



## ECDC **CORPORATE**

# Povzetek najpomembnejših publikacij 2009

ECDC **CORPORATE**

# **Povzetek najpomembnejših publikacij 2009**



Stockholm, januar 2010

© Evropski center za preprečevanje in obvladovanje bolezni, 2010  
Razmnoževanje je dovoljeno ob navedbi vira.

# Kazalo

Uvod.....	1
Tehnična poročila .....	2
1. Smernice za oceno tveganja za nalezljive bolezni, ki se prenašajo na letalu .....	2
2. Spremljanje in študije v pandemiji v Evropi .....	3
3. Vodnik po ukrepih na področju javnega zdravja za zmanjšanje vpliva pandemije gripe v Evropi: „Meni ECDC“ .....	4
4. Zdravje migrantov: dostop do ukrepov za preprečevanje okužb s HIV, zdravljenja in oskrbe za migrante v državah EU/EGP.....	11
5. Zdravje migrantov: epidemiologija okužb s HIV in aidsom v migrantskih skupnostih in pri etničnih manjšinah v državah EU/EGP.....	13
6. Načrtovanje spremljanja vedenja v zvezi z okužbami s HIV/spolno prenosljivimi okužbami v Evropi.....	16
7. Bakterije kot izziv: čas je za ukrepanje (skupno tehnično poročilo ECDC/agencije EMEA) .....	18
8. Učinkovitost vedenjskih in psihosocialnih preventivnih ukrepov v zvezi s HIV/spolno prenosljivimi okužbami za moške, ki imajo spolne odnose z moškimi, v Evropi.....	22
Poročila s smernicami .....	23
9. Obvladovanje klamidije v Evropi.....	23
10. Uporaba protivirusnih zdravil proti gripi med pandemijo gripe .....	25
11. Uporaba posebnih cepiv proti pandemski gripi med pandemijo H1N1 leta 2009.....	28
Poročila o spremljanju.....	30
12. Spremljanje tuberkuloze v Evropi v letu 2007 .....	30
13. Letno epidemiološko poročilo o nalezljivih boleznih v Evropi za leto 2009.....	32
14. Spremljanje okužb s HIV/aidsom v Evropi v letu 2008.....	38
Priloga: Publikacije ECDC v letu 2009.....	40

## Uvod

Evropski center za preprečevanje in obvladovanje bolezni (ECDC) je leta 2009 objavil skupno 43 znanstvenih dokumentov. Med najpomembnejšimi so:

- *Letno epidemiološko poročilo o nalezljivih boleznih v Evropi za leto 2009*, tretjo izdajo letne publikacije ECDC, ki vsebuje celovit povzetek podatkov o nadzoru v letu 2007 in groženj, ki so bile spremljane v letu 2008;
- *Spremljanje okužb s tuberkulozo v Evropi v letu 2007* in *Spremljanje okužb s HIV/aidsa v Evropi v letu 2008*, pri čemer sta bila oba dokumenta pripravljena v sodelovanju z Regionalnim uradom Svetovne zdravstvene organizacije za Evropo (SZO EURO), obravnavata pa stanje v državah Evropske unije (EU) in Evropskega gospodarskega prostora (EGP) ter drugih 23 državah regije SZO EURO;
- začetek izdajanja *Serije o zdravju migrantov (Migrant Health Series)*, zbirke publikacij o specifičnih boleznih, ki obsegajo analizo podatkov, povzetek ugotovitev, razlage in smernice za ukrepe na področju migracij in izbranih nalezljivih bolezni. Prva dva dokumenta o specifični bolezni, objavljena leta 2009, sta obravnavala virus HIV/aids;
- *Bakterije so izziv: čas je za ukrepanje (The Bacterial Challenge: Time to React)*, tehnično poročilo o vrzeli med bremenom okužb zaradi bakterij, odpornih proti več zdravilom, in razvojem novih antibiotikov za reševanje te težave, ki je bilo pripravljeno v sodelovanju z Evropsko agencijo za zdravila, in
- *Načrtovanje nadzora vedenja v zvezi s HIV/spolno prenosljivimi okužbami v Evropi*, poglobljeno analizo sedanjega stanja v zvezi s programi nadzora vedenja, povezanega s HIV in spolno prenosljivimi okužbami v državah EU in Evropskega združenja za prosto trgovino (EFTA).

Pripravljene so bili tudi povzetki izbranih dokumentov ECDC, kot na primer zgoraj navedenih, ki so oblikovalcem politike na voljo v vseh jezikih EU in islandščini ter norveščini. Odražajo smisel izvornih publikacij, vendar pa utegnejo manjkati nekatere pomembne podrobnosti, ki so se izgubile med povzemanjem. Bralci, ki si želijo podrobneje ogledati dokumente, si lahko njihovo celotno besedilo ogledajo na spletnemnaslovu: [www.ecdc.europa.eu](http://www.ecdc.europa.eu).

Seznam vseh publikacij ECDC za leto 2009 je naveden v prilogi. Vse publikacije so na voljo v elektronski obliki prek zgornje povezave, dodan pa je tudi kratek opis vsebine posameznih dokumentov. Nekatera poročila so na voljo tudi v tiskani obliki. Če jih želite prejeti v tiskani obliki, pošljite e-sporočilo na naslov [publications@ecdc.europa.eu](mailto:publications@ecdc.europa.eu).

# Tehnična poročila

## 1. Smernice za oceno tveganja za nalezljive bolezni, ki se prenašajo na letalu

(objavljeno junija 2009)

Število potnikov v nacionalnem in mednarodnem komercialnem zračnem prometu v zadnjih letih nenehno narašča. Mednarodna letališča, ki jih vsak dan obišče na milijone potnikov, omogočajo posameznikom, da Zemljo obkrožijo v nekaj urah. Obenem lahko spreminjajoče se potovalne navade povzročijo nove grožnje: v zaprtem kabinskem okolju sodobnih letal so lahko potniki izpostavljeni različnim nalezljivim boleznim, s katerimi so okuženi sopotniki.

Pojav sindroma akutnega oteženega dihanja (SARS) leta 2003 je dokazal, da se je nova bolezen sposobna pojaviti iznenada in se prek potovanj z letalom razširiti po vsem svetu. Zgodnje odkritje nalezljivih bolezni na krovu letalain pravočasna ocena tveganja na začetku javnozdravstvenega odziva je bistvenega pomena. Ko je tveganje za javno zdravje zaznano, je bistven korak k zaježitvi in velik izziv za javnozdravstvene strokovnjake po vsem svetu sledenje stikov potnikov, ki so bili med letom izpostavljeni nalezljivi bolezni.

Projekt RAGIDA („smernice za oceno tveganja za nalezljive bolezni, ki se prenašajo na letalu“) združuje ugotovitve iz strokovne znanstvene literature, s čimer odločevalcem ponuja izvedljive možnosti. Zelo koristen je lahko pri opredeljevanju povodov zasprejemanje odločitev, ali slediti stikom letalskih potnikov in članov posadke, ki so bili med letom izpostavljeni nalezljivi bolezni.

Strokovnjaki z Inštituta Roberta Kocha in iz centra ECDC so se dogovorili za dvanajst bolezni, ki so vključene v projekt RAGIDA: tuberkulozo (TB), gripo, sindrom akutnega oteženega dihanja (SARS), meningokokno okužbo, ošpice, rdečke, davico, hemoragično vročico ebola, hemoragično mrzlico marburg, mrzlico lassa, črne koze in vranični prisad. Da bi ocenili dejanske razmere, ki so privedle do prenašanja teh nalezljivih bolezni na krovu letal, je bilo sistematično pregledanih več kot 3 700 strokovnihčankov in virov sive literature. Poleg tega je bilo opravljeno sistematično iskanje smernic o oceni tveganja in obvladovanju tveganja teh nalezljivih bolezni pri mednarodnih letalskih komisijah in nacionalnih ali mednarodnih agencijah za javno zdravje. Za dodatne informacije so bili vzpostavljeni stiki s 73 strokovnjaki iz 38 držav, ki so bili zaproseni za mnenje.

Rezultati opravljenega sistematičnega proučevanja literature kažejo, da se tuberkuloza, gripa, SARS, meningokokna okužba in ošpice na letalu razmeroma pogosto prenašajo. Vendar je bilo člankov, ki so opisovali potrjen prenos katere od teh bolezni na letalskem krovu presenetljivo malo, zlasti če se upošteva veliko število mogočih stikov. Glede na te rezultate je tudi skupno število primerov širjenja okužbe na krovu verjetno zelo majhno. Čeprav je težko kar koli sklepati o številu okužb, ki se zgodijo na krovu, se zdi, da možnosti za širjenje nalezljivih bolezni na krovu verjetno niso večje kot na tleh.

Na splošno smo prepričani, da morata biti ocena tveganja in odločitev o sledenju stikov sprejeti za vsak dogodek posebej ter upoštevati dejavnike, kot so možnosti širjenja, nevarnost okužbe in patogenost indeksnih bolnikov, funkcionalnosti ventilacijskih sistemov na letalu, intenzivnost stikov in podatki o sedežnem redu – kot je predlagano v tem tehničnem poročilu.

## 2. Spremljanje in študije v pandemiji v Evropi

(objavljeno junija 2009)

Spremljanje in študije v pandemiji (*Surveillance and studies in a pandemic, SSiaP*) so zapletena tema, ki zajema naslednje štiri faze:

- 1) zgodnje odkrivanje in preiskovanje;
- 2) celovito zgodnjo oceno;
- 3) spremljanje in
- 4) hitro preiskavo učinkovitosti in učinka protiukrepov (vključno z varnostjo farmacevtskih protiukrepov) pri blaženju pandemije.

Nastanek pandemije v Evropi ni verjeten, zato bosta zgodnje odkrivanje in preiskovanje verjetno potekala drugje, vendar bo treba v Evropi izvajati druge tri faze. Laboratorijsko (mikrobiološko) spremljanje bo bistveno v vseh fazah, vendar bo običajno vključeno v epidemiološko in klinično spremljanje. Zgodnje ocenjevanje (faza 2) je nujno potrebno zaradi števila pomembnih parametrov naslednje pandemije, ki jih ni mogoče predvideti. Vendar zgodnje ocene ni treba izvesti v vsaki državi. Optimalno je, da jo ob podpori Evropskega centra za preprečevanje in obvladovanje bolezni (ECDC) in Svetovne zdravstvene organizacije (SZO) izvedejo prve prizadete evropske države, omeji pa se na opredelitev „strateških parametrov“. Na podlagi vrednosti teh parametrov bo določeno, kateri javnozdravstveni in klinični ukrepi bodo najverjetneje uspešni. Rezultati iz nekaj držav bi bili nato nemudoma posredovani vsem drugim državam.

Ocena resnosti pandemije bo del zgodnje ocene. Težko jo bo izvesti, vendar je nujna, saj je v nekaterih evropskih načrtih v primeru resne pandemije predvideno izvajanje korenitejših ukrepov. Pričakuje se, da bo potekala pod vodstvom SZO. Nujen pa bo evropski pogled na oceno tveganja, ker zapletenost koncepta resnosti otežuje omejitve ukrepanja na le en ukrep. Vse evropske države bodo morale izvajati spremljanje (faza 3) za ustrezno vodenje sistemov zdravstvenega varstva in drugih služb. Informacij, ki bi jih osrednji organi v državah radi imeli v zvezi s spremljanjem, je zelo veliko, vendar jih je treba omejiti na tiste, ki so nujne za odločitve in ključna sporočila. Izvedljivost spremljanja je treba preskusiti v sezonah gripe, proučiti pa bo treba tudi, kako se bodo rutinski sistemi za spremljanje med pandemijo spremenili ali prenehali delovati. Mednarodno spremljanje (poročanje navzgor, tj. organizaciji SZO in evropskim organom) mora ostati enostavno, saj bo imelo veliko držav težave z zagotavljanjem rutinskih informacij mednarodnim organom in izvajanjem notranjih postopkov. Poleg tega vse države ne bodo mogle zagotoviti tako podrobnih podatkov, kot bi jih evropski organi morda želeli.

Preiskave vpliva ukrepov na področju javnega zdravja (in varnosti farmacevtskih protiukrepov) (faza 4) so še en postopek, ki ga je potrebno izvajati le v nekaterih državah. Le stežka se bo razjasnilo, ali so bili ukrepi na področju javnega zdravja (in kateri) učinkoviti med samo pandemijo.

SZO in ECDC sodelujeta z evropskimi državami članicami pri razvoju postopkov in „modelnih protokolov“ za fazo 2, tj. postopek zgodnje ocene, in načrtovano je bilo, da bo v sezoni gripe 2009–2010 njihova sprejemljivost preskušena z vajami in preskusi na terenu. Pojav nove gripe A(H1N1) pomeni, da bodo ti postopki in protokoli testirani na pravem pandemičnem sevu. Metode ocenjevanja učinkovitosti cepiva proti gripi (del faze 4) se v Evropi še pilotno uvajajo. Na nacionalni ravni je pomembno, da organi načrtujejo izvajanje faz od 2 do 4, vključno s sodelovanjem z akademskimi organi in osebjem, in zanje med samo pandemijo zagotovijo realistične vire.

### 3. Vodnik po ukrepih na področju javnega zdravja za zmanjšanje vpliva pandemije gripe v Evropi: „Meni ECDC“

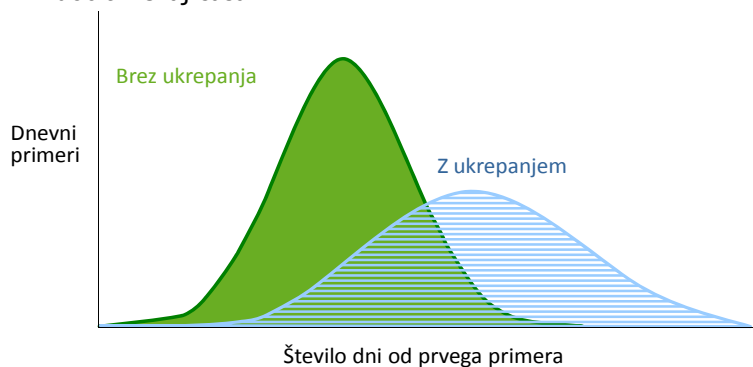
(objavljeno junija 2009, posodobljeno oktobra 2009)

Z izvajanjem ukrepov na področju javnega zdravja (glej zbirne preglednice na strani 6) se bo do določene mere zmanjšalo število okuženih oseb, oseb, ki potrebujejo zdravstveno oskrbo in tistih, ki umrejo med pandemijo gripe. Poleg tega se bo verjetno zmanjšalo število oseb, ki jih prizadene resna epidemija sezonske gripe. Ukrepi bi lahko z znižanjem in morda odložitvijo vrha pandemske krivulje (slika 3.1) tudi ublažili sekundarne posledice pandemije, ki se zgodijo, ko naenkrat zbolijo veliko število oseb, tj. učinek množične odsotnosti z dela v ključnih službah, kot so zagotavljanje zdravstvenih storitev, vzdrževanje preskrbe s hrano, razdeljevanje goriva, zagotavljanje javnih dobrin itd. Z ukrepi na področju javnega zdravja je mogoče celo doseči, da se vrh epidemične krivulje zgodi bližje času, ko postane na voljo pandemično cepivo, s čemer se mogoče zmanjša celo skupno število obolelih oseb. Poleg tega lahko ti ukrepi morda teoretično vplivajo na zakasnitev vrha, dokler se širjenje gripe v poletnih mesecih naravno ne zmanjša.

**Slika 3.1** Cilji izvajanja ukrepov na področju javnega zdravja med pandemijo

#### Cilji zmanjšanja prenašanja gripe v skupnosti

- Zakasniti in znižati vrhunec epidemije
- Zmanjšati največjo obremenitev sistema zdravstvenega varstva in grožnje
- Nekoliko zmanjšati skupno število primerov
- Pridobiti nekaj časa



Predlagani so bili številni ukrepi (glej zbirne preglednice), vključno z osebni ukrepi, kot sta umivanje rok in nošenje mask, in farmacevtski ukrepi, kot so protivirusna zdravila, cepiva proti aviarni influenci pri ljudeh (imenovana tudi prepandemična cepiva) in – v poznejših fazah pandemije – posebna cepiva, ter ukrepi na ravni skupnosti glede omejevanja socialnih stikov. Številni so prepričani, da bodo kombinacije ukrepov učinkovitejše od samostojnih ukrepov (tako imenovani „intenzivna obramba“ ali „večplastni ukrepi“). Modeliranje in zdrava pamet narekujeta, da bodo zgodnji ukrepi učinkovitejši kot čakanje polnega razmaha pandemije.

Težko si je predstavljati, da ukrepi iz kategorije omejevanja socialnih stikov, ne bi imeli določenega pozitivnega vpliva na zmanjšanje prenašanja okužbe s človeka na človeka s kapljicami in posrednim stikom. Vendar so dokazi, ki govorijo v prid posameznim ukrepom, pogosto šibki. Poleg tega ni jasno, kako bodo ti ukrepi vzajemno delovali. Natančneje, ali bo učinek ukrepov omejevanja socialnih stikov kumulativen? V nekaterih primerih je ta nezadostna jasnost posledica nezadostnih raziskav. Pogosteje je razlog to, da je te ukrepe težko ocenjevati s katerim koli eksperimentalnim pristopom, kadar pa so izvedeni v resničnih situacijah, so uporabljeni v kombinaciji. Zato je o absolutnem pozitivnem učinku in relativnih prednostih različnih ukrepov zelo težko presojati. Poleg tega bi se moč učinka lahko – povsem razumljivo – razlikovala glede na značilnosti pandemije. V ponazoritev, ukrepi, namenjeni otrokom, so bili morda zelo učinkoviti med pandemijo leta 1957, pri kateri se zdi, da je bilo širjenje okužbe v mlajših starostnih skupinah še zlasti pomembno, vendar bi bili manj učinkoviti med pandemijama v letih 1918–1919 in 1968. Zato ni mogoče oblikovati natančnih načrtov, ki bi ustrezali vsaki pandemiji. Poleg tega se bodo



učinkovitost, izvedljivost in stroški ukrepov omejevanja socialnih stikov predvidoma razlikovali med evropskimi državami ali celo znotrajdržav (na primer gosto naseljena mestna območja v primerjavi s podeželskimi območji).

Izkušnje iz prejšnjih pandemij in povezanih dogodkov, kot je SARS, kažejo, da se ukrepi na področju javnega zdravja deloma uporabljajo v skladu z lokalnimi običaji in prakso. V Združenih državah Amerike so bili ti med pandemijo v letih 1918–1919 organizirani in pogosto proaktivni, medtem ko so bili med pandemijami in SARS-om v Evropi pogosto odzivni.

Zato obstajajo dobri argumenti za oblikovanje privzetih načrtov (načrtov, ki so bili preskušeni med ukrepi, ki jih je treba izvajati, kadar ni na voljo drugih informacij). V ta namen dejansko obstajajo navodila SZO, številne evropske države pa pripravljajo načrte. Vendar bi morali biti ti načrti zaradi zgornjih pomislekov zelo prožni ter imeti strukture vodenja in nadzora, ki bodo omogočile izvajanje hitrih sprememb na podlagi novih podatkov in izkušenj.

Vsi ukrepi na področju javnega zdravja vključujejo stroške, številni imajo tudi sekundarne učinke. Sekundarni učinki večine ukrepov so lahko precejšnji, veliko pa jih zahteva skrben premislek. Predlagani bolj drastični družbeni ukrepi (npr. proaktivna zaprtja šol in omejitve potovanja) povzročijo precejšnje stroške in posledice, ki se razlikujejo glede na razmere. Te ukrepe je poleg tega težko vzdrževati. Zato bi lahko bila njihova uporaba, zlasti njihova zgodnja uporaba, pri navadni sezonski gripi ali blagi pandemiji bolj škodljiva, kot če bi preprosto pustili, da gre okužba svojo pot, in zdravili le huje obolele.

Nekatere ukrepe je mogoče razmeroma enostavno izvajati in se priporočajo že celo za blago sezonsko gripo (npr. redno umivanje rok in zgodnja osamitev posameznika, ko se razvije vročinska bolezen, usposabljanje posameznikov in svetovanje, ko so zaskrbljeni ali jim je težko). Druge ukrepe bo težko izvajati ali so predragi (npr. da oboleli pravočasno množično jemljejo protivirusna zdravila), spet drugi pa lahko prekinejo družbene aktivnosti in jih je težko vzdrževati (npr. zaprtje mej, omejitve notranjega prometa). Vsi ukrepi zato zahtevajo načrtovanje, pripravo in vajo.

Razmislek o dragih in razdiralnih ukrepih je ključen. Med pandemijami manj resne bolezni in z manjšim številom obolelih, kot sta bili pandemiji leta 1957 in 1968, so lahko nekateri ukrepi na ravni skupnosti (proaktivna zaprtja šol, delo od doma itd.) — dražji in prekomerni od samih učinkov pandemije, čeprav verjetno zmanjšujejo širjenje okužbe. Zato lahko taki ukrepi prinesejo čisto korist le, če se izvajajo med resno pandemijo, na primer pandemijo, ki ima za posledico tako visoke stopnje hospitalizacije ali stopnjo umrljivosti pri obolelih, ki so primerljive s „špansko gripo“ v letih 1918–1919.

Zato bo ključna zgodnja ocena klinične resnosti pandemije na svetovni ravni in v Evropi. Čeprav je zgodnje izvajanje ukrepov logično, bo prezgodnja uporaba ostrejših ukrepov draga, zaradi česar jih bo morda težko vzdrževati.

Več evropskih držav proučuje možnosti politike za te ukrepe. Zaradi raznolikosti Evrope ne bo nobena kombinacija ukrepov ustrezala vsem evropskim okoljem: ena rešitev ne bo ustrezala vsem. A vendar bodo skupne razprave o ukrepih koristne in bodo prispevale k učinkovitejšemu postopku odločanja. Nekatere države so že opravile precej pomembnega znanstvenega dela, na katerem delno temelji tudi ta dokument, in od katerega bi lahko imele koristi vse evropske države.

## Namen

Glede na zgornje pomisleke in dejstvo, da je naloga ECDC zagotavljanje znanstvenih mnenj in ne predpisovanje ukrepov, je namen tega dokumenta predstaviti možne ukrepe ter posredovati zdravstvene in znanstvene informacije o njihovi verjetni učinkovitosti, stroških (neposrednih in posrednih), sprejemljivosti, pričakovanih javnosti in drugih bolj praktičnih vidikih. To bo evropskim državam članicam in institucijam EU posamično ali skupaj pomagalo pri izbiri ukrepov. Treba pa je upoštevati, da obstajajo tudi ukrepi, ki so bodisi tako samoumevni bodisi tako neučinkoviti, da bi že predstavitev dokazov morala pomagati pri lažjem sprejemanju odločitev politike.

## Sodelujoči

Primarni so tisti, ki pripravljajo politike in nosilci odločanja, sekundarni pa vsi, ki jih gripa zadeva, ter javnost in mediji. Za uspešno izvajanje ukrepov med pandemijo bo ključnega pomena, da mediji razumejo ukrepe in njihove omejitve.

## Področje uporabe

Ta dokument se uporablja, kadar se pandemija širi po Evropi v pandemičnih fazah 5 ali 6 po SZO in v primeru epidemij sezonske gripe. Različne razmere faze 4, edinstvene potrebe prvega pojava domnevnega pandemičnega seva (strategija SZO za hitro zaježitev) ali zapletena vprašanja o načrtovanju in politiki, ki se pojavijo v zvezi s tem,

kako med pandemijo vzdrževati ključne storitve (tako imenovano načrtovanje neprekinjenosti poslovanja v primeru pandemije) v njem niso obravnavani. Slednje vsekakor ni pristojnost ECDC.

Dokument je treba brati skupaj s prejšnjimi navodili, ki jih je ECDC objavil o osebnih zaščitnih ukrepih. Ta so povzeta v besedilu in preglednicah. Objavljene so bile ustrezne znanstvene smernice glede (prepandemskih) cepiv proti aviarni influenci H5N1 pri ljudeh, sklicevanja nanje pa so navedena v besedilu. Smernice je treba brati skupaj s smernicami SZO iz leta 2005 in novimi navodili SZO o ukrepanju (objavljenimi leta 2009).

Opozarjamo, da so te smernicečasne, saj bodo morda na podlagi nadaljnjih ugotovitev nadaljnjih raziskav oblikovani novi ukrepi. Seznam se bo zato še naprej redno posodabljal.

### Zbirne preglednice Značilnosti možnih ukrepov za omejitev širjenja okužb med fazo 6 pandemije/resne epidemije sezonske gripe

#### Mednarodna potovanja (zaprtje mej, omejitve vstopa, nasveti za potovanja)

Ukrep	Kakovost dokazov <sup>1</sup>	Učinkovitost (koristi)	Neposredni stroški	Posredni stroški in tveganja <sup>2</sup>	Sprejemljivost v Evropi	Praktični vidiki in druga vprašanja
<b>1. Nasveti za potovanja</b>	B	minimalna	nizki	zelo visoki	Dobra	Število mednarodnih potovanj se bo verjetno zelo zmanjšalo.
<b>2. Presejevalni pregled ob vstopu</b>	B, Bm	minimalna	visoki	visoki	Lahko jih pričakuje domače prebivalstvo.	Število mednarodnih potovanj se bo verjetno zmanjšalo.
<b>3. Zaprtje meja ali resne omejitve potovanj</b>	B, Bm	Minimalna, razen če je zaprtje skoraj popolno.	zelo visoki	zelo visoki	Različna, vendar jih lahko pričakuje del domačega prebivalstva.	Število mednarodnih potovanj se bo v vsakem primeru verjetno zmanjšalo.

#### Osebni zaščitni ukrepi

Ukrep	Kakovost dokazov	Učinkovitost (koristi)	Neposredni stroški	Posredni stroški in tveganja	Sprejemljivost v Evropi	Praktični vidiki in druga vprašanja
<b>4. Redno umivanje rok</b>	B	Verjetno zmanjšuje širjenje okužb.	nizki	jih ni	Dobra, vendar ni podatkov o skladnosti.	zmerni <sup>3</sup>
<b>5. Dobra higiena kašlja in kihanja (uporaba in odstranjevanje robčkov)</b>	B	neznana, vendar predpostavljena	nizki.	nizki.	dobra, vendar ni podatkov o skladnosti	nepomembni
<b>6. Splošno nošenje maske zunaj doma</b>	C, Cm	neznana	zelo visoki	nizki	neznana, vendar v večini držav kultura nošenja maske ni razširjena	Zelo veliki – težave z usposabljanjem, oskrbo in vrstami mask, odstranjevanjem in odpadki. Nastanejo lahko nasprotni učinki zaradi napačne in ponovne uporabe.

<sup>1</sup> Dokazi o učinkovitosti: A, B oziroma C pomenijo priporočila, ki temeljijo na trdnih, razumnih oziroma slabih dokazih.

Ocena A: sistematični pregledi, kjer obstaja baza različnih primarnih študij (ne primarno modeliranje), dobro oblikovane epidemiološke študije, zlasti eksperimentalne študije (naključni kontrolirani preskusi).

Ocena B: pomeni dokaze, ki temeljijo na dobro oblikovanih epidemioloških študijah, obsežnih opazovalnih študijah ali eksperimentalnih študijah od 5 do 50 oseb ali eksperimentalnih študijah z drugimi omejitvami (ki na primer niso ciljno usmerjene na gripo). Koda Bm označuje modeliranje, pri čemer je poudarek na študijah, za katere so na voljo kakovostni primarni podatki. Kakovost je zato lahko Bm in C.

Ocena C: pomeni dokaze na podlagi poročil o primerih, majhnih in slabo nadzorovanih opazovalnih študij, slabo utemeljenih večjih študij, uporabe znanja o načinu prenašanja, obdobju nevarnosti okužbe itd. Cm se nanaša na modeliranje z maloštevilnimi ali nekakovostnimi primarnimi podatki.

<sup>2</sup> Včasih se imenujejo učinki drugega in tretjega reda – npr. zaprtje mej povzroči motnje trgovine ter gibanja bistvenih zalog in delavcev.

<sup>3</sup> Potreba po boljši razpoložljivosti pogostega umivanja rok v vsakdanjih okoljih, npr. na javnih mestih, restavracijah s hitro prehrano itd.

Ukrep	Kakovost dokazov	Učinkovitost (koristi)	Neposredni stroški	Posredni stroški in tveganja	Sprejemljivost v Evropi	Praktični vidiki in druga vprašanja
<b>7. Nošenje maske v zdravstvenih ustanovah<sup>4</sup></b>	C	neznana	zmerni	nizki	na splošno se že široko uporablja	Zmerni – težave z usposabljanjem, opredeljevanjem zelo tveganih okoliščin, oskrbo in vrstami mask, zlasti respiratorjev.
<b>8. Nošenje maske v drugih zelo tveganih okoliščinah<sup>5</sup></b>	C	neznana	zmerni	nizki	neznana, vendar je smiselna	Zmerni – težave z usposabljanjem, opredeljevanjem zelo tveganih okoliščin, oskrbo in vrstami mask.
<b>9. Nošenje maske pri osebah z okužbami dihal</b>	C	neznana, predpostavljena	zmerni	Bolnim in kužnim lahko omogoči, da se še vedno gibajo in okužijo druge.	neznana, vendar smiselna; bolnišnični nasveti razširjeni na domove in javne kraje	Težave z opredelitvijo oseb, ki morajo upoštevati ta ukrep, in oskrbo z maskami. Skladnost tudi za osebe z omejenim dihanjem zaradi okužbe dihal.
<b>10. Zgodnja samoosamitev bolnih<sup>6</sup></b>	C	neznana, vendar predpostavljena	zmerni	Zmerni. <sup>7</sup> Povečano tveganje za negovalce in posledično njihov izostanek z dela.	standarden nasvet v številnih državah	Potrebno je usposobiti in opremiti negovalce na domu, ki bodo izpostavljeni tveganjem. Vprašanje povračila izgubljenih plač in soglasja delodajalcev.
<b>11. Karantena<sup>8</sup></b>	C	neznana	zelo visoki	Ogromni zaradi izgube produktivnosti.	nejasna	Težko je zagotoviti pravičnost, pojavlja se vprašanje povračila izgubljenih plač.

#### Ukrepi za omejevanje socialnih stikov

Ukrep	Kakovost dokazov	Učinkovitost (koristi)	Neposredni stroški	Posredni stroški in tveganja	Sprejemljivost v Evropi	Praktični vidiki
<b>12. Omejitve notranjih potovanj</b>	Cm, C	domnevan manj pomemben zakasnitveni učinek	visoki	visoki, vključno z družbenimi motnjami <sup>9</sup>	neznana	Ogrožene so ključne funkcije. Vprašanje odgovornosti in pravne podlage. <sup>10</sup>
<b>13. Zaprtja šol ob pojavu bolezni</b>	Bm, C	Imajo lahko večji učinek od drugih ukrepov za omejevanje socialnih stikov.	zmerni	Zelo visoki, ker otroci zahtevajo domačo oskrbo. <sup>11</sup>	Neznana, saj se v Evropi to redko dogaja.	Otroke, ki niso v šoli, je treba ločiti od drugih otrok. Vprašanje odgovornosti in pravne podlage. <sup>10</sup> <sup>12</sup> Težave s časovno razporeditvijo, trajanjem in vnovičnim odprtjem.

<sup>4</sup> Osebe, ki so v neposrednem stiku z velikim številom oseb.

<sup>5</sup> Osebe, ki na množično obiskanih turističnih krajih prihajajo v neposreden stik z veliko ljudmi.

<sup>6</sup> Običajno na domu osebe, ki se začnejo slabo počutiti in postane vročična.

<sup>7</sup> Oseba potrebuje oskrbo na domu in je skupaj z negovalcem odsotna z dela.

<sup>8</sup> Nekajdnevna domača izolacija navidezno zdravih oseb, za katere se šteje, da so bile izpostavljene okužbi.

<sup>9</sup> Prednost tega in nekaterih drugih ukrepov je, da načrtovano pospeši dogodke, ki bi se sčasoma verjetno zgodili.

<sup>10</sup> Vprašanje, kdo povrne stroške, če so gospodarske izgube posledica javnih (vladnih) ukrepov.

<sup>11</sup> Otroci zahtevajo oskrbo na domu, njihovi negovalci pa so odsotni z dela.

<sup>12</sup> Ukrepi, namenjeni otrokom, pogosto temeljijo na domnevi, da imajo pri širjenju okužb otroci posebno pomembno vlogo, kar pa ni nujno v vsaki pandemiji.

Ukrep	Kakovost dokazov	Učinkovitost (koristi)	Neposredni stroški	Posredni stroški in tveganja	Sprejemljivost v Evropi	Praktični vidiki
<b>14. Vnaprejšnja zaprtja šol</b>	Bm, C	Imajo lahko večji učinek od drugih ukrepov za omejevanje socialnih stikov in so lahko boljši od reaktivnih.	zmerni	kot zgoraj <sup>11</sup>	kot zgoraj	Kot zgoraj, vendar še več težav s časovno razporeditvijo (lahko se prezgodaj zaprejo), trajnostjo in vnovičnim odprtjem. <sup>10,12</sup>
<b>15. Zaprtja delovnih mest ob pojavu bolezni</b>	Cm	neznana <sup>9</sup>	visoki	visoki	Neznana, ključno je vprašanje povračila. <sup>10</sup>	Vprašanje odgovornosti, povračila in pravne podlage, težave glede trajnosti in vnovičnega odprtja. Niso mogoča za ključne funkcije. <sup>13</sup>
<b>16. Delo na domu in zmanjšanje števila sestankov</b>	Cm, C	neznana	zmerni	zmerni	Verjetno so sprejemljivi.	Manj mogoče za ključne funkcije. <sup>13</sup>
<b>17. Odpoved javnih zborovanj, mednarodnih prireditev itd.</b>	C	neznana	zelo visoki <sup>10</sup>	zelo visoki <sup>10</sup>	Verjetno je odvisna od vprašanja povračila in če se uporablja zavarovanje. <sup>9</sup> Javnost lahko to pričakuje.	Vprašanje odgovornosti in pravne podlage. Težko je opredeliti, kaj je javno zborovanje ali mednarodno srečanje in kdaj preklicati prepoved.

#### Uporaba protivirusnih sredstev: zgodnje zdravljenje

Ukrep	Kakovost dokazov	Učinkovitost (koristi)	Neposredni stroški	Posredni stroški in tveganja	Sprejemljivost v Evropi	Praktični vidiki
<b>18. Vsi s simptomi bolezni</b>	A (le širjenje okužbe in trajanje bolezni), Bm	Pričakuje se, da bo zmerna, vendar so dokazi o tem šibki. <sup>14</sup>	zelo visoki	zmerni	Pričakuje jih javnost v večini držav.	Precejšnji logistični stroški in težave pri odločanju, kdo ima gripo, pravočasni dobavi protivirusnega sredstva vsem, ki jim lahko koristi (v 24 do 48 urah) in pravičnem upravljanju zalog. <sup>15</sup>
<b>19. Za zdravstvene in socialne delavce ali izpostavljene ključne delavce</b>	A	majhna <sup>15</sup>	visoki	nizki	Šteje se za del varstva osebja in je pomembna za osebje, ki ostane na delovnem mestu.	Težave z določanjem, kdo so zdravstveni delavci ali izpostavljeni ključni delavci. <sup>15</sup>

#### Uporaba protivirusnih sredstev: preventiva po primeru

Ukrep	Kakovost dokazov	Učinkovitost (koristi)	Neposredni stroški	Posredni stroški in tveganja	Sprejemljivost v Evropi	Praktični vidiki
<b>20. Družina</b>	B, Bm	zmerna	zelo visoki	zmerni	verjetno sprejemljiva	Težave glede iskanja primerov, določanja družin, hitrosti dobave, varnosti in upravljanja zalog. <sup>16</sup>

<sup>13</sup> To je zapleten postopek razlikovanja med *ključnimi* in *neključnimi funkcijami*, kar je pomembno, vendar zunaj področja uporabe tega dokumenta.

<sup>14</sup> Dokazi iz preskusov kažejo, da se pri sezonski gripi z zgodnjim zdravljenjem trajanje bolezni skrajša za dan ali dva, poleg tega pa se tudi zmanjša širjenje okužbe. Ocene pozitivnega učinka na hospitalizacijo in umrljivost temeljijo na opazovanju, so omejene in precej šibkejše.

<sup>15</sup> Obstaja vrsta pomembnih praktičnih težav pri opredelitvi bolnikov z gripo, načinu preskrbe s protivirusnimi zdravili itd.

<sup>16</sup> Odvisno od hitrosti in učinkovitosti preiskave verjetnih neženih učinkov.

Ukrep	Kakovost dokazov	Učinkovitost (koristi)	Neposredni stroški	Posredni stroški in tveganja	Sprejemljivost v Evropi	Praktični vidiki
<b>21. Družinski in socialni stiki</b>	B, Bm	zmerna	zelo visoki+	zmerni	Neznana, težava z osebami, ki se jim dozdevno zavrne zdravljenje.	Kot zgoraj, težave z opredelitvijo meja skupin.
<b>22. Družinski in prostorski stiki</b>	B, Bm	zmerna	zelo visoki+	zmerni	Neznana, težava z osebami, ki se jim dozdevno zavrne zdravljenje.	Kot zgoraj, še večje težave z opredelitvijo meja skupin.

### Uporaba protivirusnih sredstev: stalna preventiva

Ukrep	Kakovost dokazov	Učinkovitost (koristi)	Neposredni stroški	Posredni stroški in tveganja	Sprejemljivost v Evropi	Praktični vidiki
<b>23. Za zdravstvene in socialne ali ključne delavce</b>	C	zmerna	zelo visoki	zmerni	Nejasna – zdravstveni delavci teh sredstev morda sploh ne uporabljajo ali prekinejo uporabo.	Težave z določanjem, kdo so zdravstveni delavci ali ključni delavci. Vprašanje, kako dolgo je mogoče zagotavljati protivirusna sredstva.

### Cepiva: cepivo proti aviarni influenci pri ljudeh<sup>16</sup>

Ukrep	Kakovost dokazov	Učinkovitost (koristi)	Neposredni stroški	Posredni stroški in tveganja	Sprejemljivost v Evropi	Praktični vidiki
<b>24. Celotno prebivalstvo</b>	B, Bm	Nejasna, odvisna od antigena pandemskega tipa. <sup>17</sup>	zelo visoki	visoki <sup>16,18</sup>	neznana <sup>19</sup>	Vprašanja, na podlagi katerih je treba prednostno razvrstiti skupine.
<b>25. Zdravstveni ali socialni ali ključni delavci</b>	B, Bm	Kot zgoraj.	zelo visoki	kot zgoraj	Kot zgoraj, poleg tega ni jasno, ali bodo te skupine to sprejele.	Težave z določanjem, kdo so zdravstveni delavci ali ključni delavci.
<b>26. Otroci cepljeni prvi</b>	B, Bm	Kot zgoraj.	zelo visoki	kot zgoraj	Ni jasno, ali bodo starši to sprejeli, zlasti če je pri otrocih bolezen bolj blaga in imajo korist od ukrepa drugi. Varnostni profil ni dobro opredeljen. <sup>20</sup>	Potrebno je predhodno načrtovanje.

### Cepiva: posebna pandemska cepiva

Ukrep	Kakovost dokazov	Učinkovitost (koristi)	Neposredni stroški	Posredni stroški in tveganja	Sprejemljivost v Evropi	Praktični vidiki
-------	------------------	------------------------	--------------------	------------------------------	-------------------------	------------------

<sup>17</sup> Ob predpostavki, da bo naslednja pandemija temeljila na antigenu H5. Raziskave seroloških odzivov so potencialno koristne, vendar podatkov o opazovanju in preskusih glede pandemskega seva ni mogoče zagotoviti pred začetkom širjenja okužb in faze 3. Preskusi se takrat lahko štejejo za neetične.

<sup>18</sup> Finančno tveganje, da bo naslednja pandemija vključevala nov antigenski sev, in ne sedanjega visoko patogenega seva aviarnе influenče (A/H5).

<sup>19</sup> Doslej ni še nobena država poskušala prebivalstvu ponuditi cepljenja s tako majhno pričakovano učinkovitostjo cepiva, zato predstavlja velik izziv za informiranje javnosti.

<sup>20</sup> Odvisno od hitrosti in učinkovitosti preiskave verjetnih neželenih učinkov.

<b>27. Pandemsko cepivo</b>	B, Bm	minimalna v prvem valu	zelo visoki, zahtevajo predhodne naložbe	nizki	verjetno zelo sprejemljivo <sup>20</sup>	Težave z določanjem začetnih prednostnih skupin. <sup>16</sup>
-----------------------------	-------	------------------------	--	-------	--	--

## 4. Zdravje migrantov: dostop do ukrepov za preprečevanje okužb s HIV, zdravljenja in oskrbe za migrante v državah EU/EGP

(objavljeno julija 2009)

V tem poročilu so povzete ugotovitve pregleda dostopa do ukrepov za preprečevanje okužb s HIV, zdravljenja in oskrbe med migranti v Evropski uniji (EU), ki je bil opravljen med majem in septembrom 2008. Pregled je naročil Evropski center za preprečevanje in obvladovanje bolezni (ECDC) kot del širše serije poročil o migracijah in nalezljivih boleznih v EU.

Cilj tega poročila je, da poskuša na podlagi informacij, zbranih v raziskavi med anketiranci v 27 državah članicah EU in treh državah Evropskega gospodarskega prostora (EGP), ter s pregledom literature ponuditi pregled sedanjega stanja in gradivo za prihodnjo politiko, raziskave in storitve, katerih cilj je izboljšanje dostopa migrantov do storitev v zvezi s HIV. Približno dve tretjini anketirancev so bile nevladne organizacije, ena tretjina pa predstavniki vladnih organizacij. Ugotovitve in predlagani ukrepi zato niso nujno stališča nacionalnih vlad EU.

V 1. delu sta na kratko opisana ozadje in metodologija pregleda. V 2. delu so poudarjene glavne ugotovitve o migrantih in HIV, glavna pozornost se namenja dejavnikom, ki povečujejo njihovo ranljivost v zvezi s HIV in jim preprečujejo dostop do preventivnih ukrepov, zdravljenja in oskrbe, ter načinu, kako se EU in države članice odzivajo na potrebe migrantov v zvezi s HIV. V 3. delu je obravnavano prihodnje ukrepanje, prvzeti so izzivi in ukrepi, ki so jih anketiranci predlagali, da bi migranti v EU imeli boljši dostop do storitev v zvezi s HIV. V nadaljevanju so povzeti ključne ugotovitve, izzivi in predlagani ukrepi.

### Ključne ugotovitve

- EU je sprejela pomembne ukrepe za obravnavo migracij in zdravja na splošno ter posebej migracij in virusa HIV. *Dublinska deklaracija o partnerstvu za boj proti HIV in aidsu v Evropi in Srednji Aziji* iz leta 2004 in naknadne deklaracije so HIV postavile višje na evropski dnevni red. Lizbonska konferenca ter poznejša srečanja in poročila so v letu 2007 usmerili pozornost na vprašanje migracij, zdravja in HIV. Vse to je vplivalo na politične zaveze EU, kar se izraža v političnih in pravnih instrumentih, katerih namen je zagotoviti, da imajo migranti dostop do zdravstvenega varstva, vključno z ukrepi za preprečevanje okužb s HIV, zdravljenje in oskrbo. Vendar obstajajo med državami članicami EU precejšnje razlike glede političnih in zakonskih okvirov ter ukrepov za preprečevanje okužb s HIV, zdravljenje in oskrbo za migrante.
- Najpomembnejše skupine migrantov v smislu okužb s HIV izvirajo iz podsaharske Afrike, Vzhodne Evrope in Azije, v nekaterih določenih evropskih državah pa iz Latinske Amerike in s Karibov. Pomembne podskupine so prosilci za azil in begunci, migranti brez dokumentov, osebe, ki ponujajo spolne storitve za denar, in moški, ki imajo spolne stike z moškimi. Jezikovne ovire, marginalizacija, socialna izključenost in pravne ovire so bile navedene kot najpogostejši dejavniki, ki prispevajo k ranljivosti migrantov v zvezi s HIV. Navedeni so bili tudi kulturni običaji, religija, strah pred diskriminacijo in nezadostno znanje o HIV v migrantskih skupnostih.
- Dejavniki, ki migrantom preprečujejo dostop do storitev, so povezani s politikami in zakoni, zagotavljanjem storitev, samimi migrantskimi skupnostmi in širšo družbo. Izkazalo se je, da politika o razpršitvi migrantov znotraj države omejuje dostop do ukrepov za preprečevanje okužb in zdravljenja. Pravni status – brez statusa rezidenta in zdravstvenega zavarovanja – je bil najpogosteje naveden kot ovira za zdravljenje okužb s HIV, navajali pa so ga zlasti anketiranci v novih državah članicah EU. Pomanjkanje kulturno občutljivih informacij v ustreznih jezikih, ustrezno usposobljenih strokovnih delavcev in storitev, prilagojenih posebnim potrebam migrantov, so bile ovire na vseh treh področjih storitev. Dejavniki, ki preprečujejo dostop do storitev v migrantskih skupnostih, so kultura, religija, strah pred diskriminacijo in nezadostno poznavanje razpoložljivih storitev. V širši družbi stigmatizacija in diskriminacija migrantov preprečujeta zlasti dostop do ukrepov za preprečevanje okužbe in oskrbe; družbene okoliščine migrantov so bile navedene kot posebna ovira za dostopanje do zdravljenja.
- Skoraj vse države poročajo o ukrepih v zvezi s HIV, namenjenih migrantskim skupnostim in podskupinam. Nekaterne države, zlasti tiste z daljšo tradicijo migracij, zagotavljajo širok obseg storitev prek vladnih agencij, nevladnih organizacij in organizacij, ki so dejavne na ravni skupnosti. V drugih državah je tovrstnih storitev le malo ali pa jih sploh ni. Migrantske skupnosti so vključene v izvajanje zdravljenja v večini držav,

vendar je – z nekaterimi izjemami – njihova vključenost v politiko omejena. Anketiranci so navedli, da se vprašanje migracij in HIV v večini 30 sodelujočih držav ne obravnava prednostno. Večji pomen ima v državah, v katerih je razširjenost okužb s HIV med migranti razmeroma velika.

## Ključni izzivi

- Politični in pravni okviri so izziv za zagotavljanje storitev migrantom v zvezi s HIV. Neskladnosti med zdravstveno in priseljsko politiko lahko negativno vplivajo na javno zdravje. Dostop do zdravljenja okužb s HIV za migrante brez dokumentov in nezavarovane migrante je ključno področje, ki zbuja skrb. S tem povezan izziv je tudi pomanjkanje jasnega in doslednega pravnega okvira za pravice migrantov v zvezi z zdravstvenim varstvom.
- Izziv so tudi informacijske vrzeli. Nezadostna standardizacija pri zbiranju podatkov po državah otežuje primerjavo položaja migrantov v EU. Kljub številnim opravljenim raziskavam obstajajo informacijske vrzeli, na primer o migracijah in okužbah s HIV v novih državah članicah EU, tveganem vedenju v zvezi s HIV, zdravju in potrebah migrantov glede virusa HIV ter vplivu kulture in religije na zdravstvena prepričanja, stališča in iskanje zdravljenja v migrantskih skupnostih.
- Pri zagotavljanju storitev je treba v nekaterih državah še vedno odpravljati pravne, upravne in kulturne ovire. Izziv je tudi zagotoviti, da se ukrepi preprečevanja in oskrbe na ravni skupnosti, ki jih izvajajo vladne agencije in nevladne organizacije, ustrezno in trajnostno financirajo.
- Celovito ukrepanje za odpravljanje negativnih družbenih stališč do migrantov, ki jih še zastruje neustrezno poročanje medijev, in pobude za izpolnjevanje širših družbenih, gospodarskih in pravnih potreb migrantov so izziv, saj to zahteva skupna prizadevanja oblikovalcev politike, zdravstvenih in socialnovarstvenih delavcev ter civilne družbe.

## Ključni predlagani ukrepi

- Za zbiranje natančnih in primerljivih podatkov o spremljanju ter razvoj skladnih in ustreznih politik in ukrepov je potrebna skupna opredelitev pojma „migrant“ na ravni EU. Anketiranci so predlagali tudi posebne ukrepe na evropski in nacionalni ravni na področju politike, financiranja, raziskav, mrežnega povezovanja in storitev.
- Za prednostno nalogo na evropski in nacionalni ravni je bila predlagana vzpostavitev jasnega političnega in pravnega okvira za varstvo pravic migrantov, zlasti migrantov brez dokumentov in zavarovanja, do zdravljenja okužb s HIV. Drugi predlagani ukrepi so vključevali odpravljanje neskladnosti politike, izostritev občutljivosti oblikovalcev politike za vprašanja v zvezi s HIV in migracijami ter izboljševanje vključenosti migrantske skupnosti v politične postopke. Kot prednostni ukrep je bilo poudarjeno financiranje za evropske mreže in projekte, ki se ukvarjajo z vprašanji migracij in virusa HIV, ter nevladne organizacije, ki migrantom zagotavljajo storitve v zvezi s HIV.
- Predlaganih je bilo več področij raziskav. Na evropski ravni so bile med drugimi ukrepi predlagane študije za izboljšanje razumevanja migracijskih vzorcev, vpliva evropskih zakonov in politik na dostop do zdravljenja ter ocen stroškov in koristi splošno dostopnega zdravljenja in učinka ukrepov. Na nacionalni ravni so bili predlagani boljše epidemiološke informacije, boljše razumevanje migrantskih skupnosti – vključno z znanjem, stališči in vedenji v zvezi s HIV ter vlogo kulture in religije – in analiza učinka zakonskih predpisov in učinkovitosti ukrepov za migrante.
- Predlagani prednostni ukrepi mrežnega povezovanja so vključevali podporo EU za evropsko mrežo organizacij, ki se ukvarjajo z migracijami in virusom HIV, in druge mehanizme za souporabo virov, izkušenj in dobre prakse ter močnejše povezave in sodelovanje med združenji zdravstvenih in socialnih delavcev, organizacijami migrantov in organizacijami za človekove pravice na ravni EU in nacionalni ravni.
- V zvezi z zagotavljanjem storitev je večina anketirancev poudarila potrebo po kulturno ustreznem gradivu in ukrepih, povezanem usposabljanju zdravstvenih in socialnih delavcev ter večji vključenosti migrantskih skupnosti v zagotavljanje storitev. Za izboljšanje pokritja in sprejetja storitev so bili predlagani pristopi na ravni skupnosti k testiranju za virus HIV, kot je terensko delo, ter celoviti pristopi k zdravljenju in oskrbi, skupaj z okrepljenimi prizadevanji za obveščanje migrantskih skupnosti o razpoložljivih storitvah.



## 5. Zdravje migrantov: epidemiologija okužb s HIV in aidsom v migrantskih skupnostih in pri etničnih manjšinah v državah EU/EGP

(objavljeno julija 2009)

### Ozadje, utemeljitev in cilj

Svetovna pandemija HIV/aidsa kaže na velike družbeno-ekonomske in zdravstvene neenakostimed industrijsko razvitimi in nerazvitimi državami. UNAIDS ocenjuje, da je leta 2007 s HIV/aidsom živelo 33 milijonov ljudi; več kot 96 % novih okužb s HIV pa se je zgodilo v državah z nizkim in srednjim dohodkom. Od vseh oseb, ki živijo s HIV/aidsom (people living with HIV/aids, PLWHA), jih 22,5 milijona živi v podsaharski Afriki, kjer je stopnja razširjenosti virusa HIV med odraslimi 5-odstotna, kar je bistveno več od 0,8-odstotne ocene, ki velja za cel svet. Karibi z 1-odstotno stopnjo razširjenosti so drugo najbolj prizadeto območje, tretja pa je Vzhodna Evropa z 0,9-odstotno stopnjo.

Po navedbah Svetovne organizacije za migracije (International Organisation for Migration, IOM) je bilo leta 2006 približno 192 milijonov oseb (3 % svetovnega prebivalstva) mednarodnih migrantov, od tega 95 milijonov žensk. V skladu z opredelitvijo Združenih narodov je mednarodni migrant vsaka oseba, ki spremeni državo običajnega prebivališča. Najpogostejši razlog za selitev je izboljšanje ekonomskega položaja, zato se večina migrantov seli iz držav v razvoju v razvite države. Države, iz katerih se je leta 2006 izselilo največ ljudi, so bile Kitajska, Indija in Filipini, pet držav, ki so največ migrantov sprejele, pa ZDA, Rusija, Nemčija, Ukrajina in Francija. EU, eno od najbogatejših območij na svetu, je sprejela 64 milijonov (8,8 %) migrantov, pri čemer so med državami velike razlike. EU se lahko ponaša s podatkom, da je ena od svetovnih regij z najdaljšo tradicijo spoštovanja človekovih pravic. Tako kot v številnih regijah po svetu pa se tudi migranti, ki živijo v EU, spopadajo z resnimi težavami pri vključevanju. Preselitev in socialna izključenost pomenita zanje večjo ranljivost glede virusa HIV/aidsa in s tem povezanih zapletov.

Epidemija HIV je velika težava na področju javnega zdravja v EU. Število okužb s HIV ni nehalo naraščati, odkar so bili okrog leta 1999 vzpostavljeni mehanizmi poročanja o okužbah z njim. Glavni način širjenja okužbe je heteroseksualni stik (53 % novih poročil o okužbah s HIV v letu 2006), sledijo moški, ki imajo spolne odnose z moškimi (37 %), in injiciranje droge (9 %). Treba je poudariti, da je bilo leta 2006 sporočenih 204 primerov prenosa okužbe s HIV z matere na otroka. Da bi pripravili ustrezne odzive, je treba spremljati neenakosti na področju zdravja, vključno z neenakostmi zaradi statusa migranta. Nekdanji center EuroHIV od leta 2000 zbira informacije o geografskem izvoru prijav. Velik in naraščajoč delež prijav okužb z aidsom in virusom HIV prek heteroseksualnih stikov pomenijo osebe, ki prihajajo iz druge države, kot je država prijave, predvsem iz podsaharske Afrike. Vendar lahko virus HIV/aidsa nesorazmerno prizadene tudi druge skupine migrantov, čeprav podatki o teh skupinah niso zadostni. Absolutni in relativni prispevek migrantov k nacionalni epidemiji virusa HIV je po EU različen in odvisen od migracijskih vzorcev, kolonialne zgodovine, stanja epidemije virusa HIV v matični državi in ciljni državi ter zdravstvenih in socialnih odzivov. Že od zgodnjih dni epidemije je jasno, da je eno od glavnih vprašanj zagotavljanje pravic osebam, ki živijo s HIV/aidsom, brez dvoma pa so ključni elementi za doseg tega cilja znanost, človekove pravice in pristop na področju javnega zdravja.

Portugalsko predsedovanje EU je leta 2007 za svojo glavno temo izbralo vprašanje migracij in zdravja. V sklepih Sveta, sprejetih decembra 2007, je bil center ECDC pozvan, naj pripravi poročilo o migracijah in nalezljivih boleznih. Na ta poziv se je odzval z izdajo serije poročil, ki bodo del poročila centra ECDC o migracijah in nalezljivih boleznih v EU. Cilji tega poročila z naslovom Epidemiologija virusa HIV in aidsa v migrantskih skupnostih in pri etničnih manjšinah so bili opredeliti breme okužb s HIV v migrantskih skupnostih in njegov prispevek k epidemiologiji virusa HIV v obdobju 1999–2006.

### Metodologija

Uporabljeni so bili podatki centra ECDC/nekdanjega centra EuroHIV na svetovni ravni in za posamezne države, absolutne številke in deleži primerov aidsa in virusa HIV pa so bili proučeni glede na geografski izvor in leto (1999–2006), pri čemer so bili razdeljeni glede na spol in način širjenja okužbe. Kadar center ECDC informacij ni imel na voljo, je bil navezan neposredni stik s ključnimi informatorji. Število prijavljenih migrantov po spolu in letu je bilo pridobljeno iz javnih evropskih podatkovnih zbirk, od urada Eurostat in nacionalnih statističnih uradov v vseh sodelujočih državah, in sicer z obiskom njihovih spletnih strani ali neposredno z dopisom.

## Rezultati

Leta 2006 je bilo v državah EU-27, na Norveškem in Islandiji prijavljenih 6 746 primerov aidsa. Migranti predstavljajo največji delež med primeri okužb s heteroseksualnimi stiki; od primerov z znanim geografskim izvorom jih je bilo 1 373 (50 %) iz države, ki ni bila država prijaviteljica primera, od tega 77 % iz podsaharske Afrike. Od 57 primerov aidsa zaradi prenosa okužbe z matere na otroka z znanim geografskim izvorom jih je bilo 23 % iz podsaharske Afrike. Poleg tega je bilo skoraj 20 % primerov aidsa pri moških, ki imajo spolne odnose z moškimi, ugotovljenih pri migrantih; najpogostejše iz Latinske Amerike (106) in drugih zahodnoevropskih držav (52). Od 1 545 primerov zaradi injiciranja droge jih je bilo 7 % odkritih pri migrantih, večinoma iz Zahodne Evrope, Severne Afrike in Bližnjega vzhoda. Število primerov aidsa v tej regiji se je v obdobju 1999–2006 med domačini in migranti iz Zahodne Evrope zmanjšalo za 42 %. Naraščajoče število primerov aidsa v obdobju 1999–2006 je mogoče opaziti pri migrantih iz Vzhodne Evrope (za 200 %), podsaharske Afrike (za 89 %) in Latinske Amerike (za 50 %). Primeri aidsa so v EU precej pogostejši pri moških kot pri ženskah, čeprav se razmerje zmanjšuje. Čeprav sta bili absolutni številki za moške in ženske iz podsaharske Afrike med primeri aidsa, prijavljenimi v letu 2006, 602 oziroma 623, sta bila njihova deleža v številu primerov aidsa pri moških in ženskah 12 oziroma 33 %.

Leta 2006 je bilo v državah EU-27, na Norveškem in Islandiji prijavljenih 26 712 okužb s HIV, pri čemer pri 29 % teh primerov geografski izvor ni bil evidentiran. Največ migrantov v absolutnem in relativnem pomenu je bilo ugotovljenih pri okuženih s heteroseksualnimi stiki. Od oseb z znanim geografskim izvorom je bilo 65 % od 8 354 okužb s HIV iz države, ki ni bila država prijaviteljica primera, od tega jih je bila velika večina (5 046) iz podsaharske Afrike. Od 169 primerov okužbe s HIV z znanim geografskim izvorom zaradi prenosa okužbe z matere na otroka jih je bilo 41 % iz podsaharske Afrike. Poleg tega je bilo med 5 048 okuženimi s HIV z znanim geografskim izvorom pri moških, ki imajo spolne odnose z moškimi, 18 % migrantov, najpogostejši regiji izvora pa sta bili Latinska Amerika (215) in Zahodna Evropa (247). Od 1 590 okužb s HIV zaradi injiciranja droge z znanim geografskim izvorom jih je bilo 86 % ugotovljenih pri domačinih in 14 % pri migrantih, večinoma iz Zahodne Evrope (63) in Vzhodne Evrope (64). Število okužb s HIV, prijavljenih v Evropi, se je v obdobju 1999–2006 izrazito povečalo, tako pri domačinih kot tudi pri migrantih. To je posledica izvajanja prijavljanja okužb s HIV v EU, ki še ni dokončano.

Okužbe s HIV v EU so na splošno precej pogostejše pri moških kot pri ženskah, čeprav se razmerje med moškimi in ženskami zmanjšuje. Absolutni številki moških in žensk iz podsaharske Afrike med okužbami s HIV, prijavljenimi v letu 2006, sta bili 1 764 oziroma 2 989. Ker je bilo skupno število okužb s HIV pri domačih moških in ženskah 7 891 oziroma 2 028, je bilo razmerje med moškimi iz podsaharske Afrike in domačimi moškimi 0,1, med ženskami iz podsaharske Afrike in domačimi ženskami pa 1,5. Število prijav okužbe s HIV pri ženskah iz podsaharske Afrike presega število okužb pri domačih ženskah za skoraj 1 000 primerov, čeprav pri 2 910 okužbah s HIV pri ženskah geografski izvor ni znan. Število žensk iz podsaharske Afrike presega število moških iz podsaharske Afrike za skoraj 1 000 primerov. Druga največja skupina za podsaharsko Afriko so moški iz Zahodne Evrope (539), sledi Latinska Amerika (456). Najpogostejše države izvora okužbe s HIV pri migrantkah razen podsaharske Afrike so se razlikovale od zadevnih držav pri moških, saj je bilo med ženskami iz Jugovzhodne Azije in s Karibov 179 oziroma 161 okužb, med ženskami iz Zahodne in Vzhodne Evrope ter Latinske Amerike pa 85 oziroma 111 primerov.

Med državami so ogromne razlike glede na delež migrantov v primerih okužbe s HIV. Med državami s pojavnostjo virusa HIV manj kot 20 primerov na milijon prebivalcev, predvsem v Srednji Evropi, je prispevek migrantov k epidemiji majhen. Za države s pojavnostjo virusa HIV od 21 do 49 primerov na milijon prebivalcev, razen za Litvo, je delež migrantov med prijavljenimi primeri okužbe s HIV od leta 2006 več kot 40-odstoten. Zaradi različnih velikosti prebivalstva se številke gibljejo od 24 primerov okužbe s HIV, ugotovljenih pri migrantih na Cipru, do 258 ugotovljenih primerov na Švedskem. Za države s pojavnostjo virusa HIV od 50 do 99 primerov na milijon prebivalcev, razen za Grčijo, so deleži migrantov med prijavljenimi primeri okužbe s HIV 40 % na Nizozemskem in v Nemčiji, blizu 60 % na Norveškem, približno 65 % na Irskem in v Franciji ter 70 % v Belgiji. V državah s pojavnostjo virusa HIV od 100 do 199 primerov na milijon prebivalcev je delež migrantov med prijavljenimi okužbami s HIV približno 30-odstoten v Avstriji, 71-odstoten v Združenem kraljestvu in kar 80-odstoten v Luksemburgu. Na Portugalskem, v državi z največjo pojavnostjo virusa HIV v EU, je delež migrantov med prijavami okužb s HIV približno 20-odstoten.

V obdobju 1999–2006 je bilo prijavljenih 16 222 primerov tuberkuloze kot začetnega bolezenskega stanja aidsa, od katerih jih je bilo 8 028 ugotovljenih pri migrantih, in sicer 3 883 iz podsaharske Afrike in 2 684 neznanega izvora. Velike razlike so bile v deležu tuberkuloze kot začetnega bolezenskega stanja aidsa po geografskem izvoru. Manjši deleži so bili ugotovljeni pri Severnoameričanih (8 %) in domačinih (16 %), največji pa pri podsaharskih Afričanih (40 %), Vzhodnoevropejcih (40 %), jugovzhodnih Azijcih (32 %) in Latinoameričanih (30 %).

Od približno 495 milijonov oseb, prijavljenih pri nacionalnih matičnih uradih 27 držav članic EU ter Norveške, Islandije in Lihtenštajna, jih je približno 32,5 milijona (6,5 %) prijavljenih kot nedržavljanov. Informacije o državljanstvu teh oseb so na voljo za 30 držav, ki so sodelovale v tej študiji, razen za Bolgarijo, Estonijo, Francijo in Luksemburg. Od teh 32,5 milijona prijavljenih migrantov jih je polovica iz Evrope (6,5 milijona iz Zahodne

Evrope, 7,4 milijona iz Srednje Evrope in 2,3 milijona iz Vzhodne Evrope), sledijo migranti iz Latinske Amerike (2,31 milijona) in s Karibov (261 000), Južne in Jugovzhodne Azije (2,25 milijona), Severne Afrike in Bližnjega Vzhoda (2,19 milijona) ter podsaharske Afrike (1,32 milijona).

## Razprava in omejitve

Migranti, predvsem osebe iz podsaharske Afrike, predstavljajo precejšen in naraščajoč delež primerov okužb z aidsom in virusom HIV, ki so bili v obdobju 1999–2006 prijavljeni v državah EU-27, na Norveškem in Islandiji. Čeprav je delež migrantov iz podsaharske Afrike med prijavljenimi primeri heteroseksualnih okužb in prenosa okužbe z matere na otroka zelo velik, je tudi velik delež ugotovljenih primerov pri moških, ki imajo spolne odnose z moškimi, povezan z migranti, zlasti iz Zahodne Evrope, Latinske Amerike in s Karibov, kar opozarja na potrebo po priznanju spolne raznolikosti migrantov, ki živijo s HIV/aidsom. Prispevek migrantov k epidemiji aidsa in virusa HIV je precej večji pri prijavah ženskih primerov, kar kaže na feminizacijo epidemije virusa HIV/aidsa pri migrantih v EU. Razlogi za ranljivost žensk za okužbo s HIV so družbeni in biološki. Zato je potrebno ukrepanje na nacionalni ravni glede preprečevanja in zdravljenja okužb s HIV, povezanih s spolom. Z velikim bremenom okužb s HIV pri ženskah iz podsaharske Afrike je tesno povezan zelo velik delež migrantov iz podsaharske Afrike med prijavami okužb s HIV na podlagi prenosa okužbe z matere na otroka v EU. Čeprav je zmanjšanje perinatalnih okužb s HIV v EU pomemben dosežek na področju javnega zdravja, se je treba še vedno spopasti z velikimi izzivi, zlasti med migrantskimi materami.

Delež migrantov, okuženih s HIV, je v različnih državah zelo različen. Za države v Vzhodni Evropi in nekatere države Srednje Evrope je ta delež manj kot 10-odstoten, medtem ko je za večino severnih držav več kot 40-odstoten. Za večino držav v Zahodni Evropi je delež migrantov med okuženimi s HIV od 20- do 40-odstoten. Ta vzorec je skladen z migracijskimi gibanji, saj so države, v katerih je delež migrantov okuženih s HIV velik tudi države, v katerih je delež migrantov v celotnem prebivalstvu prav tako večji, kar je v glavnem posledica kolonialne preteklosti ter nedavnih socialno-ekonomskih in demografskih neravnovesij. Pri velikem in skrb zbujujočem deležu primerov je geografski izvor neznan, zlasti v Združenem kraljestvu, Franciji, Belgiji in Nemčiji.

Sedanji podatki ne omogočajo razlikovanja med okužbami s HIV, ki so se zgodile v EU ali tujini. Iz drugih prijav je razvidno, da se je večina okužb s HIV pri osebah iz podsaharske Afrike verjetno zgodila v matični državi, kar izhaja iz primerjave povprečne dolžine bivanja v Evropi z vrednostjo števila celic CD4 ob diagnozi okužbe s HIV. Vendar so na voljo tudi dokazi, da se osebe iz podsaharske Afrike s HIV okužijo v državah EU. Za druge geografske izvore je na voljo malo podatkov o tem, kje se je okužba zgodila, čeprav dokazi glede intravenoznih uživalcev drog, ki so migranti, kažejo, da so se verjetno s HIV okužili v Evropi. Čeprav je razprava o državi verjetne okužbe zelo sporna, saj je na žalost povzročila javne rasistične odzive, je vedenje, kje sta se okužba s HIV in razvoj aidsa zgodila, pomembno z vidika javnega zdravja: pomeni lahko neuspeh primarnih ali sekundarnih preventivnih ukrepov proti okužbi s HIV ali obojih.

Pozno diagnosticiranje virusa HIV je velika težava v EU in ZDA, podatki pa kažejo, da je ta težava še večja za HIV pozitivne migrante, ki ne prihajajo iz zahodnih držav. Število prijavljenih primerov aidsa v večini držav EU od sredine devetdesetih let prejšnjega stoletja izrazito upada, kar se večinoma pripisuje dejstvu, da ima prebivalstvo dostop do izredno aktivne protiretrovirusne terapije (HAART). Pri večini migrantov pa tega zmanjševanja ni mogoče ugotoviti, kar kaže na pozno diagnozo okužbe s HIV ter slabši dostop in sprejemanje terapije HAART, kar lahko negativno vpliva na umrljivost HIV pozitivnih migrantov v EU. Poleg tega je ustrezno zdravljenje okužbe s HIV tudi strategija za preprečevanje širjenja okužb s HIV, saj so osebe, ki se zdravijo s terapijo HAART, manj kužne. Zdravljenje in preventivni ukrepi tega pristopa se uporabljajo tudi pri tuberkulozi, ker takojšnje testiranje za virus HIV nedvomno zmanjša nastanek tuberkuloze, povezane s HIV. Kot je bilo dokazano, je zdravljenje tuberkuloze enakovredno preprečevanju širjenja okužbe s tuberkulozo in s tem sekundarnih primerov.

Opredelitev deleža migrantov, ki prispevajo k epidemiologiji HIV v tej regiji, je omejena zaradi različnih načinov izvajanja sistemov prijavljanja okužb s HIV in slabo izdelane spremenljivke „geografski izvor“ v državah članicah EU. Zelo velik delež manjkajočih vrednosti v tej kategoriji je pravzaprav treba jemati kot svarilo pri razlaganju števil, nad okužbami s HIV v EU pa je zato potreben okrepljen nadzor, da bi se zagotovili zahtevani standardi kakovosti.

Številke predstavljene v tem poročilu za ljudi, ki delajo na tem področju, niso presenečenje, zlasti če upoštevamo svetovno epidemiologijo HIV in svetovna migracijska gibanja, oba dejavnika pa pogojuje svetovna neenakost. Nadzor nad epidemijo virusa HIV/aidsa mora za migrante v EU odpraviti ovire za preprečevanje in zdravljenje okužb z njim. Podatki, podani in analizirani v tem poročilu potrjujejo, da primarno in sekundarno preprečevanje okužb s HIV ni dovolj uspešno ter so potrebni odločni ukrepi.

## 6. Načrtovanje spremljanja vedenja v zvezi z okužbami s HIV/spolno prenosljivimi okužbami v Evropi

(objavljeno septembra 2009)

### Ozadje

Epidemija zaradi virusa humane imunske pomanjkljivosti (HIV) in drugih spolno prenosljivih okužb ostaja velika javnozdravstvena težava v Evropi. Evropski center za preprečevanje in obvladovanje bolezni (ECDC) je bil ustanovljen leta 2005 za okrepitev zmogljivosti Evropske unije (EU) za preprečevanje in obvladovanje nalezljivih bolezni, pri čemer so bile med prednostnimi boleznimi okužbe s HIV in druge spolno prenosljive okužbe. V zvezi s tem je pomembna naloga spremljanje, center ECDC pa ima velika pooblastila pri vzdrževanju in usklajevanju podatkovnih zbirk o spremljanju nalezljivih bolezni na ravni EU. Spremljanje druge generacije (Second Generation Surveillance, SGS) se nanaša na spremljanje, ki združuje spremljanje bioloških (novih primerov okužb s HIV/aidsa in spolno prenosljivih okužb) in vedenjskih kazalnikov (npr. spolnega vedenja, uporabe zaščite). Ta pristop je pomemben pri oblikovanju politik in ocenjevanju rezultatov.

Center ECDC je leta 2008 mednarodni skupini strokovnjakov naročil, naj poglobljeno analizira najsodobnejše programe spremljanja vedenja v zvezi s HIV in spolno prenosljivimi okužbami v evropskih državah ter pripravi predlog okvira za izvajanje ključnega sklopa vedenjskih kazalnikov v zvezi njimi v Evropi. V tem poročilu je predstavljeno načrtovanje sistemov spremljanja vedenja v zvezi s HIV in spolno prenosljivimi okužbami v državah članicah EU in državah Evropskega združenja za prosto trgovino (EFTA). Spremljajo se naslednje populacije: splošnem prebivalstvu, mladih, intravenoznih uživalcih drog, moških, ki imajo spolne odnose z moškimi, osebah, ki živijo s HIV/aidsom, osebah, ki ponujajo spolne storitve za denar, bolnikih klinik za spolno prenosljive okužbe, migrantih in etničnih manjšinah.

### Metode

Vsem državam EU in EFTA je bil poslan vprašalnik. Sestavljen je bil iz devetih ločenih vprašalnikov: vprašalnika o sistemu za spremljanje nacionalnega vedenja in sistemu za spremljanje druge generacije kot celote ter po enega vprašalnika za vsako posebno populacijo. V vprašalniku o sistemu za spremljanje kot celoti so bile zahtevani podatki o obstoju in opredelitvi:

- nacionalnega ali regionalnega sistema za spremljanje vedenja;
- delovanja sistema druge generacije na nacionalni ali regionalni ravni in
- možnih ali preteklih ovirah za vzpostavitev trajnostnih sistemov za spremljanje druge generacije.

V vprašalnikih o posebnih populacijah je bilo najprej zastavljeno vprašanje, ali je vzpostavljen sistem za spremljanje za to populacijo, nato so bile zahtevane informacije o obstoju vedenjskih raziskav (ali drugih vrst zbiranja podatkov), opravljenih v različnih interesnih populacijah od leta 1985, v zvezi z:

- metodologijo, ki se uporablja v vsaki raziskavi ali sistemu zbiranja podatkov;
- glavnimi kazalniki, ki se trenutno spremljajo, in
- povezanimi publikacijami.

Vprašalnik je bil po e-pošti poslan kontaktnim točkam za spremljanje okužb s HIV v vsaki državi; te so namreč lahko zagotovile, da so vsak vprašalnik, specifičen za neko populacijo, izpolnili ustrezni strokovnjaki v tej državi. Pristojne osebe so nato vprašalnike zbrale in jih poslale nazaj v analizo, ki jo je opravila strokovna skupina. Osnutek poročila je bil obravnavan na srečanju strokovnjakov za spremljanje vedenja v Montreuxu (Švica) februarja 2009, nato pa je bil poslan v potrditev kontaktnim točkam za spremljanje okužb s HIV v vsaki državi, ki so na začetku pregledale vprašalnike za svojo državo.

### Rezultati

Sklop vprašalnikov je izpolnilo in vrnilo 28 od 31 držav, vključenih v raziskavo (vprašalnika niso izpolnile Bolgarija, Romunija in Portugalska). Sistem za spremljanje vedenja v državah EU/EFTA kaže na precejšnjo raznolikost po državah: 15 držav je poročalo o vzpostavljenem sistemu za spremljanje vedenja v zvezi z okužbami s HIV/spolno prenosljivimi okužbami (Belgija, Ciper, Danska, Estonija, Finska, Francija, Latvija, Litva, Nemčija, Poljska, Slovenija, Španija, Švedska, Švica in Združeno kraljestvo), še ena država (Nizozemska) pa je poročala o

vzpostavljenem spremljanju pri več posebnih skupinah prebivalstva, ne pa o uradnem nacionalnem splošnem sistemu za spremljanje vedenja.

Stopnja formalizacije spremljanja vedenja v „sistem“ je po državah zelo neenaka. Od 16 držav, ki so poročale o spremljanju vedenja, jih je le osem poročalo o obstoju dokumenta, v katerem je ta sistem opisan ali njegov obstoj formalizira. V številnih državah, ki so poročale o sistemu za spremljanje vedenja, je bil ta sistem oblikovan postopoma, pri čemer so se sčasoma dodajale nove skupine prebivalstva, vključene v raziskavo, včasih brez jasnega cilja spremljanja. Poleg tega v številnih državah, celo v državah s formaliziranim spremljanjem vedenja, pogosto ni vzpostavljena rutina pri časovnem razporejanju spremljanja vedenja pri različnih skupinah prebivalstva. Tudi organizacija spremljanja vedenja je raznolika: v državah s formaliziranim spremljanjem vedenja potekata organizacija in usklajevanje v okviru ministrstva za zdravje, nacionalne zdravstvene agencije ali univerze. V državah z manj formaliziranimi sistemi neformalno usklajevanje poteka prek mreže ustanov: vladnih agencij, univerz, nevladnih organizacij itd. V zvezi s primernostjo sistema (tj. vrsto populacije, vključene v spremljanje) v številnih primerih identifikacija in spremljanje ogroženih skupin prebivalstva nista bila izvedena ali sta nepopolna. Najpogosteje raziskovane skupine prebivalstva so splošno prebivalstvo in mladina, moški, ki imajo spolne odnose z moškimi, in intravenozni uživalci drog. Le v nekaj državah se spremlja vedenje oseb, ki ponujajo spolne storitve za denar, in njihovih strank, migrantov in etničnih manjšin, oseb, ki živijo s HIV/aidsom, in bolnikov klinik za spolno prenosljive okužbe.

V zvezi s sistemi za spremljanje druge generacije 13 od 16 držav, ki poročajo o spremljanju vedenja, poročata tudi o vzpostavljenem spremljanju druge generacije, dve drugi državi pa poročata o spremljanju druge generacije le pri eni skupini prebivalstva. Formalna organizacija tega sistema z upravljavskim ali usklajevalnim organom je vzpostavljena v šestih državah.

Za vsako od obravnavanih skupin prebivalstva je držav, ki so zagotovile informacije o prednostnih kazalnikih, manj od držav, ki so navedle zbiranje informacij o ustreznih temah. To je verjetno posledica dejstva, da so le države, ki delujejo v okviru paradigme spremljanja, izrecno določile kazalnike, ki jih je treba redno zbirati, in so jih sposobne jasno opredeliti. Z vidika tem, ki se spremljajo je na splošno stopnja soglasja o prednostnih temah precej visoka po skupinah prebivalstva; to lahko vpliva na izbiro kazalnikov, ki so skupni državam in skupinam prebivalstva, zajetim v raziskavo. Ker je raznolikost še vedno velika, je treba na evropski ravni nadaljevati postopek usklajevanja kazalnikov, posebnih za vsako skupino prebivalstva. Pri skupinah prebivalstva, v zvezi s katerimi se spremljanje vedenja izvaja ali bi ga bilo mogoče izvajati s storitvenim ali kohortnim vzorčenjem, je treba z zainteresiranimi stranmi opraviti predhodne razprave v zvezi z vzpostavitvijo spremljanja vedenja v takih okoljih.

Če je evropsko soglasje že doseženo, je treba predlagati že dogovorjene kazalnike, izbrani kazalniki pa morajo biti „prevedljivi“ v mednarodno dogovorjene kazalnike. Predlagajo se temeljni kazalniki, ki so posledica splošne analize in so skupni vsem skupinam prebivalstva. Ti se nanašajo na število spolnih partnerjev, uporabo kondoma pri zadnjem spolnem odnosu, opravljen test na virus HIV, plačilo za spolni odnos in znanje o virusu HIV. Temeljni kazalniki morajo sistematično obravnavati raven izobrazbe, nacionalni/etnični izvor in spolno usmerjenost.

## 7. Bakterije kot izziv: čas je za ukrepanje (skupno tehnično poročilo ECDC/agencije EMEA)

(objavljeno septembra 2009)

### Glavne ugotovitve

Med bremenom okužb zaradi bakterij, odpornih proti več antibiotikom, in razvojem novih antibiotikov za reševanje teh težav obstaja vrzel.

- Odpornost proti antibiotikom je visoka med po Gramu pozitivnimi in po Gramu negativnimi bakterijami, ki povzročajo resne okužbe pri ljudeh, v več državah članicah EU pa dosega 25 % ali več.
- Odpornost v EU narašča med nekaterimi po Gramu negativnimi bakterijami, kot je bilo nedavno ugotovljeno pri bakteriji *Escherichia coli*.
- Vsako leto približno 25 000 bolnikov v EU umre zaradi okužbe z mnogotero odpornimi bakterijami.
- Okužbe zaradi takih bakterij, odpornih proti več zdravilom (antibiotikom), imajo v EU za posledico dodatne zdravstvene stroške in izgubo produktivnosti v višini vsaj 1,5 milijarde EUR letno.
- Med snovmi v razvoju, z možnostjo spopadanja z izzivom mnogotere odpornosti, je bilo opredeljenih petnajst sistemskih protibakterijskih snovi (učinkovin) z novim mehanizmom delovanja ali z delovanjem na novo bakterijsko tarčo. Večina jih je bila v zgodnjih fazah razvoja in so bila razvita predvsem proti bakterijam, za katere možnosti zdravljenja že obstajajo.
- Zlasti primanjkuje novih snovi z novimi tarčami ali mehanizmi učinkovanja proti po Gramu negativnim bakterijam, odpornim proti več zdravilom. Opredeljeni sta bili dve taki sredstvi z novimi ali morebiti novimi cilji in dokumentiranim učinkovanjem, obe v zgodnjih fazah razvoja.
- Nujna je evropska in svetovna strategija za odpravljanje te vrzeli.

Evropski center za preprečevanje in obvladovanje bolezni (ECDC), Evropska agencija za zdravila (EMA) in mednarodna mreža Ukrepanje proti odpornosti proti antibiotikom (Action on Antibiotic Resistance, ReAct) so leta 2007 začeli razpravo o potrebi po dokumentiranju vrzeli med pogostnostjo okužb z mnogotero odpornimi bakterijami v EU in razvojem novih antibiotikov. Na podlagi tega je bila leta 2008 ustanovljena delovna skupina ECDC/EMA, ki bo pripravila podatke, na podlagi katerih bo možna razumna napoved obsega vrzeli v prihodnjih letih.

Izbrane so bile naslednje proti antibiotikom odporne bakterije, ker so pogosto povzročajo okužbe krvi in ker je odpornost proti navedenim antibiotikom v večini primerov kazalnik odpornosti proti več antibiotikom:

- *Staphylococcus aureus*, odpornost proti meticilinu (MRSA);
- *S. aureus*, zmanjšana odpornost proti vankomicinu in odpornost proti vankomicinu (VISA/VRSA);
- *Enterococcus* spp. (npr. *Enterococcus faecium*), odpornost proti vankomicinu (VRE);
- *Streptococcus pneumoniae*, odpornost proti penicilinu (PRSP);
- Enterobacteriaceae (npr. *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*), odpornost proti cefalosporinu tretje generacije;
- Enterobacteriaceae (npr. *K. pneumoniae*), odpornost proti karbapenemom; in
- nefermentativne po Gramu negativne bakterije (npr. *Pseudomonas aeruginosa*), odpornost proti karbapenemom.

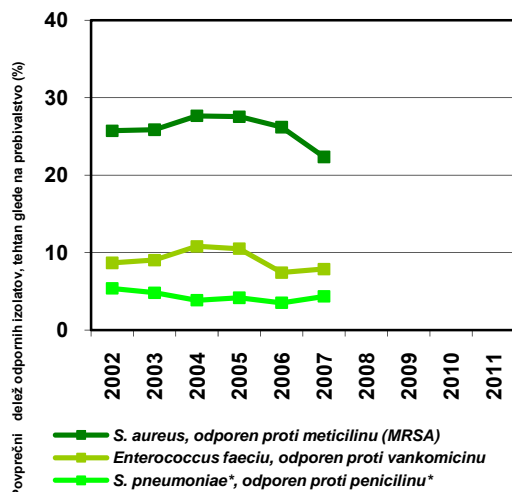
### Trendi in breme okužb zaradi mnogotero odpornih bakterij (odpornih proti več antibiotikom), v EU

Podatki o teh izbranih bakterijah, odpornih proti antibiotikom, pri invazivnih okužbah (predvsem okužbah krvi) so bili na voljo iz evropskega sistema za spremljanje odpornosti proti antibiotikom, EARSS (European Antimicrobial Resistance Surveillance System, EARSS) za države članice EU, Islandijo in Norveško, za vsa leta v obdobju 2002–2007.

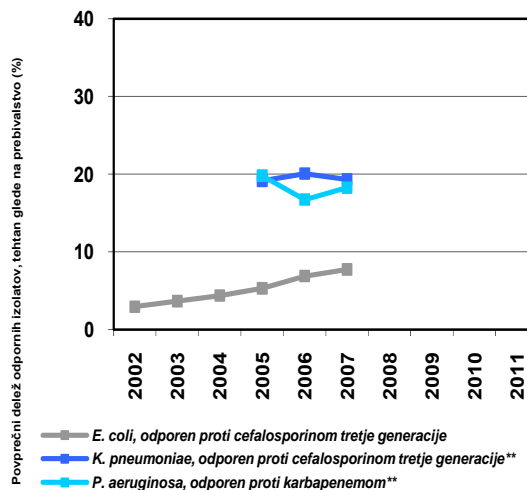
Gibanja deležev izolatov bakterij, odpornih proti antibiotikom, med izbranimi bakterijami iz hemokultur, ki pogosto povzročajo okužbe krvi, v Evropi, so prikazana na sliki 7.1.

**Slika 7.1 Povprečni delež odpornih izolatov med izbranimi bakterijami iz hemokultur, ki so pogoste med povzročitelji okužb krvi, na prebivalstvo, države članice EU, Islandija in Norveška, 2002–2007.**

**a. Po Gramu pozitivne bakterije**



**b. Po Gramu negativne bakterije**



\* *S. pneumoniae*: razen Grčije, ki v sistem EARSS ni sporočila podatkov o tej bakteriji.

\*\* *K. pneumoniae* in *P. aeruginosa*: razen Belgije in Slovaške, ki v sistem EARSS nista sporočila podatkov o teh bakterijah.

V letu 2007 je povprečni delež izolatov *Staphylococcus aureus*, iz hemokultur, pri katerih je bila ugotovljena odpornost proti meticilinu (% MRSA), pomenil največji delež izolatov odpornih proti antibiotikom med izbranimi bakterijami, ki pogosto povzročajo okužbe krvi v Evropski uniji. Vendar se ta delež v zadnjih letih zmanjšuje (slika 7.1). To je posledica upadanja MRSA v več državah članicah, ki je verjetno posledica akcijskih načrtov na nacionalni ravni, kot na primer v Franciji, Sloveniji in Združenem kraljestvu. Povprečni delež MRSA je dosegel raven, ki je blizu ravni izbranih po Gramu negativnih bakterij, odpornih proti antibiotikom.

Delež izolatov *S. aureus* iz hemokultur, pri katerih je bila ugotovljena zmanjšana odpornost proti vankomicinu (VISA), je bil v državah članicah EU, na Islandiji in Norveškem zelo nizek (manj kot 0,1 %). V letu 2007 v sistem EARSS ni bil prijavljen noben izolat *S. aureus*, odporen proti vankomicinu (podatki niso prikazani na sliki 7.1). V nasprotju s tem se povprečni delež hemokultur z bakterijo *Escherichia coli* – najpogostejša po Gramu negativna bakterija, ki povzroča okužbe pri ljudeh, pri katerih je bila ugotovljena odpornost proti cefalosporinom tretje generacije, nenehno povečuje.

Obenem ni znakov zniževanja odpornosti proti cefalosporinom tretje generacije pri *Klebsiella pneumoniae* ali karbapenemom pri *Pseudomonas aeruginosa* (slika 7.1).

Delež hemokultur z bakterijo *K. pneumoniae* iz držav članic EU, Islandije in Norveške, pri katerih je bila ugotovljena odpornost proti karbapenemom, je bil v letu 2007 na splošno zelo nizek (mediana = 0 %), razen iz Grčije, kjer je dosegel 42 % (podatki niso prikazani na sliki 7.1).

Človeško in ekonomsko breme bakterij, odpornih proti antibiotikom, je bilo mogoče oceniti le za naslednjih pet bakterij, odpornih proti antibiotikom: MRSA, *Enterococcus faecium*, odporen proti vankomicinu, *E. coli* in *K. pneumoniae*, odporni proti cefalosporinom tretje generacije, in *P. aeruginosa*, odporen proti karbapenemom.

Študija je potrdila, da je bila MRSA najpogostejša bakterija v Evropski uniji, odporna proti več antibiotikom, vendar je bilo skupno število primerov splošno razširjenih po Gramu pozitivnih bakterij, odpornih proti antibiotikom (v glavnem MRSA in *Enterococcus faecium*, odporen proti vankomicinu), primerljivo s skupnim številom primerov splošno razširjenih po Gramu negativnih bakterij, odpornih proti antibiotikom (*E. coli* in *K. pneumoniae*, odpornih proti cefalosporinom tretje generacije, in *P. aeruginosa*, odporen proti karbapenemom).

Na splošno je bilo ocenjeno, da je leta 2007 v Evropski uniji, na Islandiji in Norveškem približno 25 000 bolnikov umrlo zaradi okužbe, ki jo je povzročila ena od izbranih petih bakterij, odpornih proti antibiotikom. Poleg tega so

okužbe zaradi katere koli od izbranih bakterij, odpornih proti antibiotikom, povzročile približno 2,5 milijona dodatnih bolnišničnih dni in dodatne stroške zdravljenja v bolnišnici v višini več kot 900 milijonov EUR.

Opravljena je bila ocena upada produktivnosti zaradi teh okužb. Na podlagi podatkov iz leta 2007 je bilo ocenjeno, da stroški zunajbolnišnične oskrbe znašajo približno 10 milijonov EUR, izgube zaradi upada produktivnosti zaradi odsotnosti okuženih bolnikov z dela pa so ocenjene na več kot 150 milijonov EUR vsako leto. Izgube zaradi upada produktivnosti zaradi bolnikov, ki so umrli zaradi okužbe, so bile ocenjene na približno 450 milijonov EUR vsako leto. Družbeni stroški zaradi izbranih bakterij, odpornih proti antibiotikom, so bili na splošno ocenjeni na približno 1,5 milijarde EUR vsako leto.

Obstaja veliko razlogov (npr. omejen obseg vključenih bakterij, neupoštevanje zunajbolnišničnih okužb, povprečni stroški bolnišnične oskrbe, v kateri ni upoštevana posebna oskrba bolnikov, kot je intenzivno zdravljenje ali nega), ki podpirajo sklep, da so te številke podcenjena ocena človeškega in ekonomskega bremena okužb zaradi bakterij, odpornih proti antibiotikom.

## Raziskave in razvoj protibakterijskih učinkovin

Za oceno stanja razvojnega poteka protibakterijskih zdravil sta bili proučeni dve komercialni podatkovni zbirki (Adis Insight R&D in Pharmaprojects) v zvezi s protibakterijskimi učinkovinami, ki se klinično razvijajo po vsem svetu. Sprejeta je bila odločitev, da snovi, ki še niso bile vključene v faze kliničnih raziskav, ne bodo nadaljnje raziskovali zaradi nedoseganja pričakovane neučinkovitosti v predkliničnih preskusih in nezadostnih podatkov.

Kjer je bilo mogoče, so bile iskalne učinkovine ocenjene glede protibakterijske učinkovitosti na podlagi dejanskih podatkov, dosegljivih v podatkovnih zbirkah ali literaturi. Kjer teh in vitro podatkov ni bilo, so pregledovalci za izdelavo „najboljšega scenarija“ upoštevali tudi razumne predpostavke o učinkovitosti na podlagi značilnosti podobnih učinkovin (tj. učinkovin istega razreda ali z enakim mehanizmom delovanja)

Poleg tega so morali pregledovalci pri vsaki snovi navesti, ali je iz novega razreda ali spada v obstoječi razred antibiotikov, in opredeliti, ali:

- učinkuje na isto tarčo in enako kot pri vsaj enem predhodno registriranem protibakterijskem zdravilu;
- učinkuje prek znanega mehanizma delovanja na novo tarčo ali
- učinkuje prek novega mehanizma delovanja.

Glavni rezultati iz te analize so bili naslednji:

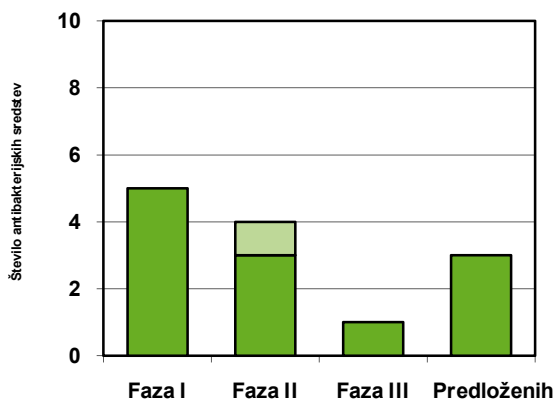
- od 167 snovi, opredeljenih z iskanjem, je bilo 90 protibakterijskih, z in vitro učinkovitostjo po najboljšem scenariju (na podlagi dejanskih podatkov ali predpostavljeno na podlagi značilnosti razreda mehanizma učinkovanja) proti vsaj enemu mikroorganizmu s seznama bakterij, izbranih zaradi svojega pomena za javno zdravje;
- od teh 90 snovi je bilo 24 novih oblik že registriranih protibakterijskih zdravil, 66 pa novih učinkovin;
- od teh 66 novih učinkovin, je bilo le 27 ocenjenih, da delujejo na novo tarčo ali imajo nov mehanizem delovanja in imajo zato prednost pred obstoječimi antibiotiki;
- Med 27 omenjenimi učinkovinami je bilo 15 takih, ki bi jih bilo mogoče uporabljati sistemsko;
- od 15 učinkovin s sistemskim delovanjem, je bilo pri osmih ocenjeno, da učinkujejo proti vsaj eni od izbranih po Gramu negativnih bakterij;
- od teh osmih, so imele štiri učinkovitost na podlagi dejanskih podatkov, štiri pa predpostavljeno učinkovitost na podlagi znanih značilnosti razreda ali mehanizmov delovanja;
- od štirih snovi, učinkovitih na podlagi dejanskih podatkov, sta dve učinkovali na nove ali morebitne nove tarče, nobena pa prek novih mehanizmov delovanja.

Na sliki 7.2 so prikazane informacije o teh 15 protibakterijskih učinkovinah. Le pet jih je napredovalo do kliničnih raziskav za potrditev klinične učinkovitosti (faze 3 ali poznejše faze kliničnega razvoja).

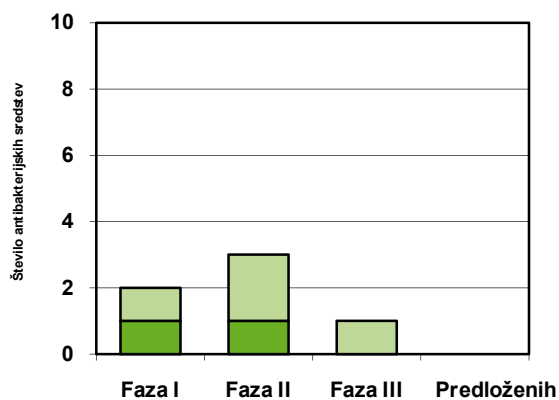


**Slika 7.2** Nove sistemske protibakterijske učinkovine z novim ciljem ali novim mehanizmom delovanja in in vitro učinkovitostjo na podlagi dejanskih podatkov (temno obarvani stolpci) ali predpostavljeno in vitro učinkovitostjo na podlagi značilnosti razreda ali mehanizmov delovanja (svetlo obarvani stolpci) proti izbranim bakterijam (najboljši scenarij) glede na fazo razvoja (n = 15).

**a. Po Gramu pozitivne bakterije bakterije\***



**b. Po Gramu negativne bakterije**



*Opomba: Učinkovitost in vitro, na podlagi dejanskih podatkov, je prikazana na spodnjem delu vsakega stolpca v temnejši barvi. Predpostavljena učinkovitost in vitro, na podlagi značilnosti razreda ali mehanizmov učinkovanja (če obstajajo), je prikazana v svetlejši barvi na zgornjem delu vsakega stolpca.*

*\* Dva karbapenema sta izpuščena s slike 7.2b, ker nista proti po Gramu negativnim bakterijam nič bolj učinkovita od zgodnejših karbapenemov. Relativna novost teh sredstev je temeljila na boljšem profilu učinkovitosti proti po Gramu pozitivnim bakterijam, odpornim proti antibiotikom, zato niso vključena v sliki 7.2a.*

Breme bakterijske odpornosti v EU je že veliko in se bo verjetno še povečalo. Na podlagi sedanjih podatkov se pričakuje, da se bodo v prihodnjih letih zaradi odpornosti po Gramu negativnih bakterij pojavile posebne težave.

Obenem je v razvoju zelo malo protibakterijskih snovi z novimi mehanizmi delovanja za obvladovanje odpornosti proti več zdravilom. Še zlasti obstaja pomanjkanje novih sredstev za zdravljenje okužb s po Gramu negativnimi bakterijami, odpornimi proti več zdravilom.

V tem poročilu je bila opredeljena vrzel med bremenom okužb z bakterijami, odpornimi proti več antibiotikom, in razvojem novih protibakterijskih snovi za reševanje te težave. Za odpravo te vrzeli je nujna evropska in svetovna strategija. Vzpostaviti je treba ukrepe za spodbujanje razvoja zdravil.

## 8. Učinkovitost vedenjskih in psihosocialnih preventivnih ukrepov v zvezi s HIV/spolno prenosljivimi okužbami za moške, ki imajo spolne odnose z moškimi, v Evropi

(objavljeno novembra 2009, spremenjeno decembra 2009)

### Ozadje

Ker trenutno ni na razpolago učinkovitega in dostopnega cepiva ter zaradi neučinkovitih obstoječih protiretrovirusnih terapij ostaja vedenjsko in psihosocialno preprečevanje, katerega cilj je omejevanje tveganega spolnega vedenja, predvsem zmanjšanje širjenja okužb s HIV/spolno prenosljivih okužb s spolnimi odnosi med moškimi, ki imajo spolne odnose z moškimi. Ker načrtovalci programov in oblikovalci politike potrebujejo opise posebnih ukrepov in kvantitativne ocene učinkov ukrepov, da lahko sprejemajo premišljene odločitve glede financiranja preprečevanja in raziskav, obstaja potreba po sistematičnem pregledu, s katerim bo posodobljena sedanja baza znanja o preventivnih ukrepih v zvezi s HIV/spolno prenosljivimi okužbami, namenjenih moškim, ki imajo spolne odnose z moškimi, v Evropi.

### Cilji

Cilji so bili povzeti in oceniti učinkovitost preventivnih ukrepov v zvezi s HIV/spolno prenosljivimi okužbami za moške, ki imajo spolne odnose z moškimi in živijo v Evropi, ter opredeliti značilnosti ukrepov, povezane z učinkovitostjo, in morebitne vrzeli v zbirki dokazov.

### Metode

Opravljen je bilo sistematično iskanje po ustrezni literaturi v osmih mednarodnih podatkovnih zbirkah ter referenčnih seznamih ustreznih pregledov in vključenih študij. Študije so bile izbrane na podlagi vnaprej določenih meril in ocenjene glede tveganja pristranskosti. Rezultati so bili povzeti v preglednicah, izračunane pa so bile tudi ocene učinka za posledice spolnega vedenja.

### Rezultati

Rezultati so bili izpeljani iz podatkov šestih kontroliranih študij, v katerih je na začetku sodelovalo skupaj 4 111 udeležencev iz štirih evropskih držav. Rezultati so pokazali, da je v vseh študijah obstajalo „veliko“ ali „nejasno“ tveganje pristranskosti na enem ali več ocenjenih področjih. Ocena združenega učinka štirih ukrepov, za katere so bili na voljo podatki, je pokazala, da je pri moških, ki imajo spolne odnose z moškimi in sodelujejo v preventivnih ukrepih v zvezi s HIV/spolno prenosljivimi okužbami, nekoliko manj verjetno, da bodo poročali o nezaščitenem analnem spolnem odnosu. Baza dokazov je bila premajhna za proučitev značilnosti ukrepov, ki so najtesneje povezani z obsegom učinka. Udeleženci so bili večinoma belci, poleg tega je bilo le v eni študiji biološko merjenje spolno prenosljivih okužb uporabljeno kot indeks spremembe.

### Razprava

Kljub razširjenosti epidemije HIV so natančne ocene rezultata katere koli oblike vedenjskih ukrepov v zvezi s HIV/spolno prenosljivimi okužbami za moške, ki imajo spolne odnose z moškimi, v Evropi redke. Rezultati kažejo na mogoče kratkoročne učinke ukrepov v smislu zmanjšanja deleža moških, ki imajo spolne odnose z moškimi in imajo nezaščitene analne spolne odnose, vendar majhno število kontroliranih študij kaže, da je treba to področje raziskati. Znanstveniki morajo razmisliti o možnostih za prenosljivost ukrepov in po možnosti opraviti obsežne formativne raziskave pred začetkom izvajanja novega programa.

### Sklepna ugotovitev

Obstaja pomanjkanje ocen rezultata ukrepov, namenjenih omejevanju tveganega vedenja v zvezi s HIV/spolno prenosljivimi okužbami med moškimi, ki imajo spolne odnose z moškimi, v Evropi. Pomemben del celovite strategije zaježitve okužb s HIV/spolno prenosljivih okužb je poleg nenehnega preprečevanja in oskrbe tudi oblikovanje preventivnih vedenjskih strategij v zvezi s HIV/spolno prenosljivimi okužbami za preprečevanje novih okužb in ocena takih preventivnih programov za moške, ki imajo spolne odnose z moškimi.

# Poročila s smernicami

## 9. Obvladovanje klamidije v Evropi

(objavljeno junija 2009)

### Zakaj je klamidija težava na področju javnega zdravja

*Chlamydia trachomatis* je ena najpogostejših bakterijskih spolno prenosljivih okužb v Evropi. Deleži pri spolno aktivnih mladih osebah se navadno gibljejo med 5 in 10 %. V veliko evropskih državah število ugotovljenih primerov narašča, deloma zaradi povečanega testiranja in uporabe bolj občutljivih testov. Osebe z genitalno klamidijo lahko kažejo znake vnetja genitalnega trakta, vključno z uretritisom in cervicitisom, vendar jih večina ostane asimptomatičnih. Klamidija je velika javnozdravstvena težava, ker lahko nezdravljena povzroči vnetje rodim, zmanjšano plodnost in slabo reprodukcijo pri nekaterih ženskah. Poleg tega klamidija lajša prenos HIV okužbe. Stroški zdravljenja zmanjšanja plodnosti zaradi klamidije so visoki, saj je treba opraviti operativni poseg na jajcevodu in fertilizacijo in vitro. Čeprav je na voljo zdravljenje, ki ni drago in je učinkovito, je obvladovanje klamidije izziv, saj je večina oseb asimptomatičnih.

### Dejavnosti za obvladovanje klamidije v Evropi

V sistematični raziskavi dejavnosti obvladovanja klamidije v 29 evropskih državah so bile odkrite velike razlike pri organizaciji obvladovanja klamidije. Skoraj polovica držav ni poročala o organizirani dejavnosti, nacionalni programi obvladovanja pa so bili opredeljeni le v dveh državah.

### Obvladovanje klamidije

Prvi korak k celovitemu in učinkovitemu programu obvladovanja je sprejetje strategije obvladovanja klamidije na podlagi širokega posvetovanja s ključnimi zainteresiranimi stranmi. Strategija mora upoštevati posebne nacionalne možnosti in omejitve skupaj s pregledom dokazov za zajete ukrepe. Strategija lahko temelji na postopnem pristopu, opisanem v teh smernicah.

Ta pristop se priporoča za vzpostavitev natančnega preprečevanja spolno prenosljivih okužb in obravnavo bolnikov, preden se začne razmišljanje o zapletenih ukrepih, kot je presejanje.

Opisane so štiri stopnje za programe obvladovanja klamidije:

- stopnja A, primarno preprečevanje: vključuje spodbujanje zdravja in izobraževanje, šolske programe in razdeljevanje kondomov;
- stopnja B, obravnavanje posameznih primerov: temelji na stopnji A in rutinskem spremljanju primerov, natančnih storitev diagnosticiranja klamidije, kliničnih storitvah ter storitvah za obravnavo bolnikov in njihovih partnerjev. Vsaka od teh dejavnosti zahteva jasne smernice na podlagi dokazov in redno revizijo;
- stopnja C, priložnostno testiranje: temelji na stopnji B in testiranju, ki se redno ponuja eni ali več posebnim skupinam oseb, ki so uporabniki drugih kliničnih storitev, z namenom odkritja okužb, npr. opredelitev asimptomatičnih primerov;
- stopnja D, program presejanja: temelji na stopnji C in organiziranem izvajanju rednih testiranj za klamidijo za zajetje velikega deleža določene skupine prebivalstva za omejitev razširjenosti klamidije med prebivalstvom.

Dokazi za učinek programov stopenj C in D so omejeni, zato jih je treba – kjer se izvajajo – pazljivo oceniti za usmerjanje prihodnjih politik. Spremljati in ocenjevati je treba zlasti učinek takih programov obvladovanja klamidije med prebivalstvom. O uvedbi programa presejanja za klamidijo je treba razmisliti enako pazljivo kot pri vsakem drugem programu presejanja ter pri tem oceniti morebitne koristi, škodo in stroške.

Učinkovito zagotavljanje virov in izvajanje nacionalnih strategij za obvladovanje klamidije zahtevata vodstvo in predanost oblikovalcev zdravstvene politike. Najustreznejše nacionalne strategije, ki bodo po državah verjetno različne, je treba razviti v sodelovanju s strokovnimi zdravstvenimi organizacijami, financerji ter izvajalci zdravstvenih in diagnostičnih storitev.

## Ocena programov obvladovanja klamidije

Namen programov obvladovanja je zmanjšati razširjenost klamidije, kar je težko spremljati, saj zahteva redne raziskave med prebivalstvom. Vendar obstajajo številni drugi kazalniki učinkovitosti, ki jih je treba že na začetku vključiti v vsak program.

Na nacionalni ravni morajo programi spremljati kazalnike v zvezi s politikami in smernicami programa, izvajanje in postopke ter učinek programa. Temeljiti morajo na posebnih ciljih, ki ustrezajo stopnji izvajanja.

Če se države premaknejo z ene stopnje obvladovanja na drugo, bodo morale sprejeti odločitve na podlagi natančne ocene dokazov o učinkovitosti, stroškovni učinkovitosti in škodi. Pri tem bo v pomoč, če bodo države zagotovile, da so vse dejavnosti v celoti ocenjene in se rezultati izmenjujejo z drugimi evropskimi državami. Tako bodo zdajšnje naložbe v programe okrepile zbirko dokazov za obvladovanje klamidije, olajšale prihodnje odločanje in izboljšale zdravje prebivalstva.

Na evropski ravni mora biti cilj zmanjšanje deleža držav, ki ne poročajo o organizirani dejavnosti.

## Namen dokumenta

Ta dokument vsebuje smernice za oblikovalce zdravstvene politike v Evropski uniji o nacionalnih strategijah za obvladovanje klamidije. V njem niso podane posebne klinične ali diagnostične smernice, temveč je podan okvir za razvoj, izvajanje ali izboljšanje nacionalnih strategij za preprečevanje in obvladovanje klamidije. Podlaga za tako podrobne smernice morajo biti nedavni sistematični pregledi.

Zdravstvene politike morajo tako kot klinične smernice temeljiti na najboljših razpoložljivih dokazih. Vendar na splošno obstaja manj dokazov, na katerih bi bilo te politične odločitve mogoče utemeljiti. Cilj tega dokumenta o smernicah je olajšati razvoj lokalnih smernic na podlagi dokazov v okviru trdnih nacionalnih strategij v zvezi s klamidijo. Take strategije morajo poleg kliničnih in epidemioloških dejavnikov (kot je razširjenost klamidije med prebivalstvom) upoštevati tudi lokalne sisteme za zagotavljanje zdravstvenih storitev, infrastrukturo in zagotavljanje virov.

Tehnična strokovna skupina je smernice pripravila na podlagi ugotovitev, zbranih v poročilu ECDC „Pregled dejavnosti za obvladovanje klamidije v državah EU“, raziskave o dejavnostih za obvladovanje klamidije, ki je bila obravnavana skupaj z nedavnimi sistematičnimi presejalnimi pregledi za klamidijo in njeno obvladovanje.

Te smernice zajemajo splošno razširjeno obliko *Chlamydia trachomatis*, ki se prenaša s spolnimi odnosi (serovarji od D do K), ne pokrivajo pa *Lymphogranuloma venereum* ali trahome.

## 10. Uporaba protivirusnih zdravil proti gripi med pandemijo gripe

(objavljeno junija 2009, posodobljeno avgusta 2009)

Ta referenčni dokument je namenjen oblikovalcem politike in prakse glede uporabe protivirusnih zdravil proti gripi, zlasti v zvezi s pandemijo gripe v Evropski uniji in na območju EGP/EFTA. Dokument temelji na znanstvenih ugotovitvah, smernicah SZO, strokovnih mnenjih (vključno z mnenji svetovalnega foruma ECDC) in priporočilih iz evropskih nacionalnih načrtov za pripravljenost na pandemijo. Glavno pozornost namenja možnostim za uporabo protivirusnih zdravil v okviru pandemije gripe.

Razpoložljivi dokazi o učinkovitosti protivirusnih zdravil za zdravljenje ali preventivo in naknadno uporabo med pandemijo izhajajo iz študij, opravljenih med sezonami sezonske gripe med zdravimi odraslimi osebami, v manjšem obsegu pa tudi v eni od skupin z večjim tveganjem (starejše osebe) in pri nekaterih starejših otrocih.

Ti dokazi kažejo, da nekatera protivirusna zdravila, zlasti inhibitorji nevraminidaze (oseltamivir in zanamivir), ponujajo nekatere zdravstvene koristi in sicer skrajšanje trajanja bolezni zaradi gripe običajno za dan ali dva ter zmanjšanjem zapletov in potrebe po antibiotikih pri okuženih posameznikih. Ta učinek omejuje potreba po zgodnjem dajanju zdravil (v 48 urah od nastopa bolezenskih znakov). Obstajajo tudi nekateri šibki dokazi iz opazovalnih študij, da lahko zdravila zmanjšujejo bolehnost in celo umrljivost pri huje obolelih bolnikih, celo če se dajo po 48 urah. Pogosto se pri peroralnem pripravku (oseltamivir) poroča o manjših stranskih učinkih, zlasti slabosti in včasih celo bruhanju, zato proizvajalec priporoča zaužitje tega zdravila s hrano.

Preskusi pri zdravih odraslih kažejo, da je okužbo mogoče preprečiti s preventivnim zdravljenjem z od 70- do 90-odstotno stopnjo učinkovitosti, če se zdravilo uživa, kot je predpisano. Dokazi za zdravstvene koristi za skupine in okolja z večjim tveganjem so manj trdni, vendar se zdi, da je bilo doseženo določeno zmanjšanje okužb, na primer pri izbruhih sezonske gripe v zaprtih okoljih, kot so domovi za bolniško nego. Na podlagi tega je mogoče sklepati, da lahko taka zdravila vplivajo na stopnjo prenašanja virusa in pomagajo pri preprečevanju okužbe.

Virusi gripe, ki so primarno odporni proti enemu ali več protivirusnim zdravilom, se zelo redko naravno pojavijo zaradi genetske mutacije in naravne virusne preureditve. To se je zgodilo v Evropi v sezoni 2007–2008, ko se je pojavil virus gripe, ki je bil odporen proti oseltamiviru. To ni bilo povezano z uporabo protivirusnih zdravil, in ta možnost ne sme vplivati na privzete politike o uporabi protivirusnih zdravil med pandemijo. Vendar možnost močnega novega virusa, ki je odporen proti protivirusnim zdravilom vzbuja veliko skrb in lahko zahteva hitre spremembe protivirusnih politik, zlasti za preventivo, če se tak virus pojavi med pandemijo. To se ne sme zamenjevati s sekundarno protivirusno odpornostjo, ki je precej pogostejša pri uporabi protivirusnih zdravil. Iz te se običajno razvije virus, ki se ne more prenašati z osebe na osebo, zato ne pomeni težave za javno zdravje.

Obstaja vrsta različnih strategij za uporabo protivirusnih zdravil, ki so odvisne od splošnih javnozdravstvenih ciljev, ki jih želijo doseči organi, razpoložljivosti protivirusnih zdravil in drugih praktičnih premislekov. Ti cilji lahko vključujejo zdravljenje huje obolelih, zdravljenje ali varstvo bolj ogroženih oseb, zdravljenje vseh primerov, zniževanje stopnje širjenja okužb ali zaščito zdravstvenih in drugih bistvenih delavcev. Center ECDC je predlagal hierarhično razvrstitev prednostnih nalog.

Zaradi velikega števila in mogoče resnosti okužbe se je treba med pandemijo spopasti s precejšnjimi praktičnimi izzivi za izpolnjevanje morebitne potrebe po protivirusnih zdravilih za zdravljenje okuženih oseb in preprečevanje okužb (preventiva). Številne države so oblikovale zaloge protivirusnih zdravil prav za uporabo med pandemijo. Zdi se, da so zaloge protivirusnih zdravil v evropskih državah različne in pokrivajo od nekaj odstotkov do več kot 50 % prebivalstva. Kljub vzpostavljenim zalogam je skoraj neizogibno, da bo med pandemijo povpraševanje po protivirusnih zdravilih večje od ponudbe. Zato je treba izvesti napredno strateško in logistično načrtovanje za optimizacijo koristi obstoječih zalog. Pomembno splošno načelo je, da je korist zalog omejena, če niso obenem vzpostavljeni dogovorjeni cilji, protokoli, upravni sistem in sistem zagotavljanja.

Postavitev jasnih ciljev bo bistvena za doseg največje mogoče koristi od zalog protivirusnih zdravil. Pri tem načrtovanju je treba upoštevati skupni obseg in razpoložljivost protivirusnih zdravil, osnovno epidemiologijo (predvidene stopnje obolevanja itd.), velikost in trajanje izbruha ter velikost skupin prebivalstva. Tudi modeliranje je lahko pomembno orodje za ekstrapolacijo učinkov različnih protivirusnih strategij v pandemiji, vendar tako modeliranje ni enostavno. Center ECDC na podlagi razpoložljivih dokazov predlaga naslednjo strategijo prednostne razvrstitve za uporabo protivirusnih zdravil:

1. **Osebe z resnejšo obliko bolezni.** Prva prednostna naloga je zdravljenje oseb z resnejšo obliko gripe, tudi če je že minilo 48-urno obdobje po nastopu bolezenskih znakov, v katerem se šteje, da so protivirusna

zdravila učinkovita. Za te bolnike je še pomembneje, da so na voljo primerne zaloge ustreznih antibiotikov za zdravljenje sekundarnih okužb in drugih bistvenih zdravil.

2. **Zdravstveno ogrožene skupine ljudi.** Med temi bi se lahko prednostno obravnavale osebe, pri katerih je največje tveganje, da se bo razvila resna bolezen. V zvezi s sezonsko gripo so to osebe, za katere se priporoča cepljenje proti sezonski gripi: starejše osebe, osebe z že obstoječimi kroničnimi zdravstvenimi težavami in zdravstveni delavci, ki so v neposrednem stiku z bolnikom. Vendar bo med pandemijo morda to potrebno spremeniti, da se bodo upoštevali tisti, pri katerih je največje tveganje zaradi pandemičnega seva. Ko bodo krožili pandemični in sezonski virusi, bo treba združiti skupine, pri katerih je veliko tveganje sezonske ali pandemične gripe. Nekatere države bodo morda proučile zagotavljanje preventive v gospodinjstvih, v katerih so osebe z velikim tveganjem, čeprav bi bilo to politiko težko izvajati.
3. **Vse osebe, ki so ravnokar zbolele.** Tudi v takšnih primerih bi se lahko protivirusna zdravila prednostno dajala osebam, ki so ravnokar zbolele (v 48 urah od prvih bolezenskih znakov), ker so v tem času ta zdravila najučinkovitejša.
4. **Uporaba za preventivo.** Države z večjimi zalogami protivirusnih zdravil lahko razmislijo o tem, da jih dajo tudi za preventivo. Kandidati so: osebe, ki so v tesnem stiku z okuženimi osebami, družinski stiki in ključni delavci za namene neprekinjenosti poslovanja. Domače zaloge se ne priporočajo, saj so zaloge omejene, čeprav se lahko nedvomno pričakuje, da jih bodo nekateri zahtevali od svojih zdravnikov, kot so to storili pri aviarni influenci.
5. **Zdravstveni delavci,** ki so v neposrednem stiku z bolniki, so poseben primer. Biti morajo razumno zaščiteni z osebno varovalno opremo. Če zbolijo, morajo takoj dobiti protivirusna zdravila in ostati doma. Države z večjimi zalogami lahko razmislijo o preventivi za nekatere skupine teh delavcev.

Še večje izzive povzročajo organizacijski vidiki zagotavljanja protivirusnih zdravil. Dokazi namreč kažejo, da ima protivirusno zdravljenje koristi le, če se izvede v prvih 48 urah po začetku bolezenskih znakov. To bo še zlasti pomembno med pandemijo. Če želimo, da protivirusna zdravila učinkovito zdravijo okužbe, je treba vzpostaviti vire za razvoj protokolov in sistemov, ki zagotavljajo hitro dobavo in dajanje zdravila.

Delo, ki sta ga z državami članicami opravila center ECDC in Regionalni urad Svetovne zdravstvene organizacije za Evropo kaže, da naslednja operativna vprašanja pri zagotavljanju in upravljanju nacionalnih protivirusnih in drugih strateških zalog zahtevajo temeljit razmislek pred pandemijo:

1. v začetni fazi pandemije je treba sprejeti odločitev, ali je resnost okužbe na ravni posameznega bolnika zadostna, da se protivirusna zdravila ponudijo vsem osebam z bolezenskimi znaki ali se celo poskuša doseči odložitev ali zajezev;
2. zagotavljanje, da so vedno na voljo protivirusna zdravila za klinične zdravnike, ki zdravijo najhujše obolele;
3. sposobnost pravočasne dobave protivirusnih sredstev osebam, ki jih najbolj potrebujejo, saj jih je treba dati v 48 urah od nastanka bolezenskih znakov, da so učinkovita;
4. opredelitev ključnih skupin, ki morajo na podlagi vnaprej dogovorjenih meril (privzet položaj) prednostno prejeti protivirusna zdravila;
5. sposobnost spremembe prednostnih nalog, če se zdi, da najbolj ogroženi niso tisti, za katere je bilo to predvideno na podlagi izkušenj s sezonsko gripo;
6. zagotavljanje, da območja, ki so bila prva prizadeta, ne izčrpajo nacionalnih zalog, in spodobnost selitve virov po državi;
7. imeti stališče do državljanov, ki hočejo imeti lastne zaloge, in podjetij, ki hočejo zaščititi svoje osebje;
8. spremljanje protivirusne odpornosti, zlasti primarne odpornosti, in sposobnost spremeniti nacionalne strategije zdravljenja, če se zdi, da se bodo zaloge izčrpale, ali če se pojavi protivirusna odpornost (zlasti če se zdravila uporabljajo za preventivo);
9. zagotavljanje, da že obremenjene službe za primarno nego niso pristojne za razdeljevanje protivirusnih zdravil osebam, ki se rahlo ali nekoliko slabše počutijo, ko so močno obremenjene z oskrbo resneje bolnih oseb. To prav tako preprečuje, da bi se morebiti okužene osebe stiskale v prostoru, čakajoč na protivirusna zdravila (npr. v vrstah ali čakalnicah), in tako širile okužbo;
10. zagotavljanje, da so na voljo ustrezne zaloge drugih ključnih farmacevtskih sredstev, zlasti antibiotikov;
11. sposobnost spremljati skladnost, zlasti med osebami, ki se nekoliko slabše počutijo, in osebami, ki prejemajo preventivo;

12. predvideti blage splošne stranske učinke oseltamivira, predvsem slabost, in seznanjenost z morebitnimi poročili o manj pogostih, vendar resnejših stranskih učinkih;
13. imeti na voljo gradivo za usposabljanje in pristope za lajšanje uporabe inhalatorjev za inhalacijo zanamivira, zlasti med tistimi, ki imajo morda težave pri njihovi uporabi.
14. razmislek o pristopu za posebne skupine, kot so nosečnice in majhni otroci;
15. imeti trdne, zanesljive in preskušene komunikacijske strategije za strokovnjake in javnost glede vsega zgoraj navedenega kot del splošnejšega komuniciranja med pandemijo;

poleg tega ECDC priporoča vzpostavitev nekaterih praktičnih sistemov, ki lahko delujejo na ravni EU:

16. poročanje držav članic prek EWRS o svojih privzetih političnih stališčih in nato o pomembnih spremembah;
17. imeti vzpostavljene sisteme, ki lahko prestrežejo poročila in govornice o škodljivih dogodkih, in vzpostavljen mehanizem z agencijo EMEA in centrom ECDC za odziv na te dogodke, ko se neizogibno zgodijo;
18. skupaj s centrom ECDC upravljati mrežni referenčni laboratorij Skupnosti in izvajati spremljanje SZO v zvezi s pojavom odpornosti na protivirusna zdravila;
19. predvideti neizogiben pojav neposredne spletne prodaje protivirusnih in drugih zdravil iz nereguliranih virov.

Zdi se, da bo potrebno opraviti več prednostnih nalog pri raziskavah in razvoju, vključno s potrebo po opredelitvi, ali so protivirusna zdravila koristna, če se dajo po izteku 48-urnega obdobja, zlasti pri zdravljenju huje obolelih. Dodatna prednostna naloga je zagotoviti, da imajo države članice vzpostavljene sisteme, ki lahko v realnem času opredelijo, ali protivirusna zdravila dejansko učinkujejo proti pandemskim virusom, in sisteme za zgodnje odkrivanje dejanskih napak pri zdravljenju in preventivi, ki so lahko znak pojava odpornosti.

## 11. Uporaba posebnih cepiv proti pandemski gripi med pandemijo H1N1 leta 2009

(objavljeno avgusta 2009)

Aprila 2009 je bil odkrit in opisan nov sev človeške gripe A(H1N1). Stopnje obolevanja za ta pandemski sev A(H1N1) naj bi bile po pričakovanjih zaradi nižjih stopenj že obstoječe imunosti med prebivalstvom (razen pri starejših, saj se pri številnih od njih zdi, da imajo neko stopnjo imunosti) višje kot pri sezonskih sevih. Zato je dejansko število primerov gripe, ki bodo kmalu potrebovali zdravstveno pomoč, lahko večje od števila primerov sezonske gripe.

Cepljenje s pandemskim cepivom, specifičnim za sev, se šteje za enega od najučinkovitejših protiukrepev za zaščito posameznikov v primeru pandemije. Vendar specifična pandemski cepiva ne bodo na voljo naenkrat, dobava proizvajalcev bo zagotovo motena, pojavile pa se bodo tudi težave pri distribuciji. Zalogo cepiv bo v razumnem časovnem okviru težko zagotoviti. Pomembna bo strateška uporaba cepiv po skrbni prednostni razvrstitvi različnih skupin prebivalstva za čim večji izkoristek razpoložljivih odmerkov.

Splošne cilje cepljenja je treba določiti pred sprejetjem odločitve, kdo naj ponuja cepiva in kako prednostno razvrstiti ciljne skupine prebivalstva. Cilji se lahko legitimno razlikujejo po državah in/ali regijah. Zlasti se bodo razlikovali glede na razpoložljive vire, količino cepiv, število injekcijskih brizg itd. ter praktične vidike v zvezi z distribucijo in dobavo. Ko bodo te razlike med državami postale očitne, bodo povzročale komunikacijske težave, zato se je nanje treba pripraviti.

Cilje strategije cepljenja proti pandemiji je mogoče obravnavati v dveh širokih kategorijah, ki se medsebojno nikakor ne izključujeta: a) ublažitev, za zaščito posameznikov, pri katerih je največje tveganje nastanka resne bolezni, in b) zaščita bistvenih služb.

Gripa A(H1N1) je nov virus, pandemije v sodobnem času pa se medsebojno razlikujejo in so drugačne od sedanje sezonske gripe. Zato se lahko ogrožene skupine (skupine z večjim tveganjem nastanka resne bolezni) razlikujejo od ogroženih skupin za seve sezonske gripe. Poleg tega se pojavijo različne strategije z večjim poudarkom na potrebi po vzdrževanju osnovnih storitev z imunizacijo. Zato so lahko različne tudi ciljne skupine (skupine, ki se jim ponudi cepivo in so ali niso med ogroženimi skupinami).

Na podlagi sedanjih dokazov o pandemiji gripe A(H1N1) iz leta 2009 je mogoče kot ogrožene skupine opredeliti naslednje skupine prebivalstva:

- osebe, mlajše od 65 let, s kroničnimi zdravstvenimi težavami, in sicer:
  - kroničnimi boleznimi dihal,
  - kroničnimi boleznimi srca in ožilja,
  - kroničnimi presnovnimi motnjami (zlasti sladkorno boleznijo),
  - kroničnimi boleznimi ledvic in jeter,
  - osebe s pomanjkljivo imunostjo (prirojeno ali pridobljeno),
  - kroničnimi nevrološkimi ali živčno-mišičnimi težavami,
  - vsemi drugimi težavami, ki slabijo imunost posameznika ali vpliva na njihovo dihalno funkcijo;
- majhne otroke (zlasti mlajše od dveh let);
- nosečnice.

Ta seznam se nekoliko razlikuje od skupin, za katere številne države priporočajo imunizacijo proti sezonski gripi, zlasti za osebe, starejše od 65 let. Na splošno se zdi, da je pri starejših osebah tveganje okužbe manjše (možno, da zaradi obstoječe imunosti), vendar pa so znaki, da se pri njih v primerih, ko se okužijo, razvije resnejša bolezen kot pri mlajših odraslih.

Poleg tega obstajajo druge skupine, ki se jim lahko ponudi imunizacija, čeprav pri njih ni večjega tveganja nastanka resnejše bolezni (ciljne skupine). Obstajajo argumenti za vzpodbujanje cepljenja otrok, saj so pri njih visoke stopnje obolevnosti (čeprav za blago obliko bolezni) in so lahko zlasti pomembni pri širjenju lokalnih izbruhov. Obstajajo tudi argumenti za vzpodbujanje imunizacije vseh zdravstvenih delavcev. To je namenjeno preprečevanju, da zdravstveni delavci okužijo osebe iz ogroženih skupin in da se zdravstveni delavci zaščitijo pred okuženimi bolniki, s čimer se vzdržujejo zdravstvene storitve. Vzpodbujanje imunizacije oseb, ki skrbijo za osebe, pri katerih imunizacija morda ne bi bila učinkovita (npr. osebe, ki se zdravijo s terapijo za zaviranje imunske odzivnosti) ima koristi. Dojenčkov, mlajših od šestih mesecev, v tej fazi ni mogoče imunizirati zaradi nezadostnih podatkov o imunogenosti in varnosti, zato obstajajo dokazi za zagotavljanje cepljenja tistim, ki so z njimi v najtesnejšem stiku. Druge morebitne ciljne skupine so delavci, ki so bistveni za odziv na pandemijo.



Te smernice temeljijo na sedanjem scenariju pandemije A(H1N1) iz leta 2009. Poudarjena so posebna področja negotovosti, o katerih se tudi razpravlja. Ko bo na voljo več podatkov, dokazov in možnosti, bo ta dokument posodobljen skupaj z oceno tveganja centra ECDC, na katero se navezuje.

Na podlagi izkušenj iz prejšnjih pandemij, med katerimi sta patogenost in prenosljivost virusa vseskozi naraščali, so predstavljeni trije drugi scenariji. Oblikovane so bile tudi priloge, v katerih so povzeti dokazi za cepljenje posebnih ogroženih skupin proti sezonski gripi in sedanji pandemski gripi ter podane široke ocene obsega tveganja in ciljnih skupin. Podlaga za izračune je predstavljena dovolj podrobno, da lahko osebe v državah članicah to metodologijo uporabijo za svoje prebivalstvo ali za primerjavo že uporabljenih metod.

# Poročila o spremljanju

## 12. Spremljanje tuberkuloze v Evropi v letu 2007

(objavljeno marca 2009)

Evropski center za preprečevanje in obvladovanje bolezni (ECDC) in Regionalni urad Svetovne zdravstvene organizacije za Evropo od 1. januarja 2008 skupaj usklajujeta spremljanje okužb s tuberkulozo v Evropi. Njun cilj je zagotavljati visokokakovostne standardizirane podatke o tuberkulozi, ki zajemajo vseh 53 držav v evropski regiji SZO.

Leta 2007 je 51<sup>1</sup> držav evropske regije SZO skupaj z Lihtenštajnom<sup>2</sup> prijavilo 477 327 primerov tuberkuloze. Celotno število prijavljenih primerov je znašalo povprečno 54 primerov na 100 000 prebivalcev, pri čemer so bile med državami velike razlike, v zadnjih letih pa je bilo ugotovljeno naraščanje v smeri zahod-vzhod. To pomeni povečanje za 54 497 primerov od leta 2006 in 13-odstotno povečanje števila prijavljenih primerov (z 48/100 000 prebivalcev na 54/100 000 prebivalcev), kar je v glavnem posledica prijave predhodno neprijavljenih ponovno zdravljenih primerov, ki jo je opravila Ruska federacija po razširitvi pokritja svojega sistema prijavljanja in izboljšanju dostopa bolnikov do oskrbe. Število prijavljenih primerov predhodno nezdravljenih primerov v celotni regiji se je zmanjšalo za 2,5 % (s 36,6 na 35,7 na 100 000 prebivalcev). Na splošno so stopnje umrljivosti zaradi tuberkuloze v zadnjih letih odsevale splošno število prijavljenih primerov v geografski porazdelitvi po regiji (srednja skupna stopnja: 0,6/100 000 prebivalcev, razpon držav: 0,0–22,3). Povprečna stopnja primarne tuberkuloze, odporne proti več zdravilom (MDR TB) je bila 1,5 % v 22 državah, ki so sporočile podatke o MDR TB. Povprečna stopnja uspešnosti zdravljenja je bila 73-odstotna, v 11 % primerov je bilo potrebno naknadno spremljanje, v 8 % primerov so bolniki umrli, v 7 % primerov pa so se zgodile napake pri zdravljenju.

### Države Evropske unije (EU) in Evropskega gospodarskega prostora (EGP)/Evropskega združenja za prosto trgovino (EFTA) (30 držav)

27 držav EU in tri države EGP/EFTA (Islandija, Norveška in Lihtenštajn) so v letu 2007 prijavile 84 917 primerov okužbe s tuberkulozo. Število prijavljenih primerov okužbe s tuberkulozo (skupaj 17/100 000 prebivalcev) je bilo največje v Romuniji (118), Bolgariji (40) in baltskih državah (36–71). Skupno število prijavljenih primerov se je med letoma 2003 in 2007 zmanjšalo za 4 % na leto, kar kaže upad števila predhodno nezdravljenih primerov okužbe s tuberkulozo. Ugotovljena so bila precejšnja povečanja na Malti (+61 %) in Islandiji (+37 %), rahlo povečanje na Švedskem (+5 %), v Združenem kraljestvu in na Cipru (oba +3 %), večinoma pri okužbah tujega izvora. Leta 2007 je bilo 21 % primerov (razpon držav: 0–78 %) pri osebah tujega izvora, od katerih sta bili dve tretjini iz Azije ali Afrike, 6 % pa iz vzhodnoevropskih držav, ki niso članice EU, in srednjeazijskih držav. Razširjenost virusa HIV med primeri tuberkuloze se je med letoma 2001 in 2007 povečala v Estoniji in Latviji (od < 1 % do 11 % oziroma 4 %), v Združenem kraljestvu pa se je v obdobju 2000–2003 podvojila (s 4 % na 8 %). V drugih državah, ki so predložile podatke, je bila razširjenost virusa HIV med primeri tuberkuloze 1-odstotna ali manjša v petih državah, 2–5-odstotna v sedmih drugih državah in 14-odstotna na Portugalskem. Odpornost proti več zdravilom (multidrug resistance, MDR) je bila v baltskih državah (združena MDR: 10–21 %) še naprej pogostejša kot v drugih državah (0–4 %), v katerih je bila na splošno pogostejša pri okužbah tujega izvora. Enaindvajset držav je v letu 2006 sporočilo podatke o spremljanju rezultatov zdravljenja (Treatment Outcome Monitoring, TOM) za definitivne primere pulmonarne tuberkuloze. Pri primerih, vključenih v kohorte TOM, je bil rezultat zdravljenja med predhodno nezdravljenimi primeri uspešen v 80 % primerov. Nezadostno spremljanje je bilo pogostejše med pulmonarnimi primeri pri okužbah oseb tujega izvora kot pri državljanih (35 % proti 16 %), smrtni primeri pa so se manj pogosto prijavljali (8 % proti 4 %). Stopnje umrljivosti zaradi tuberkuloze so se gibale od 0,0–10,9/100 000 prebivalcev (29 držav, zadnji razpoložljivi podatki za obdobje 2001–2006).

### Zahod (države nečlanice EU) (5 držav)

Leta 2007 so tri države – Andora, Izrael in Švica – prijavile 881 primerov tuberkuloze s stopnjami, ki so se gibale od 5,6 do 7,3/100 000 prebivalcev. Stopnje so bile na splošno nizke, večina prijavljenih primerov okužbe s

<sup>1</sup> Monako in San Marino nista predložila podatkov.

<sup>2</sup> Lihtenštajn je vključen v poročilo, vendar je predstavljen le kot država EGP/EFTA – ne spada v evropsko regijo SZO.

tuberkulozo pa je bila tujega izvora. Podatke o spremljanju odpornosti proti zdravilom sta sporočila Švica in Izrael, njuna razširjenost MDR TB za vse testirane primere pa je bila 2,3- oziroma 6,7-odstotna. Izrael je sporočil podatke o rezultatih zdravljenja za primere registrirane leta 2006, pri čemer je bila stopnja uspeha pri novih definitivnih pulmonarnih okužbah 74-odstotna.

## Balkan (7 držav)

Leta 2007 so balkanske države prijavile 26 296 primerov, pri čemer jih je 75 % prijavila Turčija (dodatnih 930 primerov je sporočila provinca Kosovo pod upravo ZN). Leta 2007 je bilo skupno število prijavljenih primerov tuberkuloze 29/100 000 prebivalcev. V Bosni in Hercegovini (62) je bilo večje kot v Albaniji, na Hrvaškem, v Nekdanji jugoslovanski republiki Makedoniji, Črni gori, Srbiji in Turčiji (razpon: 14–28). Razširjenost virusa HIV med primeri tuberkuloze je znašala od 0,0 do 0,4 % v državah s podatki (Albanija, Bosna in Hercegovina, Nekdanja jugoslovanska republika Makedonija, Črna gora in Srbija). Združena primarna in pridobljena MDR je bila 0–0,6 % oziroma 9,7–34,6 % v štirih državah, ki so sporočile podatke MDR (Albanija, Črna gora, Nekdanja jugoslovanska republika Makedonija in Srbija). Stopnja uspešnosti med novimi definitivnimi pulmonarnimi okužbami v letu 2006 je bila 80–97-odstotna v petih državah, nižja pa v dveh drugih državah, ki so zagotovile podatke (35–70-odstotna). Stopnje umrljivosti zaradi tuberkuloze so znašale med 0,25 in 21/100 000 prebivalcev (pet držav, zadnji razpoložljivi popolni podatki za obdobje 2001–2006).

## Vzhod (12 vzhodnoevropskih držav, nečlanic EU, in srednjeazijske države)

Leta 2007 je bilo na vzhodu prijavljenih 365 233 primerov tuberkuloze, od tega jih je 59 % prijavila Ruska federacija. Število prijavljenih primerov tuberkuloze v letu 2007 (skupaj 131/100 000 prebivalcev) je bilo največje v Kazahstanu (258), Republiki Moldaviji (178), Ruski federaciji (151), Gruziji (135) in Kirgiziji (125), sledijo Armenija, Azerbajdžan, Belorusija, Tadžikistan, Turkmenistan, Ukrajina in Uzbekistan (59–119). Povprečno letno povečanje med letoma 2002 in 2007 je bilo enako kot v letih 1998–2002 (+6 %). Število novih primerov se je med letoma 2006 in 2007 zmanjšalo v šestih državah. V petih državah je bila razširjenost okužb s HIV med primeri tuberkuloze v zadnjih letih največ 1-odstotna, vendar je bila večja v Ruski federaciji in Ukrajini (7 % oziroma 6 % med novimi primeri v letu 2007). Nacionalni in regionalni podatki o odpornosti proti zdravilom iz več držav kažejo na široko in veliko razširjenost MDR. Skupna razširjenost MDR TB je znašala od 14 do 57 %, čeprav se je reprezentativnost podatkov po državah razlikovala. V državah, ki poročajo o rezultatih novih primerov pulmonarne tuberkuloze, pozitivnih na bris (2006), je bila povprečna stopnja uspešnosti 64-odstotna (razpon: 58–86 %). Veliko število primerov neuspešnega zdravljenja (povprečje: 12 %, razpon: 3–16 %), je bila v glavnem posledica razširjenosti primarne MDR in naknadnega nespemljanja (povprečje: 13 %, razpon: 4–35 %). Stopnje umrljivosti zaradi tuberkuloze so se gibale od 3,0 do 22,3/100 000 prebivalcev (vse države razen Turkmenistana, s popolnimi podatki, zadnji razpoložljivi za vsako leto med letoma 2003 in 2006).

## Ugotovitve

Vzhodnoevropske države, ki niso članice EU, in srednjeazijske države ostajajo regionalna prednostna naloga za obvladovanje tuberkuloze. V teh državah so razmere pogosto zapletene zaradi majhne specifičnosti ali slabe kakovosti informacij in stalnega pomanjkanja virov, ki so potrebni za oblikovanje najustrežnejšega odziva, in/ali neustrezne uporabe obstoječih odzivov. Na zahodu se še naprej nadaljuje raznolikost vzorcev okužbe s tuberkulozo. Industrijsko razvite države, ki si prizadevajo izkoreniniti tuberkulozo, vse bolj priznavajo naraščanje števila primerov med posebno ranljivimi skupinami prebivalstva. Med srednje obremenjenimi državami, kot so baltske države, je razširjenost MDR TB še naprej velika. Iz analize podatkov lahko potegnemo več priporočil za spremljanje v podporo krepitvi obvladovanja tuberkuloze, vključno s:

- standardizacijo opredelitve primerov, ki se uporablja v vsej regiji, in orodij za upravljanje podatkov;
- vključitvijo tuberkuloze v splošno spremljanje nalezljivih bolezni;
- opozarjanjem na uporabo kohortne analize za spremljanje rezultatov zdravljenja;
- razvojem boljšega vpogleda v koepidemijo TB/HIV ter
- izvajanjem pazljivih ocen razširjenosti in gibanja MDR TB na državni in regionalni ravni.

## 13. Letno epidemiološko poročilo o nalezljivih boleznih v Evropi za leto 2009

(objavljeno oktobra 2009)

### Ozadje

ECDC je leta 2007 predlagal, naj se celovito letno epidemiološko poročilo, ki podrobno pokriva vsa področja, ki jih spremlja ECDC, sestavi vsakih tri do pet let. Ta predlog je podprl svetovalni forum ECDC. Ta izdaja je zato širok pregled stanja nalezljivih boleznih v Evropski uniji, vendar zagotavlja podrobno analizo samo enega področja: boleznih, ki jih je mogoče preprečiti s cepivi. V njej so predstavljeni podatki o pojavnosti boleznih za leto 2007 v standardnih preglednicah in grafih z nekaj opombami ter ocenjene grožnje za zdravje za leto 2008.

### Velika obremenitev javnega zdravja zaradi nalezljivih boleznih

Grožnje, povezane z nalezljivimi boleznimi v EU, so od prejšnje izdaje tega poročila ostale enake in vključujejo:

- odpornost mikrobov proti antibiotikom;
- bolnišnične okužbe;
- boleznih, ki jih je mogoče preprečiti s cepivi, s posebnim poudarkom na pnevmokoknih okužbah;
- okužbe dihalnih poti, s posebnim poudarkom na gripi (možnosti izbruha pandemije ter letne sezonske epidemije) in tuberkulozi;
- okužbe s HIV.

### Povzetek spremljanja nalezljivih boleznih za leto 2007

V poglavju 3 so zbrani in predstavljeni vsi primeri, ki so jih za leto 2007 prijavile 27 držav članic EU in tri države EGP/EFTA, in sicer Islandija, Lihtenštajn in Norveška. Kot je poudarjeno v številnih oddelkih o posameznih boleznih, je potrebna pazljivost pri primerjavi pojavnosti med državami. Sistemi spremljanja so različni, razmerje med prijavljeno in dejansko pojavnostjo pa se za številne bolezni razlikuje od države do države. V številnih primerih je pomembnejše primerjave osredotočiti na časovna gibanja, saj je to bolj stalna značilnost sistemov spremljanja.

Ob upoštevanju navedenega so nekatere od glavnih ugotovitev iz spremljanja nalezljivih boleznih na ravni EU povzete spodaj za glavne skupine boleznih in/ali zdravstvene težave, ki zbujejo skrb.

### Odpornost mikroorganizmov proti protimikrobnim snovem in bolnišnične okužbe

V letu 2007 je *Staphylococcus aureus*, odporen proti metilinu (MRSA), še vedno predstavljal veliko težavo po vsej Evropi. Kljub temu se zdi, da se v nekaterih visoko endemičnih državah deleži MRSA umirjajo, pri majhnem številu držav pa je bilo dejansko ugotovljeno znižanje.

Stopnja zmanjšane občutljivosti in odpornosti *S. pneumoniae* proti penicilinu (PNSP) se je po Evropi razlikovala, pri čemer je večina severnoevropskih držav poročala o nizkih stopnjah, južnoevropske in sredozemske države pa o razmeroma visokih stopnjah. Vendar so stopnje zmanjšane občutljivosti in odpornosti proti penicilinu in odpornosti *S. pneumoniae* proti eritromicinu v večini držav na splošno ostale stabilne.

S širjenjem klonalnega kompleksa 17 so se izbruhi *Enterococcus faecium*, odpornega proti vankomicinu, nadaljevali v več bolnišnicah v različnih državah.

Odpornost proti fluorokinolonom, aminopenicilinu, aminoglikozidom in cefalosporinom tretje generacije pri *Escherichia coli* se je v zadnjih letih močno povečala v skoraj vseh državah poročevalkah. To je pomembna ugotovitev, saj kaže na razvoj po Gramu negativnih bakterij, ki so vse bolj odporne proti več zdravilom, in celo popolnoma odpornih sevov.

V letu 2007 je bil potrjen trend upadanja okužb na mestu operativnega posega po vstavitvi kolčnega sklepa, kar dokazuje pomembno vlogo spremljanja, vključno z medbolnišničnimi primerjavami prilagojenimi na oceno tveganja, pri preprečevanju in obvladovanju bolnišničnih okužb.

## Bolezni, ki jih je mogoče preprečiti s cepljenjem

Leta 2007 je stopnja invazivne bolezni z bakterijo *Haemophilus influenzae* v Evropi ostala stabilna in je bila precej manjša od ena na 100 000 prebivalcev. Cepljenje proti Hib je še naprej pomembno vplivalo na pojavnost te bolezni v vseh državah, v katerih je bilo uvedeno.

Skupno število prijavljenih primerov invazivne meningokokne okužbe je bilo leta 2007 ena na 100 000 prebivalcev, podobno kot v letu 2006, serološki skupini B (77 %) in C (16 %) pa sta ostali glavni vzrok invazivne meningokokne okužbe v Evropi. Cepivo, ki se običajno uporablja, pokriva le serološko skupino C.

Leta 2007 se je v primerjavi z letom prej močno povečalo število potrjenih primerov invazivnih pnevmokoknih okužb, ki sta jih sporočili Avstrija in Slovenija, najverjetneje zaradi nedavnih izboljšav njunih sistemov spremljanja. Na splošno je bilo zaradi velike raznolikosti sistemov spremljanja invazivnih pnevmokoknih okužb v EU težko primerjati število prijavljenih primerov po državah članicah. Dovoljenje za konjugirano pnevmokokno cepivo 7 (PCV7) je bilo v EU izdano leta 2001, vendar se uporaba tega cepiva po državah razlikuje.

Leta 2007 je bilo v državah EU in EGP/EFTA prijavljenih manj primerov ošpic kot leta 2006, vendar so ostale prednostna naloga na področju javnega zdravja z 2 795 potrjenimi primeri, vključno z enim smrtnim primerom in dvema primeroma encefalitisa. Le štiri države v zadnjih treh letih niso imele nobenega primera ošpic.

Leta 2007 je mumps ostal bolezen, ki jo je mogoče preprečiti s cepivom, z enim od največjih števil prijavljenih primerov v Evropi, vendar se je splošno zmanjševanje nadaljevalo, in dejansko je bilo število prijavljenih primerov mumpsa v letu 2007 najmanjše prijavljeno od leta 1995.

Prijavljeno število potrjenih primerov rdečk je bilo leta 2007 podobno kot leta 2006 majhno.

## Okužbe dihal

Za sezono gripe 2007–2008 je bila v Evropi značilna zmerna klinična aktivnost, vrhu razširjenosti gripe A(H1N1) pa je sledil vrh gripe B. Izoliranih je bilo le malo sevov A(H3N2).

Pomemben nov pojav je bil nastanek prvega seva virusa sezonske gripe, odpornega proti protivirusnemu zdravilu oseltamivir: A(H1N1-H247Y). Ta sev se je lahko v celoti prenašal s človeka na človeka, vendar se je njegova porazdelitev po regiji zelo razlikovala – od več kot polovice vseh izoliranih sevov v nekaterih državah do le nekaj odstotkov v drugih. Pojava in razširitve tega odpornega virusa ni bilo mogoče pojasniti s predhodno uporabo protivirusnih zdravil.

Podobno kot v letu 2006 se je zgodila vrsta izbruhov visoko patogene aviarnе influence, prijavljenih pri pticah v Evropi, zlasti pri perutnini, prijavljen pa ni bil noben povezan primer pri ljudeh. Izbruh nizko patogene aviarnе influence pri živalih A(H7N2) se je zgodil v Združenem kraljestvu maja 2007 z več povezanimi primeri influenci podobne bolezni in/ali konjunktivitisom pri ljudeh.

Število prijavljenih primerov legionarske bolezni v državah EU in EGP/EFTA je leta 2007 ostalo stabilno in je znašalo 1,1 na 100 000 prebivalcev. Število prijavljenih primerov legionarske bolezni, povezane s potovanji, se je v primerjavi z letom 2006 povečalo, kar je verjetno mogoče pripisati boljšemu spremljanju in poročanju; medtem ko se je število skupin, povezanih s potovanji, zmanjševalo, kar morda izraža vpliv smernic evropske delovne skupine za legionelo (European Working Group for Legionella Infections, EWGLINET) za obvladovanje legionarske bolezni.

V zvezi s tuberkulozo 25 držav od leta 2003 poroča o nenehnem zmanjševanju števila prijavljenih primerov. Kot v letu 2006 je bilo dvajset odstotkov vseh primerov pri osebah tujega izvora, predvsem iz Azije ali Afrike. Odpornost proti več zdravilom (MDR) je bila še naprej pogostejša v baltskih državah kot v drugih državah, na splošno pri primerih tujega izvora. Podatki še naprej izražajo raznolikost stanja tuberkuloze. Države z nizko pojavnostjo so tiste, v katerih se primeri vse bolj diagnosticirajo pri prebivalstvu, rojenem v tujini. V nekaterih državah je zmerno do veliko število prijavljenih primerov, obstajajo pa tudi države, v katerih je MDR TB še vedno neobičajna, in države z relativno velikim številom prijavljenih primerov in velikim deležem primerov MDR TB. Leta 2007 so države EU in EGP/EFTA skupno prijavile 41 205 potrjenih primerov tuberkuloze (8,2 na 100 000 prebivalcev).

## HIV, spolno prenosljive okužbe ter hepatitis B in C

Leta 2007 je bila okužba s HIV še vedno ključnega pomena za javno zdravje v Evropi, pri čemer ni bilo znakov upadanja števila prijavljenih novodiagnosticiranih primerov. Število diagnosticiranih primerov aidsa se je še naprej

zmanjševalo, razen v nekaterih vzhodno- in srednjeevropskih državah. Prevladujoč način širjenja okužbe se je razlikoval po državah in geografskih regijah, kar ponazarja veliko raznolikost epidemiologije okužb s HIV v Evropi.

Leta 2007 se je med spolno prenosljivimi okužbami še vedno najpogosteje poročalo o okužbah s *Chlamydia trachomatis*, o kateri se je med boleznimi v Evropi nasploh najpogosteje poročalo. Dvainvajset držav EU in EGP/EFTA je prijavilo več kot četrt milijona potrjenih primerov okužbe s *C. trachomatis*, kar je enako skupnemu deležu 122,6 na 100 000 prebivalcev. Klamidija je bila še naprej večinoma težava mladih, starih od 15 do 24 let. Dejanska pojavnost okužbe s *C. trachomatis* je bila verjetno večja, število prijavljenih primerov pa je verjetneje izražalo presejalne prakse in obseg testiranja kot pa dejansko pojavnost.

Švedska je presenetljivo poročala o 45-odstotnem povečanju števila primerov od leta 2006, ki je verjetno posledica novih metod testiranja za odkrivanje nove različice *C. trachomatis*, o kateri se je prvič poročalo na Švedskem novembra 2006. V vseevropski raziskavi je bilo ugotovljeno, da je omejena na Švedsko ali spolne partnerje Švedov v drugih državah.

Večina evropskih držav ima sisteme spremljanja okužb s hepatitisom B in C, vendar je podatke o spremljanju med državami težko primerjati, ker so sistemi spremljanja različni, zlasti v zvezi s strukturo sistema, poročevalskimi praksami, metodami zbiranja podatkov in uporabljenimi opredelitvami primerov.

## Bolezni, ki se prenašajo s hrano in vodo ter zoonoze

Bakterija *Campylobacter* je bila še vedno najpogostejši prijavljeni vzrok bolezni prebavil v državah EU in EGP/EFTA, število prijavljenih primerov pa se je leta 2007 v primerjavi z letom 2006 povečalo za več kot 15 %. Zaradi velike raznolikosti sistemov poročanja med državami in visoke stopnje nezadostnega prijavljanja v nekaterih državah je te sisteme zelo težko neposredno primerjati.

Leta 2007 je bilo število prijavljenih primerov salmoneloze v državah EU in EGP/EFTA še vedno veliko, vendar se je nadaljevalo zmanjševanje, opaženo od leta 2004.

29 držav EU in EGP/EFTA je leta 2007 prijavilo skupaj 13 952 potrjenih primerov hepatitisa A, epidemiološka slika hepatitisa A pa se je po območjih zelo razlikovala. V Latviji se je novembra 2007 pojavil izbruh hepatitisa A.

## Bolezni okoljskega izvora in transmisivne bolezni

Avgusta 2007 je Italija prijavila izbruh vročice chikungunya z 217 laboratorijsko potrjenimi primeri. Lokalno širjenje virusa chikungunya, ki ga je prinesel en sam potnik ob vrnitvi iz Indije, je pokazalo, da je komar *Aedes albopictus* dejansko prenašalec, ki lahko učinkovito širi virus v EU.

Leta 2007 je 22 držav EU in EGP/EFTA prijavilo skupaj 637 potrjenih okužb z vročico Q, kar je podobno kot leta 2006 (583). Izbruhe vročice Q sta prijavili Nizozemska in Slovenija, in sicer 168 oziroma 86 primerov.

Sedem držav članic je poročalo o 40 potrjenih primerih virusne hemoragične mrzlice, predvsem okužb s hantavirusi.

## Povzetek groženj za leto 2007

Center ECDC je od začetka dejavnosti obveščanja o epidemijah julija 2005 do konca leta 2008 spremljal 696 groženj. Leta 2008 je spremljal 250 groženj, od katerih jih je leta 2008 začel obravnavati 227 (91 %), 14 (6 %) jih je bilo prenesenih iz leta 2007, devet (4 %) pa je bilo ponavljajočih se groženj. Ponavljajoče se grožnje so bile povezane z aviarno influenco po vsem svetu in v evropski regiji, svetovnim stanjem na področju vročice chikungunya, otroško paralizo, dengo, kolero in ošpicami, novo različico creutzfeldt-jakobove bolezni in tuberkulozo, ki je vedno bolj odporna proti zdravilom.

Podrobneje so nekatere od groženj, ki so se spremljale, vključevale:

- viruse gripe A(H1N1), odporne proti oseltamiviru, med 21 državami članicami, pri čemer so se deleži gibali od manj kot 1 % v Italiji do 68 % na Norveškem;
- leta 2008 se je spremljalo pet izbruhov hepatitisa A, ki so vzbudili mednarodno zaskrbljenost, ker so pomenili precejšnje povečanje v primerjavi s prejšnjimi leti;
- izbruh *Shigella sonnei*, ki je prizadel več kot 140 zaposlenih, izpostavljenih v službeni kantini na Švedskem;
- petinosemdeset primerov legioneloze, prijavljenih leta 2008;
- enajst izbruhov ošpic, prijavljenih leta 2008 v državah EU in EGP/EFTA, ki so imeli za posledico sekundarne primere v drugih državah članicah, in to kljub zmanjšanju pojavnosti ošpic v Evropi od leta 2006. To je pomenilo povečanje števila prijavljenih izbruhov v primerjavi z letom 2007 (sedem) in letom 2006 (dva);

- enajst groženj v zvezi s tuberkulozo, ocenjenih leta 2008. Vsi dogodki so bili povezani s premikanjem bolnikov, ki bolehalo za tuberkulozo: sedmih z letalskimi prevozom, treh s prevozom po morju;
- smrtonosno okužbo z virusom marburg pri potniku, ki se je vrnil na Nizozemsko iz Ugande julija 2008;
- prvi primer krimsko-kongoške hemoragične mrzlice, potrjene v severni Grčiji julija 2008.

## Sklepne ugotovitve

Na podlagi povzetka ključnih števil in trendov lahko sklenemo, da se prednostne naloge pri preprečevanju in obvladovanju nalezljivih bolezni v državah EU in EGP/EFTA od prejšnje izdaje letnega epidemiološkega poročila niso bistvene spremenile, vendar je treba poudariti nekaj dejstev.

Podatki iz leta 2007 kažejo, da je odpornost mikrobov proti antibiotikom vse pomembnejša nevarnost za javno zdravje v Evropi. Njeno širjenje lajšajo mednarodna potovanja in trgovina. Zaježitev in preprečevanje nastajanja te odpornosti zahteva mednarodno sodelovanje in skupna prizadevanja na nacionalni ravni.

Na področju bolnišničnih okužb je potrebna vseevropska raziskava o razširjenosti za oceno bremena vseh oblik okužb v bolnišnicah v Evropi. Izdelava standardiziranega evropskega protokola za to raziskavo o razširjenosti je zdaj vključena v delovni program ECDC in bo ponudila priložnost za prilagoditev različnih nacionalnih protokolov razširjenosti bolnišničnih okužb, kar bo omogočalo mednarodne primerjave.

Na področju bolezni, ki jih je mogoče preprečiti s cepljenjem še naprej vzbuja skrb možnost, da bodo po uvedbi cepljenja serotipe, ki jih vključuje konjugirano pnevmokokno cepivo, morda zamenjali serotipi, ki jih to cepivo ne vključuje, kot je bilo ugotovljeno v Združenih državah Amerike. V ta namen bo morda v EU potrebno okrepljeno spremljanje, ki vključuje tudi laboratorijsko spremljanje.

V skladu s pričakovanji v skoraj 90 % primerov ošpic, prijavljenih v državah EU in EGP/EFTA, bolniki niso bili cepljeni, kar kaže, da so ošpice še vedno težava za skupine prebivalstva z majhnim deležem cepljenih oseb. Poleg tega so se vsi smrtni ali zapleteni primeri zgodili pri osebah, ki niso bile cepljene. Zato je povečanje deleža cepljenih oseb v Evropi še naprej prednostna naloga na področju javnega zdravja, čeprav izkoreninjenja te bolezni morda ne bo mogoče doseči leta 2010.

Prebojne okužbe z mumpsom se včasih zgodijo pri posameznikih, ki so prejeli dva odmerka cepiva MMR, zato je to treba podrobneje proučiti.

Države članice so si bolj prizadevale za potrditev vseh primerov rdečk, ki so jih prijavile, z nekaj izjemami. Izboljšanje občutljivosti in specifičnosti spremljanja rdečk je ključno zaradi cilja SZO o izkoreninjenju te bolezni v letu 2010.

Nenavadna značilnost sezone gripe 2007–2008 je bil pojav virusa gripe A(H1N1), odpornega proti oseltamiviru. Prvič je bil ugotovljen virus človeške sezonske gripe, odporen proti inhibitorju nevraminidaze, ki se je lahko v celoti prenašal s človeka na človeka. Pri spremljanju protivirusne odpornosti med virusi sezonske gripe je treba še naprej spremljati mogoč vnovični pojav odpornih sevov.

Na področju obvladovanja tuberkuloze – v okviru raznolikega epidemiološkega okolja v državah EU in EGP/EFTA – je število držav z veliko/srednjo pojavnostjo tuberkuloze ostalo nespremenjeno, in kljub njihovem napredku pri zaježitvi epidemije je potrebna resna pozornost z vidika obvladovanja, vključno z optimizacijo spremljanja. V nekaterih državah z majhno pojavnostjo podatki kažejo na nenehno zmanjševanje domačih primerov in jasen premik epidemije k ranljivejšim skupinam prebivalstva, kot so npr. migranti. Prijavljanje tuberkuloze hkrati s HIV je bilo še vedno nepopolno, pokritje testiranja občutljivosti zdravil je treba razširiti, tako kot prijavljanje in analizo odpornosti proti zdravilom druge izbire.

Prednostni nalogi ECDC sta razvoj in izvajanje okrepljenega spremljanja hepatitisa B in C. Boljši podatki o spremljanju so nujni za zagotavljanje potrebnih informacij za spremljanje gibanja, razumevanje razlik pri epidemiologiji in ocenjevanje preventivnih programov v EU. Zaradi kronične narave obeh bolezni je težko ločevati pojavnost od razširjenosti – kot pri okužbah s HIV –, te težave pa ni mogoče enostavno rešiti.

Nenazadnje, na področju bolezni, ki se prenašajo s hrano in vodo, bodo prihodnja poročila poskušala jasneje ločevati podatke o seroloških skupinah O157 in ne-O157 *Escherichia coli*, ki proizvaja toksin Shiga/Vero (VTEC), saj se zelo različno prednostno obravnavata v sistemih držav in imata zato različno pokritost – pri čemer je O157 očitno pokrita bolje od drugih seroloških skupin.

**Preglednica A. Pregled splošnega gibanja, deleža prijavljenih primerov v EU in glavnih starostnih skupin, ki jih prizadenejo nalezljive bolezni, ki so jih leta 2007 prijavile države EU in EGP/EFTA. Število držav poročevalk (n = 30)**

Bolezen	Splošni 10-letni trend	Število prijavljenih primerov v EU na 100 000 oseb(2007)	Glavne prizadete starostne skupine (2007)
<b>Okužbe dihal</b>			
Gripa	↔	Ni podatkov	Nezadostni podatki
Aviarna influenza	↑	0	Ni primerov
Legionarska bolezen (legioneloza)	↑	1,1	65+
Tuberkuloza	↓	8,2	25–44
<b>HIV, spolno prenosljive okužbe in krvno prenosljive virusne okužbe</b>			
Okužba s klamidijo	↑	122,6	15–24
Gonoreja	↔	9,5	15–24
Hepatitis B	↓	1,5	25–44
Hepatitis C	↑	6,9	25–44
HIV	↑	6,0	25–44
Aids	↓	1,2	25–44
Sifilis	↑	4,4	25–44
<b>Bolezni, ki se prenašajo s hrano in vodo ter zoonoze</b>			
Vranični prisad	↔	<0,01	Nezadostni podatki
Botulizem	↔	<0,1	25–44
Bruceloza	↓	0,1	25–64
Kampilobakterioza	↑	46,7	0–4
Kolera	↓	<0,01	25–44
Kriptosporidioza	↓	2,4	0–4
Ehinokokoza	↓	0,2	45–64
<i>Escherichia coli</i> , ki izdelujejo verocitotoksine (VTEC/STEC)	↔	0,6	0–4
Giardiaza	Nezadostni podatki	61,7	0–4
Hepatitis A	↓	2,8	5–14
Leptospiroza	↔	0,2	45–64, 25–44
Listerioza	↑	0,4	65+
Salmoneloza	↓	34,3	0–4
Šigelozna	↓	2,1	0–4
Toksoplazmoza	↓	0,8	5–14
Trihinelozna	↔	0,2	25–44
Tularemija	↔	0,3	45–64
Trebušni tifus/paratifus	↓	0,2	0–4
Nova creutzfeldt-jakobove bolezni	Nezadostni podatki.	<0,01	15–24
Jersinioza	↑	2,9	0–14



Bolezen	Splošni 10-letni trend	Število prijavljenih primerov v EU na 100 000 oseb(2007)	Glavne prizadete starostne skupine (2007)
<b>Porajajoče in transmisivne bolezni</b>			
Malaria	↔	1	25–44
Kuga	Nezadostni podatki	0	Ni primerov
Vročica Q	↓	0,2	15–24, 45–64
Sindrom akutnega oteženega dihanja (SARS)	Nezadostni podatki	0	Ni primerov
Črne koze	Nezadostni podatki	0	Ni primerov
Virusne hemoragične mrzlice (VHF)	Nezadostni podatki	Nezadostni podatki	Nezadostni podatki
Čikungunja	Nezadostni podatki	<0,01	Nezadostni podatki
Vročica zahodnega Nila	Nezadostni podatki	<0,01	> 15
Rumena mrzlica	Nezadostni podatki	0	Ni primerov
<b>Bolezni, ki jih je mogoče preprečiti s cepljenjem</b>			
Davica	↓	<0,01	45–64, 5–14
Invazivna okužba z <i>Haemophilus influenzae</i>	↔	0,5	65+, 0–4
Invazivna meningokokna okužba	↓	1,0	0–4
Invazivna okužba s pnevmokoki	↔	6,3	65+, 0–4
Ošpice	↓	0,6	0–4
Mumps	↓	4,3	5–14
Oslovski kašelj	↓	4,4	5–14
Otroška paraliza	Nezadostni podatki	0	Ni primerov
Steklina	Nezadostni podatki	<0,01	Nezadostni podatki
Rdečke	↓	1,2	0–4
Tetanus	↓	<0,1	65+
<b>Odpornost mikroorganizmov proti zdravilom (AMR) in bolnišnične okužbe</b>			
AMR	↑	Se ne uporablja	Ni podatkov
Bolnišnične okužbe	↑	Se ne uporablja	Ni podatkov

## 14. Spremljanje okužb s HIV/aidsom v Evropi v letu 2008

(objavljeno decembra 2009)

### Ključne točke

Okužbe s HIV ostajajo ključnega pomena za javno zdravje v Evropi zaradi povečanega širjenja okužb s HIV v več evropskih državah. V splošnem je kljub nepopolnim poročilom mogoče povzeti, da se je število novodiagnosticiranih primerov okužb s HIV, o katerih se je poročalo za leto 2008, povečalo, število diagnosticiranih primerov aidsa pa se je v evropski regiji SZO še naprej zmanjševalo, razen na vzhodu, kjer se je število primerov aidsa povečalo.

- Leta 2008 je 48 od 53 držav evropske regije SZO skupaj z Lihtenštajnom diagnosticiralo in prijavilo 51 600 primerov okužbe s HIV (podatki niso na voljo za Avstrijo, Dansko, Lihtenštajn, Monako, Rusijo ali Turčijo). Najvišja stopnja okužb je bila v Estoniji, Latviji, Kazahstanu, Moldaviji, na Portugalskem, v Ukrajini in Združenem kraljestvu.
- O 7 565 primerih aidsa so poročali iz 47 držav (podatki niso na voljo za Dansko, Švedsko, Kazahstan, Lihtenštajn, Monako, Rusijo ali Turčijo).
- Leta 2008 so iz držav Evropske unije in Evropskega gospodarskega prostora (EU/EGP) poročali o 25 656 novodiagnosticiranih primerih okužbe s HIV (podatki niso na voljo za Avstrijo, Dansko ali Lihtenštajn). V državah EU/EGP so o najvišjih stopnjah poročali iz Estonije, Latvije, Portugalske in Združenega kraljestva.
- V državah EU/EGP so bili glavni načini širjenja okužb s HIV spolni odnosi med moškimi, sledili so heteroseksualni stiki. Približno 40 % primerov okužb, ki izhajajo iz heteroseksualnih stikov, je bilo diagnosticiranih pri posameznikih, ki izvirajo iz držav z generalizirano epidemijo virusa HIV/aidsa.
- Na treh geografskih/epidemioloških območjih se glavni način okužbe razlikuje po območjih, kar ponazarja veliko raznolikost epidemiologije virusa HIV v Evropi. V Vzhodni Evropi je injiciranje droge še vedno glavni način okužbe, v Srednji Evropi pa je glavni način okužbe s HIV spolni odnosi med moškimi, sledijo heteroseksualni stiki. V Zahodni Evropi so glavni način okužb predstavljali spolni odnosi med moškimi, sledili so heteroseksualni stiki (če ne upoštevamo primerov oseb, ki izvirajo iz držav z generalizirano epidemijo).
- Od leta 2000 se je število prijavljenih novodiagnosticiranih okužb s HIV na milijon prebivalcev več kot podvojilo in sicer s 44 primerov na milijon prebivalcev v letu 2000 na 89 primerov na milijon prebivalcev v letu 2007; rezultati temeljijo na podatkih iz 43 držav, ki so dosledno sporočale podatke o spremljanju okužb s HIV.
- Med 46 državami, ki so dosledno sporočale podatke o aidsu za obdobje 2000–2008, se je število prijavljenih diagnoz aidsa zmanjšalo z 12 072 primerov (19/milijon prebivalcev) na 7 564 primerov (12/milijon prebivalcev).
- Tukaj predstavljene podatke je treba jemati nekoliko z rezervo, predvsem zaradi nepopolnega poročanja in manjkajočih podatkov iz nekaterih držav, pa tudi zaradi zamud pri poročanju. To omejuje verodostojnost zaključkov o velikosti in obsegu epidemije HIV in aidsa v Evropi. Če bi se zaradi teh omejitev ti podatki popravili, bi se celotno število primerov okužbe s HIV za leto 2008 najverjetneje podvojilo. Poleg tega se pričakuje, da bo prijavljeno število za leto 2008 posodobljeno v prihodnjih letih zaradi zamud pri poročanju v več državah.

### Priporočila za spremljanje okužb s HIV/aidsa

Podatki o spremljanju okužb s HIV/aidsa so ključnega pomena za spremljanje gibanja epidemije HIV in vrednotenje odziva javnega zdravstva. Vse evropske države morajo zato:

- izvajati nacionalne sisteme poročanja, ki temeljijo na posameznih primerih, za okužbe s HIV in aids ter zagotoviti popolnost in pravočasnost podatkov;
- izboljšati kakovost podatkov, ki jih sporočajo, zlasti o verjetnih načinih prenosa okužb.

## Priporočila za javno zdravje

Ukrepi za obvladovanje epidemije morajo temeljiti na dokazih ter biti prilagojeni državi in geografskemu območju. Ob upoštevanju razpoložljivih podatkov o spremljanju je smiselno priporočiti naslednje:

- za države v Vzhodni Evropi: ukrepi za obvladovanje okužb s HIV med uporabniki injicirajočih drog, vključno s programi za zmanjševanje škode, morajo biti temelj strategij za preprečevanje okužb s HIV. Prav tako je treba okrepiti ukrepe za preprečevanje prenosa okužb s heteroseksualnimi stiki, zlasti s partnerji, pri katerih obstaja visoko tveganje okužbe;
- za države v Srednji Evropi: preventiva mora biti prilagojena okoliščinam v posamezni državi, da se epidemija ohrani na sedanji nizki ravni. Ker pa epidemija med moškimi, ki imajo spolne odnose z moškimi, narašča, je treba kot prednostno nalogo okrepiti ukrepe za obvladovanje okužb s HIV v tej skupini;
- za države v Zahodni Evropi: ukrepi za obvladovanje okužb s HIV med moškimi, ki imajo spolne odnose z moškimi, morajo biti temelj strategij za preprečevanje okužb s HIV, vključno z inovativnimi programi za to skupino. Ukrepe za preprečevanje, zdravljenje in nego je treba prilagoditi, da bodo dosegli posamezne populacije migrantov;
- na splošno je treba spodbujati svetovanje v zvezi s HIV in testiranje za virus HIV za zagotavljanje zgodnje diagnoze ter dostopa do zdravljenja in svetovanja za pomoč pri preprečevanju ali zmanjšanju nadaljnjega širjenja okužb ter za izboljšanje dolgoročnejših rezultatov zdravljenja okuženih oseb. Vsem skupinam prebivalstva je treba zagotoviti pravičen dostop do zdravljenja okužbe s HIV in oskrbe, če hočejo države doseči svetovni cilj splošno dostopne preventive, zdravljenja in oskrbe.

## Priloga: Publikacije ECDC v letu 2009

Ta seznam vključuje le uradne publikacije ECDC v letu 2009. Vse publikacije so na voljo na spletnem portalu Centra ([www.ecdc.europa.eu](http://www.ecdc.europa.eu)), številne pa so na voljo tudi v tiskani obliki. Nekatere publikacije so bile med letom posodobljene ali so imele druge izdaje – spodaj navedeni meseci se nanašajo na zadnjo izdajo.

Poleg navedenih publikacij so sodelavci ECDC med letom objavili številne znanstvene članke in publikacije ali sodelovali v njih, vključno z objavami v znanstveni reviji *Eurosurveillance*, vendar te publikacije tu niso naštet. Center je pripravil tudi veliko kratkih obvestil v zvezi s pandemijo gripe, kot so ocene tveganja in predpostavke za načrtovanje. To gradivo je na voljo na spletu, vendar tukaj ni navedeno.

### Tehnična poročila

#### **Maj**

Development of *Aedes albopictus* risk maps

#### **Junij**

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

#### **Julij**

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

#### **September**

Mapping of HIV/STI behavioural surveillance in Europe

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

#### **November**

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

### Smernice ECDC

#### **Maj**

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

#### **Junij**

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

#### **Avgust**

Use of specific pandemic influenza vaccines during the H1N1 2009 pandemic

### **November**

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

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

## **Poročila o spremljanju**

### **Marec**

Tuberculosis surveillance in Europe – 2007

### **Junij**

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

### **Oktober**

Annual epidemiological report on communicable diseases in Europe – 2009

### **December**

HIV/AIDS surveillance in Europe – 2008

## **Poročila s sestankov**

### **Marec**

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)

### **April**

Technical meeting on hepatitis A outbreak response (November 2008)

### **Maj**

European pandemic influenza planning assumptions (January 2009)

### **Junij**

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

Scientific Consultation Group – second meeting (December 2008)

### **Avgust**

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

Expert consultation on West Nile virus infection (April 2009)

### **Oktober**

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

### **November**

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

**December**

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

**Tehnični dokumenti****Julij**

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

**September**

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

**November**

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

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

**December**

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

**Korporativne publikacije****Četrletne (marec, junij, september, december)**

ECDC Insight

Executive Science Update

**Junij**

Annual Report of the Director – 2008

Summary of key publications

**Avgust**

Annual Report of the Director: Summary – 2008