



ECDC **CORPORATE**

Streszczenie kluczowych publikacji 2008

ECDC CORPORATE

Streszczenie kluczowych publikacji 2008



Sztokholm, czerwiec 2009 r.

© Europejskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób, 2009

Powielanie jest dozwolone pod warunkiem podania źródła.

Tłumaczenie oryginału zatytułowanego „Summary of key publications 2008”. Choć podjęto wszelkie możliwe kroki w celu zapewnienia dokładności tłumaczenia niniejszego tekstu, w przypadku istnienia jakichkolwiek rozbieżności wersją wiążącą jest wersja anglojęzyczna.

Spis treści

Wprowadzenie	1
Raport techniczny	2
1. Przegląd działań związanych z kontrolą zakażeń chlamydią w krajach UE	2
Zalecenia ECDC	4
2. Zalecenia w sprawie wprowadzenia szczepień przeciwko wirusowi HPV w krajach UE	4
3. Priorytetowe grupy ryzyka szczepień przeciwko grypie	6
Raporty monitoringowe	9
4. Roczny raport epidemiologiczny w sprawie chorób zakaźnych w Europie w 2008 r. – Raport na temat statusu chorób zakaźnych w krajach UE i EOG/EFTA	9
5. Nadzór nad HIV/AIDS w Europie	12
Raporty specjalne	14
6. Ramowy plan działania na rzecz zwalczania gruźlicy w Unii Europejskiej	14
7. Nadzór nad chorobami zakaźnymi w Unii Europejskiej – strategia długoterminowa, 2008–2013	15
Raporty ze spotkań	18
8. Choroby zakaźne a ich determinanty społeczne	18
9. Warsztaty na temat zmian środowiskowych i chorób zakaźnych	19
Aneks: Publikacje ECDC w 2008 r.	21

Wprowadzenie

W roku 2008 Europejskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC) opublikowało w sumie 21 dokumentów naukowych. Do najistotniejszych z nich należą: *Ramowy plan działania na rzecz zwalczania gruźlicy w Unii Europejskiej*, zalecenia dotyczące możliwych strategii wprowadzenia systemu szczepień przeciwko wirusowi brodawczaka ludzkiego (HPV) oraz dwa raporty monitoringowe – *Roczny raport epidemiologiczny na temat chorób zakaźnych w Europie* oraz *Raport monitoringowy zakażeń HIV/AIDS w Europie za 2007 r.* Drugi z wymienionych raportów został po raz pierwszy opracowany wspólnie z Biurem Regionalnym Światowej Organizacji Zdrowia dla Europy (WHO EURO) i dotyczy sytuacji w krajach UE i EOG, a także w dalszych 23 krajach rejonu WHO EURO.

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

Wykaz wszystkich publikacji wydanych przez ECDC w 2008 r. znajduje się w Aneksie. Każda z nich jest dostępna w postaci elektronicznej pod podanym wyżej adresem, wraz z krótkim opisem treści. Wybrane raporty dostępne są również w postaci drukowanej. Aby otrzymać papierowy egzemplarz danego dokumentu, prosimy o kontakt pod adresem publications@ecdc.europa.eu.

Raport techniczny

1. Przegląd działań związanych z kontrolą zakażeń chlamydia w krajach UE

(Opublikowany w maju 2008 r.)

Raport przedstawia zakres i wyniki projektu zatytułowanego „Przegląd badań przesiewowych w kierunku zakażeń chlamydia w Europie” (ang. Screening for Chlamydia Review in Europe, SCREEn), prawdopodobnie największego jak dotąd badania dotyczącego działań związanych z kontrolą zakażeń chlamydia w UE. Projekt prowadzony był od listopada 2006 r. do sierpnia 2007 r. i obejmował gromadzenie danych z państw członkowskich UE, krajów kandydujących do UE, członków EFTA oraz Stanów Zjednoczonych Ameryki.

Poprzez ankietę rozsyłaną pocztą we wszystkich państwach członkowskich i krajach kandydujących do UE oraz bardziej pogłębiony wywiad w ramach wizyt terenowych u urzędników odpowiedzialnych za zdrowie publiczne oraz w placówkach służby zdrowia w wybranych państwach członkowskich UE, w badaniu SCREEn zgromadzono szczegółowe dane dotyczące rozpoznawania zakażeń chlamydia, badań przesiewowych, prowadzenia przypadków, badań nad częstością zakażeń oraz innych pokrewnych tematów z dziedziny zdrowia publicznego. Projekt umożliwił pogłębiony wgląd w strategię wykorzystywane przez krajowe systemy zdrowia publicznego do powstrzymania fali zakażeń chlamydia.

Nadrzędnym celem projektu było dokonanie przeglądu programów i działań mających na celu kontrolę zakażeń chlamydia w państwach członkowskich oraz przygotowanie zaleceń mających na celu poprawę zapobiegania i kontroli zakażeń chlamydia w danym regionie. Szczegółowe cele obejmowały:

- zgromadzenie pełnych informacji na temat działań w zakresie zdrowia publicznego podejmowanych w związku z kontrolą zakażeń *C. trachomatis* w państwach członkowskich i krajach kandydujących do UE, u europejskich sąsiadów tych krajów oraz w Stanach Zjednoczonych Ameryki;
- scalenie zgromadzonych w ww. krajach informacji na temat wskaźników demograficznych i ekonomicznych, systemów ochrony zdrowia oraz wyników badań ankietowych dotyczących częstości zakażeń chlamydia oraz zachowań seksualnych;
- stworzenie banku danych w postaci bazy elektronicznej;
- zgromadzenie szczegółowych informacji na temat działań mających na celu kontrolę zakażeń chlamydia w wybranych państwach członkowskich UE; oraz
- opracowanie dla ECDC zaleceń dotyczących działań związanych ze zdrowiem publicznym oraz dalszych badań.

Spośród 34 wybranych krajów uzyskano odpowiedzi z 29 krajów europejskich oraz z USA (odsetek odpowiedzi wyniósł 88%). Nie otrzymano danych z Cypru, Słowacji, Polski i Chorwacji. Do najistotniejszych wniosków z badania należą następujące obserwacje:

- W 17 spośród 29 uczestniczących krajów europejskich istniał co najmniej jeden dokument zawierający zalecane przez organ krajowy wytyczne praktyki klinicznej, który odnosił się do niektórych aspektów postępowania w przypadkach zakażenia chlamydia. Trzy państwa członkowskie UE (Bułgaria, Grecja i Finlandia) były w trakcie opracowywania lub publikowania takich wytycznych.
- Testy na zakażenie chlamydia były dostępne w gabinetach lub przychodniach ginekologicznych we wszystkich krajach uczestniczących w badaniu; w 23 krajach stanowiły one część opieki podstawowej. W pięciu krajach testy na zakażenie chlamydia były dostępne w aptekach lub innych punktach sprzedających leki bez recepty.
- W przypadkach, gdy zapewniano powiadomienie partnerów, według raportów było ono najczęściej inicjowane albo przez samych lekarzy, albo poprzez wydanie skierowania do kliniki specjalistycznej.
- W określonym zakresie, we wszystkich krajach z wyjątkiem jednego, dostępne były testy oparte na amplifikacji kwasów nukleinowych. W dziewięciu krajach mniej niż 50% próbek badano przy użyciu testów opartych na amplifikacji kwasów nukleinowych.
- W większości krajów istniały systemy raportowania zdiagnozowanych zakażeń chlamydia do władz odpowiedzialnych za zdrowie publiczne, jednak w około jednej trzeciej tych krajów dane te nie były na bieżąco publikowane.
- W 13 krajach dostępne były zbierane na bieżąco dane na temat komplikacji klinicznych mogących być konsekwencją zakażenia chlamydia.

- W ośmiu krajach przeprowadzono badania ankietowe dotyczące zachowań seksualnych oraz częstości zakażeń chlamydią, zaś w siedmiu krajach przeprowadzono populacyjne badania ankietowe dotyczące częstości zakażeń chlamydią.

W celu skategoryzowania państw uczestniczących w projekcie SCREEn opracowano również typologię działań mających na celu kontrolę zakażeń chlamydią w oparciu o zasady kontroli zakażeń przenoszonych drogą płciową. Wydzielono następujące kategorie działań skierowanych na kontrolę zakażeń chlamydią: brak zorganizowanych działań (13 krajów: Bułgaria, Finlandia, Grecja, Hiszpania, Irlandia, Liechtenstein, Luksemburg, Malta, Portugalia, Rumunia, Słowenia, Szwajcaria i Turcja); prowadzenie przypadków (5 krajów: Austria, Czechy, Litwa, Niemcy i Włochy); wyszukiwanie przypadków (3 kraje: Belgia, Francja i Węgry), badania oportunistyczne (6 krajów: Dania, Estonia, Islandia, Łotwa, Norwegia i Szwecja), zorganizowane badania przesiewowe (2 kraje – Holandia i Wielka Brytania (tylko Anglia)).

Wyniki badania pokazują, że tylko w dwóch krajach europejskich istniały trwające (Anglia, Wielka Brytania – badania oportunistyczne) lub pilotażowe (Holandia – badania proaktywne) programy badań przesiewowych pod kątem zakażeń chlamydią. W innych dziewięciu krajach zgłoszono plany wprowadzenia programów badań przesiewowych zorganizowanych w sposób oportunistyczny, proaktywny lub jak dotąd nie określony. Pięć spośród tych krajów należy do grupy krajów, w których obecnie brak jest zaleceń postępowania w przypadkach zakażeń chlamydią. Ponadto w Estonii i na Łotwie praktykowane są badania przesiewowe pod kątem zakażeń chlamydią, ograniczone do kobiet w ciąży, zaś w dwóch regionach Danii zaproszenia do wzięcia udziału w badaniach przesiewowych pod kątem zakażenia chlamydią wysyłane są pocztą do kobiet w wieku 18–19 lub 21–22 lat.

Typologia opracowana w projekcie SCREEn może być wykorzystana w przyszłości do monitorowania intensywności działań mających na celu kontrolę zakażeń chlamydią na szczeblu krajowym i wspomagania procesu decyzyjnego w kwestii wyboru działań wymagających nasilenia lub wprowadzenia.

Zalecenia ECDC

2. Zalecenia w sprawie wprowadzenia szczepień przeciwko wirusowi HPV w krajach UE

(Opublikowane w styczniu 2008 r.)

Dokument przedstawia naukowe uzasadnienie wprowadzenia szczepień przeciwko wirusowi brodawczaka ludzkiego (HPV), mające służyć państwom członkowskim Unii Europejskiej (UE) pomocą w wyborze odpowiedniej polityki zdrowotnej. W dokumencie wymienia się kwestie, które należy rozważyć, i przedstawia możliwe rozwiązania dla każdej z tych kwestii.

Zalecenia przedstawione w dokumencie zostały opracowane przez panel naukowy złożony z ekspertów, powołany i koordynowany przez ECDC, i ocenione przez Forum Doradców ECDC.

Rak szyjki macicy i zakażenia wirusem brodawczaka ludzkiego na terenie Unii Europejskiej

Rak szyjki macicy jest po raku sutka drugim co do częstości nowotworem występującym u kobiet w wieku 15-44 lat na terenie Unii Europejskiej (UE). Każdego roku w UE odnotowuje się około 33 000 przypadków raka szyjki macicy i 15 000 zgonów z tego powodu. Główną przyczyną rozwoju raka szyjki macicy jest przewlekłe zakażenie dróg rodnych groźnymi szczepami wirusa brodawczaka ludzkiego (HPV).

Zakażenia narządów płciowych wirusem HPV wstępują bardzo często i nabywane są wcześniej po rozpoczęciu aktywności seksualnej. W przypadku większości tych zakażeń dochodzi do samoistnego wyleczenia. Jednakże przewlekłe zakażenie groźnymi szczepami wirusa HPV może prowadzić do zmian w obrębie komórek szyjki macicy i rozwoju raka szyjki macicy. Groźne szczepy wirusa HPV związane są również z innymi rakami okolicy anogenitalnej oraz rakami okolicy głowy i szyi występującymi zarówno u mężczyzn, jak i u kobiet. Niektóre mniej wirulentne typy wirusa HPV wywołują kłykciny kończyste u kobiet i mężczyzn.

Szczepionka przeciwko wirusowi brodawczaka ludzkiego

Na terenie Europy zarejestrowano dwie profilaktyczne szczepionki przeciwko wirusowi HPV: Gardasil® (firmy Sanofi Pasteur MSD) i bivalentną szczepionkę Cervarix® (firmy GlaxoSmithKline Biologicals). Obydwie szczepionki zawierają cząsteczki przypominające wirusa i nie są zakaźne. Obydwie szczepionki charakteryzują się korzystnym profilem bezpieczeństwa i chronią przed zakażeniami groźnymi typami wirusa HPV (typ 16 i 18), odpowiedzialnymi za 73% przypadków raka szyjki macicy na terenie Europy. Szczepionka Gardasil chroni przeciwko typom 6 i 11 HPV, które są głównymi czynnikami sprawczymi kłykciny kończyste. W dużym badaniu III fazy obydwie szczepionki wykazały skuteczność w zapobieganiu ponad 90% zmian przedrakowych wywoływanych przez typ 16 lub 18 wirusa u kobiet niezarażonych wcześniej wirusem HPV. Szczepionki podaje się w trzech dawkach w okresie sześciu miesięcy.

Szczepionki przeciwko wirusowi HPV i badania przesiewowe w kierunku raka szyjki macicy

Dowiedziano, że dobrze zorganizowane programy badań przesiewowych w kierunku raka szyjki macicy obejmujące dużą populację kobiet i uwzględniające skuteczną obserwację i leczenie pacjentek z nieprawidłowymi wynikami badania cytologicznego ograniczają występowanie raka szyjki macicy o ponad 80%. Zorganizowane programy badań przesiewowych są skuteczniejsze od bardziej przypadkowego wykonywania badań przesiewowych w docieraniu do kobiet znajdujących się w grupie podwyższonego ryzyka, określaniu mechanizmów kontroli jakości i monitorowaniu ustandaryzowanych parametrów aktywności i działania.

Szczepionki przeciwko wirusowi HPV oferują nowe i uzupełniające narzędzie służące poprawie kontroli zachorowań na raka szyjki macicy. Zastosowanie szczepionki nie eliminuje konieczności prowadzenia badań przesiewowych w kierunku raka szyjki macicy, nawet w grupie kobiet zaszczepionych przeciwko wirusowi HPV typu 16 i 18, ponieważ nadal są one zagrożone zakażeniem innymi groźnymi szczepami wirusa HPV. Władze krajowe powinny nadal angażować się w organizację oraz poprawę zasięgu i jakości programów badań przesiewowych, niezależnie od wprowadzenia szczepionki. Wydaje się, że na terenach, gdzie takie programy nie zostały wdrożone, organizacja programów badań przesiewowych stanowi priorytet.

Szczepienia przeciwko wirusowi HPV będą miały wpływ na skuteczność prowadzonych obecnie programów badań przesiewowych. Będą one wymagać ścisłej kontroli. Szerokie stosowanie szczepień doprowadzi do zmniejszenia w

pewnym stopniu częstości występowania nieprawidłowości w badaniach cytologicznych związanych z zakażeniami wirusem HPV. Ponadto zaszczepione kobiety mogą mieć fałszywe poczucie bezpieczeństwa, co może doprowadzić do ograniczenia ich udziału w badaniach przesiewowych. Należy poinformować i motywować kobiety do udziału w programach badań przesiewowych, nawet jeśli poddały się one szczepieniu. Jednym z najważniejszych wyzwań będzie wypracowanie skojarzonej strategii stosowania szczepień i badań przesiewowych w celu osiągnięcia najbardziej opłacalnego sposobu postępowania, zapewniającego największe korzyści dla kobiet.

Kto powinien poddać się szczepieniom? Określanie populacji docelowej dla szczepień przeciwko wirusowi HPV

W celu osiągnięcia optymalnego wpływu stosowania nowych szczepionek na schorzenia związane z zakażeniem wirusem HPV główną grupą docelową, w której należy rozważyć rutynowe podawanie szczepionki są dziewczęta w wieku bezpośrednio poprzedzającym okres, w którym podjęcie aktywności seksualnej (a zatem zakażenia wirusem HPV) staje się częste. Ustalenie wieku prowadzenia szczepień na okres poprzedzający ten moment w życiu kobiety nie zapobiegałoby wielu zakażeniom. Należy tego unikać do czasu uzyskania dowodów świadczących o tym, że ochrona dzięki szczepieniom jest długotrwała (ponad 15-20 lat). Objęcie szczepieniami nieco starszych dziewcząt i młodych kobiet w ramach szczepień dodatkowych w momencie wdrażania programu rutynowych szczepień powinno w krótkim czasie poprawić skuteczność programów szczepień i zwiększyć korzyści osiągane dzięki szczepieniom.

W określeniu dokładnego wieku przeprowadzania rutynowych szczepień oraz wieku wykonywania szczepień dodatkowych ważne będzie uwzględnienie czynników specyficznych dla poszczególnych krajów. Do czynników tych należą: średni wiek inicjacji seksualnej, zależna od wieku częstość występowania zakażeń wirusem HPV (jeśli dane są dostępne), strategię podawania szczepionek oraz akceptacja programu szczepień w grupie docelowej (oraz przez opiekunów).

Wybiórcze szczepienie jedynie kobiet należących do grup „wysokiego ryzyka” nie wydaje się ani praktyczne, ani skuteczniejsze niż szczepienie wszystkich dziewcząt. Jednakże potencjalne znaczenie wybiórczej metody/metody szczepień przypadkowych wykonywanych u niektórych kobiet z grup wysokiego ryzyka jako uzupełnienia szczepień rutynowych może wymagać dalszej oceny.

Możliwe strategie stosowania szczepień przeciwko wirusowi HPV w krajach UE

Szczepienia przeprowadzane w ramach opieki szkolnej wydają się stanowić najefektywniejszą ekonomicznie strategię immunizacji przeciw wirusowi HPV w grupie młodzieży płci żeńskiej. Na możliwość realizacji tej strategii mogą jednakże wpływać uwarunkowania lokalne, takie jak funkcjonowanie szkolnej opieki zdrowotnej, ustalenia dotyczące finansowania zakupów i podawania szczepionek oraz otrzymywanie zgody opiekunów szczepionych dziewcząt.

Szczepienia wykonywane w ramach opieki ambulatoryjnej lub w gabinetach lekarskich stanowią ogólnie dostępny uzupełniający lub alternatywny sposób immunizacji przeciwko wirusowi HPV. Strategia ta może być związana z wyższymi kosztami niż szczepienie w ramach opieki szkolnej, a kontrola przyjmowania dawek szczepionki - trudniejsza.

Przychodnie zajmujące się zdrowiem seksualnym i reprodukcyjnym oraz ambulatoria o innym profilu przeznaczone głównie dla kobiet mogą stanowić ważne miejsce realizacji programów szczepień ochronnych. Dziewczęta mogą jednakże nie zgłaszać się do tych placówek przed rozpoczęciem aktywności seksualnej. Dlatego też miejsca te powinny być wykorzystywane podczas prowadzenia programów szczepień dodatkowych, służących wyszukiwaniu starszych nastolatek i kobiet dorosłych. Inne strategie mogą być wykorzystywane w celu wykonywania szczepień przeciwko wirusowi HPV w „trudno osiągalnych” grupach. Przypadkowe szczepienia należy przeprowadzać przy okazji wizyt dziewcząt w placówkach ochrony zdrowia z innych powodów. Stosowanie tej strategii może pomóc w poprawie ogólnej liczby dokonywanych szczepień.

Podczas planowania strategii wykonywania szczepień przeciwko wirusowi HPV należy uwzględnić trwające obecnie programy szczepień w grupie kobiet dorosłych oraz inne aktualnie podejmowane działania służące promocji zdrowia. W każdym przypadku przeprowadzania szczepień niezmiernie ważne jest przekazanie informacji, że szczepienie uzupełnia, ale nie zastępuje konieczności poddawania się badaniom przesiewowym w kierunku raka szyjki macicy.

Modelowanie kosztów i rezultatów stosowania szczepionek przeciwko wirusowi HPV

Szczepienia przeciwko wirusowi HPV należy oceniać nie tylko pod względem ich skuteczności, ale również pod kątem ekonomicznym. Analiza ekonomiczna ma na celu przeprowadzenie oceny, czy koszty ponoszone przez społeczeństwo w celu przedłużenia życia o jeden rok skorygowany pod kątem jakości życia (quality-adjusted life

year - QALY) związane ze szczepieniami przeciwko wirusowi HPV są porównywalne z kosztami podobnych ogólnie uznawanych interwencji stosowanych w sektorze ochrony zdrowia.

Analizy ekonomiczne nie mogą być w pełni przeniesione ze względu na zróżnicowanie kosztów i sposobów działania systemów opieki zdrowotnej w poszczególnych krajach. Przed podjęciem decyzji o rodzaju najlepszej strategii zapobiegającej rakowi szyjki macicy każde państwo powinno zatem dołożyć wszelkich starań zmierzających do przeprowadzenia takich analiz (uwzględniających również rodzaj stosowanych badań przesiewowych).

Dotychczas przeprowadzone analizy ekonomiczne wydają się wskazywać, że szczepienia przeciwko wirusowi HPV wykonywane u niepełnoletnich dziewcząt (z lub bez przeprowadzania szczepień dodatkowych w starszych grupach wiekowych) charakteryzują się możliwym do zaakceptowania stosunkiem kosztów do skuteczności. Stosowanie dynamicznych modeli symulacyjnych uwzględniających wpływ szczepień na częstość przenoszenia zakażeń przynosi korzystniejsze wyniki.

Monitorowanie i ocena efektów prowadzenia szczepień przeciwko wirusowi HPV

Prowadzona po otrzymaniu rejestracji ocena szczepionek przeciwko wirusowi HPV powinna służyć ustaleniu stopnia stosowania się do zaleceń w odniesieniu do przyjmowania szczepionki, długoterminowej skuteczności i efektywności szczepień, możliwości łączenia programu szczepień z innymi strategiami, takimi jak zorganizowane programy badań przesiewowych w kierunku raka szyjki macicy oraz bezpieczeństwa szczepionki. Kluczowym zagadnieniem służącym ocenie wpływu szczepień i związanych z ich stosowaniem korzyści w porównaniu z innymi stosowanymi obecnie interwencjami profilaktycznymi takimi, jak prowadzenie badań przesiewowych będzie koordynacja pomiędzy monitorowaniem szczepień a programami nadzoru onkologicznego.

Metody służące ocenie efektów stosowania szczepień w zakresie istotnych klinicznie punktów końcowych mogą obejmować monitorowanie zakażeń HPV związanych ze szczepionką, zmian przedrakowych lub nowotworowych, dokonywane poprzez istniejące już lub nowo utworzone laboratoria, rejestry badań cytologicznych lub nowotworów.

W celu dokonania oceny wpływu stosowania szczepionek przeciwko wirusowi HPV na zdrowie publiczne proponowano również przeprowadzenie badań klinicznych fazy IV. Mogłyby one dostarczyć dodatkowych informacji na temat częstości występowania nieprawidłowych komórek w stadium przedrakowym, jak również zachorowalności i śmiertelności z powodu raka. Badania takie mogłyby być również przydatne w przeprowadzeniu oceny możliwości koordynacji badań przesiewowych z programami szczepień ochronnych. W celu dokonania oceny skuteczności szczepień w zwykłych warunkach zastosować można monitorowanie oparte na systematycznej rejestracji szczepień przeciwko wirusowi HPV i badaniach sprzężeń wykorzystujących odpowiednie rejestry medyczne.

Minimalny zestaw danych służących monitorowaniu szczepień przeciwko wirusowi HPV powinien obejmować informacje o zasięgu stosowania szczepionki, zdarzeniach niepożądanych związanych z immunizacją oraz przynajmniej wybiórczy nadzór nad ich wpływem na zmiany przedrakowe.

3. Priorytetowe grupy ryzyka szczepień przeciwko grypie

(Opublikowany w sierpniu 2008 r.)

Na zlecenie Komisji Europejskiej centrum ECDC przeprowadziło przegląd naukowy dotyczący zdrowia publicznego, uwzględniający grupy ryzyka infekcji grypowych¹ oraz innych grup pacjentów, w których na terenie Europy proponuje się przeprowadzanie szczepień przeciwko grypie. Szczególnymi celami badania były:

- określenie grup ryzyka, w których zaleca się prowadzenie szczepień na terenie krajów UE/EOG łącznie ze szczegółami dotyczącymi innych grup osób, którym proponuje się przeprowadzenie szczepień;
- podsumowanie danych źródłowych odnoszących się do grup ryzyka, w których zaleca się przeprowadzenie szczepień;
- zaproponowanie na podstawie jasno określonych kryteriów priorytetowego traktowania grup ryzyka na terenie UE;
- ogólne oszacowanie liczby osób na terenie krajów UE należących do priorytetowych grup ryzyka; oraz
- zidentyfikowanie obszarów dalszej pracy z uwzględnieniem badań i działań rozwojowych.

¹ Grupy ryzyka infekcji grypowych określa się jako grupy osób, u których występuje większe zagrożenie rozwojem ciężkiej infekcji grypowej w przypadku zakażenia wirusem grypy i o których wiadomo, że odnoszą korzyści z poddania się szczepieniom, wynikającym z ograniczenia ryzyka infekcji.

Określenia grup ryzyka zagrożonych zakażeniami grypowymi oraz innych grup, w których proponuje się obecnie prowadzenie szczepień, pochodzą z badań obserwacyjnych przeprowadzonych w roku 2008 w ramach projektu VENICE realizowanego we współpracy z centrum ECDC. Zgodnie z kryteriami opracowanymi w ramach projektu ECDC/VENICE grupy ryzyka powinny być dobrze określonymi grupami charakteryzującymi się większym zagrożeniem rozwoju ciężkiej choroby w porównaniu z innymi osobami. Ponadto należy opublikować dowody świadczące o zmniejszeniu ryzyka zakażenia wirusem grypy w wyniku prowadzenia szczepień. Zgodnie z pierwszym kryterium prace były ograniczone z uwagi na fakt, że obecnie na terenie Europy nie prowadzi się żadnych rutynowych badań obserwacyjnych w odniesieniu do wskaźników chorobowości i śmiertelności związanych z zakażeniami grypowymi. Odnotowano istnienie kryteriów dotyczących zdrowia w miejscu pracy (przede wszystkim szczepienia pracowników sektora ochrony zdrowia) bez wyraźnych korzyści dla pacjentów, lecz przypisano im niską wagę - z wyjątkiem jednej grupy pracowników, a mianowicie tych, którzy sprawowali opiekę nad osobami starszymi w domach opieki długoterminowej. W przypadku tej grupy pracowników dostępne są istotne dowody świadczące o ochronnym działaniu tych szczepień na pacjentów. Odnotowano również stopień osiągniętej zgodności pomiędzy krajami UE.

Analiza informacji pochodzących z literatury wskazuje, że na podstawie danych naukowych i dotyczących zdrowia publicznego dla obszaru Europy występują dwie grupy ryzyka, w których uzasadnione jest prowadzenie rutynowych corocznych szczepień z zastosowaniem szczepionki przeciwko grypie. Należą do nich:

- grupy osób starszych, zazwyczaj powyżej 65. roku życia; oraz
- osoby z przewlekłymi schorzeniami, należącymi zwłaszcza do następujących kategorii:
 - przewlekłe schorzenia układu oddechowego;
 - przewlekłe schorzenia układu krążenia;
 - przewlekłe zaburzenia metaboliczne;
 - przewlekłe schorzenia nerek i wątroby;
 - osoby z upośledzeniem odporności (wrodzonym bądź nabytym);
 - młode osoby przewlekłe przyjmujące salicylany; oraz
 - osoby, u których występują stany upośledzające czynność układu oddechowego.

Są to również jedyne grupy ryzyka, w odniesieniu do których osiągnięto porozumienie pomiędzy krajami Unii Europejskiej. Dokładna definicja wieku grupy osób starszych przyjmowana jest arbitralnie (powyżej 64. roku życia, powyżej 59. roku życia itd.). Obecnie kilka krajów odeszło od granicy wieku starszego na poziomie powyżej 64. roku życia, w zależności od warunków panujących w danym państwie i przeprowadzonych analiz.

Dostępnych jest kilka argumentów przemawiających za proponowaniem przeprowadzania szczepień w dwóch innych grupach osób: ciężarnych kobiet i dzieci (określanych w różny sposób jako „poniżej drugiego roku życia” lub „poniżej piątego roku życia”). Jednakże w Europie dla obydwu grup dostępne są jedynie ograniczone dane, zarówno w odniesieniu do zagrożeń, jak i skuteczności szczepień, i dotychczas nie osiągnięto w tym zakresie porozumienia na szczeblu europejskim. Dane dla tych dwóch grup są niewystarczające, aby można było określić je jako grupy ryzyka na szczeblu UE. Po uzyskaniu większej ilości informacji konieczne będzie przeprowadzenie kolejnej oceny. Jest szczególnie ważne, aby gromadzone były informacje dotyczące wpływu szczepień prowadzonych w tych grupach. Może to posłużyć wypracowaniu konsensusu w następstwie kolejnej oceny zebranych danych.

Istnieją również grupy osób, którym proponuje się wykonanie szczepień, mimo że nie należą one do grup ryzyka i nie stanowią one problemu z punktu widzenia zagadnień zdrowia publicznego. Na przykład, na terenie UE osiągnięto szerokie porozumienie odnośnie do konieczności wykonywania szczepień u wszystkich pracowników ochrony zdrowia mających kontakt z pacjentami z powodów zawodowych (ochrona zdrowia pracowników). Istnieją znaczące dowody oparte na wynikach badań klinicznych, że szczepienia personelu opiekującego się osobami starszymi przebywającymi w domach opieki zapewniają pośrednie korzyści dla tych osób, wynikające z ochrony przed ciężkimi powikłaniami zakażeń grypowych. Jednakże należy zauważyć, że większość pracowników ochrony zdrowia na terenie Europy nie korzysta z możliwości poddania się szczepieniom. Brak jest znaczących dowodów wskazujących na istnienie korzyści związanych ze szczepieniem współmieszkańców osób znajdujących się w jednej z dwóch głównych grup ryzyka.

Przeprowadzane są ogólne analizy dotyczące ilości i wartości procentowych w odniesieniu do osób należących do dwóch głównych grup ryzyka w państwach UE. Jedną z metod zastosowanych w ramach omawianej analizy wykazała, że obecnie w państwach UE w każdym roku szczepienia wymaga około 25% populacji tych krajów, osoby te należą bowiem przynajmniej do jednej z dwóch głównych grup ryzyka. Inne z przeprowadzonych analiz przyniosły podobne wyniki. W zależności od odsetka osób starszych w społeczeństwie danego państwa, wartości te wahają się od 19 do 28%. Całkowita liczba osób dla obszaru UE szacowana jest na około 125 milionów. Liczba ta dzieli się na dwie trzecie (około 84 milionów osób w wieku 65 lat lub powyżej) i jedną trzecią (około 41 milionów osób młodszych ze schorzeniami przewlekłymi). Liczby te w sposób nieuchronny będą wzrastać z uwagi na

starzenie się społeczeństw i coraz większą skuteczność medycyny w przedłużaniu życia i poprawianiu funkcjonowania osób z chorobami przewlekłymi.

W omawianej analizie wskazuje się na priorytetowe zagadnienia dla działań rozwojowych i badań na obszarze Europy:

- rozwój nadzoru: rutynowe monitorowanie poważnych objawów zakażeń grypowych na terenie Europy (hospitalizacje i zgony);
- rutynowe monitorowanie skuteczności szczepień przeciwko grypie, zwłaszcza w odniesieniu do ograniczania zagrożenia poważnymi chorobami i zgonem z powodu zakażenia wirusem grypy;
- ocena zagrożeń chorób związanych z zakażeniem wirusem grypy dla kobiet ciężarnych i dzieci oraz ocena wpływu wykonywania szczepień u kobiet ciężarnych i dzieci w różnych grupach wiekowych na terenie Europy;
- dalsze badania zmierzające do wykazania, czy przeprowadzanie szczepień personelu sektora ochrony zdrowia i członków rodzin pacjentów prowadzi do ograniczenia zagrożeń wśród osób należących do dwóch głównych grup ryzyka;
- opracowanie projektów służących intensywniejszemu promowaniu szczepień przeciwko grypie wśród pracowników sektora ochrony zdrowia, ze względu na korzyści dla nich i ich pacjentów;
- przeprowadzenie szczegółowych badań mających na celu ocenę, czy na terenie Europy wśród osób zakażonych wirusem HIV występuje większe zagrożenie rozwojem ciężkich postaci zakażeń grypowych oraz wykonanie podobnych badań w odniesieniu do innych częściej występujących schorzeń, takich jak umiarkowana postać astmy;
- dokonanie oceny wpływu na stan zdrowia oraz badań kosztów ochrony zdrowia uwzględniających prowadzenie szczepień przeciwko grypie, np. w odniesieniu do osób powyżej granicy wieku dla dokonywania szczepień, co pozwoliłoby uznać, że w poszczególnych krajach należy ustalić indywidualne granice wieku;
- badanie wpływu ogólnie prowadzonych szczepień w celu przeprowadzenia oceny istnienia jakichkolwiek pośrednich korzyści wynikających z ograniczenia sumarycznego poziomu transmisji zakażeń grypowych.

Raporty monitoringowe

4. Roczny raport epidemiologiczny w sprawie chorób zakaźnych w Europie w 2008 r. – Raport na temat statusu chorób zakaźnych w krajach UE i EOG/EFTA

(Opublikowany w grudniu 2008 r.)

Każdego roku ECDC publikuje Roczny raport epidemiologiczny (AER). Drugie wydanie raportu, opublikowane w 2008 r., zawiera stabelaryzowane dane przeglądowe z nadzoru nad chorobami zakaźnymi od 2006 r., z ograniczoną liczbą komentarzy, i przedstawia opis poważnych zagrożeń dla zdrowia ludzkiego związanych z chorobami zakaźnymi w 2007 r. Ponadto raport koncentruje się na dokładnym opisie zakażeń, do których dochodzi w placówkach służby zdrowia (HCAI), w tym na opisie antybiotykooporności (AMR).

Główne zagrożenia związane z chorobami zakaźnymi w UE nie zmieniły się od poprzedniej edycji raportu i obejmują:

- antybiotykooporność;
- zakażenia w placówkach służby zdrowia;
- zakażenia wirusem HIV;
- zakażenia pneumokokowe;
- grypę (potencjał pandemii i corocznych epidemii sezonowych);
- gruźlicę.

GLÓWNY TEMAT AKTUALNEGO WYDANIA

Zakażenia w placówkach służby zdrowia (HCAI)

Nadzór nad zakażeniami w placówkach służby zdrowia (HCAI) w Europie sprawowany jest w ramach programu poprawy bezpieczeństwa pacjentów w Europie (IPSE, 2005–czerwiec 2008), obejmującego nadzór nad zakażeniami w miejscu zabiegu chirurgicznego (HELICS-SSI) i nadzór nad oddziałami intensywnej opieki medycznej (HELICS-ICU).

Częstość przypadków zakażeń w miejscu zabiegu chirurgicznego w roku 2006 nie zmieniła się w porównaniu z latami 2004–2005, z wyjątkiem operacji wszczepienia protezy stawu biodrowego, w przypadku której zaobserwowano istotnie malejącą tendencję – z 2,2% w 2004 r. do 1,6% w 2005 r. i 1,3 w 2006 r. ($p=0,039$).

Spośród 51 621 pacjentów pozostających na oddziałach intensywnej opieki medycznej przez ponad dwa dni, 6,8% zachorowało na zapalenie płuc. Częstość zachorowań wahała się od 1,5% w przypadku pacjentów niepoddawanych wentylacji do 22,2% w przypadku pacjentów poddawanych wentylacji przez okres jednego tygodnia lub dłuższy. W przypadku zapalenia płuc nabytego na oddziale intensywnej opieki medycznej, najczęściej izolowanym mikroorganizmem były bakterie *Pseudomonas aeruginosa*, zaś w przypadku nabytych tam zakażeń krwi – gronkowce koagulazo-ujemne.

Nadzór nad HCAI został w 2006 r. rozszerzony; rozszerzanie będzie kontynuowane po przejściu z komponentów nadzoru sieci IPSE na system ECDC w 2008 r.

Ogólnie rzecz biorąc, częstości przypadków zakażeń HCAI w Europie pozostały w 2006 r. na stałym poziomie. Utrzymują się jednak znaczne różnice w sposobie sprawowania nadzoru stosowanym przez poszczególne kraje, należy zatem położyć większy nacisk na harmonizację metod.

Antybiotykooporność (AMR)

Dane na temat antybiotykooporności pochodzą z Europejskiego Systemu Nadzoru nad Antybiotykoopornością (EARSS), będącego siecią przeznaczoną do nadzoru nad AMR w Europie.

Streptococcus pneumoniae

W roku 2006 większość krajów północnej Europy charakteryzowała się niewrażliwością szczepów *S. pneumoniae* (PNSP) na poziomie < 5%, podczas gdy w krajach południowej Europy i krajach śródziemnomorskich poziom PNSP wynosił od 7% do > 25%.

Staphylococcus aureus

W 2006 r. trwało rozprzestrzenianie się metycyloopornego *Staphylococcus aureus* (MRSA) w krajach Europy o wysokiej, średniej i niskiej endemiczności. Piętnaście spośród 31 krajów (głównie z południowej Europy, a także Wielka Brytania i Irlandia) zgłosiło odsetek szczepów metycyloopornych wśród wszystkich izolatów *Staphylococcus aureus* na poziomie 25% lub wyższym; w niektórych krajach o wysokiej endemiczności odsetek ten stabilizował się. Odsetek izolatów MRSA w północnej Europie pozostał na poziomie < 4%.

Escherichia coli

Szczególnie alarmujący był rosnący poziom oporności na fluorochinolon.

Pseudomonas aeruginosa

W 2006 r. prawie jedna piąta izolatów z inwazyjnych zakażeń szczepami *P. aeruginosa* była oporna na trzy lub większą liczbę antybiotyków, zwłaszcza w niektórych krajach południowoeuropejskich.

PODSUMOWANIE NADZORU NAD CHOROBYMI ZAKAŹNYMI W ROKU 2006

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

W 2006 r. zakażenia HIV pozostawały bardzo istotnym problemem zdrowia publicznego w Europie, z ponad 25 000 nowo zdiagnozowanych przypadków zgłoszonymi w 29 krajach (z wyjątkiem Włoch, Hiszpanii i Liechtensteinu), co daje ogólną częstość występowania na poziomie 6 osób na 100 000. Pomędzy poszczególnymi krajami występują znaczne różnice w epidemiologii HIV. W niektórych krajach Europy zgłaszano rosnące liczby przypadków HIV – zwłaszcza w Estonii, Luksemburgu, na Łotwie, w Portugalii i w Wielkiej Brytanii. Z kolei liczba nowo zgłoszonych przypadków AIDS w krajach EU i EOG/EFTA wyniosła 7035, co przekłada się na odsetek 1,4 zachorowań na 100 000 osób i stanowi spadek o ponad jedną trzecią od roku 1999.

Głównym trybem przenoszenia zakażenia HIV były kontakty heteroseksualne (53%), jednak około 40% tych przypadków zdiagnozowano u osób pochodzących z krajów, w których występuje epidemia zakażeń HIV. Po wykluczeniu tych przypadków głównym trybem przenoszenia zakażenia są kontakty płciowe pomiędzy mężczyznami (37%).

Duża liczba osób HIV-pozytywnych pozostaje nieświadoma zakażenia. Podkreśla to potrzebę podjęcia działań mających na celu zwiększenie świadomości znaczenia testów na obecność wirusa HIV.

Zakażenia przenoszone drogą płciową

W 2006 r. zakażenia *Chlamydia trachomatis* pozostawały najczęściej zgłaszanymi zakażeniami przenoszonymi drogą płciową (i najczęściej raportowaną chorobą w Europie) i dotyczyły prawie 250 000 przypadków zgłoszonych przez 22 państwa członkowskie UE i EOG/EFTA prowadzące nadzór nad tą chorobą. Odsetek zgłaszanych przypadków dla całości populacji wyniósł 92 zachorowania na 100 000 osób.

W 2006 r. w Szwecji zaraportowano istnienie nowej odmiany *Chlamydia trachomatis*, niewykrywalnej przez testy powszechnie dostępne na rynku. W konsekwencji zorganizowano badanie w poszukiwaniu przypadków zakażenia nowo odkrytą odmianą w pozostałych państwach członkowskich, jednak zakażenia wydają się ograniczać głównie do obszaru Szwecji.

W 2006 r. zatwierdzono pierwszą szczepionkę przeciwko zakażeniom wirusem brodawczaka ludzkiego.

Grypa

W 2006 roku stwierdzono pierwsze przypadki wysoce patogennej ptasiej grypy (A(H5N1)) u ptactwa dzikiego i drobiu w Unii Europejskiej. W ciągu całego roku 2006 nie zgłoszono jednak w UE żadnych przypadków zakażeń ludzi wirusem A(H5N1); stwierdzono jedynie jeden przypadek zakażenia nisko patogenym szczepem ptasim H7 u pracownika fermi drobiarskiej w Wielkiej Brytanii. Niemniej jednak rozszerzony pakiet ustaw dotyczących zdrowia zwierząt zapewnił spójną reakcję na narastające ryzyko spowodowane wirusem A(H5N1) w państwach członkowskich UE. Ponieważ wirus nadal rozprzestrzenia się głównie wśród ptactwa, pierwszą linią obrony ludności pozostała szybka identyfikacja i likwidowanie zakażeń u ptaków, głównie wśród drobiu.

Gruźlica

Częstość przypadków gruźlicy (TB) nadal zmniejszała się w populacjach tubylczych w prawie wszystkich państwach członkowskich, gdzie jest ona głównie chorobą osób starszych, ulegającą reaktywacji po pierwotnym zakażeniu, które nastąpiło dziesiątki lat wcześniej. Wpływ na sytuację mają jednak zachodzące w ostatnim czasie w Europie zmiany demograficzne, polityczne i socjoekonomiczne, na przykład wzrost migracji. W rezultacie tych procesów gruźlica staje się w UE coraz powszechniejsza wśród imigrantów, ludzi bezdomnych, biedoty w starych częściach miast, więźniów, osób z zakażeniem HIV i osób uzależnionych od narkotyków.

Ponadto istnieją obszary o wysokim stopniu występowania gruźlicy lekoopornej, wywołanej zwłaszcza przez niedokończone lub źle zaplanowane schematy leczenia.

Choroby, którym zapobiega szczepienie (VPD)

Od czasu wprowadzenia w większości krajów UE uniwersalnych szczepień dzieci z zastosowaniem szczepionki *Haemophilus influenzae* typu B (Hib) częstość przypadków inwazyjnych zakażeń Hib spadła i pozostaje na niskim poziomie dla ogółu populacji w krajach UE (poniżej 1 przypadku na 100 000 osób w 2006 r.).

Kilka krajów europejskich dodało do obowiązujących planów szczepień, przynajmniej w przypadku grup wysokiego ryzyka, siedmiowalentną sprzężoną szczepionkę pneumokokową (PCV7). Wzbudziło to obawy dotyczące możliwości stopniowego zastąpienia powszechnie występujących serotypów serotypami nieobjętymi szczepionką PCV7, co zostało już zaobserwowane w Stanach Zjednoczonych Ameryki. Zwraca to uwagę na znaczenie istnienia systemów nadzoru obejmujących nie tylko samą chorobę, lecz także rozkład serotypów.

Pomimo ogólnie malejącej tendencji w ostatniej dekadzie, priorytetem w dziedzinie zdrowia publicznego w 2006 r. pozostawały zachorowania na odrę, z ponad 7000 potwierdzonych przypadków i sześcioma zgłoszonymi zgonami. Kilka zdarzeń wyraźnie potwierdziło wysoki potencjał epidemiologiczny tej choroby.

W większości krajów UE w 2006 r. stosowano bezkomórkową szczepionkę przeciwko krztuścowi (aP). Po okresie stabilności, począwszy od 2003 r. w niektórych krajach UE częstość zgłoszeń wydaje się nieco wzrastać.

Choroby przenoszone drogą pokarmową i wodną

Najczęściej zgłaszanym patogenem żołądkowo-jelitowym w krajach UE i EOG/EFTA pozostaje campylobacter, odpowiadający za prawie 40 zachorowań na 100 000 osób, pomimo lekkiego spadku liczby zachorowań pomiędzy 2005 a 2006 r.

Wydaje się zmniejszać również liczba zakażeń VTEC/STEC, z częstością zgłoszeń niewiele przekraczającą 1 przypadek na 100 000 osób, choć w niektórych krajach zgłaszano znacznie wyższe odsetki zachorowań, zwłaszcza u dzieci.

PODSUMOWANIE ZAGROZEŃ W ROKU 2007

W roku 2007 ECDC monitorowało 168 zagrożeń, z których:

- 142 (85%) były zagrożeniami nowymi;
- 21 pojawiło się w roku 2006 i nadal występowało w roku 2007;
- 5 pojawiło się w roku 2005 i nadal występowało w roku 2007;
- 66 wymagało aktywnych działań ze strony ECDC;
- 10 doprowadziło do opracowania na potrzeby państw członkowskich i Komisji Europejskiej szczegółowej oceny zagrożenia, rozprawdzanej za pośrednictwem systemu EWRS.

Ogólnie rzecz biorąc, zagrożenia dotyczące UE pozostawały w roku 2007 szeroko rozpowszechnione. Najczęstszym źródłem zagrożeń monitorowanych w UE pozostawały choroby przenoszone drogą pokarmową i wodną. Co ważne, w 2007 r. odnotowano istotny wzrost zagrożeń związanych z gruźlicą, zwłaszcza w odniesieniu do zdarzeń związanych z gruźlicą wielolekooporną (MDR) i szczególnie lekooporną (XDR), jak również do narażenia współpasażerów podróżujących z chorymi na gruźlicę w stadium zakaźnym.

Większość zagrożeń zidentyfikowanych jako mające potencjalny wpływ na państwa UE w roku 2007 raportowano za pośrednictwem systemu EWRS lub specjalnie zaprojektowanych do tego celu sieci (EWGLI - w przypadku legionellozy - i ENTERNET - w przypadku chorób przenoszonych drogą pokarmową i wodną). System EWRS nadal okazywał się skutecznym narzędziem koordynowania szybkiego wdrażania w państwach członkowskich UE działań mających na celu powstrzymanie potwierdzonych zagrożeń. W 2007 r. ECDC rozpoczęła opracowywanie platformy wywiadu epidemiologicznego dla całej UE.

WNIOSKI

Priorytety w dziedzinie zapobiegania chorobom zakaźnym i ich kontroli w UE nie zmieniły się znacząco od wydania poprzedniej wersji raportu AER.

Z jednej strony obszary troski, w tym choroby o stale wysokim obciążeniu, nie uległy zmianie. Oprócz sześciu głównych zagrożeń wymienionych na początku niniejszego podsumowania, na uwagę zasługują wysokie liczby zgłaszanych przypadków zakażeń chlamydią i szczepami campylobacter.

Z drugiej strony, jeśli chodzi o niektóre choroby, na przykład takie, którym zapobiegają szczepienia (w tym Hib), stwierdzono spadek częstości przypadków, zaś występowanie niektórych innych chorób, którym zapobiegają szczepienia (np. dyfteryt), pozostaje na bardzo niskim poziomie – około 0,1 przypadku na 100 000 osób). Państwa członkowskie są jednak dalekie od osiągnięcia celów wyznaczonych w programach eliminacji chorób, zwłaszcza w odniesieniu do odry.

Jakość danych, na których można oprzeć powyższe wnioski, pozostaje daleka od doskonałości; konieczne są dalsze znaczące wysiłki zmierzające do poprawy nadzoru nad chorobami zakaźnymi w UE. Co najistotniejsze, nadal istnieją znaczne problemy z porównywalnością danych z różnych państw członkowskich, co w oczywisty sposób zmniejsza użyteczność danych gromadzonych na szczeblu europejskim.

Należy zbadać nowe podejścia do dostarczania danych dotyczących obszaru chorób zakaźnych w celu ustalenia priorytetów, w tym oszacowania obecnego i przyszłego obciążenia chorobami zakaźnymi.

Jeśli spojrzeć w przyszłość, wydaje się oczywiste, że na ogólny obraz chorób zakaźnych w UE będą miały wpływ pewne długoterminowe tendencje, na przykład:

- starzenie się populacji UE;
- zmiany środowiskowe, w tym zmiany klimatu;
- zwiększona liczba podróży i migracji; oraz
- zmiany społeczne.

Ciągłe monitorowanie obciążenia chorobami zakaźnymi w Europie i tendencji ich dotyczących będzie musiało być podtrzymywane w celu dostarczenia wiarygodnych danych, na których powinna być oparta wspólna polityka zdrowotna.

5. Nadzór nad HIV/AIDS w Europie

(Opublikowany w grudniu 2008 r.)

Kluczowe punkty

Zakażenia HIV pozostają istotnym problemem zdrowia publicznego w Europie, jeśli wziąć pod uwagę dowody na nasilone przenoszenie zakażenia w kilku krajach Europy.

- W 2007 r. 49 z 53 krajów Europejskiego Regionu WHO zgłosiło 48 892 nowo zdiagnozowanych przypadków zakażenia HIV (brak dostępnych danych z Austrii, Monako, Rosji i Włoch). Najwyższe odsetki zakażeń odnotowano w Estonii, na Ukrainie, w Portugalii i Republice Mołdowy. 48 krajów zgłosiło 5244 przypadki AIDS (brak dostępnych danych z Kazachstanu, Monako, Rosji, Ukrainy i Włoch).
- W 2007 r. kraje Unii Europejskiej oraz Europejskiej Organizacji Wolnego Rynku (EFTA) (w niniejszym raporcie określane jako kraje UE/EFTA) zgłosiły 26 279 nowo zdiagnozowanych przypadków zakażenia HIV (brak dostępnych danych z Austrii i Włoch). Najwyższy odsetek zakażeń w krajach UE/EFTA zgłoszono w Estonii, Portugalii i na Łotwie; najniższy odsetek zakażeń zgłoszono w Czechach, Rumunii i na Słowacji.
- W krajach UE/EFTA głównym sposobem przenoszenia zakażenia wydaje się stosunek płciowy pomiędzy mężczyznami, następnie zaś kontakty heteroseksualne. Około 40% przypadków zgłaszanych jako zakażenia wskutek kontaktów heteroseksualnych dotyczyło osób pochodzących z krajów, w których występuje epidemia zarażeń HIV/AIDS.
- Z trzech obszarów geograficznych Regionu Europejskiego WHO, na Wschodzie głównym trybem zakażenia pozostaje używanie narkotyków w postaci zastrzyków, natomiast w Europie Środkowej głównym trybem przenoszenia HIV są kontakty heteroseksualne, choć wzrasta również liczba zgłaszanych przypadków HIV u mężczyzn utrzymujących kontakty seksualne z innymi mężczyznami. Na Zachodzie głównym trybem przenoszenia zakażenia są kontakty seksualne pomiędzy mężczyznami, następnie zaś kontakty heteroseksualne, z wyłączeniem osób pochodzących z krajów, gdzie panuje epidemia HIV/AIDS.

- Ogólnie rzecz biorąc, pomimo niekompletnych danych z raportów, można wywnioskować, że liczba zgłaszanych nowo zdiagnozowanych przypadków zakażenia HIV w roku 2007 wzrosła, a liczba zdiagnozowanych przypadków AIDS utrzymała swój ogólny spadek w Europejskim Regionie WHO, choć liczba przypadków AIDS na Wschodzie nadal wykazywała tendencję wzrostową. Od roku 2000 częstość nowo zdiagnozowanych przypadków zakażenia HIV na milion osób niemal się podwoiła – od 39 zakażeń na milion osób w roku 2000 do 75 zakażeń na milion w roku 2007 – jak wynika z informacji z 44 krajów nieprzerwanie publikujących dane z nadzoru nad zakażeniami HIV.
- Całkowita liczba testów na obecność HIV wykonywanych rocznie do celów diagnostycznych, z wyłączeniem testów anonimowych i testów krwi od dawców, wzrosła w większości krajów pomiędzy rokiem 2003 a 2007.
- Przedstawione tutaj dane charakteryzują się pewnymi ograniczeniami, zwłaszcza w związku z brakiem danych z niektórych krajów. To wpływa na ograniczenie wniosków, które można wyciągnąć w odniesieniu do rozmiaru epidemii zakażeń HIV i AIDS w Europie. Gdyby dane te zostały wzięte pod uwagę, ogólna liczba przypadków w roku 2007 mogłaby, w przybliżeniu, zostać podwojona.

Zalecenia dotyczące nadzoru nad HIV/AIDS

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

- wdrożyć krajowe systemy raportowania przypadków HIV i AIDS oraz zapewnić ich kompletność i aktualność;
- poprawić jakość raportowanych danych, zwłaszcza w odniesieniu do prawdopodobnych dróg przenoszenia zakażenia; oraz
- promować wszechstronny nadzór nad zakażeniami HIV, w tym rutynowy nadzór nad zachowaniami oraz badania częstości przypadków HIV.

Zalecenia dotyczące działań w obszarze zdrowia publicznego

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

- Wschód: interwencje zmierzające do kontroli zakażeń HIV wśród osób stosujących narkotyki w postaci zastrzyków powinny być podstawą strategii zapobiegania zakażeniom HIV; należy również wzmocnić działania zapobiegające przenoszeniu zakażenia poprzez stosunki heteroseksualne, zwłaszcza w odniesieniu do osób z partnerami należącymi do grup wysokiego ryzyka.
- Europa Środkowa: w celu utrzymania przewagi epidemiologicznej działania zapobiegawcze powinny być dostosowane do warunków każdego kraju.
- Zachód: Podstawą strategii zapobiegania HIV powinny być interwencje zmierzające do opanowania zakażeń HIV wśród mężczyzn utrzymujących stosunki seksualne z innymi mężczyznami – np. powtórzenie kampanii na temat „bezpiecznego seksu” skierowanych do mężczyzn utrzymujących stosunki seksualne z innymi mężczyznami; interwencje dotyczące zapobiegania, leczenia i opieki muszą docierać do populacji imigrantów.
- We wszystkich podregionach należy promować badania na obecność wirusa HIV w celu uzyskania szybkiego dostępu do leczenia i poradnictwa, co ma pomóc zapobiegać dalszemu przenoszeniu się choroby lub zmniejszyć jego prawdopodobieństwo, a także poprawić długoterminowe wyniki leczenia osób dotkniętych zakażeniem.

Raporty specjalne

6. Ramowy plan działania na rzecz zwalczania gruźlicy w Unii Europejskiej

(Opublikowany w marcu 2008 r.)

Gruźlica jest poważną chorobą zakaźną występującą u ludzi, najpowszechniej nabywaną po wziewnej ekspozycji na bakterie w kropelkach śluzu wydalanych przez osobę z chorobą płuc. Choć istnieją skuteczne leki przeciwko gruźlicy, niewłaściwe leczenie lub niewystarczające przestrzeganie schematu leczenia może prowadzić do niepowodzenia leczenia, szybkiego nawrotu lub rozwoju gruźlicy lekoopornej.

W UE w okresie ostatnich dziesięcioleci zachorowalność na gruźlicę stale się zmniejszała. Dane liczbowe z 27 krajów UE należą do najniższych na świecie, chociaż są wyższe niż w innych krajach uprzemysłowionych, takich jak USA i Australia. Nie należy jednak popadać w samozadowolenie, ponieważ podobna korzystna sytuacja epidemiologiczna została zidentyfikowana w niektórych krajach kilkadziesiąt lat temu, czego wynikiem był spadek świadomości oraz zmniejszenie zasobów i służb zajmujących się zapobieganiem gruźlicy i jej kontrolą. Wskutek tego doszło do ponownego wystąpienia choroby, podsycanego przez epidemię HIV i rozwój gruźlicy wielolekoopornej (MDR TB). To z kolei wymagało ponownego podjęcia wysiłków, zarówno w ramach programów kontroli, jak i w formie działań mających na celu zapewnienie wczesnego rozpoznania, dostępności odpowiedniego leczenia i zakończenie leczenia.

W tej sytuacji komisarz ds. zdrowia Unii Europejskiej (UE), Markos Kyprianou, wezwał w marcu 2007 r. Europejskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC) do opracowania propozycji planu działania na rzecz zwalczania gruźlicy w Unii Europejskiej.

Długoterminowym celem ramowego planu działania na rzecz zwalczania gruźlicy jest kontrola oraz ostateczne wyeliminowanie gruźlicy w UE. Większość działań skierowanych na obniżenie poziomu zapadalności na gruźlicę opiera się na wysiłkach organów krajowych wspieranych przez instytucje UE. Cele planu są następujące:

- zwiększenie politycznej i publicznej wiedzy na temat gruźlicy jako problemu zdrowia publicznego w UE;
- wsparcie i wzmocnienie starań państw członkowskich UE na rzecz walki z gruźlicą, zgodnie z krajową sytuacją epidemiologiczną oraz istniejącymi wyzwaniami;
- przyczynienie się do kontroli gruźlicy w UE poprzez wspieranie krajów, z których pochodzą „importowane” przypadki choroby.

Propozycja ta jest oparta na czterech zasadach: zasadzie zapewnienia szybkiej i wysokiej jakości opieki zdrowotnej dla wszystkich, zasadzie wzmocnienia zdolności systemów opieki zdrowotnej, zasadzie wypracowania nowych narzędzi i zasadzie budowania relacji partnerskich i współpracy z poszczególnymi krajami i zainteresowanymi stronami. W oparciu o powyższe zasady wyznaczono osiem obszarów rozwoju strategicznego. Poniżej znajduje się skrócony opis zalecanych celów/działań w odniesieniu do każdego z tych ośmiu obszarów:

Obszar 1. Zaangażowanie w kontrolę gruźlicy, wiedza o gruźlicy oraz możliwości systemów opieki zdrowotnej

1. Zwiększenie zaangażowania państw członkowskich, pod względem politycznym i pod względem zasobów, w plany kontroli gruźlicy stanowiące część ogólnych strategii w dziedzinie zdrowia publicznego.
2. Zwiększenie możliwości systemów opieki zdrowotnej państw członkowskich celem przeprowadzenia działań w zakresie kontroli i eliminowania gruźlicy.

Obszar 2. Nadzór

1. Ocena charakterystyki epidemiologicznej oraz czasowego i geograficznego rozprzestrzeniania się gruźlicy zarówno wewnątrz państw członkowskich, jak i w całej Europie.
2. Monitorowanie realizacji działań w zakresie kontroli gruźlicy i wprowadzanie tych informacji do cyklu decyzyjnego dla umożliwienia podejmowania odpowiednich interwencji w celu ulepszenia planów zwalczania gruźlicy na szczeblu krajowym i europejskim.
3. Identyfikacja i opis podatnych populacji o podwyższonym ryzyku gruźlicy i niekorzystnych rokowaniach dla choroby, do których należy skierować działania w zakresie zdrowia publicznego.

Obszar 3. Usługi laboratoryjne

1. Stworzenie i wdrożenie wysokiej jakości, nowoczesnych usług laboratoryjnych, które spełniają związane z gruźlicą potrzeby kliniczne oraz potrzeby w zakresie zdrowia publicznego i badań.
2. Zapewnienie bezpiecznych, dokładnych i jakościowo dobrych usług laboratoryjnych oraz odpowiednio wyszkolonych pracowników do wykonywania prac laboratoryjnych.
3. Zapewnienie inwestycji w trwałe i długoterminowe usługi laboratoryjne.

Obszar 4. Szybka i dobra opieka w leczeniu gruźlicy dla wszystkich

1. Szybkie diagnozowanie wszystkich przypadków oraz zapewnienie odpowiedniego leczenia gruźlicy i opieki nad chorymi na gruźlicę.
2. Dostosowanie działań do poszczególnych sytuacji epidemiologicznych i podatnych populacji oraz zapewnienie maksymalnej skuteczności kontroli gruźlicy na wszystkich poziomach.
3. Osiągnięcie spójności w stosowaniu środków postępowania wobec ognisk choroby.
4. Zapewnienie spełnienia indywidualnych potrzeb zdrowotnych wszystkich pacjentów z gruźlicą.

Obszar 5. MDR i XDR TB

Poniższe cele stawia się wszystkim państwom członkowskim, ze szczególnym uwzględnieniem tych krajów, w których problem gruźlicy MDR i XDR jest największy.

1. Optymalizacja i wzmocnienie nadzoru i monitorowania gruźlicy MDR i XDR.
2. Nacisk na ulepszenie usług związanych z badaniem wrażliwości na leki w UE w kontekście wzmocnienia usług laboratoryjnych związanych z leczeniem gruźlicy.
3. Poprawa opieki nad pacjentami i sposobu postępowania z pacjentami z gruźlicą MDR lub XDR, w tym kontrola zakażeń i odszukiwanie kontaktów oraz praktyki profilaktyczne.
4. Zwiększenie dostępu do leków pierwszego i drugiego rzutu oraz ich dostępności oraz zapewnienie racjonalnego stosowania leków.

Obszar 6. Koinfekcja gruźlicą i HIV

1. Zmniejszenie wskaźnika występowania koinfekcji gruźlicą i HIV w UE dzięki lepszym współdziałaniu planów zwalczania gruźlicy i HIV/AIDS lub stworzenie odpowiednich usług w ramach systemu opieki zdrowotnej.
2. Promocja działalności badawczej i badań klinicznych dotyczących współzależności na gruźlicę i HIV na szczeblu UE .

Obszar 7. Nowe narzędzia kontroli gruźlicy

1. Określenie priorytetów badań podstawowych, stosowanych i operacyjnych w UE.
2. Zapewnienie finansowania i koordynacji prac.

Obszar 8. Budowa partnerstwa i współpracy z krajami

1. Zapewnienie wysokiej pozycji problemu gruźlicy w porządku prac politycznych, technicznych i badawczych unijnych i krajowych instytucji publicznych, z uwzględnieniem konkurencyjnych priorytetów i ograniczonych środków.
2. Pomoc w zwalczaniu stygmatyzacji, zapewnienie wczesnego i szybkiego wykrywania gruźlicy, także gruźlicy MDR i XDR, oraz zachęcanie ludzi do zgłaszania się na leczenie zgodne z Kartą pacjenta dotyczącą leczenia gruźlicy.
3. Zapewnienie otwartości, dostępności, przystępności finansowej i – co najważniejsze – skuteczności dalszego leczenia.
4. Dalszy rozwój współpracy i wspólna koordynacja działań pomiędzy ECDC, KE, poszczególnymi krajami, WHO i innymi zainteresowanymi stronami.

7. Nadzór nad chorobami zakaźnymi w Unii Europejskiej – strategia długoterminowa, 2008–2013

(Opublikowany w maju 2008 r.)

Dokument przedstawia wizję i strategię przyszłego nadzoru nad chorobami zakaźnymi w UE, opracowaną w celu wspomaganie procesu decyzyjnego dla długoterminowego rozwoju europejskiego systemu nadzoru. Strategia obejmuje okres do roku 2013, co wpisuje ją w wieloletni plan strategiczny ECDC (zatwierdzony przez zarząd ECDC w czerwcu 2007 r.). Ponadto przewidywana jest harmonizacja ze strategią ECDC dotyczącą badań laboratoryjnych.

W strategii podejmuje się próbę zdefiniowania warunków, zakresu celów oraz wymogów organizacyjnych nadzoru. Przedstawia się również zarys metod wspierania państw członkowskich i plan wdrażania.

Nadrzędnym celem strategii jest przyczynienie się do zmniejszenia częstości przypadków i występowania chorób zakaźnych w Europie poprzez udostępnienie decydom, lekarzom i innym pracownikom służby zdrowia odpowiednich danych, informacji i raportów dotyczących zdrowia publicznego w celu promowania działań prowadzących do wczesnego zapobiegania chorobom zakaźnym w Europie i ich kontroli. Kluczowa w osiągnięciu tego celu będzie wysoka wiarygodność i dobra porównywalność danych na temat chorób zakaźnych, gromadzonych w poszczególnych państwach członkowskich.

Bardziej skoordynowane podejście do kwestii nadzoru:

- umożliwi zwiększenie porównywalności regionalnych danych;
- umożliwi zmniejszenie stopnia złożoności nadzoru w całej Europie;
- umożliwi wprowadzenie współdziałania w obszarze nadzoru;
- umożliwi uniknięcie przypadków powielania pracy;
- umożliwi zapewnienie w długofalowej perspektywie lepszej jakości dokumentacji w obszarach zdrowia publicznego, dzięki gromadzeniu właściwszych i bardziej wiarygodnych danych;
- ułatwi wzmocnienie krajowych systemów nadzoru;
- najprawdopodobniej będzie bardziej oszczędne i zrównoważone;
- pozwoli na łatwiejszy dostęp do danych i korzystanie z nich;
- usprawni wykrywanie i monitorowanie międzynarodowych epidemii chorób;
- przyczyni się do zwiększenia możliwości systemów opieki zdrowotnej; oraz
- zapewni włączanie chorób do planów nadzoru i badań zgodnie z europejskimi priorytetami.

ECDC opracowuje system nadzoru chorób zakaźnych o nazwie TESSy (ang. The European Surveillance System – Europejski System Nadzoru), mający działać na szczeblu europejskim i oparty na specyficznych wskaźnikach. System TESSy będzie wartościowym narzędziem pozwalającym na usprawnienie gromadzenia, walidacji, przechowywania i rozpowszechniania danych pochodzących z nadzoru w państwach członkowskich UE i krajach EOG. Początkowo w systemie TESSy będzie gromadzona ograniczona liczba podstawowych zmiennych, kluczowych dla bieżącego nadzoru nad przypadkami chorób zakaźnych. Kiedy system TESSy zostanie ogólnie zatwierdzony i będzie stosowany jako standardowa baza danych w regionach, będzie on wspierał długofalowe cele ECDC obejmujące dalsze ograniczenie stopnia skomplikowania nadzoru i obciążenia zadaniami dla wszystkich uczestników, poprzez:

- zestandaryzowanie procesu gromadzenia danych dotyczących nadzoru nad chorobami zakaźnymi;
- zapewnienie „jednego okienka” do składania raportów i uzyskiwania danych przez państwa członkowskie;
- zestandaryzowanie raportów opierających się na danych z nadzoru; oraz
- zapewnienie spójnego i łatwo dostępnego przeglądu aktualnej sytuacji w Europie.

W celu ograniczenia – a być może również wyeliminowania – powielania podejmowanych wysiłków, zostanie również podjęta próba rozwiązania obecnego problemu podwójnego raportowania niektórych chorób, z zaangażowaniem w nadzór różnych organizacji regionalnych – na przykład WHO/Europa i EMCDDA.

Powstanie konieczność ustanowienia przejściowych procedur dotyczących zasad wymiany danych pomiędzy ECDC a państwami członkowskimi oraz pomiędzy ECDC a specjalnymi sieciami nadzoru (DSN) w celu jasnego zdefiniowania ról podmiotów dostarczających dane i podmiotów korzystających z danych, zarówno w państwach członkowskich, jak i w ramach ECDC (oraz innych podmiotów, np. WHO). Omawiana procedura przejściowa powinna obejmować, oprócz innych szczegółowych procedur, również procedury publikacji wyników analiz danych. W oparciu o doświadczenia zdobyte podczas korzystania z procedury przejściowej, z udziałem wszystkich zainteresowanych zostanie opracowana ostateczna, bardziej szczegółowa, długoterminowa procedura postępowania.

Prowadzona w przyszłości współpraca z ekspertami w dziedzinie poszczególnych chorób (nominowanymi przez właściwe organy) będzie zorganizowana w następujący sposób: choroby/patogeny zostaną podzielone na sześć głównych grup. Tam, gdzie będzie to konieczne, w ramach każdej z sześciu grup czy zespołów zadaniowych zostaną wyznaczone bardziej szczegółowe (dotyczące określonych chorób) podgrupy. Dla każdej z sześciu głównych grup będą organizowane coroczne spotkania, podczas których omawiane będą kwestie związane z nadzorem w całej grupie chorób. W razie potrzeby będzie możliwe organizowanie sympozjów dla poszczególnych chorób w „sesjach równoległych”. Dla każdej z sześciu grup chorób/zespołów zadaniowych zostanie wyznaczona grupa koordynująca; grupy te przejmą wiele funkcji pełnionych dotychczas przez grupy sterujące systemu DSN.

Dla wzmocnienia nadzoru na poziomie UE konieczne są dobrej jakości usługi laboratoryjne w poszczególnych krajach. ECDC wykorzysta wykonane już prace i wesprze zwiększanie zdolności laboratoriów w państwach członkowskich i krajach EOG/EFTA we współpracy z Komisją, właściwymi organami ECDC oraz Krajowymi Punktami Centralnymi ds. Mikrobiologii.

ECDC będzie usilnie pracować nad zapewnieniem bezpośredniej lub pośredniej dostępności w każdym kraju usług laboratoryjnych na krajowym poziomie referencyjności (NRL), co pozwoli wszystkim krajom na potwierdzanie rozpoznań, izolację i dalszą charakterystykę patogenów jako podstawę zgłaszania potwierdzonych i prawdopodobnych przypadków w trybie normalnym i nagłym. ECDC zapewni łączność pomiędzy laboratoriami NRL i pomoże w zintegrowaniu pochodzących z nich danych z danymi epidemiologicznymi (i klinicznymi) na szczeblu krajowym. Do zapewnienia wiarygodnych i dokładnych danych konieczne jest stworzenie systemów zapewniania jakości metod laboratoryjnych; w omawianym okresie będą promowane europejskie standardy kontroli jakości.

ECDC będzie wdrażało opracowaną przez siebie strategię nadzoru w dwóch etapach: etap pierwszy będzie etapem przejściowym, trwającym do roku 2010, koncentrującym się przede wszystkim na stopniowej integracji obecnie stosowanych metod nadzoru nad chorobami zakaźnymi w Unii Europejskiej w ramach DSN; na drugim etapie ECDC przejmie całą odpowiedzialność za nadzór, a następnie skoncentruje się na opracowywaniu i konsolidowaniu ogólnoeuropejskich systemów o jak najwyższej jakości.

W celu zagwarantowania jej istotności i aktualności, strategia i jej cele będą poddawane ocenie państw członkowskich i kluczowych podmiotów zainteresowanych, aby w razie potrzeby możliwe było uwzględnienie nowo pojawiających się strategii i nowych dowodów.

Raporty ze spotkań

8. Choroby zakaźne a ich determinanty społeczne

(Spotkanie zorganizowane w kwietniu 2007 r., raport opublikowany w lutym 2008 r.)

Raport dotyczy zorganizowanych przez ECDC warsztatów poświęconych społecznym determinantom chorób zakaźnych. Uczestniczyli w nich badacze specjalizujący się w dziedzinie chorób zakaźnych i determinant społecznych. Głównymi celami warsztatów były:

- ocena znaczenia nierówności społecznych w obciążeniu chorobami zakaźnymi;
- wyznaczenie najlepszych praktyk mających na celu wyrównanie nierówności zdrowotnych, stosowanych w dziedzinie zapobiegania lub postępowania leczniczego w chorobach zakaźnych;
- opracowanie strategii i środków pozwalających na wyrównywanie nierówności zdrowotnych wynikających z determinant społecznych.

Raport koncentruje się na głównych tematach i obszarach dyskusji podejmowanych w trakcie warsztatów i został podzielony na pięć głównych części:

- determinanty społeczne chorób zakaźnych;
- kwestie związane z poszczególnymi chorobami;
- celowe interwencje mające przełamać nierówności społeczne;
- polityka przełamywania nierówności społecznych; oraz
- identyfikacja działań priorytetowych.

W trakcie warsztatów zaobserwowano istnienie w obszarze chorób zakaźnych przepaści społecznej co najmniej tak wielkiej, jak w przypadku chorób niezakaźnych. Przepaść ta może być jeszcze większa w przypadku określonych grup i określonych zakażeń. Choć ogólnie rzecz biorąc, najbardziej narażone są grupy marginalizowane, gradient społeczny nie dotyczy wszystkich zakażeń w tym samym stopniu: najwyższe grupy społeczno-ekonomiczne mogą stanowić grupy większego ryzyka określonych zakażeń w związku z bardziej ryzykownymi zachowaniami.

Istnieje wyraźna potrzeba zgromadzenia szerszej wiedzy na temat obciążenia chorobami zakaźnymi w Europie w celu ustalenia priorytetów w dziedzinie oceny, badań, interwencji i zmian polityki zdrowotnej. Próbę zarysowania takiego planu podjęto na przykład w przypadku gruźlicy.

W wyniku warsztatów opracowano zalecenie dotyczące uzupełnienia nadzoru nad chorobami zakaźnymi o jedną lub dwie determinanty społeczne. Może to pozwolić na uzyskanie podstawowej wiedzy; bardziej szczegółowe informacje można zdobyć dzięki badaniom ankietowym. W standardowych ankietach zdrowotnych, być może europejskich ankietach zdrowotnych, można by brać pod uwagę biologiczne markery chorób zakaźnych.

Innym wnioskiem z warsztatów było stwierdzenie, że determinanty społeczne nie są już uwzględniane w planach badawczych. Zachodzi konieczność ponownego ich uwzględnienia, ponieważ istnieje luka w wiedzy na temat determinant decydujących o rozprzestrzenianiu się zakażeń w różnych regionach i populacjach. Istotnym, choć często pomijanym parametrem jest kontekst miejsca zamieszkania i miejsca pracy. Czynniki ryzyka chorób zakaźnych nie są czynnikami indywidualnymi, zaś patogeny mogą różnić się między sobą w różnych grupach społeczno-ekonomicznych. Należy wykorzystać do maksimum istniejące dane w celu zbadania społecznych determinant chorób zakaźnych. Konkretnymi obszarami, które wymagają większej liczby badań, są kwestie migracji, łagodzenia stygmatyzacji oraz procesów społecznych i politycznych wpływających na nierówności zdrowotne.

Jednym z konkretnych wniosków z badania było stworzenie bazy danych dobrych interwencji. Celem takiej bazy danych byłoby zapewnienie dobrego przepływu informacji, zwłaszcza z regionów, w których nie powstaje wiele odpowiednich publikacji, ale które dysponują znacznym doświadczeniem.

Edukacja zdrowotna została uznana za działalność priorytetową na dwa sposoby. Edukacja zdrowotna, począwszy od wczesnych lat, powinna zajmować wysokie pozycje w planach działań decydentów odpowiedzialnych za edukację. Edukacja ta powinna obejmować spojrzenie na problemy zdrowotne z punktu widzenia determinant społecznych, aby kolejne pokolenia mogły odpowiednio wpływać na procesy polityczne. Nauczanie powinno uwzględniać skutki zdrowotne segregacji społecznej, uczyć określonych umiejętności chroniących przed zagrożeniami zdrowotnymi i pozwalać ludziom na odpowiedzialne myślenie i wpływanie na swoją ekspozycję na czynniki ryzyka. Po drugie, należy poprawić jakość kształcenia w zakresie determinant społecznych w szkołach medycznych, pielęgniarskich, socjologicznych itd. W debacie powinni wziąć udział przyszli pracownicy służby

zdrowia i opowiadać się za zmianą wyższych determinant. Przedstawiciele obszaru zdrowia publicznego powinni wziąć udział w debacie na temat nierówności społecznych i ich wpływu na zdrowie.

Wyraźnym priorytetem jest podkreślenie determinant makrospołecznych i praca z sektorami spoza obszaru zdrowia publicznego (politycznymi, społecznymi, inżynieryjnymi itd.). W ramach pomocy w tych wysiłkach należy przemyśleć i omówić grupy docelowe. Można wykorzystać dobre przykłady z historii wszystkich krajów Europy. ECDC może odegrać istotną rolę jako propagator świadomości znaczenia nierówności w kontroli chorób zakaźnych.

9. Warsztaty na temat zmian środowiskowych i chorób zakaźnych

(Spotkanie zorganizowane w marcu 2007 r., raport opublikowany w maju 2008 r.)

Cele spotkania:

- Przegląd dowodów dotyczących wpływu globalnych zmian klimatycznych i ekologicznych na obciążenie chorobami zakaźnymi w Europie;
- omówienie kompetencji w dziedzinie zdrowia publicznego wymaganych do podjęcia działań związanych ze zmianami klimatu i zagrożeniem chorobami zakaźnymi; oraz
- identyfikacja potrzeb badawczych.

Zmiany klimatu

Międzyrządowy Zespół ds. Zmian Klimatu stwierdził, że klimat się zmienia; oczekuje się podwyższenia temperatur, podniesienia poziomu morza i występowania gwałtowniejszych zdarzeń meteorologicznych. Zmiany te mają wpływ na ekosystemy, systemy wodne, rolnictwo i rozwój społeczno-ekonomiczny, a w związku z tym – pośrednio lub bezpośrednio – na stan zdrowia populacji. Zmiany klimatu i inne zmiany ekologiczne mogą na różne sposoby wpływać na rozpowszechnienie się chorób zakaźnych. Wszyscy uczestnicy zgodzili się, że „zobowiązanie do zachowania stałego składu” – rodzaj zmian klimatu, których dotyczą już istniejące zobowiązania – wymaga podjęcia natychmiastowych działań.

Zagrożenia chorobowe

Uczestnicy spotkania omawiali wpływ zmian klimatu i pozostałych powiązanych z nimi zmian środowiskowych na choroby przekazywane drogą wektorową, przez gryzonie, drogą wodną, pokarmową i powietrzną. Choć liczba dowodów jest niewielka, wyciągnięto następujące wnioski:

- Kilka chorób przenoszonych drogą wektorową i przez gryzonie zidentyfikowano jako potencjalnie mogące zmienić zasięg rozpowszechnienia pod wpływem zmian klimatu (temperatury, ekstremalnych zdarzeń meteorologicznych, sezonowości) i czynników środowiskowych (zagospodarowanie ziemi, ekosystemy, wylesianie, hydrologia, bioróżnorodność). Dotyczy to między innymi chorób wywoływanych przez arbowirusy, na przykład dengi, gorączki Chikungunya, gorączki Zachodniego Nilu i, potencjalnie, malarii. Również liczebność populacji i rozpowszechnienie gryzoni zmienia się pod wpływem warunków klimatycznych.
- Europa powinna być przygotowana na „importowane” choroby przenoszone drogą wodną, na przykład cholere, zlokalizowane wybuchy epidemii w obszarach ekstremalnie dużych opadów oraz problemy zdrowotne związane z nadmiarem śmieci i ścieków. Jako istotne zidentyfikowano również potencjalne zmiany w częstotliwości występowania biegunki. Grupy największego ryzyka obejmowały osoby ubogie, starsze, bardzo młode, grupy marginalizowane, podróżnych narażonych na kontakt z chorobą za granicą oraz osoby z osłabionym układem odpornościowym lub cierpiące na wcześniej nabyte schorzenia.
- Choroby przenoszone drogą pokarmową zostały zbadane pod kątem zmieniających się zachowań ludzkich i wzorców kontaktów pomiędzy zwierzętami dzikimi i udomowionymi, zwłaszcza w czasie suszy.
- Za najistotniejszy wpływ zmian klimatu na choroby układu oddechowego uznano nasilenie przypadków astmy i przewlekłej obturacyjnej choroby płuc. Znaczną częstość występowania tych schorzeń uznano za cechę czyniącą z nich dobre markery wartownicze pozwalające na śledzenie wpływu zmian klimatu.

Kompetencje podmiotów zdrowia publicznego

Wśród uczestników osiągnięto zgodność stanowisk co do tego, że zdolności wymagane do realizacji zamierzonych celów są podstawowymi kompetencjami podmiotów zdrowia publicznego i reprezentują wartości, które są obecne – lub powinny być obecne – we wszystkich krajach. Inne kwestie, w których osiągnięto zgodne stanowisko:

- Zwiększenie zdolności radzenia sobie z nowymi zagrożeniami chorobami zakaźnymi związanymi ze zmianami klimatu może być postrzegane jako sposób na głębsze wzmocnienie zdrowia publicznego. Szczególne znaczenie przypisano potrzebie koordynacji prac pomiędzy sektorami i pomiędzy agencjami.

- Cztery wymienione obszary kompetencji podmiotów zdrowia publicznego to: nadzór, badania, zapewnienie jakości i polityka zdrowotna. Strategie nadzoru dla niektórych problemów związanych ze zmianami klimatu już istnieją, jednak istnieją również luki w obszarze chorób zakaźnych.
- Niezbędnym pierwszym krokiem byłoby wykonanie oceny ryzyka identyfikującej czynniki ryzyka i najbardziej podatne grupy. Pozwoliłoby to na stworzenie platformy dowodowej pozwalającej na sformułowanie zaleceń zdrowotnych/klinicznych i zaleceń dotyczących dalszej polityki zdrowotnej.
- Główną przeszkodą są luki w wiedzy entomologicznej. Rozwiązaniem tego problemu mogłoby być upowszechnienie szkoleń w dziedzinie entomologii.
- Brakuje wszechstronnego systemu monitorowania, jednak grupa ekspertów wyraziła zgodę co do tego, że nie ma potrzeby opracowywania systemu, który objąłby całą Europę, ponieważ wiele z potencjalnie groźnych chorób jest rzadkich na większości obszarów.
- Osiągnięto porozumienie w kwestii stosowania podejścia „reakcja w razie potrzeby”. Podejście to skoncentrowane jest na elastyczności i umożliwia szybkie reagowanie na problemy w miarę ich pojawiania się. Opiera się ono na założeniu, że jak dotąd jedynie bardzo niewiele przedmiotowych chorób zakaźnych – rozpatrywanych w kontekście zmian klimatu i innych problemów środowiskowych – stanowiło poważny problem.
- Istnieje potrzeba pogłębienia wiedzy ludności (w tym być może również wiedzy lekarzy) na temat niektórych problemów natury ogólnej w celu zwiększenia zrozumienia niektórych nadchodzących zmian.
- Nowa zielona księga w sprawie zmian klimatu stwarza niepowtarzalną możliwość zwiększenia zdolności Komisji UE w kwestii polityki zdrowotnej.

Potrzeby, wyzwania i przeszkody badawcze

Podczas spotkania wskazano wiele problemów badawczych, w tym potrzebę opracowania wskaźników i metod identyfikacji grup szczególnie narażonych. Uczestnicy zauważyli, że różne państwa członkowskie charakteryzują się wyraźnie różnymi zdolnościami w dziedzinie wykonywania monitoringu i badań związanych ze zmianami klimatu. Zasugerowali oni, że szybkim rozwiązaniem pozwalającym na zgromadzenie danych z całej Europy, zanim wszystkie systemy zdrowia publicznego i systemy monitorowania nie staną się w pełni funkcjonalne, byłoby wykorzystanie ośrodków wartowniczych zlokalizowanych we wszystkich państwach.

Inną potrzebą jest umożliwienie dostępu do danych długoterminowych. Powiązanie tych danych z danymi uzyskanymi drogą satelitarną i dojście do wniosków użytecznych z punktu widzenia zdrowia ludzkiego stanowi duże wyzwanie. Innym wyzwaniem badawczym jest powiązanie długofalowych procesów ze zmianami klimatu.

Zalecane działania

Podczas opracowywania programów prac i polityki w dziedzinie zdrowia publicznego skoncentrowanej na zmianach klimatu i chorobach zakaźnych należy:

- wykorzystywać istniejące inicjatywy i możliwości;
- wypracować kulturę „wygrany–wygrany” w odniesieniu do prac międzysektorowych i międzyagencyjnych;
- uznać, że różne części regionu różnie odczuwają wpływ zmian klimatu;
- uznać różne zdolności reagowania w różnych państwach członkowskich;
- zbadać różnorodne możliwe strategie nadzoru;
- stawić czoła przeszkodom w obszarze nadzoru;
- współpracować i opracować wyczerpującą i dalekosiężną strategię ryzyka;
- ułatwiać opracowywanie i wdrażanie profesjonalnych programów edukacyjnych; oraz
- zwiększać zdolności komunikacyjne.

Aneks: Publikacje ECDC w 2008 r.

Wykaz zawiera jedynie oficjalne publikacje ECDC opublikowane w 2008 r. Pracownicy ECDC byli autorami lub współautorami dużej liczby niewymienionych w niniejszym dokumencie artykułów i publikacji naukowych, w tym tych opublikowanych w czasopiśmie *Eurosurveillance*. Wszystkie wymienione poniżej dokumenty są dostępne na stronach internetowych ECDC (<http://ecdc.europa.eu>).

Raport techniczny

Maj

Review of Chlamydia control activities in EU countries

Zalecenia ECDC

Styczeń

Guidance for the introduction of HPV vaccines in EU countries

Sierpień

Priority risk groups for influenza vaccination

Raporty z nadzoru

Grudzień

Annual epidemiological report on communicable diseases in Europe 2008

HIV/AIDS surveillance in Europe 2007

Raport misji

Sierpień

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

Raporty specjalne

Marzec

Framework action plan to fight tuberculosis in the European Union

Maj

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

Lipiec

ECDC strategic multi-annual programme 2007–2013

Raporty ze spotkań

Styczeń

Networking for public health (27–28 February 2007)

Luty

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

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

Marzec

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)

Maj

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

Czerwiec

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

Październik

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

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

Grudzień

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

Dokumenty techniczne*Styczeń*

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

Publikacje firmowe*Kwartalne (marzec, czerwiec, wrzesień, grudzień)*

ECDC Insight

Executive science update

Czerwiec

Annual report of the Director 2007

Grudzień

Keeping Europe healthy: ECDC in action

Protecting health in Europe: our vision for the future