich UE oraz trzy kraje EOG/EFTA, tj. Islandię, Liechtenstein i Norwegię. Jak pokazuje wiele sekcji na temat poszczególnych chorób w tym rozdziale, należy ostrożnie dokonywać porównania współczynników zachorowalności w różnych krajach. Stosowane są odmienne systemy nadzoru, a stosunek między zgłoszonym a rzeczywistym współczynnikiem zachorowalności w przypadku wielu chorób różni się w zależności od kraju. W większości przypadków bardziej odpowiednie jest skoncentrowanie porównań na tendencjach występujących w czasie, ponieważ jest to bardziej stała cecha w ramach systemu nadzoru.

Uwzględniając powyższą uwagę, dokonano poniżej zestawienia niektórych najważniejszych wyników z obejmującego UE nadzoru chorób zakaźnych w odniesieniu do głównych grup chorób i uwarunkowań będących przedmiotem obaw.

Oporność na środki przeciwdrobnoustrojowe oraz zakażenia związane z opieką zdrowotną

W 2007 r. oporny na metycylinę gronkowiec złocisty (ang. *methicillin-resistant Staphylococcus aureus*, MRSA) nadal stanowił znaczny problem w całej Europie. W niektórych wysoce endemicznych krajach utrzymał się jednak stabilny poziom występowania MRSA, a w szeregu krajów zaobserwowano faktyczne tendencje malejące.

Dane na temat pneumokoków niewrażliwych na penicylinę (ang. *penicillin non-susceptible Streptococcus pneumoniae*, PNSP) pokazują zróżnicowaną sytuację w Europie – większość krajów północnoeuropejskich zgłosiła niski poziom, zaś w krajach południowoeuropejskich i śródziemnomorskich poziom ten był stosunkowo wysoki. W wielu krajach jednak utrzymał się zasadniczo stabilny poziom braku wrażliwości na penicylinę i oporności na erytromycynę.

Wraz z rozpowszechnieniem się kompleksu klonalnego 17, wybuchy zakażeń opornymi na wankomycynę *Enterococcus faecium* nadal dotyczyły coraz większą liczbę szpitali w różnych krajach.

W ostatnich latach w prawie wszystkich krajach przedstawiających dane w znacznym stopniu wzrosła oporność *Escherichia coli* na fluorokwinalony, aminopenicylinę, aminoglikozydę oraz cefalosporyny trzeciej generacji. Jest to

istotna obserwacja, ponieważ wskazuje na rozwój tendencji w kierunku coraz większej oporności wielolekoopornej bakterii Gram-ujemnych, a nawet w kierunku całkowicie opornych szczepów.

W 2007 r. utrzymała się malejąca tendencja występowania zakażeń miejsca operowanego po wszczepieniu protezy stawu biodrowego, co pokazało ważną rolę nadzoru, w tym porównań szpitali pod względem ryzyka, w ramach zapobiegania zakażeniom związanym z opieką zdrowotną i ich kontroli.

Choroby, którym zapobiega szczepienie

W 2007 r. w Europie zgłaszana zachorowalność na inwazyjną chorobę spowodowaną przez *Haemophilus influenzae* pozostała taka sama, poniżej 1 przypadku na 100 000 populacji. Szczepienie przeciwko Hib nadal miało znaczny wpływ na współczynnik zachorowalności na tę chorobę we wszystkich krajach, w których zostało wprowadzone.

W 2007 r., podobnie jak w 2006 r., ogólna zgłaszana zachorowalność na inwazyjną chorobę meningokokową wyniosła 1 na 100 000, zaś główną przyczyną takich zachorowań w Europie pozostały serogrupa B (77%) i serogrupa C (16%). Stosowane powszechnie szczepionki przeciwdziałają jedynie zakażeniom serogrupą C.

W porównaniu z zeszłym rokiem w 2007 r. Austria i Słowenia zgłosiły znaczny wzrost liczby zdiagnozowanych przypadków zachorowań na inwazyjne choroby pneumokokowe, co najprawdopodobniej jest wynikiem ulepszeń wprowadzonych ostatnio do ich systemów nadzoru. Zasadniczo trudno było dokonać zestawienia zgłaszanej zachorowalności w państwach członkowskich ze względu na duży stopień zróżnicowania systemów nadzoru inwazyjnych chorób pneumokokowych w UE. W 2001 r. w UE otrzymała licencję siedmiowalenta sprzężona szczepionka przeciwko pneumokokom (PCV7), ale stopień stosowania tej szczepionki różni się w zależności od kraju.

W 2007 r. w UE i w krajach EOG/EFTA zgłoszono mniejszą liczbę przypadków zachorowań na odrę niż w 2006 r., ale choroba ta pozostała priorytetem w dziedzinie zdrowia publicznego, przy 2 795 potwierdzonych przypadkach, w tym jednym przypadku śmiertelnym i dwóch przypadkach zapalenia mózgu. W ostatnich trzech latach jedynie w czterech krajach nie odnotowano żadnych przypadków odry.

W 2007 r. świnka nadal była chorobą o jednej z najwyższych zgłaszanych zachorowalności w Europie wśród chorób, którym zapobiega szczepienie, ale utrzymała się ogólna tendencja malejąca i w 2007 r. zgłaszana zachorowalność na świnkę była najmniejsza od 1995 r.

Podobnie jak w 2006 r., w 2007 r. zgłoszone dane ilościowe na temat potwierdzonych przypadków różyczki były niskie.

Zakażenia dróg oddechowych

Sezon grypy 2007–2008 w Europie charakteryzowała umiarkowana aktywność kliniczna przy szczycie zachorowań na grypę A(H1N1), po którym nastąpił szczyt zachorowań na grypę typu B. Wyizolowano nieznaczną liczbę szczepów A(H3N2).

Istotnym zjawiskiem było pojawienie się pierwszego szczepu wirusa grypy opornego na lek przeciwwirusowy oseltamiwir, tj. szczepu A(H1N1-H247Y). Szczep ten okazał się w pełni zdolny do przenoszenia się z człowieka na człowieka, ale jego rozmieszczenie było bardzo różnorodne w zależności od regionu – od ponad połowy wyizolowanych szczepów w niektórych krajach do zaledwie kilku procent w innych krajach. Pojawienia i rozprzestrzenienia się takiego opornego wirusa nie można uzasadnić wcześniejszym stosowaniem leków przeciwwirusowych.

Podobnie jak w 2006 r. pojawił się szereg ognisk epidemicznych wysoce zjadliwej grypy ptaków odnotowanej u ptaków w Europie, w większości u drobiu domowego, ale nie zgłoszono żadnych powiązanych przypadków u ludzi. W maju 2007 r. w Wielkiej Brytanii pojawiło się jedno ognisko epidemiczne nisko zjadliwej grypy ptaków typu A(H7N2) u zwierząt z szeregiem powiązanych przypadków zachorowań grypopochodnych i zapalenia spojówek u ludzi.

W 2007 r. zgłaszana zachorowalność na legionellozę w krajach UE i EOG/EFTA pozostała stabilna i wyniosła 1,1 na 100 000. W porównaniu z 2006 r. liczba zgłoszonych przypadków zakażeń legionellozą w czasie podróży wykazywała tendencję wzrostową, co było prawdopodobnie wynikiem lepszego nadzoru i dokładniejszej sprawozdawczości. Tendencja malejąca charakteryzowała jednak skupiska zakażeń związanych z podróżą i może stanowić ona odzwierciedlenie wpływu wytycznych europejskiej grupy roboczej ds. zakażeń pałeczkami Legionella (EWGLINET) dotyczących kontroli legionellozy.

W przypadku gruźlicy od 2003 r. odnotowuje się stale malejącą tendencję zgłaszanej zachorowalności w 25 krajach. Podobnie jak w 2006 r. 20% ogółu zachorowań stwierdzono u osób obcego pochodzenia, w większości z Azji lub Afryki. Oporność wielolekowa nadal występowała częściej w państwach bałtyckich niż w innych krajach, w których była zasadniczo bardziej powszechna u osób obcego pochodzenia. Dane nadal odzwierciedlają różnorodność sytuacji dotyczącej zachorowań na gruźlicę: istnieją kraje o niskim współczynniku zachorowalności, w których diagnozuje się coraz większą liczbę przypadków w populacjach obcego pochodzenia, kraje z przedziałem zgłaszanej zachorowalności od średniej do małej, w których jednak gruźlica wielolekooporna nie jest jeszcze rozpowszechniona oraz kraje ze stosunkowo dużą zgłaszaną zachorowalnością i dużym odsetkiem przypadków gruźlicy wielolekoopornej. Ogólnie w 2007 r. kraje UE i EOG/EFTA zgłosiły 41 205 potwierdzonych przypadków gruźlicy (8,2 na 100 000).

HIV, zakażenia przenoszone drogą płciową oraz wirusowe zapalenie wątroby typu B i C

W 2007 r. zakażenia wirusem HIV pozostały jedną z najbardziej znaczących kwestii dla zdrowia publicznego – nie zmniejszyła się liczba zgłoszonych zdiagnozowanych nowych przypadków. W dalszym ciągu spadała jednak liczba zdiagnozowanych przypadków zachorowań na AIDS, z wyjątkiem niektórych krajów Europy Wschodniej i Środkowej. Przeważający sposób przenoszenia różnił się w zależności od kraju i regionu geograficznego, co wskazuje na dużą różnorodność epidemiologii HIV w Europie.

W 2007 r. zakażenie *Chlamydia trachomatis* pozostało nadal najczęściej zgłaszanym zakażeniem przenoszonym drogą płciową (i ogólnie najbardziej powszechną chorobą podlegającą zgłoszeniu). Dwadzieścia dwa kraje UE i EOG/EFTA zgłosiły ponad ćwierć miliona potwierdzonych przypadków zakażenia *Chlamydia trachomatis*, co przekłada się na ogólny współczynnik 122,6 na 100 000. Zakażenie chlamydią stwierdzano głównie nadal u młodych osób pomiędzy 15 i 24 rokiem życia. Rzeczywisty współczynnik zakażeń *Chlamydia trachomatis* był prawdopodobnie wyższy, a zgłaszana zachorowalność odzwierciedlała raczej praktyki w zakresie badań przesiewowych i ilość przeprowadzonych badań niż rzeczywisty współczynnik zachorowalności.

Istotnym faktem jest zgłoszenie przez Szwecję 45-procentowego wzrostu w liczbie przypadków od 2006 r., prawdopodobnie w wyniku stosowania nowych metod badań w celu wykrycia nowej odmiany *C. trachomatis*, odnotowanej w Szwecji po raz pierwszy w listopadzie 2006 r. Badanie na szczeblu UE wykazało, że rozprzestrzenianie się tej odmiany dotyczyło jedynie terytorium Szwecji lub partnerów seksualnych Szwedów w innych krajach.

Większość krajów europejskich dysponuje systemami nadzoru wirusowego zapalenia wątroby typu B i C, ale z powodu różnic, w szczególności w odniesieniu do struktur systemów, praktyk w zakresie sprawozdawczości, metod gromadzenia danych i stosowanych definicji przypadku trudno jest dokonać zestawienia danych uzyskanych w ramach nadzoru.

Choroby przenoszone drogą pokarmową i wodną oraz choroby odzwierzęce

Kampylobakterioza była nadal najbardziej powszechną zgłaszaną przyczyną chorób żołądkowo-jelitowych w UE i EOG/EFTA, a w 2007 r. zgłaszana zachorowalność wzrosła o ponad 15% w porównaniu z 2006 r. Duża zróżnicowanie w systemach sprawozdawczości między krajami łącznie przy częstym zgłaszaniu zaniżonych wartości przez niektóre kraje bardzo utrudnia ich porównywanie.

W 2007 r. zgłaszana zachorowalność na salmonellozę pozostała na wysokim poziomie w krajach UW i EOG/EFTA, ale utrzymywała się tendencja malejąca odnotowywana od 2004 r.

W 2007 r. 29 krajów UE i EOG/EFTA zgłosiło ogółem 13 952 potwierdzonych przypadków wirusowego zapalenia wątroby typu A, a obraz epidemiologiczny tej choroby był bardzo różnorodny w całym regionie. W listopadzie 2007 r. wybuchła epidemia zapalenia wątroby typu A na Łotwie.

Choroby środowiskowe i przenoszone przez wektory

W sierpniu 2007 r. Włochy zgłosiły pojawienie się ogniska gorączki Chikungunya w oparciu o 217 laboratoryjnie potwierdzonych przypadków. Lokalne przenoszenie się wirusa chikungunya nastąpiło po jego przywiezieniu przez jednego podróżnego wracającego z Indii oraz pokazało, że komar *Aedes albopictus* jest rzeczywiście wektorem zdolnym do skutecznego przenoszenia wirusa na szerokościach geograficznych UE.

W 2007 r. 22 kraje UE i EOG/EFTA zgłosiły ogółem 637 potwierdzonych przypadków zakażeń gorączką Q, co stanowi liczbę podobną do zgłoszonej w 2006 r. (583). Wystąpienie ogniska gorączki Q zgłosiły Holandia i Słowenia z odpowiednio 168 i 86 przypadkami.

Siedem państw członkowskich zgłosiło ogółem 40 potwierdzonych przypadków wirusowej gorączki krwotocznej, będących w większości zakażeniami hantawirusem.

Podsumowanie zagrożeń w 2007 r.

Od rozpoczęcia działań w zakresie wywiadu epidemiologicznego w lipcu 2005 r. do końca 2008 r. przedmiotem monitorowania ECDC było 696 zagrożeń. W 2008 r. ECDC objęło monitorowaniem 250 zagrożeń, z których 227 (91%) wystąpiło w 2008 r., 14 (6%) przeszło z 2007 r., a 9 (4%) stanowi bieżące zagrożenia. Powtarzające się zagrożenia były związane z występowaniem grypy ptaków na świecie i w regionie europejskim, światową sytuacją dotyczącą zachorowań na gorączkę Chikungunya, wirusowego zapalenia rogów przednich rdzenia kręgowego, dengę, cholere i odrę, a także nowy wariant choroby Creutzfeldta-Jakoba oraz gruźlicę skrajnie oporną na leczenie

Bardziej szczegółowo, niektóre z monitorowanych zagrożeń objęły:

- wirusy grypy A(H1N1) odporne na oseltamiwir w 21 państwach członkowskich, przy odsetku wynoszącym od poniżej 1% we Włoszech do 68% w Norwegii;
- monitorowane w 2008 r. pięć ognisk epidemicznych zapalenia wątroby typu A, co stanowi znaczny wzrost w porównaniu z poprzednimi latami;
- ognisko epidemiczne bakterii *Shigella sonnei*, którą zakażyło się ponad 140 pracowników w biurowej kawiarni w Szwecji;
- osiemdziesiąt pięć skupisk legionellozy zarejestrowanych w 2008 r.;
- jedenaście ognisk epidemicznych odry zarejestrowanych w 2008 r. w UE i EOG/EFTA, które spowodowały przypadki zachorowań wtórnych w innych państwach członkowskich, mimo spadku zachorowalności na odrę w Europie od 2006 r. Jest to wzrost w porównaniu z 2007 r. (siedem) i 2006 r. (dwa);
- jedenaście zagrożeń związanych z gruźlicą ocenionych w 2008 r.; Wszystkie zdarzenia były powiązane z przemieszczaniem się pacjentów chorych na gruźlicę – siedem z nich z podróżą lotniczą, a trzy z podróżą morską;
- zakażenie śmiertelnym wirusem Marburg stwierdzone u turysty wracającego z Ugandy do Holandii w lipcu 2008 r.;
- pierwszy przypadek krwotocznej gorączki krymsko-kongijskiej (CCHF) potwierdzony w północnej Grecji w lipcu 2008 r.

Wnioski

Na podstawie zestawienia najważniejszych danych liczbowych i tendencji można stwierdzić, że priorytety w zakresie zapobiegania chorobom zakaźnym i ich kontroli w UE i EOG/EFTA nie uległy znacznej zmianie od czasu poprzedniej publikacji rocznego raportu epidemiologicznego, ale należy zwrócić uwagę na szereg kwestii.

Dane z 2007 r. pokazują, że oporność na środki przeciwdrobnoustrojowe stanowi coraz bardziej istotne zagrożenie dla zdrowia publicznego w Europie. Międzynarodowe podróże i wymiana handlowa ułatwiają rozprzestrzenianie się takiej oporności. Problem wymaga współpracy międzynarodowej, a także wspólnych wysiłków na szczeblu krajowym, w celu ograniczenia występowania oporności na środki przeciwdrobnoustrojowe i jej zapobiegania.

W obszarze zakażeń związanych z opieką zdrowotną należy przeprowadzić w UE badanie punktowe w celu oceny obciążenia spowodowanego wszystkimi rodzajami zakażeń w placówkach opieki zdrowotnej w Europie. Opracowanie europejskiego ujednoliconego protokołu do takiego badania jest obecnie przewidziane w programie prac ECDC oraz będzie okazją do przystosowania różnych krajowych protokołów dotyczących badania liczby zakażeń związanych z opieką zdrowotną, aby możliwe było dokonywanie zestawień międzynarodowych.

W odniesieniu do chorób, którym zapobiega szczepienie nadal zgłaszane są obawy, że po wprowadzeniu szczepionek serotypy, którym przeciwdziała sprzężona szczepionka przeciwko pneumokokom mogą zostać zastąpione przez serotypy, którym ona nie przeciwdziała, jak już zaobserwowano w Stanach Zjednoczonych. W tym celu w UE niezbędny może okazać się bardziej wzmocniony nadzór, obejmujący także nadzór laboratoryjny.

Zgodnie z przewidywaniami prawie 90% zgłoszonych przypadków odry w UE i EOG/EFTA stwierdzono u niezaszczepionych osób, co stanowi sygnał, że odra nadal stanowi problem w grupach populacji o niskim objęciu szczepieniami. Ponadto w przypadku osób niezaszczepionych wystąpiły wszystkie przypadki śmiertelne lub z komplikacjami. W związku z tym zwiększenie zakresu szczepień w Europie pozostaje priorytetem w dziedzinie zdrowia publicznego, chociaż wyeliminowanie choroby w 2010 r. może nie być realne.

Poszczepienne zakażenia świną występują czasem u osób, które otrzymały dwie dawki szczepionki MMR i takie przypadki należy poddać bardziej szczegółowym badaniom.

Państwa członkowskie poczyniły większe wysiłki w celu potwierdzenia wszystkich odnotowanych przypadków różyczki, z niewielką liczbą wyjątków. Zwiększenie ukierunkowania i szczegółowości nadzoru różyczki jest nadrzędnym zadaniem, biorąc pod uwagę, że celem WHO jest wyeliminowanie tej choroby do 2010 r.

Niespotykaną cechą sezonu grypy 2007-2008 było pojawienie się wirusa grypy A(H1N1) opornego na oseltamiwir. Był to pierwszy dotąd przypadek zaobserwowania wirusa ludzkiej grypy sezonowej oporny na inhibitor neuraminidazy i w pełni zdolny do przenoszenia się z człowieka na człowieka. W ramach nadzoru oporności przeciwwirusowej wirusów grypy sezonowej należy nadal monitorować możliwe ponowne pojawienie się opornych szczepów.

W obszarze kontroli gruźlicy, w ramach zróżnicowanych środowisk epidemiologicznych w krajach UE i EOG/EFTA, liczba krajów z wysokim lub średnim współczynnikiem zachorowalności na gruźlicę pozostała taka sama, mimo ich postępów w ograniczaniu epidemii. W związku z tym niezbędna jest wzmocniona kontrola, w tym zoptymalizowanie nadzoru. W niektórych krajach o niskim współczynniku zachorowalności dane pokazują stały spadek liczby przypadków wśród obywateli oraz wyraźny większy stopień atakowania przez epidemię bardziej narażonych populacji, takich jak populacje migrujące. Sprawozdawczość na temat współistnienia gruźlicy i zakażenia HIV jest nadal niepełna. Należy rozszerzyć zakres badań podatności na leki, a także sprawozdawczość i badania w odniesieniu do oporności na leki drugiej linii.

Priorytet ECDC stanowi opracowanie i realizacja wzmocnionego nadzoru nad zapaleniem wątroby typu B i C. Dokładniejsze dane z nadzoru są konieczne aby móc zapewnić informacje niezbędne do monitorowania tendencji, zrozumieć różnice występujące w epidemiologii oraz dokonywać oceny programów zapobiegania w UE. Przewlekły charakter obu chorób utrudnia jednak oddzielenie zachorowalności od chorobowości, tak jak w przypadku zakażeń HIV, i nie istnieje proste rozwiązanie tego problemu.

Ponadto w obszarze chorób przenoszonych drogą pokarmową i wodną w przyszłych raportach zostanie podjęta próba wyraźniejszego oddzielenia danych na temat werotoksycznych i shigatoksycznych szczepów *Escherichia coli* (VTEC) serogrupy O157 od tych spoza serogrupy O157, z uwagi na fakt, że mają one bardzo zróżnicowany poziom priorytetowości w systemach krajowych i w związku z tym są w różnym stopniu objęte działaniami, przy czym serogrupa O157 jest wyraźnie lepiej objęta tymi działaniami niż pozostałe serogrupy.

Tabela A. Przegląd ogólnych tendencji, zgłaszanej zachorowalności w UE oraz głównych grup wiekowych dotkniętych chorobami zaraźliwymi zgłoszonymi przez kraje UE i EOG/EFTA w 2007 r. Liczba państw przedstawiających dane (30).

Choroba	Ogólna tendencja w ciągu 10 lat	Zgłaszana zachorowalność na 100 000 w UE (2007)	Główne dotknięte grupy wiekowe (2007)
Zakażenia dróg oddechowych			
Grypa	↔	Brak danych	Niewystarczające dane
Grypa ptaków	↑	0	Brak przypadków
Choroba legionistów (legionelloza)	↑	1,1	65+
Gruźlica	↓	8,2	25–44
HIV, zakażenia przenoszone drogą płciową oraz zakażenia wirusowe przenoszone przez krew			
Zakażenie chlamydią	↑	122,6	15–24
Rzeżączka	↔	9,5	15–24
Wirusowe zapalenie wątroby typu B	↓	1,5	25–44
Wirusowe zapalenie wątroby typu C	↑	6,9	25–44
HIV	↑	6,0	25–44
AIDS	↓	1,2	25–44
Kiła	↑	4,4	25–44
Choroby przenoszone drogą pokarmową i wodną oraz choroby odzwierzęce			
Wąglik	↔	<0,01	Niewystarczające dane
Zatrucie jadem kiełbasianym	↔	<0,1	25–44
Bruceloza	↓	0,1	25–64
Kampylobakterioza	↑	46,7	0–4
Cholera	↓	<0,01	25–44
Kryptosporidia	↓	2,4	0–4
Bąblowica	↓	0,2	45–64
Werotoksyczne i shigatoksyczne szczepy <i>Escherichia coli</i> (VTEC/STEC)	↔	0,6	0–4
Lamblioza	Niewystarczające dane	61,7	0–4
Wirusowe zapalenie wątroby typu A	↓	2,8	5–14
Leptospiroza	↔	0,2	45–64, 25–44
Listerioza	↑	0,4	65+
Salmoneloza	↓	34,3	0–4
Zakażenie pałeczkami <i>Shigella</i>	↓	2,1	0–4
Toksoplazmoza	↓	0,8	5–14
Włośnica	↔	0,2	25–44
Tularemia	↔	0,3	45–64
Dur brzuszny/paradur	↓	0,2	0–4
Wariant CJD	Niewystarczające dane	<0,01	15–24
Jersinioza	↑	2,9	0–14

Choroba	Ogólna tendencja w ciągu 10 lat	Zgłaszana zachorowalność na 100 000 w UE (2007)	Główne dotknięte grupy wiekowe (2007)
Nowe choroby i choroby przenoszone przez wektory;			
Malaria	↔	1	25–44
Dżuma	Niewystarczające dane	0	Brak przypadków
Gorączka Q	↓	0,2	15–24, 45–64
Zespół ostrej ciężkiej niewydolności oddechowej (SARS)	Niewystarczające dane	0	Brak przypadków
Ospa	Niewystarczające dane	0	Brak przypadków
Wirusowe gorączki krwotoczne (VHF)	Niewystarczające dane	Niewystarczające dane	Niewystarczające dane
Chikungunya	Niewystarczające dane	<0,01	Niewystarczające dane
Gorączka Zachodniego Nilu	Niewystarczające dane	<0,01	> 15
Żółta febra	Niewystarczające dane	0	Brak przypadków
Choroby, którym zapobiega szczepienie			
Błonica	↓	<0,01	45–64, 5–14
Inwazyjne zakażenie <i>Haemophilus influenzae</i>	↔	0,5	65+, 0–4
Inwazyjna choroba meningokokowa	↓	1,0	0–4
Inwazyjne zakażenie pneumokokowe	↔	6,3	65+, 0–4
Odra	↓	0,6	0–4
Świnka	↓	4,3	5–14
Krztusiec	↓	4,4	5–14
Zapalenie istoty szarej rdzenia	Niewystarczające dane	0	Brak przypadków
Wścieklizna	Niewystarczające dane	<0,01	Niewystarczające dane
Różyczka	↓	1,2	0–4
Tęžec	↓	<0,1	65+
Oporność na środki przeciwdrobnoustrojowe oraz zakażenia związane z opieką zdrowotną			
Oporność na środki przeciwdrobnoustrojowe	↑	Nie dotyczy	Brak danych
Zakażenia szpitalne	↑	Nie dotyczy	Brak danych

14. Nadzór nad HIV/AIDS w Europie w 2008 r.

(Opublikowano w grudniu 2009 r.)

Najważniejsze punkty

Zakażenia HIV pozostają istotnym problemem zdrowia publicznego w Europie i występują dowody na nasilone przenoszenie zakażenia w szeregu krajów Europy. Zasadniczo, mimo niepełnej sprawozdawczości, odnotowano wzrost liczby nowo zdiagnozowanych przypadków zakażenia HIV zgłoszonej na 2008 r., mimo że liczba zdiagnozowanych przypadków AIDS wykazała stałą tendencję malejącą w europejskim regionie WHO, z wyjątkiem części wschodniej, gdzie zwiększyła się liczba przypadków zakażenia AIDS.

- W 2008 r. 48 z 53 krajów Europejskiego Regionu WHO oraz Liechtenstein zdiagnozowało i zgłosiło 51 600 przypadków zakażenia HIV (brak dostępnych danych z Austrii, Danii, Liechtensteinu, Monako, Rosji i Turcji). Najwyższe współczynniki zakażeń odnotowano w Estonii, na Łotwie, w Kazachstanie, Mołdawii, Portugalii, na Ukrainie i w Wielkiej Brytanii.
- Czterdzieści siedem krajów zgłosiło 7 565 przypadków AIDS (brak dostępnych danych z Danii, Szwecji, Kazachstanu, Liechtensteinu, Monako, Rosji i Turcji).
- W 2008 r. kraje Unii Europejskiej oraz Europejskiego Obszaru Gospodarczego (UE/EOG) zgłosiły 25 656 nowo zdiagnozowanych przypadków zakażenia HIV (brak dostępnych danych z Austrii, Danii i Liechtensteinu). W UE/EOG najwyższe współczynniki zakażeń odnotowano w Estonii, na Łotwie, w Portugalii i Wielkiej Brytanii.
- W UE/EOG głównym sposobem przenoszenia zakażenia HIV jest stosunek płciowy między mężczyznami, a następnie kontakty heteroseksualne. Około 40% przypadków zgłaszanych jako zakażenia wskutek kontaktów heteroseksualnych dotyczyło osób pochodzących z krajów, w których występuje epidemia zarażeń HIV/AIDS.
- Na trzech obszarach geograficznych i epidemiologicznych główny sposób przenoszenia zakażenia zależy od obszaru, co pokazuje duże zróżnicowanie w epidemiologii HIV w Europie. Na Wschodzie głównym sposobem zakażenia pozostaje stosowanie narkotyków w postaci zastrzyków, natomiast w Europie Środkowej głównym sposobem przenoszenia HIV są stosunki płciowe między mężczyznami, a następnie kontakty heteroseksualne. Na Zachodzie głównym sposobem przenoszenia zakażenia są kontakty seksualne pomiędzy mężczyznami, a następnie kontakty heteroseksualne, z wyłączeniem przypadków osób pochodzących z krajów, gdzie panuje epidemia HIV/AIDS.
- Od 2000 r. współczynnik nowo zdiagnozowanych przypadków zakażenia HIV odnotowanych na milion ludności wzrósł ponad dwukrotnie – z 44 na milion w 2000 r. do 89 na milion w 2008 r. – zgodnie z informacjami od 43 krajów systematycznie przedstawiających dane z nadzoru nad zakażeniami HIV.
- W 46 krajach stale przedstawiających dane na temat zakażeń AIDS w latach 2000-2008, liczba zgłoszonych zdiagnozowanych zakażeń AIDS zmniejszyła się z 12 072 przypadków (19 na milion) do 7 564 przypadków (12 na milion).
- Przedstawione dane mają pewne ograniczenia wynikające z niepełnej sprawozdawczości, braku danych z szeregu państw członkowskich oraz z nieprzedstawiania danych w terminie. Ogranicza to możliwość wyciągania wniosków na temat wielkości i zakresu epidemii HIV i AIDS w Europie. Jeżeli dane skorygowano by pod kątem takich ograniczeń, ogólna liczba zakażeń HIV prawdopodobnie podwoiłaby się w 2008 r. Ponadto oczekuje się, że liczba zgłoszona na 2008 r. zostanie zaktualizowana w najbliższych latach ze względu na opóźnienia w przedstawianiu danych przez niektóre kraje.

Zalecenia dotyczące nadzoru nad HIV/AIDS

Dane z nadzoru nad HIV/AIDS są niezbędne do monitorowania kierunków rozwoju epidemii zakażeń HIV i oceny reakcji podmiotów zdrowia publicznego. W związku z powyższym wszystkie kraje Europy powinny:

- wdrożyć krajowe systemy zgłaszania przypadków HIV i AIDS oraz zapewnić kompletność i terminowe przekazywanie danych, oraz
- poprawić jakość przedstawianych danych, w szczególności w odniesieniu do prawdopodobnych dróg przenoszenia zakażenia.

Zalecenia dotyczące działań w obszarze zdrowia publicznego

Działania interwencyjne prowadzone w celu opanowania epidemii powinny być oparte na dowodach i dostosowane do kraju i obszaru geograficznego. Na podstawie dostępnych danych z nadzoru można sformułować następujące zalecenia:

- Dla krajów wschodnioeuropejskich: interwencje zmierzające do kontroli zakażeń HIV wśród osób stosujących narkotyki w drodze iniekcji, w tym programy redukcji szkód, powinny być podstawą strategii zapobiegania zakażeniom HIV. Należy także wzmocnić środki zapobiegające przenoszeniu zakażenia poprzez stosunki heteroseksualne, zwłaszcza z partnerami należącymi do grup wysokiego ryzyka.
- Dla krajów środkowoeuropejskich: w celu utrzymania obecnego niskiego poziomu epidemii działania zapobiegawcze powinny być dostosowane do warunków każdego kraju. Niemniej jednak, z uwagi na wzrost liczby zakażeń wśród mężczyzn utrzymujących kontakty seksualne z mężczyznami, w pierwszej kolejności należy wzmocnić interwencje, których celem jest kontrolowanie zakażeń HIV w tej grupie.
- Dla krajów zachodnioeuropejskich: interwencje zmierzające do kontrolowania zakażeń HIV wśród mężczyzn utrzymujących stosunki seksualne z mężczyznami powinny być podstawą strategii zapobiegania HIV, obejmujących innowacyjne programy przeznaczone dla tej grupy. Interwencje dotyczące zapobiegania, leczenia i opieki muszą być tak dostosowane, aby docierały do populacji migrantów.
- Ogólnie należy promować poradnictwo w zakresie HIV i badania na obecność wirusa HIV w celu zapewnienia wczesnej diagnozy i dostępu do leczenia i poradnictwa, co ma pomóc zapobiegać dalszemu przenoszeniu się choroby lub zmniejszyć jego prawdopodobieństwo, a także poprawić długoterminowe wyniki leczenia osób zakażonych. Należy zapewnić równy dostęp do leczenia i opieki w zakresie HIV wszystkim potrzebującym grupom populacji, aby kraje osiągnęły globalny cel dotyczący powszechnego dostępu do profilaktyki, leczenia, opieki.

Załącznik: Publikacje ECDC w 2009 r.

Wykaz zawiera jedynie oficjalne publikacje ECDC z 2009 r. Każda z nich jest dostępna na portalu internetowym ECDC (www.ecdc.europa.eu), a wiele z nich także w wersji drukowanej. Niektóre dokumenty zostały zaktualizowane w ciągu roku lub wydane po raz drugi – wymienione poniżej miesiące odnoszą się do najnowszego wydania.

W 2009 r. pracownicy ECDC opublikowali lub współpracowali przy opracowywaniu wielu, niewymienionych poniżej, artykułów naukowych lub innych publikacji, w tym czasopisma *Eurosurveillance*. Centrum opracowało także dużą liczbę krótkich materiałów komunikacyjnych dotyczących pandemii grypy, takich jak oceny ryzyka i założenia planowania. Nie zostały one wymienione poniżej, ale są dostępne w Internecie.

Raporty techniczne

Maj

Development of *Aedes albopictus* risk maps

Czerwiec

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

Lipiec

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

Wrzesień

Mapping of HIV/STI behavioural surveillance in Europe

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

Listopad

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

Zalecenia ECDC

Maj

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

Czerwiec

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

Sierpień

Use of specific pandemic influenza vaccines during the H1N1 2009 pandemic

Listopad

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

Raporty z nadzoru

Marzec

Tuberculosis surveillance in Europe – 2007

Czerwiec

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

Październik

Annual epidemiological report on communicable diseases in Europe – 2009

Grudzień

HIV/AIDS surveillance in Europe – 2008

Raporty ze spotkań

Marzec

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)

Kwiecień

Technical meeting on hepatitis A outbreak response (November 2008)

Maj

European pandemic influenza planning assumptions (January 2009)

Czerwiec

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

Scientific Consultation Group – second meeting (December 2008)

Sierpień

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

Expert consultation on West Nile virus infection (April 2009)

Październik

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

Listopad

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

Grudzień

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

Dokumenty techniczne

Lipiec

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

Wrzesień

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

Listopad

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

Grudzień

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

Publikacje zbiorowe***Kwartalniki (marzec, czerwiec, wrzesień, grudzień)***

ECDC Insight

Executive Science Update

Czerwiec

Annual Report of the Director – 2008

Summary of key publications

Sierpień

Annual Report of the Director: Summary – 2008