



## ECDC **CORPORATE**

# Fő kiadványok összefoglalója

# 2008

ECDC INTÉZMÉNY

# Fő kiadványok összefoglalója 2008



Stockholm, 2009. június

© Európai Betegségmegelőzési és Járványvédelmi Központ, 2009.

Sokszorosítása a forrás feltüntetése mellett engedélyezett.

Az eredeti „Summary of key publications 2008” kiadvány fordítása. Bár minden erőfeszítést megtettünk, hogy e fordítás pontos legyen, esetleges eltérések esetén az angol változat a mérvadó.

# Tartalomjegyzék

Bevezetés .....	1
Szakmai jelentés .....	2
1. Az EU tagállamaiban a chlamydia ellen folytatott védekezést szolgáló tevékenységek áttekintése.....	2
ECDC-útmutató.....	4
2. Útmutató a HPV-vakcináknak az unió tagállamaiban történő bevezetéséhez .....	4
3. Az influenza elleni védőoltás tekintetében elsőbbséget élvező kockázati csoportok.....	7
Felügyeleti jelentések .....	9
4. A fertőző betegségek európai előfordulásáról szóló éves járványügyi jelentés, 2008 – Jelentés a fertőző betegségek helyzetéről az EU és az EGT/EFTA országokban .....	9
5. A HIV/AIDS felügyelete Európában .....	12
Speciális jelentések .....	14
6. Cselekvési keretterv az Európai Unióban a tuberkulózis ellen folytatott küzdelemről.....	14
7. A fertőző betegségek felügyelete az Európai Unióban, hosszú távú stratégia 2008–2013.....	15
A munkaértekezletekről készült jelentések.....	18
8. Fertőző betegségek és társadalmi tényezők .....	18
9. Munkaértekezlet a környezeti változásokról és fertőző betegségekről .....	19
Melléklet: ECDC-kiadványok 2008-ban .....	21



## Bevezetés

Az Európai Betegségmegelőzési és Járványügyi Központ (ECDC) 2008-ban összesen 21 tudományos dokumentumot tett közzé. A kiemeltek közé tartozik a *Cselekvési keretterv az Európai Unióban a tuberkulózis ellen folytatott küzdelemről*, az *Útmutató a humán papillómavírus (HPV) elleni vakcina bevezetésére vonatkozó politikai döntési lehetőségekhez*, és két felügyeleti jelentés: *A fertőző betegségek európai előfordulásáról szóló éves járványügyi jelentés, 2008* és *A HIV/AIDS felügyelete Európában – 2007*. Az utóbbi jelentés most első alkalommal az Egészségügyi Világszervezet Európai Regionális Irodájával (WHO EURO) közösen készült el és az uniós és az EGT-országok, valamint a WHO EURO régiója további 23 országának helyzetét tárgyalja.

A kiválasztott ECDC-dokumentumok – mint amilyenek a fentiek is – összefoglalóit azért szerkesztettük egy dokumentumba, hogy minden uniós nyelven elérhetőek legyenek a döntéshozók számára. Ezek az eredeti kiadványok szellemét tükrözik, de az összefoglalási folyamat során néhány fontos, apró részlet kimaradhatott. Ha az olvasó részletesebb információkra tart igényt, olvassa el a dokumentumok teljes, angol nyelvű szövegét, amely online, elektronikus formában itt található meg: <http://ecdc.europa.eu/en/Publications>

Az ECDC által 2008-ban megjelentetett összes kiadvány listája a mellékletben szerepel. A fent említett linken mindezek elérhetőek elektronikus formában, tartalmuk rövid leírásával együtt. Egyes jelentések nyomtatott formában is rendelkezésre állnak. Ha ezek bármelyikét nyomtatott formában szeretné megkapni, az alábbi címre várjuk e-mailjét: [publications@ecdc.europa.eu](mailto:publications@ecdc.europa.eu).

# Szakmai jelentés

## 1. Az EU tagállamaiban a chlamydia ellen folytatott védekezést szolgáló tevékenységek áttekintése

(Közzététel: 2008. május)

Ez a jelentés *A chlamydia irányában végzett szűrővizsgálatok európai felülvizsgálata* (SCREEn) elnevezésű projekt által vizsgált területet és a megszületett eredményeket mutatja be, a tanulmány minden bizonnyal az eddig végzett legnagyobb vizsgálat az Unióban a chlamydia elleni védekezési tevékenységekről. A projekt 2006 novembere és 2007 augusztusa között zajlott le, és adatokat gyűjtöttek az EU tagállamaiból, a tagjelölt országokból, az EFTA-tagállamokból és az Amerikai Egyesült Államokból.

Az összes uniós tagállamban és tagjelölt államban postán kiküldött kérdőíves felméréssel, valamint egyes kiválasztott tagállamokban a népegészségügyi tisztviselőknél és egészségügyi szolgáltatóknál tett látogatásokkal a SCREEn részletes információkat gyűjtött a chlamydia szűréséről, diagnosztizálásáról, a betegek kezeléséről, a chlamydia előfordulási gyakoriságára (prevalencia) vonatkozó vizsgálatokról és számos kapcsolódó járványügyi és népegészségügyi témáról. A projekt mélységi betekintést nyújt a nemzeti népegészségügyi rendszerek által a chlamydia-fertőzések terjedésének megfékezésére alkalmazott stratégiába.

A projekt általános célkitűzése az volt, hogy felülvizsgálják a tagállamok chlamydia elleni védekezési programjait és tevékenységeit, és ajánlásokat tegyenek a régióra vonatkozóan a chlamydia megelőzésének és felügyeletének javítására. A konkrét célkitűzések a következők voltak:

- rendszerezett információk gyűjtése az uniós tagállamokban és tagjelölt államokban, a szomszédos európai államokban és az Amerikai Egyesült Államokban a *C. trachomatis* elleni védekezéssel kapcsolatos népegészségügyi tevékenységekről;
- ugyanezen országokból a demográfiai és gazdasági mutatókra, az egészségügyi rendszerek jellemzőire, a chlamydia előfordulási gyakoriságára (prevalenciájára) és a szexuális magatartás sajátosságaira vonatkozó információk gyűjtése;
- adattárként szolgáló elektronikus adatbázis létrehozása;
- részletes információk gyűjtése a chlamydia elleni védekezési tevékenységekről egyes kiválasztott uniós tagállamokból; és
- az ECDC számára ajánlások megfogalmazása a népegészségügyi intézkedésekre és további kutatásra vonatkozóan.

A 34 kiválasztott ország közül 29 európai országból és az Amerikai Egyesült Államokból érkeztek válaszok (a teljes válaszadási arány 88%). Nem érkeztek adatok Ciprusról, Szlovákiából, Lengyelországból és Horvátországból. A felmérés legfontosabb eredményei – többek között – a következők voltak:

- A 29 résztvevő európai országból 17-ben volt legalább egy közzétett klinikai gyakorlati irányelv olyan nemzeti testület ajánlásával, amely foglalkozik a chlamydiával fertőzött személyek kezelésének néhány szempontjával. Három uniós tagállamban (Bulgária, Görögország és Finnország) folyamatban volt az irányelv közzététele vagy kidolgozása.
- Az összes résztvevő országban a nőgyógyászati rendelőkben vagy klinikákon hozzáférhető volt a chlamydia-vizsgálat; 23 országban ez az alapellátás részét képezte. 5 országban a chlamydia-tesztek rendelkezésre álltak gyógyszerárakban vagy egyéb, vény nélküli gyógyszereket is árusító üzletekben.
- Ahol a szexuális partnerek felderítése és vizsgálata is megtörtént, ott azt a jelentések szerint leggyakrabban maguk a kezelőorvosok kezdeményezték vagy egy szakellátási helyre történő beutalás révén került rá sor.
- Egy kivételével az összes országban rendelkezésre álltak valamilyen módon a nukleinsav-sokszorozó (PCR) tesztek is a kórokozó örökítő anyagának kimutatására. Kilenc országban a minták kevesebb mint a felét vizsgálták a PCR módszerrel.
- A legtöbb ország rendelkezett a diagnosztizált chlamydia-fertőzéseknek az egészségügyi hatóságoknak történő bejelentés rendszerével, de körülbelül harmadukban a regisztrált adatokat nem tették közzé rendszeresen.
- 13 országban állnak rendelkezésre rendszeres adatok azokról a klinikai szövődményekről, amelyeket a chlamydia okozhat.
- Nyolc országban végeztek felméréseket a szexuális magatartással és a vizsgálat időszakában azonosított összes, chlamydia okozta fertőzés előfordulási gyakoriságával (prevalenciájával) kapcsolatban, és hét országban végeztek lakossági felméréseket a chlamydia-fertőzések előfordulási gyakoriságára vonatkozóan.

Az országok besorolásához a SCREEn projekt - a nemi úton terjedő fertőzések elleni védekezés elvei alapján - kidolgozta a chlamydia elleni védekezési tevékenységek tipustani osztályozását. Ennek alkalmazásával a chlamydia elleni védekezési tevékenységeket a következő kategóriákba tudták besorolni: nincs szervezett tevékenység (13 ország: Bulgária, Finnország, Görögország, Írország, Liechtenstein, Luxemburg, Málta, Portugália, Románia, Spanyolország, Svájc, Szlovénia és Törökország); a betegek ellátása megtörténik (öt ország: Ausztria, Cseh Köztársaság, Litvánia, Németország és Olaszország); az esetek felkutatása megszervezett (három ország: Belgium, Franciaország és Magyarország); alkalmoszerű vizsgálat van (hat ország: Dánia, Észtország, Izland, Lettország, Norvégia és Svédország); szervezett szűrés működik (két ország: Egyesült Királyság (csak Anglia) és Hollandia).

Az eredmények azt mutatták, hogy két európai országban volt folyamatos (Anglia, az Egyesült Királyságban csak alkalmoszerű) vagy kísérleti fázisban lévő (Hollandia – kezdeményező jellegű - proaktív) chlamydia-szűrőprogram. További kilenc ország jelentette, hogy tervezi alkalmoszerű, proaktív vagy még nem meghatározott rendszerű szűrőprogram bevezetését. Ezen országok közül öt azok között szerepel, amelyekben jelenleg nincs esetkezelési iránymutatás a chlamydiával kapcsolatban. Ezen túlmenően Észtországban és Lettországban a chlamydia szűrését a várandós nőkre korlátozzák; Dánia két régiójában pedig évente postai úton behívják chlamydia-szűrésre a 18—19 vagy a 21—22 éveseket.

Ez a SCREEn projekt által kidolgozott tipustani besorolás a jövőben felhasználható a chlamydia elleni védekezési tevékenység intenzitásának folyamatos, nemzeti szintű ellenőrzésére és annak a döntéshozatalnak a támogatására, hogy mely tevékenységeket kell bevezetni vagy fejleszteni.



# ECDC-útmutató

## 2. Útmutató a HPV-vakcináknak az uniós tagországokban történő bevezetéséhez

(Közzététel: 2008. január)

Ez a dokumentum rögzíti a humán papillómavírus (HPV) elleni vakcinák bevezetésének tudományos alapját, hogy segítse az Európai Unió (EU) tagállamait a szakmai döntések meghozatalában. Az útmutató kiemeli a mérlegelendő kérdéseket, és ezek mindegyikére nézve felsorolja a szakmapolitikai döntési lehetőségeket.

Ezt az útmutatót egy, az ECDC által létrehozott és koordinált, szakértőkből álló tudományos munkacsoport dolgozta ki, és az ECDC tanácsadó testülete vizsgálta felül.

### *Méhnyakrák és humán papillómavírus-fertőzések az Európai Unióban*

A méhnyakrák az emlőrák után a második leggyakoribb daganatos betegség, amely az Európai Unióban (EU) a 15–44 éves kor közötti nőket érinti. Évente körülbelül 33 000 méhnyakrákban szenvedő beteget regisztrálnak és emiatt 15 000 halálozás fordul elő az EU-ban. A méhnyakrák elsődleges oka a belső nemi szerveknek a humán papillómavírus (HPV) daganatok kialakulása szempontjából nagy kockázatú típusával való tartós fertőzöttsége.

A belső nemi szervek HPV-fertőzése igen gyakori, és már rövid idővel a nemi élet megkezdését követően kialakulhat. E fertőzések zömét a szervezet hamar leküzdí. A nagy kockázatú HPV-típus okozta, tartós HPV-fertőzések azonban sejteltváltozásokat okozhatnak a méhnyak nyálkahártyáján, ami méhnyakrákot eredményezhet. A daganatok kialakulása szempontjából nagy kockázatú HPV-típusokat egyéb elhelyezkedésű elváltozásokkal, a végbélnyílás és a külső nemi szervek, valamint a fej és a nyak területén kialakuló daganatos betegségekkel is összefüggésbe hozták, nőknél és férfiaknál egyaránt. Néhány, a daganatok kialakulása szempontjából alacsony kockázatú HPV-típus mind férfiak, mind nők esetében nemi szervi szemölcsöket okozhat.

### *A humán papillómavírus elleni vakcina*

A megelőzést szolgáló két HPV-vakcinát engedélyeztek Európában: a Gardasil® nevű kvadrivalens (azaz négy HPV-típus ellen hatásos) vakcinát (Sanofi Pasteur MSD) és a Cervarix® nevű bivalens (azaz két HPV-típus ellen védő) vakcinát (GlaxoSmithKline Biologicals). Mindkét vakcina a vírustípusok tisztított fehérjéit tartalmazza, és így egyik sem okoz fertőzést, mindkét vakcina biztonságos. Mindkét vakcina véd a HPV-vírusnak a daganatok kialakulása szempontjából nagy kockázatú 16-os és 18-as típusa ellen – a becslések szerint ezek felelősek az európai méhnyakrákos esetek 73%-áért. A Gardasil továbbá védelmet nyújt a HPV 6-os és 11-es típusa ellen is, amelyek az esetek többségében a nemi szervi szemölcsöket okozzák. Nagy esetszámú, III. fázisú vizsgálatokban mindkét vakcináról igazolták, hogy a 16-os és 18-as típusú HPV-vírussal még nem fertőződött nők körében több mint 90%-ban megelőzik az e vírustípusokhoz társuló, daganatos stádiumot megelőző elváltozásokat. A védettség kialakulásához a vakcinákat egy hathónapos időszak alatt három alkalommal kell beadni.

### *HPV-vakcinák és méhnyakrák-szűrés*

Bebizonyosodott, hogy azok a jól szervezett méhnyakrák-szűrő programok, melyek a célcsoportokban nagy részvételi arányt érnek el és a rendellenes sejtvizsgálati eredményeket mutató nők számára hatékony utánkövetést és kezelést nyújtanak, bizonyítottan 80%-ot meghaladó mértékben csökkentik a méhnyakrák előfordulási gyakoriságát. A legnagyobb kockázatnak kitett nők bevonása szempontjából, a minőségellenőrzési eljárások kialakítása tekintetében, valamint a tevékenységek és a hatás szabványosított mutatóinak nyomon követése terén a szervezett szűrőprogramok eredményesebbek, mint az alkalmasszerű szűrések.

A HPV-vakcina új, kiegészítő eszközt biztosít a méhnyakrák elleni védekezés hatékonyságának javítása terén, mindazonáltal nem teszi szükségtelenné a HPV 16-os és 18-as típusa ellen oltott nők méhnyakrák-szűrését, mivel ők továbbra is ki vannak téve más, a daganatok kialakulása szempontjából nagy kockázatú HPV-típusok veszélyeinek. A nemzeti hatóságoknak a vakcinák bevezetésétől függetlenül folytatniuk kell a szűrőprogramok szervezését, és e programok minőségének javítását valamint a szűréseken történő részvétel arányának növelését szolgáló erőfeszítéseiket. Úgy tűnik, hogy elsődleges fontosságú a szűrőprogramok megszervezése azokon a helyeken, ahol ilyenek addig nem működtek.

A HPV-vakcinák hatással lesznek a meglévő szűrőprogramok hatékonyságára, amit gondosan nyomon kell majd követni. A széles körben alkalmazott oltások a HPV-hez köthető sejteltváltozások gyakoriságának bizonyos fokú csökkenéséhez vezetnek majd. Az oltott nőknél ugyanakkor téves biztonságérzet alakulhat ki, amelynek eredményeként kevesebben vehetnek majd részt a szűréseken. A nőket tájékoztatni kell a szűrőprogramokról és ösztönözni kell őket a részvételre, még akkor is, ha már beoltották őket HPV ellen. Az egyik legfontosabb kihívás

az lesz, hogy a leginkább költséghatékonyan és a nők számára a legnagyobb előnyt nyújtó módon érik el az oltás és a szűrés egymást kölcsönösen segítő hatását.

### ***Kit kell oltani? A HPV-oltás célcsoportjainak meghatározása***

A HPV-hez társuló betegségek ellen kifejlesztett új vakcinák hatásának optimalizálása érdekében a rutinszerű oltás szempontjából az elsődleges célcsoportot azok a lányok jelentik, akik még éppen nem érték el azt a kort, amikor a nemi élet (és ezáltal a HPV-fertőzés lehetősége) feltételezhetően általánossá válik az adott korcsoportban. Ha az oltás időpontját az említettnél alacsonyabb életkorban határoznák meg, az ebben a korábbi életszakaszban jelentős számú fertőzést nem előzne meg, és a túl korai oltást kerülni kell, amíg igazolást nem nyer, hogy a vakcina hosszú időre (több mint 15–20 évre) biztosít védelmet. Ha az életkorhoz kötött védőoltási program kezdetén felzárkóztató oltásokkal célozzák meg a nemi élet megkezdésének átlagos életkoránál kissé idősebb lányokat és fiatal nőket, az valószínűleg fokozza az oltási program hatását, és rövid távon növeli az oltás előnyeit.

A korhoz kötött oltásra alkalmas pontos életkor, illetve az esetleges felzárkóztató oltásokhoz még megfelelő életkorok meghatározásához fontos az egyes országokra jellemző sajátosságok számbavétele. Ezek közé tartozik: az átlagéletkor a nemi élet megkezdésekor, a HPV-fertőzések életkor-specifikus előfordulási gyakorisága (amennyiben rendelkezésre áll), a vakcina elosztási stratégia, valamint az oltásnak a célcsoport (és gondviselőik/szüleik) körében tapasztalható elfogadottsága.

Nem tűnik valószínűnek, hogy a pusztán a „nagy kockázatnak kitett” csoportokat célzó, szelektív oltás akár praktikusabb, akár eredményesebb lenne, mint az összes lány beoltása. A korhoz kötött oltáson felül a néhány nagy kockázatnak kitett személy szelektív/alkalomszerű oltásának potenciális szerepe azonban további megfontolást igényel.

### ***A HPV elleni oltás stratégiai lehetőségei az uniós országokban***

Valószínűleg az iskolai kampányoltás a legkisebb költségű lehetőség arra, hogy a HPV-vakcinákat a serdülőkor előtt álló lányoknak beadják. E megközelítés megvalósíthatóságát azonban befolyásolhatják a helyi sajátosságok, mint például az, hogy működnek-e az adott országban iskolai egészségügyi szolgáltatások, milyenek a vakcinák beszerzésére vonatkozó finanszírozási szabályok, valamint a szülői beleegyezés dokumentálására és megszerzésére vonatkozó rendelkezések.

A klinikán vagy a háziorvosi rendelőben végzett oltás általánosan rendelkezésre álló, kiegészítő vagy alternatív lehetőség a HPV vakcinák beadására. Ez költségesebb lehet, mint iskolai kampányoltás szervezése, és nehezebb lehet a vakcinák felhasználásának nyomon követése is.

Az immunizálás fontos helyszínei lehetnek a kifejezetten nők számára biztosított, szexuális és reprodukzív egészséggel, illetve más célú, gyógyítással foglalkozó intézmények. Lehetséges azonban, hogy ezeket a rendeléseket a lányok a nemi élet megkezdése előtt nem keresik fel, így ezek valószínűleg elsősorban az idősebb serdülőket és nőket célzó felzárkóztató oltási programok szempontjából lehetnek hasznosak. Más megoldások létezhetnek a HPV-vakcina beadására a „nehezen elérhető” közösségekben élő lányok számára, valamint az akkor elvégzett alkalomszerű immunizáláshoz, amikor a lányok a gyógyászati szolgáltatásokat más okokból veszik éppen igénybe. Ezen megoldások alkalmazása segítheti az átoltottsági arány növelését.

A HPV elleni vakcinázási stratégiák tervezésekor figyelembe kell venni a serdülőket célzó, már működő immunizálási programokat és a folyamatban lévő egyéb egészségfejlesztő tevékenységeket. Ha bármikor oltásra kerül sor, alapvető fontosságú annak ismertetése, hogy az oltás kiegészíti, nem pedig helyettesíti a méhnyakrákszűrést.

### ***A HPV-oltás költségeinek és eredményeinek modellezése***

A HPV-vakcinázást nemcsak annak eredményességét tekintve kell értékelni, hanem gazdasági szempontból is. A gazdasági értékelés célja annak meghatározása, hogy a HPV-oltás eredményeként egy, minőséggel korrigált életév megmentésének a társadalom által viselt költsége (életminőséggel korrigált életév vagy QALY) hasonló-e az egészségügyi ellátási ágazatban általánosan elfogadott egyéb beavatkozások költségéhez.

A különböző országokban a költségekben és az egészségügyi ellátó rendszerekben mutatkozó eltérések miatt a gazdasági értékelések nem vethetők össze teljes mértékben. Ezért minden országnak törekednie kell az ilyen értékelés elvégzésére (a méhnyakrák-szűrés alkalmazott módszerét is figyelembe véve), mielőtt a méhnyakrák megelőzésének legjobb stratégiájáról döntene.

Az eddig elvégzett gazdasági értékelések azt jelzik, hogy a serdülőkor előtt álló lányok HPV-oltásának költséghatékonyasági mutatója (az idősebbek felzárkóztató oltásaival vagy anélkül) elfogadható. Az eredmények dinamikus szimulációs modellek alkalmazása esetén még kedvezőbbek; ezek azt is figyelembe veszik, hogy az oltás milyen hatást gyakorol a kórokozó átviteli arányára.

### ***A HPV-oltások nyomon követése és értékelése***

A HPV-vakcinák engedélyezését követő értékeléséhez meg kell határozni az oltások felhasználását és az erre vonatkozó előírások betartását, a vakcinák hosszú távú hatásosságát és eredményességét, az oltás más stratégiákkal – például a szervezett méhnyakrák-szűréssel – történő integrálását, valamint a vakcinák biztonságosságát. A vakcinákat nyomon követő és a daganatos betegségek elleni védekezést szolgáló programok összehangolása kritikus fontosságú a vakcina hatásának és előnyeinek más megelőző beavatkozásokhoz – például a szűrésekhez – viszonyított értékelése szempontjából.

A vakcinák betegségekkel kapcsolatos, klinikai szempontból jelentős végpontokra gyakorolt hatásának értékelési módszerei közé tartozhat a HPV-fertőzések, a daganatos stádiumot megelőző elváltozások és a daganatos megbetegedések vakcinákkal összefüggő eseteinek felügyelete, meglévő vagy újonnan létrehozott laboratóriumokon, illetve sejtvizsgálati vagy a daganatos betegségekre vonatkozó nyilvántartásokon keresztül.

A HPV-vakcina népegészségügyi hatásának értékeléséhez IV. fázisú vizsgálatok elvégzését is javasolták. Ezek további információval szolgálhatnak a rendellenes vagy daganatos stádium előtt álló sejtekről, valamint a daganatos betegségek előfordulási gyakoriságáról és a halálozásról. Hasznosak lehetnek a méhnyakrák-szűrő és oltási programok esetleges integrálásának értékeléséhez is. A HPV-oltás rendszeres nyilvántartásán alapuló nyomon követést és a témára vonatkozó egészségügyi ellátási nyilvántartások felhasználásával készült, az összefüggéseket kutató vizsgálatokat a vakcináknak a gyakorlati alkalmazás során mért hatásosságának értékeléséhez lehet felhasználni.

A HPV-oltás nyomon követését szolgáló minimális adattartalomnak részét kell képeznie a vakcinák átoltottsági adatainak, az immunizálást követő mellékhatások nyomon követésének, és a daganatos stádiumot megelőző elváltozásokra gyakorolt hatást figyelemmel kíséző, legalább bizonyos intézmények által elvégzett („sentinel”) felügyeletnek.

### 3. Az influenza elleni oltás elsődleges célcsoportjai

(Közzététel: 2008. augusztus)

Az ECDC az Európai Bizottság kérésére tudományos epidemiológiai tanulmányt készített az influenza szempontjából kockázatnak kitett csoportokra<sup>1</sup>, illetve más olyan csoportokra vonatkozóan, amelyek számára a szezonális influenza ellen Európában felajánlják az oltást. E tanulmány konkrét célkitűzései a következők voltak:

- azon kockázati csoportok azonosítása, amelyek esetében az immunizálás ajánlott, valamint azon egyéb csoportok adatainak megadása, akik számára felkínálják az immunizálást az EU/EGT-országokban;
- az ajánlások szerint oltandó csoportok magasabb kockázatát alátámasztó bizonyítékok összefoglalása;
- javaslat az EU-ban a kockázati csoportok elsőbbségi sorrendjének átlátható szempontokon alapuló meghatározására;
- az EU tagországokban ezen elsőbbséget élvező kockázati csoportokba tartozó személyek számának hozzávetőleges becslése; valamint
- a további munkát igénylő területek azonosítása, ideértve a kutatást és fejlesztést is.

Az influenza szempontjából kockázatnak kitett csoportok, illetve azon egyéb csoportok meghatározása, amelyek számára jelenleg ajánlják az immunizálást, a VENICE projekt által az ECDC-vel együttműködésben 2008-ban elvégzett felmérésből származik. Az ECDC/VENICE által kidolgozott szempontok alapján a kockázati csoportoknak jól meghatározott csoportoknak kell lenniük, amelyekről igazolták, hogy másokhoz képest nagyobb valószínűséggel alakul ki náluk súlyos betegség. Emellett közzétett adatoknak kell igazolniuk, hogy e csoportok súlyos megbetegedésének kockázatát az immunizálás csökkentette. Az első szemponttal kapcsolatban a munkát hátráltatta, hogy Európában jelenleg még nem végeznek a súlyos lefolyású influenza megbetegedésekre és halálozásokra vonatkozóan adatgyűjtést. Azokat a foglalkozás-egészségügyi feltételeket (elsősorban az egészségügyi dolgozók immunizálását), amelyeknek a megbetegedések megelőzésére gyakorolt jótékony hatásai nem igazoltak, figyelembe vették, ám kisebb súllyal, kivéve a munkavállalók egy csoportját, ez pedig az időotthonokban időseket gondozó személyzet, akik esetében megfelelően bizonyított, hogy oltásuk védelmet nyújt a megbetegedések megelőzésében. Végezetül pedig számoltak az uniós országok közötti egyetértés mértékével is.

A szakirodalmi adatok azt támasztják alá, hogy két olyan kockázati csoport létezik, amelyek esetében Európában a szezonális influenza elleni vakcinával végzett éves, rutinszerű immunizálás tudományos és népegészségügyi szempontból indokolható. Ezek a következők:

- idősebb korcsoportok, rendszerint 65 év és ennél idősebb kor; éskrónikus alapbetegségben szenvedő személyek, különösen az alábbi kategóriákba tartozó betegségek esetén:
  - krónikus légúti betegségek;
  - krónikus szív-érrendszeri betegségek;
  - krónikus anyagcsere-betegségek;
  - krónikus vese- és májbetegségek;
  - (veleszületett vagy szerzett) immunhiányos személyek;
  - hosszú távú szalicilátterápia alatt álló fiatalok; és
  - a légzőfunkciót korlátozó egészségügyi problémában szenvedő személyek.

Ezek egyben azok a kockázati csoportok, amelyek tekintetében az Európai Unió országai között egyetértés mutatkozik. Az idősek korcsoportjának életkor szerinti pontos meghatározása bizonyos fokig tetszőleges (64 év felett, 59 év felett stb.), és - a sajátos nemzeti körülmények és elemzések figyelembe vételével - néhány ország eleve a 64 év feletti kritériumból indul ki, .

Jó érvekkel támasztható alá, hogy két másik kockázati csoport, a várandós nők és a gyermekek (a különböző meghatározások szerint „két éves kor alatt” vagy „öt éves kor alatt”) számára is felajánlják az oltást. Európában azonban mindkét csoport tekintetében mind a kockázatról, mind a hatásosságról csupán korlátozott információk állnak rendelkezésre, és egyelőre nem alakult ki európai szintű egyetértés. Az e két korcsoportra vonatkozó adatok nem elegendők ahhoz, hogy azokat uniós szinten kockázati csoportként azonosítsák. Amint több információ és adat válik hozzáférhetővé, el kell végezni e csoportok újraértékelését. Különösen fontos, hogy adatokat gyűjtsenek e csoportok immunizálásának hatásáról, hogy a későbbi értékelések során egyetértésre lehessen jutni.

Vannak olyan csoportok is, amelyek számára gyakran felajánlják az immunizálást, de nem tartoznak kockázati csoportokba, és esetükben nem áll fenn komoly népegészségügyi indok. Az EU-ban viszonylagos egyetértés alakult

<sup>1</sup> Az influenza szempontjából kockázatnak kitett csoportok meghatározása itt azon személyek csoportja, akiknél fertőzés esetén nagyobb valószínűséggel alakul ki súlyos betegség, és akiknél ismert, hogy az oltás a fertőzés kockázatának csökkentése révén szintén jótékony hatással bír.

ki például a tekintetben, hogy a betegekkel érintkező összes egészségügyi dolgozót foglalkozás-egészségügyi okokból (a dolgozók védelme érdekében) kell immunizálni. Határozott, vizsgálatokon alapuló bizonyítékok támasztják alá, hogy az idősoththonokban időseket gondozó személyek immunizálása közvetve a betegek javát is szolgálja, védelmet nyújtva számukra az influenzafertőzés súlyos következményeivel szemben. Megjegyzendő azonban, hogy Európában az egészségügyi dolgozók túlnyomó része nem él a fentiek szerint felajánlott immunizálással. A két fő kockázati csoporthoz tartozó személyekkel egy háztartásban élő személyek immunizálásának előnyeirel nem áll rendelkezésre megbízható bizonyíték.

Durva becsléseket készítenek az EU-tagországokban a két fő kockázati csoportba tartozó személyek számáról és százalékos arányáról. Ez a tanulmány egy olyan módszert alkalmazott, amely szerint jelenleg az EU országainak évente népességük hozzávetőleg 25%-át kell immunizálniuk, mivel ennyien tartoznak a két fő kockázati csoport legalább egyikébe. Más országos becslések hasonló százalékos arányokhoz vezettek. Az országos szintek 19% és 28% között mozognak, az egyes országokban élő idősök százalékos arányától függően. Az uniós összesítés a becslések szerint körülbelül 125 millió fő, ez pedig kétharmad (körülbelül 84 millió 65 éves és ennél idősebb személy) egyharmad (körülbelül 41 millió krónikus betegségben szenvedő, fiatalabb személy) arányban oszlik meg. Ezek a számok idővel elkerülhetetlenül emelkedni fognak, ennek oka pedig az idősödő népesség, illetve a korszerű orvostudomány eredményessége, amely lehetővé teszi a krónikus betegségben szenvedők számára, hogy hosszabb ideig éljenek aktív életet.

A tanulmány az európai fejlesztés és kutatás számára több, kiemelt fontosságú témát ajánl:

- az adatgyűjtés és felügyelet fejlesztése: az influenza súlyos megjelenési formáinak rendszeres figyelemmel kísérése Európában (kórházi kezelés és halálozás);
- az influenza elleni oltás eredményességének rendszeres nyomon követése, különösen a súlyos betegség kockázatának és az influenza miatti halálozásnak a csökkentése terén;
- az influenza betegségterhének becslése várandós nők és gyermekek körében, valamint a várandós nőknél és a gyermek valamennyi korcsoportjánál elvégzett immunizálás hatásának értékelése Európában;
- további vizsgálatok annak igazolására, hogy az egészségügyi személyzet és az egy háztartásban élő személyek immunizálása csökkenti-e a két kockázati csoportba tartozó, betegséggel szemben kevésbé ellenálló személyekre vonatkozó kockázatot;
- projektek kialakítása az egészségügyi dolgozók körében az influenza elleni immunizálás határozottabb népszerűsítésére, mind saját maguk, mind pedig betegek érdekében;
- célzott vizsgálatok annak megállapítására, hogy Európában a HIV-fertőzött személyek esetében nagyobb-e az influenzafertőzésből eredő súlyos betegség kockázata, és hasonló tanulmányok egyéb gyakoribb betegségek, például az enyhe fokú asztma terén;
- az influenza elleni immunizálásra vonatkozó, az egészségre gyakorolt illetve az egészség-gazdasági hatást vizsgáló tanulmányok, pl. az immunizálás életkorküszöbe feletti személyekről, elismerve, hogy a különböző országoknak saját életkorküszöböt kell megállapítaniuk;
- az átfogó immunizálás hatásának vizsgálata annak érdekében, hogy meghatározzák a fertőzés átvitele összesített mértékének csökkentéséből eredő esetleges közvetett előnyöket.

## Felügyeleti jelentések

### 4. A fertőző betegségek európai előfordulásáról szóló éves járványügyi jelentés, 2008 – Jelentés a fertőző betegségek helyzetéről az EU és az EGT/EFTA országaiban

(Közzététel: 2008. december)

Az ECDC minden évben közzéteszi éves európai járványügyi jelentését (Annual Epidemiological Report). A 2008-ban közzétett második jelentés tartalmaz egy áttekintést a fertőző betegségek 2006 óta végzett felügyeletéről, táblázatos formában, korlátozott számú rövid észrevétellel, és leírást ad a 2007-ben az emberi egészséget akut módon veszélyeztető fertőző betegségekről. A jelentés továbbá nagy hangsúlyt helyez az egészségügyi ellátáshoz kapcsolódó fertőzések (HCAI) – köztük az antimikrobiális rezisztencia (AMR) – átfogó ismertetésére.

Az Európai Unióban az előző jelentés óta a fertőző betegségekhez kapcsolódó fő veszélyek nem változtak, és ezek a következők:

- antimikrobiális rezisztencia;
- egészségügyi ellátáshoz kapcsolódó fertőzések;
- HIV-fertőzés;
- pneumococcus-fertőzések;
- influenza (világméretű járványt előidéző képesség , éves szezonális járványok);
- tuberkulózis.

#### A KIADVÁNY FŐ TÉMÁJA

##### *Az egészségügyi ellátáshoz kapcsolódó fertőzések (HCAI)*

Az egészségügyi ellátáshoz kapcsolódó fertőzések európai felügyelete *A betegek biztonságának növelése Európában* (IPSE) elnevezésű hálózaton keresztül történik (2005—2008. június), amely magába foglalja a műtéti sebfertőzések felügyeletét (az európai kórházak felügyeletalapú infekciókontroll-hálózata, HELICS-SSI) és az intenzív osztályok felügyeletét (HELICS-ICU).

A 2004—05. évi adatokkal összehasonlítva 2006-ban a műtéti sebfertőzések előfordulási gyakorisága változatlan maradt, kivéve a csípőprotézis-műtéteket, ahol jelentősen csökkenő tendenciát figyeltek meg: a 2004-es 2,2%-ról 2005-ben 1,6%-ra, majd 2006-ban 1,3%-ra ( $p=0,039$ ) csökkent a sebfertőzések aránya.

Az intenzív osztályokon két napnál többet eltöltő 51 621 betegből 6,8%-nál lépett fel tüdőgyulladás. Az új fertőzések előfordulásának gyakorisága (incidencia) változó volt, a nem lélegeztetett betegek 1,5%-ától az egy hétig vagy ennél tovább lélegeztetett betegekénél észlelt 22,2%-ig. Az intenzív osztályon szerzett tüdőgyulladás esetén a leggyakrabban izolált kórokozó a *Pseudomonas aeruginosa* volt, az intenzív osztályon szerzett véráramfertőzésekben pedig a koaguláz-negatív staphylococcusokat azonosították a legnagyobb arányban.

2006-ban tovább bővítették a HCAI felügyeletét, és ez a folyamat folytatódik majd, amint az IPSE hálózat felügyeleti elemei 2008-ban átkerülnek az ECDC-hez.

Általánosságban az egészségügyi ellátáshoz kapcsolódó fertőzések aránya 2006-ban Európa-szerte változatlan maradt. Ugyanakkor a felügyeletet tekintve továbbra is jelentős országon belüli eltérések vannak, és további hangsúlyt kell helyezni a módszerek harmonizálására.

##### *Antimikrobiális rezisztencia (AMR)*

Az antimikrobiális rezisztenciára vonatkozó adatok az antimikrobiális rezisztenciát felügyelő európai rendszerből (EARSS) származnak, amely Európában az AMR felügyeletét ellátó hálózat.

##### *Streptococcus pneumoniae*

2006-ban a legtöbb észak-európai országban a nem érzékeny *S. pneumoniae* (PNSP) gyakorisága 5% alatt volt, míg Dél-Európában és a földközi-tengeri országokban ez az arány 7%-tól >25%-ig terjedt.

### *Staphylococcus aureus*

A meticillinrezisztens *Staphylococcus aureus* (MRSA) 2006-ban tovább terjedt Európában az erősen, közepesen és kismértékben fertőzött országokban. 31 ország közül 15 (főként dél-európai országok, az Egyesült Királyság és Írország) jelentette, hogy az összes *Staphylococcus aureus*-izolátumból 25% vagy több volt meticillinrezisztens, míg néhány erősen fertőzött országban az arányok stabilizálódtak. Észak-Európában az MRSA aránya 4% alatt maradt.

### *Escherichia coli*

Különösen riasztó volt a fluorokinolon-rezisztencia előfordulásának növekedése Európában.

### *Pseudomonas aeruginosa*

2006-ban az invazív *P. aeruginosa*-izolátumok majdnem egyötöde volt rezisztens három vagy több antibiotikumra, főként a dél-európai országokban.

## **A FERTŐZŐ BETEGSÉGEK FELÜGYELETÉNEK ÖSSZEFOGLALÓJA, 2006**

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

2006-ban Európában kiemelt fontosságú népegészségügyi kérdés maradt a HIV-fertőzés, 29 ország (Olaszország, Spanyolország és Liechtenstein kivételével) több mint 25 000 újonnan diagnosztizált esetet jelentett, amely alapján az átlagos megbetegedési arány 6/100 000 lakos volt. Az országok között jelentős különbségek mutatkoznak a HIV-fertőzés járványügyi jellemzőiben. Néhány európai országban növekvő számú HIV-fertőzést jelentettek be: az Egyesült Királyságban, Észtországban, Lettországban, Luxemburgban és Portugáliában. Ezzel szemben, az EU és az EGT/EFTA országaiban újonnan bejelentett AIDS-esetek száma 7035 volt, amely 1,4/100 000 lakos előfordulási gyakoriságot jelent, ami 1999-hez képest több mint egyharmados csökkenésnek felel meg.

A HIV-fertőzés terjedésének elsődleges módja a heteroszexuális kapcsolat (53%) volt, ugyanakkor ezeknek a fertőzéseknek körülbelül 40%-át olyan személyeknél diagnosztizálták, akik igen kedvezőtlen járványügyi helyzetű országokból származnak. Ha ezeket az eseteket kizárjuk, akkor Európában a terjedés elsődleges módja a férfiak közötti nemi kapcsolat (37%).

Az Unióban nagy azon HIV-pozitív személyek száma, akik nem tudnak arról, hogy fertőzöttek. Ez is azt sürgeti, hogy komolyabb erőfeszítéseket kell tenni a HIV szűrővizsgálatok számának növelésére.

### *Nemi úton terjedő fertőzések*

2006-ban továbbra is a *Chlamydia trachomatis* által okozott fertőzés volt a leggyakoribb bejelentett, nemi úton terjedő fertőzés (STI) – és egész Európában a leggyakoribb bejelentésre kötelezett betegség –, amely közel negyedmillió regisztrált esetet jelen az EU és az EGT/EFTA azon 22 tagországában, amelyben működik a betegség felügyelete. A bejelentett esetek 100 000 lakosra számított aránya 92/100 000 volt.

2006-ban Svédországban a *Chlamydia trachomatis* új változatát azonosították, amely a szokásosan rendelkezésre álló, kereskedelmi forgalomban kapható tesztekkel nem volt kimutatható. Ez életre hívott egy olyan vizsgálatot, amely más tagállamokban is megkísérli felderíteni ezt az új változatot, de egyelőre úgy tűnik, hogy annak előfordulása javarészt Svédországra korlátozódik.

2006-ban engedélyezték az első vakcinát a humán papillómavírus ellen.

### *Influenza*

2006-ban diagnosztizálták az Európai Unióban az első, erősen patogén A(H5N1) madárinfluenzavírus által okozott megbetegedéseket vadon élő madarak és baromfik körében. Ugyanakkor 2006-ban nem jelentettek A(H5N1) által okozott emberi megbetegedést az Unióban; csak egy olyan esetet észleltek, amelyet egy kis patogenitású, A/H7 madárinfluenzavírus okozott az Egyesült Királyságban egy baromfityészetben dolgozó munkásnál. Mindazonáltal egy javított és kibővített állategészségügyi törvénykezési csomag megfelelő választ biztosított az uniós tagállamokban az A(H5N1) madárinfluenzavírus által jelentett, növekvő veszélyre. Mivel ez a kórokozó elsősorban madárvírus maradt, a fertőzésnek a madarak megbetegedése során elvégzett gyors azonosítása és eradikációja – különösen a háziszárnyas-állományban – jelenti továbbra is az elsődleges védelmet az emberek számára.

### *Tuberkulózis*

A tuberkulózis (tbc) előfordulási gyakorisága továbbra is csökkent szinte minden tagállamban az adott országban születettek körében, ahol ez főként az idős emberek betegsége, amely most, az elsődleges fertőzés után évtizedekkel újból aktiválódik. Ugyanakkor az Európában jelenleg zajló demográfiai, politikai és társadalmi-gazdasági változások – mint például a növekvő migráció – kihatnak erre a helyzetre. Ennek eredményeként az Unióban a tbc gyakoribbá válik a migránsok, a hajléktalanok, a belvárosi szegények, a börtönlakók, a HIV-fertőzöttek és a drogfogyasztók között.

Ezen túlmenően vannak olyan területek, ahol nagy arányban fordul elő gyógyszerrezisztens tuberkulózis, amely javarészt az idő előtt megszakadt vagy rosszul megtervezett kezelésnek tulajdonítható.

### **Védőoltással megelőzhető betegségek (VPD)**

A legtöbb uniós országban a B-típusú *Haemophilus influenzae* (Hib) vakcinával történő, mindenkire kiterjedő gyermekkori védőoltás bevezetése óta az invazív Hib-betegség ritkábban fordul elő, és gyakorisága az uniós országok teljes népességében továbbra is csekély maradt (2006-ban 1/100 000 lakos alatt).

Számos európai ország kiegészítette oltási rendjét a konjugált pneumococcus-7 vakcinával (PCV7), melyet legalább a nagy kockázatnak kitett csoportok számára biztosít. Ez aggályokat vetett fel azzal kapcsolatban, hogy a gyakori szerotípusokat fokozatosan felválthatják a PCV7 által nem tartalmazott szerotípusok, amint az már megfigyelhető az Egyesült Államokban. Ez megerősíti a olyan felügyeleti rendszerek fontosságát, amelyek nemcsak a betegséggel foglalkoznak, hanem a betegséget előidéző kórokozó szerotípusainak megoszlásával is.

Az utóbbi évtizedben észlelt, általánosan csökkenő tendencia ellenére a kanyaró még mindig kiemelt fontosságú népegészségügyi kérdés volt 2006-ban, 7000 igazolt esettel és hat bejelentett halálesettel. Számos esemény is egyértelműen igazolta, hogy a kanyaró nagy járványkeltő képességgel rendelkezik.

2006-ban a legtöbb uniós ország sejtmentes számarköhögés elleni (aP) vakcinát alkalmazott. Úgy tűnik, hogy egy stabil időszak után 2003 óta egyes tagállamokban kis mértékben növekszik a regisztrált esetek gyakorisága.

### **Élelmiszerek és víz útján terjedő betegségek**

Továbbra is a campylobacter a leggyakrabban bejelentett gyomor- és bélrendszeri kórokozó az Unió és az EGT/EFTA országaiban közel 40 eset/100 000 lakos megbetegedési gyakorisággal, még akkor is, ha 2005-ről 2006-ra a regisztrált esetek számában kismértékű csökkenés volt tapasztalható.

Úgy tűnik, a VTEC/STEC fertőzések száma is csökken, 2006-ban a bejelentési arány alig haladta meg az 1 eset/100 000 lakos mértéket, bár néhány ország lényegesen nagyobb számú esetet jelentett, különösen a kisgyermekek körében.

### **VESZÉLYEK ÖSSZEFOGLALÁSA, 2007**

2007-ben az ECDC 168 veszélyt ellenőrzött folyamatosan, amelyek közül:

- 142 (85%) új volt;
- 21-et 2006-ban azonosítottak és még 2007-ben is fennálltak;
- 5-öt 2005-ben azonosítottak és még 2007-ben is fennálltak;
- 66 veszély esetében volt szükség az ECDC által végzett aktív utánkövetésre;
- ezek közül 10 eredményezett részletes veszélyelemzést, amely a népegészségügyi fenyegetések korai figyelmeztető és gyorsreagáló rendszerén (EWRS) keresztül jutott el az Unió tagállamaihoz és az Európai Bizottsághoz.

2007-ben összességében az Uniót érintő veszélyek széles körben fennálltak. Az Európai Unióban a leggyakoribb veszélyforrást továbbra is az élelmiszerek és víz által terjedő betegségek jelentik. Fontos, hogy 2007-ben jelentősen nőttek a tuberkulózissal és különösen a multirezisztens és a kiterjedten gyógyszerrezisztens (XDR) tbc-hez, valamint a fertőző tbc-s betegek utazása során az utastársak fertőződésével kapcsolatos veszélyek.

A legtöbb veszélyt – amellyről megállapították, hogy 2007-ben kihatással lehet az Unióra – az EWRS vagy az ilyen célra kifejlesztett európai hálózatok (a légionáriusbetegség tekintetében a EWGLI és az élelmiszerek és víz által terjedő betegségek tekintetében az ENTERNET) útján jelentették. Az EWRS tartósan hatékonyan bizonyult az uniós tagállamokban az igazolt veszélyek visszaszorítására irányuló, időben történő népegészségügyi intézkedések koordinálásához. 2007-ben az ECDC hozzáfogott egy az egész unióra kiterjedő, a járványügyi felderítést szolgáló kommunikációs felület kifejlesztéséhez.

### **KÖVETKEZTETÉSEK**

Az EU-ban az előző évben előfordult fertőző betegségekre vonatkozóan megjelent jelentés óta nem változtak lényegesen a prioritások a fertőző betegségek megelőzése és az ellenük folytatott védekezés vonatkozásában.

Egyrészt továbbra is ugyanazok az aggályos területek, beleértve a tartósan nagy terhet jelentő állapotokat. Az összefoglaló elején felsorolt hat fő veszély mellett figyelmet érdemel a nagy számban jelentett chlamydia- és a campylobacter-fertőzések.

Másrészt viszont egyes betegségek – mint például a védőoltással megelőzhető fertőző betegségek közül a Hib – tekintetében csökkent az incidencia, néhány más védőoltással megelőzhető betegség (például a diftéria) esetén pedig rendkívül kicsi az előfordulási gyakoriság – körülbelül 0,1 eset/100 000 lakos. Ugyanakkor az uniós tagállamok még távol állnak attól, hogy elérjék a betegség-felszámolási programok által kitűzött célokat, különösen ami a kanyarót illeti.



Az adatok minősége – amelyek alapján ezeket a következtetéseket le lehet vonni – távolról sem tökéletes, és továbbra is jelentős erőfeszítéseket kell tenni a fertőző betegségek felügyeletének javítására az Európai Unióban. A legfontosabb, hogy a különböző tagállamokból származó adatok összehasonlíthatósága terén továbbra is nagy gondok /problémák állnak fenn, ami nyilvánvalóan csökkenti az összegyűjtött adatok európai szintű használhatóságát.

Fel kell tární olyan új megközelítéseket, amelyek a fertőző betegségek terén adatokat biztosítanak a prioritások felállításához; ezek közé tartozik a fertőző betegségek által okozott jelenlegi és jövőbeni terhek becslése is.

A jövőre nézve nyilvánvaló, hogy egyes hosszú távú tendenciák befolyásolják majd az Unióban a fertőző betegségek helyzetét, ilyenek a következők:

- az Unió idősödő népessége;
- környezeti változások, beleértve az éghajlatváltozást;
- az egyre gyakoribb utazások és a fokozódó migráció; és
- a társadalmi változások.

Az EU-ban fenn kell tartani a fertőző betegségek által okozott terhek és tendenciáik folyamatos nyomon követését, hogy megalapozott adatokat biztosítson, amelyekre közös egészségügyi politikát kell építeni.

## 5. A HIV/AIDS felügyelete Európában

(Közzététel: 2008. december)

### Fő szempontok

A HIV-fertőzés továbbra is komoly közegészségügyi kérdés Európában, és bizonyított, hogy számos európai országban a HIV egyre jobban terjed.

- 2007-ben a WHO európai régiójának 53 országa közül 49-ből 48 892 újonnan diagnosztizált HIV-fertőzést jelentettek (nem állnak rendelkezésre adatok Ausztriából, Olaszországból, Monacóból és az Orosz Föderációból). A fertőzés regisztrált előfordulási gyakorisága Észtországban, Ukrajnában, Portugáliában és a Moldovai Köztársaságban volt a legmagasabb. 48 országból 5244 AIDS-esetet jelentettek (nem állnak rendelkezésre adatok Olaszországból, Kazahsztánból, Monacóból, az Orosz Föderációból és Ukrajnából).
- 2007-ben az Európai Unió és az Európai Szabadkereskedelmi Társulás (ebben a jelentésben EU/EFTA-ként jelölve) országaiban 26 279 újonnan diagnosztizált HIV-fertőzést jelentettek (nem állnak rendelkezésre adatok Ausztriából és Olaszországból). Az EU/EFTA-ban a fertőzés regisztrált előfordulási gyakorisága Észtországban, a Portugáliában és Lettországban volt a legmagasabb; a legalacsonyabb gyakoriságot pedig Szlovákia, a Cseh Köztársaság és Románia jelentette.
- Úgy tűnik, az EU/EFTA-ban a HIV-fertőzés terjedésének elsődleges módja a férfiak közötti nemi kapcsolat, ezt követi a heteroszexuális kapcsolat. A heteroszexuális úton szerzett fertőzések körülbelül 40%-át olyan személyeknél diagnosztizálták, akik kiterjedt HIV/AIDS-járványokkal küzdő országokból származnak.
- A WHO európai régiójának három földrajzi területéből keleten továbbra is az intravénás drogfogyasztás a terjesztés fő módja, míg a régió középső területein a HIV terjedésének elsődleges módja a heteroszexuális kapcsolat, bár növekedett a száma az olyan férfiak HIV-fertőzésének is, akik férfiakkal létesítettek nemi kapcsolatot. Nyugaton - ha kizárjuk azokat az eseteket, amelyekben kiterjedt járványokkal küzdő országokból származó személyeket érint a fertőzés - a terjedés leggyakoribb módja a férfiak közötti nemi kapcsolat, ezt követi a heteroszexuális kapcsolat.
- A nem teljes körű bejelentések ellenére a 2007-ben regisztrált, újonnan diagnosztizált HIV-fertőzések száma összességében emelkedett, míg a WHO teljes európai régiójában a diagnosztizált AIDS-esetek száma tovább csökkent, bár a keleti területeken az AIDS-esetek száma tovább nőtt. A HIV-felügyelet adatait folyamatosan jelentő 44 ország adatai alapján 2000 óta az egymillió lakosra eső, bejelentett, újonnan diagnosztizált HIV-esetek száma majdnem megduplázódott: a 2000-es 39/1 000 000-ról a 2007-es 75/1 000 000-ra nőtt.
- Az évente, diagnosztikus célból végzett HIV-vizsgálatok teljes száma – kizárva a más célból vett vérminták és véradományok anonim vizsgálatát – 2003 és 2007 között a legtöbb országban nőtt.
- Az itt közölt adatoknak vannak bizonyos korlátai, különösen azért, mert számos országból hiányoznak az adatok. Ez korlátozza az európai HIV/AIDS-járvány mértékére vonatkozóan levonható következtetéseket. Ha ezeket az adatokat vennék számításba, azt mondhatnánk, hogy az esetek teljes száma 2007-re mintegy megduplázódott.

### *Ajánlások a HIV/AIDS felügyeletére*

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

- esetalapú nemzeti jelentési rendszereket vezetni a HIV- és az AIDS-esetekre, és biztosítani azok teljességét és gyors hozzáférhetőségét;
- javítani a jelentett adatok minőségét, különösen a terjedés lehetséges útjaira vonatkozóan; és
- előmozdítani az átfogó HIV-felügyeletet, beleértve a szokásos magatartással kapcsolatos felügyeletet és a HIV előfordulására vonatkozó vizsgálatokat.

### *Ajánlások a népegészségügy számára*

A járvány elleni intézkedéseknek bizonyítékokon kell alapulniuk, valamint az adott országhoz és földrajzi területhez kell igazítani őket. A rendelkezésre álló felügyeleti adatok alapján célszerű a következő ajánlásokat tenni:

- Keleti területek: A HIV-megelőzési stratégiák sarokpillérét az intravénás drogfogyasztók között a HIV elleni védekezésre irányuló intézkedéseknek kell képezniük; fokozott erőfeszítéseket kell tenni a heteroszexuális terjedés megelőzésére, különösen azokat megcélözva, akiknek nagy kockázattal rendelkező partnerük van.
- Középső területek: a megelőzést az adott ország körülményeihez kell igazítani, hogy megtartsák járványügyileg kedvező helyzetüket.
- Nyugati területek: a HIV-megelőzési stratégiák sarokkövét a férfakkal nemi kapcsolatot létesítő férfiak között a HIV elleni védekezésre irányuló intézkedéseknek kell képezniük, ilyenek lehetnek például a biztonságosabb nemi kapcsolatra vonatkozó kampányok újraindítása a homoszexuális férfiaknál; a megelőzésre, a kezelésre és az ellátásra vonatkozó intervenciókat úgy kell módosítani, hogy elérjék a migráns népességszoportokat is.
- Az összes területen szorgalmazni kell a HIV-vizsgálatokat, hogy idejekorán el lehessen kezdeni a kezelést, valamint a tanácsadást, hogy meg lehessen előzni vagy csökkenteni lehessen a további terjedést és javítani lehessen a hosszabb távú életkilátásokat az érintett személyek körében.

## Különleges /Egyéb jelentések

### 6. Cselekvési keretterv az Európai Unióban a tuberkulózis ellen folytatott küzdelemről

(Közzététel: 2008. március)

A tbc az ember súlyos fertőző betegsége, amelyet leggyakrabban tüdőbeteg személy által kibocsátott folyadékcseppekben lévő baktériumok belélegzésével lehet elkapni. Bár a tbc olyan betegség, amelynek van hatékony gyógymódja, de a nem megfelelő kezelés vagy a kezelés be nem tartása miatt sikertelen gyógykezelés következtében korai visszaesés vagy gyógyszerrezisztens tbc alakulhat ki.

Az EU-ban a tbc megbetegedések száma az elmúlt évtizedek során folyamatosan csökkent. A 27 EU tagországra vonatkozó számadatok a világon a legalacsonyabbak közé tartoznak, bár még mindig magasabbak, mint más iparosodott országokban, például az USA-ban és Ausztráliában. Elégedettségre még sincs okunk, mivel több országban évtizedekkel ezelőtt hasonlóan kedvező járványügyi helyzet alakult ki, ám ennek következtében csökkent a tudatosság, továbbá csökkent a tbc megelőzésére és a tbc elleni védekezésre szolgáló erőforrások és szolgáltatások köre. Ennek következtében a betegség újra felütötte a fejét, emellett a helyzetet súlyosbította a HIV-járvány és a multirezisztens tbc kialakulása. Ez új erőfeszítéseket tett szükségessé mind a védekezési programokban, mind a korai diagnózist valamint a megfelelő és teljes/hiánytalan gyógykezelést biztosító tevékenységekben.

Az adott helyzetben az Európai Unió egészségügyi biztosa, Markos Kyprianou 2007 márciusában felkérte az Európai Betegségmegelőzési és Járványügyi Központot (ECDC), hogy dolgozzon ki egy cselekvési tervre vonatkozó javaslatot az Európai Unióban a tuberkulózis ellen folytatott küzdelemről.

A tbc-re vonatkozó cselekvési keretterv hosszú távú célja a tbc megfékezése és végleges felszámolása az EU-ban. A tuberkulózis által jelentett teher csökkentését célzó tevékenységek többsége nemzeti erőfeszítésekre támaszkodik, az EU intézményei pedig támogatják a tagállamokat munkájukban. A terv céljai a következők:

- a tbc-vel mint az EU-t érintő népegészségügyi kérdéssel kapcsolatban a politikusok és a lakosság tudatosságának fokozása;
- az EU tagállamaiban a tbc elleni erőfeszítések támogatása és erősítése a nemzeti járványügyi helyzettel és kihívásokkal összhangban;
- a tbc megfékezésében való részvétel az EU-ban azáltal, hogy támogatást nyújtanak azoknak az országoknak, ahonnan az Unióba behurcolt esetek származnak.

Ez a javaslat a következő négy elven alapul: mindenki számára azonnali és színvonalas ellátás biztosítása, a népegészségügyi rendszerek kapacitásának bővítése, új eszközök kifejlesztése, valamint partnerség és együttműködés kialakítása az országokkal és az érdekelt felek között. A stratégiai fejlesztés nyolc területe az említett elvek köré szerveződik. Összefoglalva, ezek az ajánlott célkitűzések/intézkedések mind a nyolc területhez:

#### **1. terület. Elkötelezettség a tbc elleni küzdelemben, a tbc-vel kapcsolatos tudatosság és az egészségügyi ellátórendszerek kapacitása**

1. A tagállamok részéről, a tbc elleni védekezés tervei iránti politikai és az erőforrásokat érintő kötelezettségvállalás fokozása az általános népegészségügyi stratégiák részeként.
2. A tagállamok egészségügyi kapacitásainak fokozása a tbc elleni védekezésre és a betegség felszámolására irányuló tevékenységek végrehajtása érdekében.

#### **2. terület. Felügyelet**

1. A tbc járványügyi jellemzőinek és terjedésének értékelése időszakonként és területenként, mind a tagállamokon belül, mind Európa egészét tekintve.
2. A tbc elleni védekezési tevékenységek teljesítményének nyomon követése és az azokból származó adatok eljuttatása a döntéshozatali ciklusba annak érdekében, hogy az ott engedélyezett, megfelelő intézkedések révén javítani és frissíteni lehessen a tbc-re vonatkozó nemzeti és az európai terveket.
3. Azon, magas tbc-kockázatnak kitett és kedvezőtlen kilátásokkal rendelkező népességcsoportok azonosítása és jellemzése, amelyek esetében célzott népegészségügyi tevékenységek szükségesek.

### 3. terület. Laboratóriumi szolgáltatások

1. Olyan magas színvonalú, korszerű laboratóriumi szolgáltatások kifejlesztése és alkalmazása, amelyek kiszolgálják a tbc-vel kapcsolatos klinikai, járványügyi és kutatási igényeket.
2. Biztonságos, pontos, színvonalas laboratóriumi szolgáltatások, valamint megfelelően képzett személyzet biztosítása a munka elvégzéséhez.
3. A hosszú távon működtethető laboratóriumi szolgáltatásokba történő befektetés biztosítása.

### 4. terület. Azonnali és minőségi tbc-ellátás mindenki számára

1. Minden eset azonnali diagnosztizálása, valamint megfelelő tbc-kezelés és –ellátás biztosítása.
2. A sajátos járványügyi helyzetekhez és veszélyeztetett népességszámokhoz igazodó beavatkozások a tbc elleni védekezés minden szinten maximális hatékonyságának biztosítása érdekében.
3. A járványok felderítését és felszámolását célzó intézkedések következetes alkalmazásának megvalósítása.
4. Minden tbc-s beteg egyéni egészségügyi szükségletei kielégítésének biztosítása.

### 5. terület. Multirezisztens (MDR) és kiterjedten gyógyszerrezisztens (XDR) tbc

A következő célkitűzések minden tagállamra vonatkoznak, de azoknak az országoknak, amelyekben a multirezisztens és a kiterjedten gyógyszerrezisztens tbc problémája a legnagyobb, különös figyelmet kell ezekre fordítaniuk.

1. A multirezisztens és a kiterjedten gyógyszerrezisztens tbc felügyeletének és nyomon követésének optimalizálása és fokozása.
2. Kifejezetten a tbc-gyógyszerekkel szembeni érzékenység vizsgálatának javítása az EU-ban a megerősített tbc-laboratóriumi szolgáltatások keretében.
3. A multirezisztens és a kiterjedten gyógyszerrezisztens tuberkulózisban szenvedő betegek ellátásának és kezelésének javítása, ideértve a fertőzés elleni védekezést és a fertőző betegekkel kapcsolatba került személyek felkutatására és megelőző kezelésükre vonatkozó eljárásokat is.
4. Az elsődlegesen és a másodlagosan alkalmazott gyógyszerekhez való hozzáférés és azok elérhetőségének javítása a tbc-gyógyszerek ésszerű használatának biztosításával.

### 6. terület. Tbc/HIV-társfertőzés

1. A tbc/HIV-társfertőzés okozta társadalmi teher csökkentése az EU-ban a tbc- és HIV/AIDS-tervek közötti kapcsolódási pontok, illetve az egészségügyi rendszeren belüli megfelelő szolgáltatások megerősítésével.
2. A tbc/HIV-betegség együttes jelenlétéhez kapcsolódó kutatási tevékenységek és klinikai tanulmányok előmozdítása az unióban.

### 7. terület. Új eszközök a tbc elleni védekezéshez

1. Prioritások meghatározása az EU-ban zajló alap-, alkalmazott és operatív kutatások terén.
2. Finanszírozás és együttműködés biztosítása.

### 8. terület. Partnerség és együttműködés kialakítása az országokkal

1. Biztosítani kell, hogy a tbc kiemelt helyen maradjon az EU és a nemzeti közintézmények politikai, technikai és kutatási menetrendjében, figyelembe véve a korlátozott erőforrásokért versengő prioritásokat.
2. A megbélyegzés megszüntetésének elősegítése, a tbc, a multirezisztens tbc és a kiterjedten gyógyszerrezisztens tbc korai és gyors felismerésének biztosítása, valamint az emberek arra való ösztönzése, hogy a Tuberkulózisban Szenvedő Betegek Ellátásáról Szóló Chartával összhangban végzett kezelést igényeljének.
3. A kezelés elérhetőségének, hozzáférhetőségének, megfizethetőségének, megfelelőségének és – főként – sikerességének biztosítása.
4. Az ECDC, az Európai Bizottság, az egyes országok, a WHO és más érdekelt felek közötti együttműködés és koordináció közös továbbfejlesztése.

## 7. A fertőző betegségek felügyelete az Európai Unióban, hosszú távú stratégia 2008–2013

(Közzététel: 2008. május)

Az Európai Unióban azért dolgozták ki a fertőző betegségek jövőbeli felügyeletére vonatkozó hosszú távú jövőképet és stratégiát, hogy segítse az Európai Felügyeleti Rendszer hosszú távú fejlesztésére irányuló döntések megalapozását. Ez a stratégia a 2013-ig előttünk álló évekre vonatkozik, ezáltal igazodik az ECDC többéves stratégiai tervéhez (amelyet az ECDC igazgatótanácsa 2007 júniusában hagyott jóvá). Ezenfelül várható, hogy az ECDC laboratóriumi stratégiájával egymást segítik majd.

A stratégia arra törekszik, hogy meghatározza a felügyelet alkalmazási körét és kikötéseit/feltételeit továbbá szándékait és célkitűzéseit, valamint szervezeti előfeltételeit. Vázolja a tagállamok támogatásának módjait, és végrehajtási ütemtervet is tartalmaz.

Az átfogó cél az, hogy a felügyelet hozzájáruljon a fertőző betegségek incidenciájának (új esetek előfordulása) és prevalenciájának (az adott időpontban/-szakban észlelhető összes eset előfordulása) csökkentéséhez Európában azáltal, hogy mérvadó népegészségügyi adatokkal, információval és jelentésekkel szolgál a döntéshozók, a szakemberek és az egészségügyi dolgozók számára. Ezzel elősegíti azoknak az intézkedéseknek a megszületését, amelyek a fertőző betegségek időbeli megelőzését és az ellenük való védekezést szolgálják Európában. A tagállamokból származó fertőző betegségekre vonatkozó adatok nagyfokú hitelessége és jó összehasonlíthatósága elengedhetetlen a cél eléréséhez.

A felügyelet összehangoltabb működése:

- javítja az adatok regionális összehasonlíthatóságát;
- Európa-szerte egyszerűsíti a felügyeletet;
- lehetővé teszi a felügyelet együttműködő megoldását;
- elkerüli a párhuzamos munkavégzést;
- hosszú távon jobb minőségű járványügyi bizonyítékokat nyújt a mérvadóbb és megbízhatóbb adatoknak köszönhetően;
- megkönnyíti a nemzeti felügyeleti rendszerek megerősítését;
- nagy valószínűséggel gazdaságilag hatékonyabb és fenntarthatóbb lesz;
- megkönnyíti az adatokhoz való hozzáférést és azok használatát;
- elősegíti a nemzetközi járványok észlelését és nyomon követését;
- hozzájárul a kapacitásépítéshez; és
- az európai prioritásoknak megfelelően biztosítja a felügyeleti és a kutatási tervek kiterjesztését újabb betegségekre is.

Az ECDC kidolgoz egy európai szintű rendszert a fertőző betegségek mutatókon alapuló felügyeletére, amelynek neve „Az Európai Felügyeleti Rendszer (TESSy)”. A TESSy értékes eszköz lesz az uniós tagállamokból és az EGT-államokból származó felügyeleti adatok gyűjtésének, hitelesítésének, tárolásának és terjesztésének elősegítésére. A TESSy kezdetben a fertőző betegségek egyes eseteinek rutinszerű felügyeletéhez fontos, alapvető változók legszükségesebb körét gyűjti majd össze. Amint általánosan elfogadják és regionális, szabványos adatbázisként használják majd a TESSy-t, az ECDC hosszú távú céljait - vagyis a felügyeleti munka bonyolultságának és a munkaterhének minden résztvevő számára érezhető további csökkentését - a következők támogatják majd:

- a fertőző betegségek felügyeletére vonatkozó adatgyűjtés szabványosítása;
- annak biztosítása, hogy az adatok bejelentése és lekérdezése egy helyen („egy-ablakos ügyintézés”) lesz megvalósítható a tagállamok számára;
- a felügyeleti adatok alapján készült jelentések szabványosítása; és
- az aktuális járványügyi helyzet következetes és könnyen hozzáférhető áttekintésének biztosítása az Unióban.

Foglalkoznak majd azzal a problémával is, hogy jelenleg egyes betegségekre vonatkozó adatokat párhuzamosan kell jelenteni az e betegségek felügyeletében érintett különböző regionális szervezetek – mint a WHO/Európa vagy Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontja (EMCDDA) –, számára, és csökkenteni szándékoznak, vagy ha lehet, meg kívánják szüntetni az ilyen, a kétirányú adatszolgáltatást.

Ki kell alakítani egy ideiglenes eljárásrendet az ECDC és a tagállamok, valamint az ECDC és a betegség-specifikus felügyeleti hálózatok (DSN-ek) között zajló adatszolgáltatásra vonatkozó együttműködés elveiről, hogy egyértelműen meghatározható legyen az adatszolgáltatók és az adatfelhasználók szerepe mind a tagállamokban, mind az ECDC-ben (és más feleknél, például a WHO-nál). Ennek az ideiglenes eljárásrendnek egyebek mellett tartalmaznia kell az adatelemzés eredményeinek közzétételi eljárásait is. Ezen ideiglenes eljárásrend tapasztalatai alapján az érintett felekkel együtt kidolgoznak egy részletesebb, végleges, hosszú távú eljárásrendet.

Az illetékes szervezetek által kijelölt, meghatározott betegségekkel foglalkozó szakértőkkel való jövőbeni együttműködés a következőképpen épül fel: a betegségeket, illetve kórokozókat hat fő csoportba osztják fel. Ahol szükséges, a hat csoport bármelyikén belül létrehozhatnak alcsoportokat, amelyek szűkebb területre (meghatározott betegségekre) összpontosítanak. A hat fő csoport mindegyikében tartanak éves munkaértekezleteket, ahol megvitatják a teljes betegségrcsoport felügyeletére vonatkozó kérdéseket. Ha szükséges, ezzel egy időben tarthatók meghatározott betegségekre vonatkozó „párhuzamos ülésszak” jellegű tanácskozások is. A hat fő betegségrcsoport, illetve munkacsoport mindegyikénél létrehozhatnak egy koordináló csoportot, és ezek a csoportok átvessznek sok funkciót, amelyet a korábban működő Betegség-specifikus Felügyeleti Hálózatokat irányító csoportok láttak el.

Az EU egészére vonatkozó felügyelet megerősítéséhez elengedhetetlenek az egyes tagállamokban megfelelően működő laboratóriumi szolgáltatások. Az ECDC épít a már elvégzett munkára, és a Bizottsággal, az ECDC illetékes szervezeteivel és a tagállamok nemzeti mikrobiológiai kapcsolattartóival együttműködve támogatja a laboratóriumi kapacitások megerősítését a tagállamokban, az EGT/EFTA országaiban és a tagjelölt országokban.

Az ECDC mindent megtesz, hogy biztosítsa: minden országban – közvetlenül vagy közvetett módon – álljanak rendelkezésre a nemzeti referencialaboratóriumok (NRL) szolgáltatásai, amelyek mindenütt lehetővé teszik a diagnózis megerősítését, a kórokozók izolálását és további jellemzését, ami alapként szolgál a mindennapos működés során és a vészhelyzetekben is az igazolt és valószínűsíthető esetek bejelentéséhez. Az ECDC kapcsolatot létesít ezen nemzeti referencia-laboratóriumokkal, és segít nekik mikrobiológiai adataik és a járványügyi (és klinikai) adatok nemzeti szintű integrálásában. A hiteles és pontos adatok biztosításához elengedhetetlen a laboratóriumi módszerek minőségbiztosítása, ezért a 2008-2013 közötti időszakban lépéseket tesznek az európai szabványok kialakítása érdekében is.

Az ECDC két szakaszban hajtja végre fertőző betegségek felügyeletére vonatkozó stratégiáját: az első szakasz egy 2010-ig tartó átmeneti időszak, amely főként az Európai Unióban jelenleg működő Betegség-specifikus Felügyeleti Hálózatoknak az ECDC-be való fokozatos integrálására összpontosít; a második szakaszban (2010–2013) már az ECDC-t terheli a felügyeletre vonatkozó teljes felelősség, és ekkor már az Európában lehetséges legmagasabb minőségű rendszerek kidolgozására és megszilárdítására összpontosíthat.

Ahhoz, hogy ez a stratégia és célkitűzései megfelelőek és naprakészek maradjanak, a tagállamok és a kulcsfontosságú érintett felek azt újra megvizsgálják majd, hogy szükség szerint beépíthessék az újonnan felmerülő stratégiai elemeket és új bizonyítékokat.

# A munkaértekezletéről készült jelentések

## 8. Fertőző betegségek és társadalmi tényezők

(A találkozót 2007 áprilisában tartották, a jelentést 2008 februárjában tették közzé)

Ez a jelentés a fertőző betegségek társadalmi tényezőiről szóló, az ECDC által összehívott munkaértekezletről készült, melyen a fertőző betegségek és társadalmi tényezők területén dolgozó kutatók vettek részt. Az értekezlet fő célkitűzései a következők voltak:

- a társadalmi egyenlőtlenségek jelentőségének értékelése a fertőző betegségek által okozott társadalmi teher tekintetében;
- az egészségügyi egyenlőtlenségek megszüntetésére/ellensúlyozására vonatkozó legjobb gyakorlatok azonosítása, amelyeket a fertőző betegségek megelőzése vagy kezelése területén alkalmaznak;
- stratégiák és intézkedések kidolgozása a társadalmi tényezőkből származó egészségügyi egyenlőtlenségek megszüntetésére.

A jelentés a munkaértekezlet kulcsfontosságú témáira és vitaterületeire összpontosít, melyet öt fő szakaszra osztottak:

- a fertőző betegségek társadalmi tényezői;
- meghatározott betegségekre vonatkozó kérdések;
- célzott beavatkozások, amelyek a társadalmi egyenlőtlenségek leküzdésére fókuszálnak
- a társadalmi egyenlőtlenségek kiküszöbölését célzó szakpolitikák; és
- elsőbbséget élvező teendők azonosítása.

A munkaértekezlet folyamán megállapították, hogy a fertőző betegségek által okozott társadalmi teher tekintetében egy társadalmi szakadék?/rés tapasztalható, amely legalább ugyanolyan nagy, mint a nem fertőző betegségek esetén. Meghatározott betegségek és fertőzések esetén ez a rés még nagyobb is lehet. Bár általánosságban a társadalom peremére szorult csoportok a leginkább érintettek, a társadalmi tagozódás nem azonos módon befolyásolja az összes fertőző betegség előfordulását: a legmagasabb társadalmi-gazdasági csoportok esetében egyes fertőzések kockázata nagyobb bizonyos nagy kockázatot jelentő magatartások miatt.

Európában egyértelmű az igény arra, hogy többet tudjunk a fertőző betegségek által okozott társadalmi teherről, hogy meg lehessen határozni, mi legyenek a fontossági sorrend az értékelésben, a kutatásban, a beavatkozások és a szakpolitika változása során. Az ezt a feltérképezést célzó munkát például a tbc-re vonatkozóan már elindították.

A munkaértekezleten megfogalmazott egyik ajánlás az volt, hogy a fertőző betegségekre vonatkozó adatgyűjtést egészítsék ki egy vagy két társadalmi tényezővel. Ez alapvető ismereteket biztosíthat és így részletesebb információk nyerhetők a felmérésekből. A fertőző betegségek biológiai markereit be lehet építeni a szabványos egészségügyi felmérésekbe, esetleg az európai felmérésekbe.

A munkaértekezlet másik következtetése az volt, hogy a társadalmi tényezők már nem szerepelnek a kutatási ütemtervben. Ezeket újra fel kell venni a tervbe, mert hiányosak az ismeretek azokról a tényezőkről, amelyek a különböző régiókban és népességcsoportokban befolyásolják a fertőző betegségek előfordulását. Egy fontos, de gyakran figyelmen kívül hagyott paraméter az a környezet, amelyben az emberek élnek és dolgoznak. A fertőző betegségek kockázati tényezői nem egyedi kockázati tényezők, és a kórokozók az egyes társadalmi-gazdasági csoportok tekintetében eltérőek lehetnek. A meglévő adatokat a lehető legteljesebb mértékben hasznosítani kell ahhoz, hogy feltárjuk a fertőző betegségek társadalmi tényezőit. A meghatározott területek, ahol további kutatásra van szükség: a migránsok, a megbélyegzés enyhítése és az egészségügyi egyenlőtlenségeket befolyásoló szociális és politikai folyamatok.

A találkozó egyik konkrét kezdeményezése egy a hasznos/megfelelő beavatkozásokat összesítő adatbázis létrehozatala volt. Az ilyen adatbázis célja az lenne, hogy biztosítsa az információk megfelelő áramlását, különösen azokból a régiókból, amelyek nem sokat publikálnak, de bővében vannak a tapasztalatoknak.

A szakmapolitikai cselekvés egyik legfontosabbikána az egészségnevelést tekintették, mégpedig két módon. A korai életkorban kezdődő és később is folyamatosan zajló egészségnevelésnek előkelő helyett kell elfoglalnia az oktatási döntéshozók terveiben. Az ilyen egészségnevelésnek ki kell térnie az egészségügyi kérdéseket meghatározó társadalmi tényezőkre is, hogy a következő nemzedékek befolyásolni tudják a politikai folyamatot. Az oktatásnak ki kell térnie a társadalmi szegregáció egészségügyi hatásaira, meg kell tanítania meghatározott készségeket, amelyek révén az emberek védekezni tudnak az egészségügyi kockázatokkal szemben és képesek

törődni magukkal és befolyásolni a kockázati tényezőknek való kitettségüket. A második mód az, hogy bővíteni kell az orvosi, ápolási és szociológiai stb. oktatási intézményekben a társadalmi tényezőkre is kitérő oktatást. A jövő egészségügyi dolgozóinak részt kell venniük a vitákban és változást kell követelniük e kedvezőtlen tényezők terén. A népegészségügynek részt kell vennie a társadalmi egyenlőtlenségekről és azok egészségre gyakorolt hatásáról szóló vitában.

Egyértelmű prioritás, hogy hangsúlyozni kell a makrotársadalmi tényezőket és együtt kell dolgozni a népegészségügy területén kívül eső szektorokkal (politikai, társadalmi, műszaki stb.). Az ilyen érdekképviselési erőfeszítések támogatásához át kell gondolni és meg kell vitatni a célokat. Az összes európai ország történelmében vannak jól felhasználható példák. Az ECDC fontos szerepet játszhat, mint a fertőző betegségek elleni védekezés terén jelentkező egyenlőtlenségek fontosságát hangsúlyozó érdekképviselő fél.

## 9. Munkaértekezlet a környezeti változásokról és a fertőző betegségekről

(A találkozót 2007 márciusában tartották, a jelentést 2008 májusában tették közzé)

### A találkozó célkitűzései

- felülvizsgálni a bizonyítékokat, amelyek a globális éghajlati és ökológiai változásoknak a fertőző betegségek által okozott társadalmi teherre gyakorolt hatásaival kapcsolatosak Európában;
- megvitatni a népegészségügyi kompetenciákat, amelyek ahhoz szükségesek, hogy foglalkozzanak az éghajlatváltozás és a fertőző betegségek veszélyeivel; és
- meghatározni a kutatási igényeket.

### Éghajlatváltozás

Az éghajlatváltozással foglalkozó kormányközi fórum (Intergovernmental Panel on Climate Change) megállapította, hogy az éghajlat változik; a hőmérséklet és a tengerszint várhatóan emelkedik, és szélsőségesebb időjárási események várhatók. Ezek a változások befolyásolják az ökoszisztémát, a vizeket, a mezőgazdaságot, a társadalmi-gazdasági fejlődést és így – közvetlenül vagy közvetve – a lakosság egészségét. Az éghajlatváltozás és az egyéb ökológiai változások többféle módon befolyásolhatják a fertőző betegségek terjedését. Minden résztvevő egyetértett abban, hogy a „légtér összetételének stabilizálására irányuló kötelezettségvállalás” – az a típusú éghajlatváltozás, amely mellett már elköteleztük magunkat – azonnali cselekvésre szólít fel.

### A betegségek veszélyei

A találkozó résztvevői megvitaták az éghajlatváltozás és az egyéb, kapcsolódó környezeti változások kihatásait a vektorok, a rovarok, a víz, az élelmiszer és a levegő által terjesztett betegségekre. Bár kevés a bizonyíték, az alábbi következtetésekre jutottak:

- Számos vektor és rovar által terjedő betegséget azonosítottak, amelyek potenciálisan képesek arra, hogy az éghajlatváltozás (hőmérséklet, szélsőséges időjárási események, szezonális ingadozások) és környezeti tényezők (földhasználat, ökoszisztémák, erdőirtás, hidrológia, biodiverzitás) miatt változzon a terjedésük mértéke. Ide tartoznak olyan arbovírusok okozta betegségek is, mint a dengue, a chikungunya, a nyugat-nílusi láz és potenciálisan a malária. Az időjárási körülmények is befolyásolják a rovarpopuláció sűrűségét és eloszlását.
- Európának fel kell készülnie olyan behurcolt, vízhez kapcsolódó betegségekre, mint a kolera, a szélsőséges csapadékos eseményekből fakadó helyi járványokra, valamint a hulladék és szennyvíz túlzott mennyiségével kapcsolatos egészségügyi problémákra. Ugyancsak fontosnak jelölték meg a hasmenéses betegségek előfordulási gyakoriságának potenciális változásait. A legvesélyeztetettebb csoportok közé tartoznak a szegények, az idősek, a nagyon fiatalok, a társadalom peremére szorult csoportok, a külföldön fertőzésnek kitett utazók és azok, akiknek immunrendszere sérült vagy már előzetesen meglévő betegségben szenvednek.
- Felülvizsgálták az élelmiszer által terjedő betegségeket az emberi magatartások változásainak tekintetében, valamint a vadon élő és háziállatok érintkezési szokásainak változását, különösen aszályos körülmények között.
- A légzőszervi egészség szempontjából a legjelentősebb éghajlat-változási hatásként az asztma és a krónikus obstruktív tüdőbetegségek kiújulását azonosították. Az éghajlatváltozás hatásának nyomon követésére megfelelő jelnek gondolják ezen állapotok magas előfordulási gyakoriságát.



### Népegészségügyi kompetenciák

Egyetértés volt a résztvevők között arról, hogy a szükséges készségek a fő közegészségügyi kompetenciák, és ezek olyan értékeket testesítenek meg, amelyek minden országban megvannak – vagy meg kellene lenniük. Egyéb pontok, amelyeket illetően megegyezés született:

- a kapacitások megerősítése annak érdekében, hogy megbirkózzanak az új, éghajlatváltozással kapcsolatos fertőző betegségek veszélyeivel, a népegészségügy szélesebb körű megerősítése egyik módjának tekinthető. Különösen fontos a szektorok és hivatalok közötti munka koordinálásának igénye.
- A megtárgyalt négy népegészségügyi kompetencia a felügyelet, a kutatás, a biztosítás és a szakmapolitika. Bizonyos éghajlat-változási problémákra már léteznek felügyeleti stratégiák, de a fertőző betegségek területén még vannak hiányosságok.
- Egy szükséges első lépés lehetne egy kockázatértékelés elvégzése, amely azonosítaná a kockázati tényezőket és a sérülékeny csoportokat. Ez kijelölné azt a bizonyítékon alapuló fórumot, amely létrehozhatna népegészségügyi/ klinikai irányelveket és szakmapolitikai ajánlásokat.
- Komoly akadályt jelentenek a rovarügyi ismeretekben meglévő hiányok. Ezt a problémát orvosolhatná a rovarügyi képzés további bővítése.
- Hiányzik egy átfogó monitoring rendszer, de a csoport egyetértett abban, hogy nem szükséges egy egész Európát lefedő rendszer létrehozása, mert sok ilyen, potenciálisan veszélyt jelentő betegség a legtöbb területen ritkán fordul elő.
- Egyetértettek a „válasz csak szükség esetén” megközelítésben. Ez a megközelítés a rugalmasságra összpontosít, és lehetővé teszi a problémák felmerülésekor az azokra adott gyors választ. Azon a feltevésen alapul, hogy – ha az éghajlatváltozással vagy egyéb környezeti kérdésekkel összefüggésben tekintjük – eddig e fertőző betegségek közül csak nagyon kevés okozott komoly problémát.
- Szükség van a lakosság (és talán még a szakemberek) tudatosságának növelésére bizonyos általános témákban, hogy javuljon bizonyos küszöbön álló változások megértése.
- Az éghajlatváltozásról szóló új zöld könyv egyedülálló lehetőséget kínál az Európai Bizottság kapacitásának növelésére az egészségügyi szakmapolitikák terén.

### Kutatási igények, kihívások és akadályok

A találatok meghatározott számos kutatási témát, beleértve a mutatók és a sérülékeny csoportok azonosításának szükségességét. A résztvevők megjegyezték, hogy a különböző tagállamok egyértelműen eltérő kapacitásokkal rendelkeznek az éghajlatváltozással kapcsolatos monitoring és kutatás elvégzésére. Javasolták az összes országban a megfigyelőhelyek („sentinel”) alkalmazását mint gyors megoldást az európai szintű adatgyűjtésre, amíg teljesen működőképes lesz minden közegészségügyi és monitoring-rendszer.

További igény a hozzáférés a hosszú távú adatokhoz. Kihívást jelent ezen adatok összekapcsolása a műholdokról gyűjtött adatokkal és az emberi egészséggel kapcsolatos hasznos következtetések levonása. További kutatási kihívás a hosszú távú folyamatok hozzárendelése az éghajlatváltozáshoz.

### Cselekvési ajánlások

A munkaprogramok és az ezt követő, az éghajlatváltozásra és a fertőző betegségekre összpontosító közegészségügyi szakmapolitikák kidolgozása során szükség van a következőkre:

- építeni a meglévő kezdeményezésekre és kapacitásokra;
- kialakítani egy minden fél számára előnyös („win-win”) kultúrát az ágazatok és hivatalok közötti munka terén;
- elismerni, hogy a régió különböző részei különbözőképpen érzékelik az éghajlatváltozás hatásait;
- elismerni, hogy a különböző tagállamokban különböző kapacitások állnak rendelkezésre a megfelelő válaszlépésekhez;
- feltárni számos lehetséges felügyeleti megközelítést;
- megszüntetni felügyeleti akadályokat;
- együttműködni és kidolgozni egy átfogó, a kilátásokat vizsgáló kockázati stratégiát;
- elősegíteni a szakmai oktatási programok kidolgozását és végrehajtását; és
- bővíteni a kommunikációs kapacitásokat.

## Melléklet: ECDC-kiadványok 2008-ban

Ez a felsorolás csak az ECDC 2008-ban megjelentetett, hivatalos kiadványait tartalmazza. Az ECDC munkatársai azonban számos egyéb, itt fel nem sorolt tudományos cikket és közleményt is kiadtak vagy együttműködtek azok elkészítésében, ilyen az *Eurosurveillance* is. Az alább felsorolt összes dokumentum hozzáférhető az ECDC weboldalán (<http://ecdc.europa.eu>).

### *Szakmai jelentés*

*május*

Review of Chlamydia control activities in EU countries

### *ECDC-útmutató*

*január*

Guidance for the introduction of HPV vaccines in EU countries

*augusztus*

Priority risk groups for influenza vaccination

### *Felügyeleti jelentések*

*december*

Annual epidemiological report on communicable diseases in Europe 2008

HIV/AIDS surveillance in Europe 2007

### *Kiküldetési jelentés*

*augusztus*

Measles outbreak in Austria: risk assessment in advance of the EURO 2008 football championship

### *Különjelentések*

*március*

Framework action plan to fight tuberculosis in the European Union

*május*

Surveillance of communicable diseases in the European Union. A long-term strategy: 2008–2013

*július*

ECDC strategic multi-annual programme 2007–2013

### *A találkozóról készült jelentések*

*január*

Networking for public health (27–28 February 2007)

*február*

Consultation on vector-related risk for chikungunya virus transmission in Europe (22 October 2007)

Infectious diseases and social determinants (26–27 April 2007)

*március*

Now-casting and short-term forecasting during influenza pandemics (29–30 November 2007)

Second consultation on outbreak investigation and response in the EU (15 November 2007)

Third meeting of the Chairs of Commission and Agency scientific committees/panels involved in risk assessment (6–7 November 2007)

*május*

Environmental change and infectious disease (29–30 March 2007)

*június*

Training strategy for intervention epidemiology in Europe (11–12 September 2007)

*október*

Annual meeting on TB surveillance in Europe (3–4 June 2008)

HIV testing in Europe: from policies to effectiveness (21–22 January 2008)

*december*

Workshop on linking environmental and infectious diseases data (28–29 May 2008)

***Szakmai dokumentumok****január*

Core competencies for public health epidemiologists working in the area of communicable disease surveillance and response, in the European Union

***Intézményi kiadványok***

*negyedévente (március, június, szeptember, december)*

ECDC Insight

Executive science update

*június*

Annual report of the Director 2007

*december*

Keeping Europe healthy: ECDC in action

Protecting health in Europe: our vision for the future