

Operatív megfontolások az ukrainai menekültek HIV-ellátásának folyamatos biztosításához az EU/EGT-ben

2022. július 5.

Háttér

Az ukrainai orosz invázió kezdete óta több mint hatmillió ember kényszerült a határokon túlra menekülni [1]. Humanitárius és közegészségügyi szempontból létfontosságú, hogy az Ukrajnából menekült, HIV-fertőzött és/vagy HIV-kockázatnak kitett ukránok hozzáférjenek az Európai Unió/Európai Gazdasági Térség (EU/EGT) országaiban HIV-teszteléshez, kezeléshez és gondozáshoz. Az Európai Unió Tanácsa elfogadta az átmeneti védelemről szóló irányelvet, amely megfelelő választ ad a jelenlegi helyzetre, mivel azonnali védelmet és jogokat biztosít, beleértve az orvosi segítséghez való jogot [2]. Az Európai Unió Tanácsa elfogadta az átmeneti védelemről szóló irányelvet, amely megfelelő választ ad a jelenlegi helyzetre, mivel azonnali védelmet és jogokat biztosít, beleértve az orvosi segítséghez való jogot [3-5]. Ez a dokumentum a HIV-ellátás minőségi színvonalának fenntartása érdekében a döntéshozatalhoz és a szolgáltatások gyakorlati megvalósításához szükséges legfontosabb szempontokat vázolja fel.

A dokumentum alkalmazási köre

A jelen dokumentum áttekintést nyújt a HIV-ellátás folyamatosságának biztosításával kapcsolatos legfontosabb megfontolásokról az Ukrajnából az EU-ba és az EGT-be menekült emberek vonatkozásában. A dokumentum kettős célt szolgál: először felvázolni az ukrainai HIV-járványról ismert információkat, másodsor pedig a HIV-ellátás folyamatosságát keretként használni, hogy közzétett bizonyítékokon és szakértői véleményeken alapuló javaslatokat tehesen a HIV-ellátás folyamatosságának kezelésére vonatkozóan, különös tekintettel az ukrainai HIV-fertőzöttekre. A dokumentum a HIV-fertőzés kockázatának kitett személyek szükségleteivel is foglalkozik. A dokumentum főbb megállapításai az ECDC 2022. május 19-én megrendezett, „Kulcsfontosságú megfontolások az Ukrajnából érkező menekültek HIV-ellátásának folyamatosságáról” című webináriumán kerültek bemutatásra.

Célközönség

A jelen dokumentum elsődleges célközönsége a következő: (i) a HIV-programokért és politikáért felelős közegészségügyi és/vagy kormányzati intézmények képviselői; (ii) HIV-szakértő klinikusok; és (iii) a HIV-közösség képviselői.

HIV-járvány Ukrajnában, beleértve a menekültek körében becsült előfordulási gyakoriságot

Ukrajnában az új HIV-diagnózisok száma a 2016-os 14240-ről 2019-ben 16270-re emelkedett, majd 2020-ban enyhén 15660-ra csökkent (ahol a COVID-19 világjárvány miatt csökkent a HIV-tesztekhez való hozzáférés) [6].

Javasolt hivatkozás: Európai Betegségmegelőzési és Járványvédelmi Központ. Operatív megfontolások az ukrainai menekültek HIV-ellátásának folyamatos biztosításához az EU/EGT-ben 2022. július 5. Stockholm: ECDC; 2022.

Stockholm, 2022. július

© Európai Betegségmegelőzési és Járványvédelmi Központ, 2022. A sokszorosítás a forrás megjelölésével engedélyezett.

Évente körülbelül 400-500 új HIV-diagnózis történik a meleg és biszexuális férfiak körében, körülbelül 9000-10000 heteroszexuális kapcsolatban, körülbelül 5000 pedig intravénás kábítószer-használat révén [6].

2021-ben a becslések szerint Ukrajnában 244900 ember élt HIV-fertőzöttként, ami az ukrán lakosság 0,6%-ának felel meg [7]. Következésképpen, ha az Ukrajnából 2022. május 9-ig [1] az EU/EGT-országokba érkező 5,6 millió menekült nagyjából reprezentatív az ukránok körében (1. ábra, 1. forgatókönyv), akkor további 33000-56000 ember élhet HIV-fertőzöttként az EU/EGT-ben. Ez azonban valószínűleg túlbecsült adat, mivel az Ukrajnát elhagyó emberek többsége nő és gyermek, akik között a HIV előfordulása valószínűleg alacsonyabb, mint a teljes népességben.

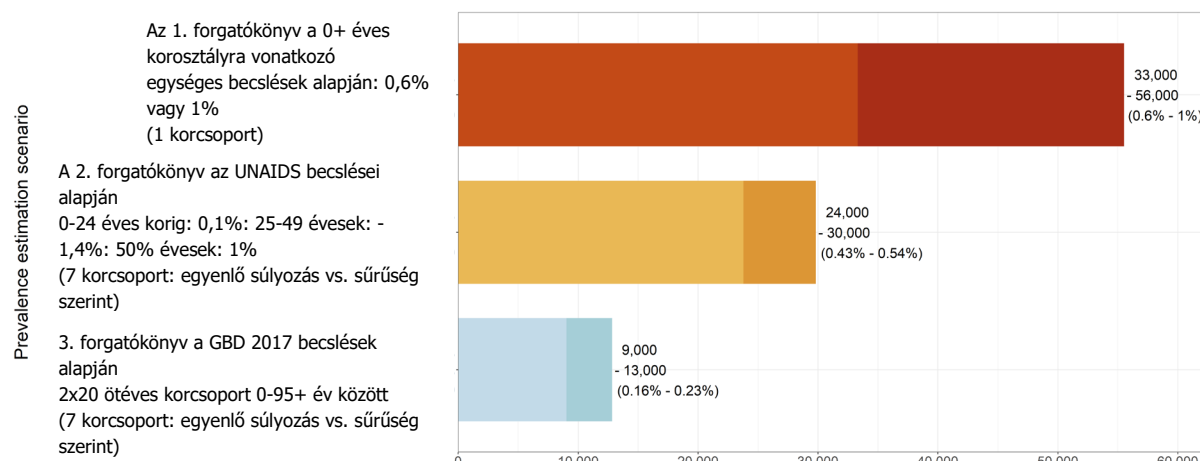
Az ukrán menekültek demográfiai bizonytalanságának kezelése és a HIV-vel élő ukrán menekültek számának kor és nem szerinti pontosabb becslése érdekében feltételeztük, hogy az Ukrajnából menekült személyek demográfiai jellemzői nagyjából hasonlóak a közelmúltban kényszerből menekült más népesség demográfiai jellemzőihez [8]. A 18-59 éves menekült férfiak kis hányadát, akik elhagyhatták Ukrajnát (a három vagy több gyermeket nevelő apák elhagyhatják az országot), a három vagy több gyermeket nevelő háztartások 0,8%-ával becsültük meg [9]. Valamennyi arány átméretezése után becslésünk szerint az ukrán menekültek 56,8%-a 0-17 éves, 38,8%-a felnőtt, 18 év feletti nő, és 4,4%-a felnőtt, 18 év feletti férfi (4,2%-a 60 év feletti). Az életkor-specifikus prevalenciaadatok pontosabb felbontásának feltárása érdekében a három korcsoportot hét csoportra¹ osztottuk, majd a személyeket a csoportok között vagy egyenlő súllyal, vagy a korcsoportok ukrainai népsűrűsége szerint osztottuk el.

Ezután megbecsültük a HIV előfordulását a lakóhelyüket elhagyni kényszerült lakosság körében két további forgatókönyv szerint, az UNAIDS [10] (1. ábra, 2. forgatókönyv) vagy a Betegségek, sérülések és kockázati tényezők globális terhei (GBD) 2017 tanulmány (1. ábra, 3. forgatókönyv) különböző HIV-prevalencia becslései alapján [11]. Az UNAIDS szerint Ukrajnában a HIV előfordulása 0,1% a 15-24 évesek körében és 1,0% a 15-49 évesek körében [10]. Ezen adatok alapján feltételeztük, hogy a prevalencia 0,1% a 0-14 éveseknél és 1,0% az 50 év felettiéknél. Tekintettel a 15-24 évesekre vonatkozó átfedő adatokra, a 25-49 évesekre valamivel magasabb (kb. 1,4%-os) arány került alkalmazásra. A 3. forgatókönyvben a Betegségek globális terhei tanulmányból származó, modellezett HIV-prevalencia becslések álltak rendelkezésre Ukrajnára vonatkozóan, férfiakra és nőkre, valamint 20 különböző korcsoportra vonatkozóan. Bár a három forgatókönyv egyike sem hibátlan, árnyalják a képet, és különböző bizonytalanságokra világítanak rá. Mindhárom forgatókönyv feltételezi, hogy a HIV-fertőzöttek nem tartoznak azok közé, akik véglegesen visszatértek Ukrajnába.

Az UNAIDS-adatok [10] felhasználásával a HIV-fertőzöttek további száma az EU/EGT-ben a becslések szerint 24000-30000 fő (a menekült lakosság 0,43%-0,54%-a) (2. forgatókönyv), és tovább csökken 9000-13000 főre (0,16%-0,23%), ha a modellezett GBD becsléseket használjuk (3. forgatókönyv). Úgy véljük, hogy a 2. és a 3. forgatókönyv a legrealisabb, ezért a becsült tartomány valahol 10000-30000 ukrán HIV-fertőzött között van az EU/EGT-ben. Ennek a népességnek szüksége lesz kezelésre, gondozásra, vizsgálatokra, valamint egyéb megelőző és támogató szolgáltatásokra.

¹ Hét korcsoport: 18-24 évesek, 25-49 évesek, 50-59 évesek, 60-69 évesek, 70-79 évesek és 80 évesek és idősebbek.

1. ábra A HIV becsült előfordulási gyakorisága az Ukrajnából menekült lakosság körében az EU/EGT-ben 2022. május 9-ig



3. forgatókönyv a GBD 2017 becslések alapján 2x20 ötéves korcsoport 0-95+ év között (7 korcsoport: egyenlő súlyozás vs. sűrűség szerint)

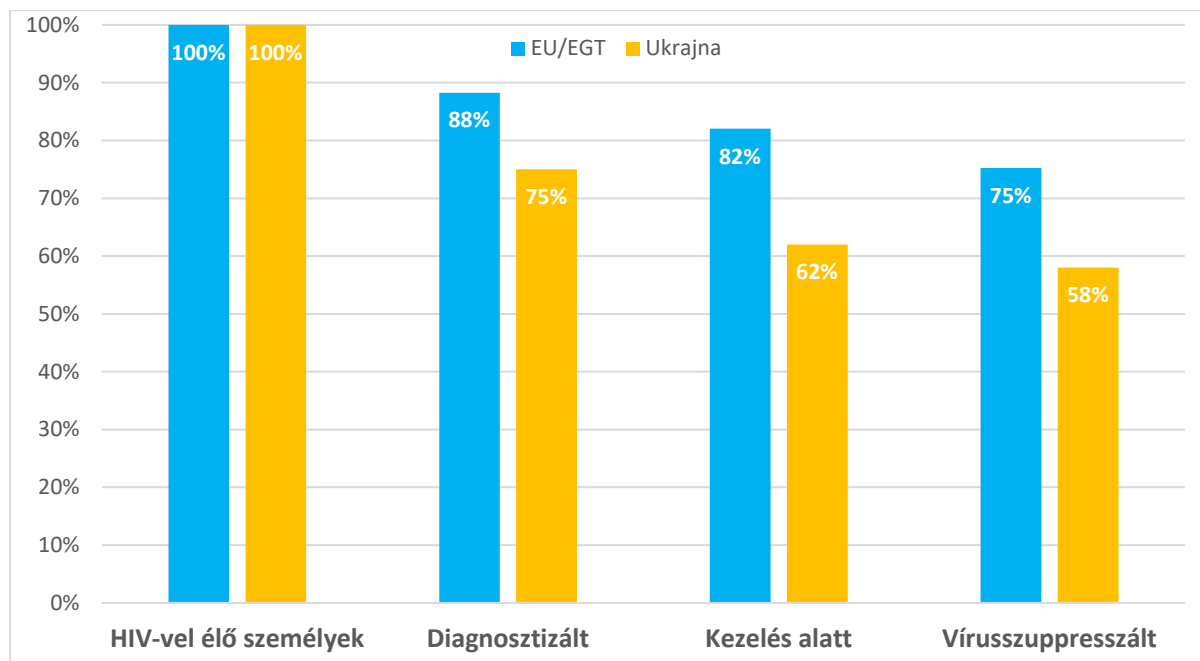
A teljes népesség száma a Lengyelországban, Romániában, Magyarországon, Szlovákiában és Moldovában élő 5,6 millió menekült feltételezett számán alapult (UNHCR, 2022. május 09.). A korcsoportok a korábbi menekülések kor- és nemspecifikus demográfiai adatai alapján kerültek meghatározásra (UNHCR, 2021. június 18.). A 18-59 év közötti menekült férfiak nem nulla arányát durván a három vagy több gyermeket nevelő háztartások 0,8%-a adta meg (Ukrán Állami Statisztikai Szolgálat, 2021).

A HIV-ellátás folyamatossága Ukrajnában

A HIV-ellátás folyamatossága olyan keretrendszer, amely áttekintést nyújt egy ország nemzeti HIV-kezelési programjának sikerességéről a HIV-vel élők tesztelése, kezelése és víruszsuppressziójának elérése terén [12]. A keretrendszer figyelemmel kíséri az UNAIDS 90-90-90-es célkitűzései felé tett előrehaladást, ami az AIDS-járvány 2030-ig történő felszámolására irányuló fenntartható fejlődési cél (SDG 3) elérésének egyik mércéje. A cél az volt, hogy 2020-ra a HIV-fertőzöttek 90%-át diagnosztizálják, a diagnosztizáltak 90%-át kezeljék, és a kezelték 90%-ának víruszsuppresszióját csökkentsék. Ha ezek a célok teljesülnek, a HIV-vel élők 73%-ának lesz szuppresszált vírusterhelése [10]. A szuppresszált vírusterhelésű (200 kópia/mL alatti) emberek nem adják tovább a HIV-fertőzést [13].

Az ukrán kormány a civil szervezetekkel szoros együttműködésben proaktívan lépett fel a HIV-re adott nemzeti válaszlépések terén, és figyelemre méltó sikereket ért el az antiretrovirális kezelés (ART) és az ártalomcsökkentés tekintetében [10]. A Dublini Nyilatkozat 2022-es felmérése során gyűjtött friss adatok alapján azonban a becslések szerint az Ukrajnában élő 244900 HIV-fertőzött 75%-át diagnosztizálták, 62%-a kapott ART-t, és 58%-a víruszsuppresszált volt (2. ábra) [7]. Az elmúlt néhány évben elért haladás ellenére az ukrajnai ellátás folyamatosságára vonatkozó becslések elmaradnak az UNAIDS célkitűzéseitől, és alacsonyabbak a 2021-ig jelentett EU/EGT adatokban elért értékeknél is (2. ábra).

2. ábra A HIV-ellátás folyamatosságára vonatkozó becslések az EU/EGT-ben és Ukrajnában (2022-ben gyűjtött adatok)



A HIV-vírus fertőző szintjével élő személyek Ukrajnában és a lakóhelyüket elhagyni kényszerült személyek körében

A 2020-as adatok szerint Ukrajnában 102858 HIV-fertőzött személy élt a HIV-vírus fertőző szintjével [14]. Az 1. táblázat azt mutatja, hogy ezek a személyek melyik kategóriába tartoznak (nem diagnosztizáltak, diagnosztizáltak, de nem kezeltek, vagy kezeltek, de még nem víruszsuppresszáltak) az ötmillió becsült menekültre vonatkozó három forgatókönyv szerint (2022. május 9-én).

1. táblázat Az EU/EGT-ben tartózkodó, fertőző vírusszintű ukrán menekültek megoszlása forgatókönyvek szerint, 2021-ben jelentett adatok alapján

	1. forgatókönyv		2. forgatókönyv		3. forgatókönyv	
	Alsó tartomány	Felső tartomány	Alsó tartomány	Felső tartomány	Alsó tartomány	Felső tartomány
A HIV-fertőzött ukrán menekültek becsült száma	33000	55000	24000	30000	9000	13000
A nem szuppresszált HIV-vírussal élő ukrán menekültek becsült száma	13860	23100	10080	12600	3780	5460
Nem diagnosztizált	8316	13860	6048	7560	2268	3276
Diagnosztizált, de nem kezelt	4297	7161	3125	3906	1172	1693
Kezelt, de nem szuppresszált	1247	2079	907	1134	340	491

Az 1. forgatókönyv szerint 8316-13860 (megbízható intervallum) ukrán menekült élhet nem diagnosztizált HIV-fertőzéssel, míg a 2. és a 3. forgatókönyv szerint 6048-7500, illetve 2268-3276. Továbbá 2020-ban az Ukrajnában újonnan diagnosztizált HIV-fertőzöttek 54%-át 350 sejt/μl alatti CD4-számmal diagnosztizálták, ami a késői HIV-diagnózis szinonimája [6]. A későn diagnosztizált, legalább 3-5 éve HIV-fertőzött embereknél megnövekedett a halálozás kockázata az időben diagnosztizáltakhoz képest, és fennállhat a vírus továbbadásának kockázata, ha óvszer vagy preexpozíciós profilaxis (PrEP) nélkül élnek szexuális életet.

A HIV-tesztelés nemcsak a nem diagnosztizált HIV-fertőzést csökkenti, hanem a megelőzés, kezelés, gondozás és támogatás kapuja is. Ezeknek a szolgáltatásoknak befogadónak és ingyenesnek kell lenniük a hozzáférés helyén, tartózkodási helytől függetlenül. Az EU/EGT-n belüli országoknak azonban hagyományosan kihívásokkal kell szembenézniük az egészségügyi ellátás, és nem utolsósorban a HIV-teszteléssel kapcsolatos szolgáltatások biztosítása során a lakóhelyüket elhagyni kényszerült lakosság körében [15]. Mivel a legtöbb menekült nő és gyermek, az ukrán menekültek számára a kórházi, alapellátási és közösségi környezetben végzett kiterjesztett vizsgálatok lehetnek a legmegfelelőbbek.

Az Európai AIDS Klinikai Társaság (EACS), az ECDC, az Európai AIDS Kezelési Csoport (EATG), a Közép- és Kelet-Európai Euroirányelvek (ECEE) hálózati csoport és az Egészségügyi Immunitás és Fertőzések Kiválósági Központja (CHIP) „a HIV-tesztelésre kijelölt és hozzáférhető klinikák hálózatának létrehozására” szólít fel, „a vírusos hepatitis, a tuberkulózis és a szexuális úton terjedő fertőzések vizsgálatával és ellátásával” együtt [3]. A szakértők azt javasolják, hogy a HIV és más, vér útján terjedő vírusokra vonatkozó vizsgálatokat „az általános egészségügyi szűrővizsgálatok és a kórházi ápolásra felvett személyek” körében végezzék el. [3] A vizsgálatok integrálásával a szolgáltatók optimalizálhatják a vizsgálati lehetőségeket és erőforrásokat, hogy átfogóbb, betegközpontúbb ellátást nyújthassanak. Emellett a klinikai környezetben más vizsgálati stratégiák is alkalmazhatók, beleértve a rutinszerű vagy választható vizsgálatot, amennyiben szükséges, valamint a mutatóktól függő vizsgálatot, hogy csökkentsék a vizsgálat elmulasztásának lehetőségét [15]. Az ellátási ponton történő vizsgálat szintén biztosíthatja az egyszerűsített szűrést és az ellátás azonnali megkezdését. A HIV-önvizsgálat akkor alkalmazható, ha a beteg magánéletének védelme vagy a diszkréció nem biztosítható [16].

A fokozott tesztelés nem lehet átmeneti intézkedés, és célzottan a HIV-fertőzés kockázatának kitett személyekre kell irányulnia, a közösségi alapú tesztelés kiterjesztése révén [15]. Ezen túlmenően a megelőző erőfeszítéseket a vizsgálatot követően vagy azzal párhuzamosan kell felajánlani, különösen azok számára, akiknél fennáll a kockázat, hogy a HIV-fertőzés az érkezés után történik. Egy nemrégiben készült modellező tanulmány kimutatta, hogy a menekültek és más lakóhelyüket elhagyni kényszerülő személyek körében a HIV-fertőzés jelentős része a célországokban történik [17]. Ha a megelőző programok átfogó megközelítésben, többféle beavatkozást egyesítve valósulnak meg, a HIV kombinált megelőzés nagyobb hatást gyakorolhat a HIV terjedésének megelőzésére. Ezért alapvető fontosságú, hogy a HIV-programok a lakosság igényeihez igazodó megelőző és egyéb támogató szolgáltatásokat nyújtsanak, beleértve a HIV pre- és poszt-expozíciós profilaxist (PrEP és PEP), az ártalomcsökkentést, óvszerszertást stb.

Kapcsolódás az ellátáshoz a HIV-diagnózist követően

Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) [18,19] és az EACS [20] a HIV-kezelés megkezdését megerősített HIV-diagnózis és klinikai értékelés után javasolja. A bizonyítékok azt mutatják, hogy a HIV korai kezelése javítja az egészségügyi eredményeket, továbbá költségkímélő [19]. Ezért az ellátáshoz való gyors kapcsolódás ugyanolyan fontos, mint maga a diagnózis. Egyértelmű utakat kell kialakítani a kezelés megkezdésének késedelmének és a nyomon követés elvesztésének csökkentése érdekében. Bizonyított tény, hogy a menekültek és más mobilis népességcsoportok számos egyéni, személyközi, szervezeti, közösségi és politikai szintű akadályba ütköznek az ellátáshoz való kapcsolódás terén [21]. A háborús traumával és súlyos pszichológiai stresszel küzdő ukrán menekültek esetében a szoros kapcsolat megteremtése biztosítja, hogy a kezelés más támogató szolgáltatásokkal együtt gyorsan megkezdődhessen, beleértve a pszichológiai szolgáltatásokat. Ezeknek a szolgáltatásoknak kulturálisan kompetensnek kell lenniük, és ukrán nyelven kell rendelkezésre állniuk. Különösen meg kell erősíteni a közösségi környezetben végzett HIV-tesztelésből származó kapcsolatokat, mivel ezeken a helyszíneken az ellátásba vezető utak kevésbé meghatározottak lehetnek. Továbbá, ha a menekültek száma tovább növekszik, a közösségi alapú szolgáltatások iránti megnövekedett igény nagyobb támogatást igényel a nyomon követés elvesztésének megelőzése érdekében [22].

Az antiretrovirális terápiában részesülők száma

Ukrajnában a HIV-ellátás és kezelés ingyenes a kormányzati HIV-klinikákon az egész országban [23]. A 2021-es adatok szerint az Ukrajnában diagnosztizált HIV-fertőzöttek 83%-a részesült ART-ban, ami az összes HIV-fertőzött 62%-ának felel meg [14]. A diagnosztizált HIV-fertőzéssel élő, kezelésben nem részesülő ukrán menekültek becsült száma az 1. forráskönyv szerint 4297-7161, a 2. forráskönyv szerint 3125-3906, a 3. forráskönyv szerint pedig 1172-1693 között mozog (lásd az 1. táblázatot).

Az ellátás folyamatosságának biztosítása érdekében a fogadó országoknak biztosítaniuk kell, hogy az ART a tartózkodási helytől függetlenül ingyenesen elérhető legyen. Az ART-hez való korlátozott hozzáférés a megbetegedés, halálozás, a rezisztens törzsek kialakulásának és a lehetséges továbbterjedés kockázatának növekedéséhez vezet.

A WHO Európai Regionális Irodája [16] részletesen ismertette az Ukrajnából menekült HIV-fertőzöttek gondozásának fenntartására vonatkozó fő kritériumokat, figyelembe véve a legutóbbi HIV-RNS-vírusszámra és CD4+ limfocitaszámra, a korábbi/jelenlegi kezelésre és az esetleges mellékhatásokra, valamint a krónikus nem fertőző betegségekre vagy társfertőzésekre vonatkozó minden rendelkezésre álló információt a kezelés folytatásához.

A nemzeti és a WHO egységesített HIV-irányelveinek [16,18] megfelelő értékelését követően a terápiát a nemzeti ajánlásoknak megfelelően kell megkezdeni vagy folytatni, figyelembe véve a WHO által ajánlott kezelési sémát, vagy ha ez nem kivitelezhető vagy nem lehetséges, a WHO vagy az EACS által preferált vagy ajánlott más első vonalbeli antiretrovirális kezelést [20]. A szakértők azt javasolják, hogy a menekültek 90 napos kezelésre elegendő ART-t kapjanak [16], de terveket kell készíteni a hosszabb távú tartózkodásra vonatkozó ART-ellátás biztosítására a hozzáférhetőség biztosítása mellett, mivel egyre nagyobb aggodalomra ad okot a hosszú távú szolgáltatásnyújtás és a már így is túlterhelt egészségügyi rendszerek leterheltségének hatása [22].

A vírusszuppresszáltak száma

2021-ben a kezelésben részesülők 94%-a volt vírusszuppresszált, ami az összes ukrain HIV-fertőzött 58%-ának felel meg [6]. A kezelésben részesülő, de még nem vírusszuppresszált ukrain menekültek becsült száma az 1. forgatókönyv szerint 1247-2079, a 2. forgatókönyv szerint 907-1134, a 3. forgatókönyv szerint pedig 340-491 (lásd az 1. táblázatot).

Ez azt jelenti, hogy az 1. forgatókönyv szerint 13860-23100 ukrain HIV-fertőzött között lehet a vírus fertőző szintje (beleértve a nem diagnosztizált és még nem kezelt, valamint a nem vírusszuppresszált személyeket is). Ez a 2. és 3. forgatókönyv szerint 10080-12600, illetve 3780-5460 közötti értékre esik (lásd az 1. táblázatot).

A tesztelési szolgáltatások kiterjesztése mellett fontos, hogy a HIV-ellátáshoz hozzáférő ukrain menekültek tartósan hozzáférjenek az ART-hez, valamint rendszeres nyomon követést és támogatást kapjanak a kezelés betartásához a vírusszám csökkentésének fenntartása vagy elérése érdekében.

Az Ukrainából érkező menekültek HIV-fertőzésének klinikai kezelésével kapcsolatos ajánlott alapelvekre vonatkozó részletes információkért lásd a WHO Európai Regionális Irodájának „Szabványosított protokoll az Ukrainából érkező menekültek körében HIV-fertőzéssel élők klinikai kezeléséről és az orvosi adatok megosztásáról” című dokumentumát. [16]

A megőrzés csökkentése és a támogatás, lakhatás és jövedelem fontossága

Az Ukrainából érkező menekültek között aránytalanul sok a nő és a gyermek, és ez a népesség traumát, bizonytalan jövőt, bizonytalan lakhatást és jövedelmet él át. Ebben az összefüggésben a HIV-fertőzött vagy HIV-kockázatnak kitett menekültek nem valószínű, hogy közvetlen prioritásként keresik a HIV-teszteléshez és ellátáshoz való hozzáférést. Ezt súlyosbíthatja a megőrzés és a pozitív diagnózisnak a tartózkodási státuszra gyakorolt hatásával kapcsolatos aggodalom.

A megelőzhető HIV-halálozás, a HIV-vel kapcsolatos megbetegedések és a HIV továbbadása kockázatának csökkentése érdekében létfontosságú, hogy a szolgáltatók gyorsan olyan kulturálisan kompetens szolgáltatókat alakítsanak ki, amelyek egyértelműen jelzik, hogy befogadják a menekülteket, és mindenki számára ingyenesek. Az ingyenes vizsgálat és kezelés a hozzáférés helyén nem csak az ellátásban részesülő egyének számára lesz előnyös, hanem a tartózkodási helyük szerinti országok számára is, megelőzve a magasabb ellátási költségeket és a rosszabb egészségi állapotot közép- és hosszú távon. A HIV-vel élő emberek csak akkor tudják a HIV-kezelést és gondozást prioritásként kezelni, ha biztos lakhatással, jövedelemmel és támogató hálózattal rendelkeznek. A megőrzés és az egyes menekültek társadalmi környezetének kezelése kritikus fontosságú a közegészségügyi válaszlépés szempontjából az ukrain háborúnak az európai HIV-járványra gyakorolt hatását illetően.

Általános megjegyzések

Annak érdekében, hogy a fogadó országok felkészültek legyenek a menekültek magas színvonalú és hozzáférhető ellátására, a szakértők kiemelték, hogy sürgősen szükség van „olyan nemzeti tervek kidolgozására és bevezetésére, amelyek biztosítják az ingyenes és könnyen hozzáférhető HIV-ellátást, beleértve az antiretrovirális terápiát, a társfertőzések kezelését, a lehetséges fertőzések megelőzését és szükség esetén az opiát-agonista terápiát az ukrain emberek számára”. [3]

A fogadó országokat arra ösztönzik, hogy a lakóhelyüket elhagyni kényszerült ukrainok körében teremtsék meg és mozdítsák elő az általános tájékozottságot, többek között lefordított anyagok felhasználásával, az egészségügyi ellátáshoz való jogokkal kapcsolatban, beleértve a HIV-ellátást, és egyszerűsítsék az adminisztratív folyamatokat a hozzáférés javítása érdekében.

Ukrainában a HIV még mindig megőrzéssel és megkülönböztetéssel jár [24], ezért a szolgáltatásoknak ukrain nyelven is elérhetőnek kell lenniük, és rendelkezésre kell állniuk olyan közösségi tolmácsoknak, akik kulturális közvetítőként tudnak eljárni.

Megjegyzés

Fontos megjegyezni, hogy az ukrajnai helyzet további alakulása előre nem látható következményekkel járhat, amelyek hatással lesznek az EU/EGT-országok hatékony reagálási képességére. Ezért az ebben az értékelésben kiemelt fő szempontok a rendelkezésre álló legmegbízhatóbb adatokat és az ülés időpontjában releváns kérdéseket tükrözik. Ezek azonban változhatnak, és folyamatosan felül kell vizsgálni és frissíteni kell őket.

Köszönetnyilvánítás

Teymur Noori (ECDC), Anastasia Pharris (ECDC), Frank Sandmann (ECDC), Lauren Combs (CHIP), Anne Raahauge (CHIP), Alison Brown (UKHSA).

Hivatkozások

1. Operational Data Portal: Ukraine refugee situation. UNHCR. 2022. Available at: <https://data2.unhcr.org/en/situations/ukraine>
2. The Council of the European Union. Council Implementing Decision (EU) 2022/382 of 4 March 2022 on establishing the existence of a mass influx of displaced persons from Ukraine within the meaning of Article 5 of Directive 2001/55/EC, and having the effect of introducing temporary protection. Brussels: Official Journal of the European Union; 2022. Available at: https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=uriserv%3AOJ.L_.2022.071.01.0001.01.ENG&toc=OJ%3AL%3A2022%3A071%3ATOC
3. European AIDS Clinical Society, Euroguidelines in Central and Eastern Europe (ECEE) network group, WHO Collaborating Centre at the Centre of Excellence for Health Immunity and Infections. Ensuring high-quality HIV care for displaced people from Ukraine. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2022. Available at: <https://www.euro.who.int/en/media-centre/sections/statements/2022/joint-statement-ecdc-and-who-ensuring-high-quality-of-hiv-care-for-displaced-people-from-ukraine>
4. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. UNAIDS urges protection and continuity of health and HIV services for people living with and affected by HIV in Ukraine. Geneva: UNAIDS; 2022. Available at: https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2022/february/20220225_ukraine
5. Vasylyev M, Skrzat-Klapaczyńska A, Bernardino JI, Săndulescu O, Gilles C, Libois A, et al. Unified European support framework to sustain the HIV cascade of care for people living with HIV including in displaced populations of war-struck Ukraine. *The Lancet HIV*. 2022 06;9(6):e438-e448.
6. European Centre for Disease Prevention and Control/WHO Regional Office for Europe. HIV/AIDS surveillance in Europe 2021 – 2020 data. Stockholm: ECDC; 2021. Available at: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/hiv-aids-surveillance-europe-2021-2020-data>
7. European Centre for Disease Prevention and Control. Dublin Declaration 2021 data [Unpublished].
8. Figures at a glance. UNHCR. 2021. Available at: <https://www.unhcr.org/figures-at-a-glance.html>
9. Statistical yearbook of Ukraine. Kyiv: State Statistics Service of Ukraine; 2021. Available at: http://ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat_u/2021/zb/11/Yearbook_2020_e.pdf
10. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Global AIDS Monitoring 2019: Ukraine Summary. Geneva: UNAIDS; 2020. Available at: https://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/UKR_2020_countryreport.pdf
11. Frank TD, Carter A, Jahagirdar D, Biehl MH, Douwes-Schultz D, Larson SL, et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and mortality of HIV, 1980–2017, and forecasts to 2030, for 195 countries and territories: a systematic analysis for the Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study 2017. *The Lancet HIV*. 2019 2019/12/01/;6(12):e831-e59. Available at: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352301819301961>
12. UNAIDS. 90-90-90 An ambitious target to help end the AIDS epidemic. Geneva: UNAIDS; 2014. Available from: www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/90-90-90_en.pdf
13. Rodger AJ, Cambiano V, Bruun T, Vernazza P, Collins S, Degen O, et al. Risk of HIV transmission through condomless sex in serodifferent gay couples with the HIV-positive partner taking suppressive antiretroviral therapy (PARTNER): final results of a multicentre, prospective, observational study. *The Lancet*. 2019

- 2019/06/15/;393(10189):2428-38. Available at:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673619304180>
14. European Centre for Disease Prevention and Control. Continuum of HIV care. Monitoring implementation of the Dublin Declaration on partnership to fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia: 2020 progress report. Stockholm: ECDC; 2021. Available at: www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/hiv-continuum-care-monitoring-implementation-dublin-declaration.
 15. European Centre for Disease Prevention and Control. HIV and migrants. Monitoring implementation of the Dublin Declaration on partnership to fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia: 2018 progress report. Stockholm: ECDC; 2019. Available at: www.ecdc.europa.eu/en/publications/hiv-migrants-monitoring-implementation-dublin-declaration-2018-progress-report.
 16. World Health Organization Regional Office for Europe. Standardized protocol for clinical management and medical data-sharing for people living with HIV among refugees from Ukraine. Copenhagen: WHO; 2022. Available at: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/353083>
 17. Pantazis N, Rosinska M, van Sighem A, Quinten C, Noori T, Burns F, et al. Discriminating Between Premigration and Postmigration HIV Acquisition Using Surveillance Data. JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes. 2021;88(2):117-24. Available at: https://journals.lww.com/jaids/Fulltext/2021/10010/Discriminating_Between_Premigration_and.1.aspx
 18. World Health Organization. Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring: recommendations for a public health approach, 2021 update. Geneva: WHO; 2021. Available at: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/342899>
 19. World Health Organization Regional. Guideline on when to start antiretroviral therapy and on pre-exposure prophylaxis for HIV. Geneva: World Health Organization; 2015. Available at: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186275/9789241509565_eng.pdf
 20. European AIDS Clinical Society. Guidelines version 11.0 October 2021. Brussels: EACS; 2021. Available at: <https://www.eacsociety.org/guidelines/eacs-guidelines/>
 21. Arora AK, Ortiz-Paredes D, Engler K, Lessard D, Mate KKV, Rodriguez-Cruz A, et al. Barriers and Facilitators Affecting the HIV Care Cascade for Migrant People Living with HIV in Organization for Economic Co-Operation and Development Countries: A Systematic Mixed Studies Review. AIDS Patient Care STDS. 2021 Aug;35(8):288-307. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34375137>
 22. Holt E. Providing care for Ukrainian refugees with HIV. Lancet HIV. 2022 06;9(6):e378.
 23. Rozanova J, Zeziulin O, Rich KM, Altice FL, Kiriazova T, Zaviryukha I, et al. An expanding HIV epidemic among older adults in Ukraine: Implications for patient-centered care. PLoS One. 2021;16(9):e0256627. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34591848>
 24. Kaidanovych Nadiia. Fighting HIV stigma and discrimination in Ukraine: Some progress, but still a long way to go Kyiv: United Nations Development Programme in Ukraine; 2020. Available at: <https://www.ua.undp.org/content/ukraine/en/home/presscenter/articles/2020/fighting-hiv-stigma-and-discrimination-in-ukraine--some-progress.html>