



## ECDC **CORPORATE**

# Povzetek najpomembnejših publikacij 2010

ECDC CORPORATE

# Povzetek najpomembnejših publikacij 2010



Predlagani navedek: Evropski center za preprečevanje in obvladovanje bolezni, Povzetek najpomembnejših publikacij 2010. Stockholm: ECDC; 2011.

Stockholm, april 2011

© Evropski center za preprečevanje in obvladovanje bolezni, 2011.

Reprodukcija je dovoljena ob navedbi vira.

# Kazalo

Uvod.....	v
Tehnična poročila.....	1
1 Ocena tveganja za vročico Q .....	1
2 Spremljanje in preprečevanje hepatitisa B in C v Evropi .....	3
Smernice centra ECDC.....	5
3 Obvladovanje sporadičnih primerov invazivne meningokokne okužbe oseb in njihovih stikov v javnem zdravju...5	
4 Testiranje za virus HIV: večja uveljavljenost in učinkovitost testiranja v Evropski uniji .....	7
Poročila o spremljanju .....	11
5 Spremljanje tuberkuloze v letu 2008.....	11
6 Spremljanje gripe v Evropi v obdobju 2008–2009 – od 40. tedna leta 2008 do 39. tedna leta 2009 .....	13
7 Spremljanje invazivnih bakterijskih okužb v Evropi v letu 2007.....	14
8 Letno epidemiološko poročilo o nalezljivih boleznih v Evropi za leto 2010.....	16
9 Spremljanje protimikrobne odpornosti v Evropi v letu 2009 .....	21
10 Spremljanje okužb z virusom HIV/aidsom v Evropi v letu 2009.....	23
Posebna poročila.....	25
11 Izvajanje Dublinske deklaracije o partnerstvu za boj proti HIV in aidsu v Evropi in osrednji Aziji: poročilo o napredku za leto 2010 .....	25
12 Pandemija A(H1N1) 2009 v Evropi – pregled izkušenj .....	28
13 Napredek pri izkoreninjenju tuberkuloze – nadaljnje spremljanje okvirnega akcijskega načrta za boj proti tuberkulozi v Evropski uniji.....	30
Priloga: Publikacije ECDC v letu 2010.....	31
Tehnična poročila .....	31
Smernice ECDC .....	31
Poročila o spremljanju .....	31
Posebna poročila .....	32
Poročila s sestankov .....	32
Poročila o misijah .....	32
Tehnični dokumenti .....	32
Korporativne publikacije.....	33
Redne publikacije .....	33

## Uvod

Evropski center za preprečevanje in obvladovanje bolezni (ECDC) je leta 2010 objavil skupno 35 znanstvenih dokumentov. Med najpomembnejšimi so:

- *Letno epidemiološko poročilo o nalezljivih boleznih v Evropi za leto 2010*, četrta izdaja letne publikacije centra ECDC, ki vsebuje celovit povzetek podatkov o spremljanju v letu 2008;
- *Spremljanje okužb s tuberkulozo v Evropi v letu 2008* in *Spremljanje okužb s HIV/aidso v Evropi v letu 2009*, pri čemer sta bila oba dokumenta pripravljena v sodelovanju z Regionalnim uradom Svetovne zdravstvene organizacije (SZO) za Evropo, obravnavata pa podatke o spremljanju stanja v Evropski uniji (EU) in Evropskem gospodarskem prostoru (EGP) ter drugih 23 državah regije Regionalnega urada SZO za Evropo;
- *Izvajanje Dublinske deklaracije o partnerstvu za boj proti HIV in aidsu v Evropi in osrednji Aziji: poročilo o napredku za leto 2010*, pregled doseženega napredka do leta 2010 na podlagi podatkov iz 49 držav;
- Spremljanje protimikrobne odpornosti v Evropi v letu 2009, letno poročilo Evropske mreže za spremljanje protimikrobne odpornosti (EARS-Net); njeno prvo letno poročilo po prenosu evropskega sistema za spremljanje protimikrobne odpornosti (EARSS) na center ECDC 1. januarja 2010 vsebuje evropske referenčne podatke o protimikrobni odpornosti za namene javnega zdravja;
- *Pandemija A(H1N1) leta 2009 v Evropi, pregled izkušenj*, splošni pregled epidemiologije in virologije pandemije leta 2009 v državah EU in EGP.

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

Seznam vseh publikacij centra ECDC za leto 2010 je naveden v prilogi. Vse publikacije so na voljo v elektronski obliki prek zgornje povezave, dodan pa je tudi kratek opis vsebine posameznih dokumentov. Nekatera poročila so na voljo tudi v tiskani obliki. Če jih želite prejeti v tiskani obliki, pošljite e-sporočilo na naslov [publications@ecdc.europa.eu](mailto:publications@ecdc.europa.eu).

# Tehnična poročila

## 1 Ocena tveganja za vročico Q

(objavljeno maja 2010)

Na zahtevo Evropske komisije je bila opravljena **ocena tveganja** za preučitev vprašanj v zvezi z vročico Q in njenim prenašanjem s krvjo, vplivom kronične vročice Q na zdravje in tveganji za nosečnice. Glede na sedanji izbruh na Nizozemskem je Komisija prosila center ECDC, naj obravnava vprašanje čezmejnega širjenja in potrebo po boljših sistemih spremljanja. Ocena tveganja je bila opravljena v skladu z načeli metodologij, ki temeljijo na dokazih, pri čemer so bili opredeljeni iskalni pogoji za vsako vprašanje ter merila za vključitev in izključitev za opredeljene študije, ocenjena pa je bila tudi kakovost dokazov. Pregled najboljših razpoložljivih dokazov je bil predstavljen skupini strokovnjakov iz Nizozemske, Francije, Nemčije, Združenega kraljestva in Združenih držav Amerike, in ti so o njih nato tudi razpravljali. Delo je potekalo hkrati ob oceni tveganja za vročico Q, ki jo je izvajala Evropska agencija za varnost hrane, in se je z njo tudi usklajevalo.

**Akutna vročica Q** je običajno blaga, gripi podobna bolezen, ki izzveni sama, vendar včasih kaže znake pljučnice, hepatitisa in druge simptome. Običajno se uspešno zdravi z dvotedensko terapijo z doksiciklinom.

*Coxiella burnetii* je obligatna znotrajcelična bakterija, ki se lahko prenaša s **krvjo in tkivi**. Tveganje za tak prenos je majhno, v literaturi pa je dokumentiran le en primer. Med izbruhom je treba določiti endemično območje in preučiti varnostne ukrepe, kot so dejavni nadzor nad prejemniki krvi in tkiv, presejalno testiranje darovalcev ter presejalno testiranje proizvodov iz krvi in tkiv. Pri potnikih, ki se vračajo z območja med inkubacijsko dobo in imajo asimptomatično bakteriemijo (pet do sedem tednov), je treba darovanje krvi odložiti do konca te dobe. Zdravljenje z antibiotiki se lahko predvidi za prejemnike krvi, pri katerih je tveganje še posebno veliko, kot so bolniki z okvarami srčne zaklopke. Darovalci, ki so imeli akutno okužbo z vročico Q, ne bi smeli darovati krvi dve leti od datuma potrjene ozdravitve akutne okužbe. Natančno je treba preučiti koristi izvajanja takih ukrepov in negativne učinke na oskrbo s krvjo na zadevnem območju. Razviti je treba strategijo za obveščanje o nevarnostih.

**Kronična vročica Q** je resen zaplet pri akutni okužbi z vročico Q, ki se razvije pri približno 2 % akutnih simptomatičnih primerov, stopnja umrljivosti pa lahko znaša od 5 do 50 %. Kronična vročica Q povzroča endokarditis pri ogroženih skupinah, kot so osebe s predhodno okvaro srčnih zaklopk, umetno zaklopko ali žilnim presadkom. Tveganje je večje tudi pri bolnikih z rakom ali osebah z oslabljenim imunskim sistemom. Kronično vročico Q je treba zdraviti vsaj eno leto, v nekaterih primerih pa vse življenje, in sicer z več kot eno vrsto antibiotikov. Včasih je potrebna kirurška zamenjava poškodovanih srčnih zaklopk.

Učinkovito odkrivanje in zdravljenje akutne vročice Q je najboljša strategija za preprečevanje kroničnih primerov. Opisane so tri možne strategije: (1) ozaveščanje zdravstvenih delavcev in javnosti, da se dosežejo ogrožene skupine; (2) aktivni nadaljnji ukrepi s serološkimi preiskavami znanih ogroženih skupin za zgodnje odkrivanje in zdravljenje akutne okužbe z vročico Q ali (3) napotitev vseh znanih bolnikov z akutno vročico Q na ehokardiografijo za dejavno ugotavljanje primerov in nadaljnje ukrepanje.

Treba bi bilo začeti izvajati dobre prospektivne kohortne študije in nadzorovane raziskave (kadar je to etično izvedljivo), da bi pridobili trdnejše dokaze glede preprečevanja in zmanjšanja izbruhov vročice Q na področju javnega zdravja ter glede diagnosticiranja in zdravljenja akutne in kronične bolezni na klinični ravni.

Dokazi o **vročici Q v nosečnosti** so zelo omejeni in izhajajo predvsem iz opazovanj in raziskav pri domačih in poskusnih živalih, študij serološke prevalence, prikazov primerov ter ene skupine primerov, ki je v 15-letnem obdobju vključevala 53 nosečnic. Na podlagi trenutno razpoložljivih dokazov ni mogoče količinsko opredeliti tveganja resnih posledic vročice Q za nosečnice v primerjavi s tveganjem za splošno (žensko) populacijo. Prijavljenih je bilo več primerov okužbe z bakterijo *Coxiella burnetii*, ki je imela škodljive posledice za nosečnost. V nekaj primerih je bila bakterija *Coxiella burnetii* odkrita v placenti in fetalnem tkivu. *Coxiella* je bila najdena tudi v človeškem mleku, vendar ni bilo potrjenih primerov prenosa na dojenega otroka.

Nekaj indikacij kaže na to, da lahko dolgotrajno zdravljenje z antibiotikom cotrimoksazol prepreči resne posledice za nosečnost, vendar dokazi temeljijo na skupini primerov brez naključnega izbora in brez nadzora nad morebitno neobjektivnostjo. Dokler ne bodo na voljo dodatni dokazi iz kakovostnih študij zdravljenja, je treba nosečnice z diagnosticirano okužbo z vročico Q zdraviti z antibiotiki celotno nosečnost. Vendar pa je znanstvena podlaga za to priporočilo šibka, zato ECDC močno priporoča, da je treba z naključnimi nadzorovanimi raziskavami pridobiti zanesljivejše dokaze.

Nosečnicam je treba svetovati, naj ne obiskujejo kmetij na prizadetih območjih. ECDC ne odsvetuje dojenja, razen v primerih kronične bolezni, ki zahteva dolgotrajno zdravljenje matere.

S formalinom inaktivirano polnocelično **cepivo proti vročici Q** se proizvaja v Avstraliji, kjer je zanj izdano tudi dovoljenje. Cepivo je učinkovito, vendar je treba zaradi reaktogenosti pri osebah, ki so bile prej okužene z bakterijo *Coxiella burnetii*, pred cepljenjem opraviti testiranje, zaradi česar je cepivo primernejše za določene ogrožene skupine kot za splošno cepljenje.

Razpoložljivi dokazi kažejo, da se bakterija *Coxiella burnetii* učinkovito **širi po zraku** na območju s premerom manj kot 5 km. Nevarnost širjenja po zraku iz Nizozemske je zato omejena na sosednje države (tj. Nemčijo, Belgijo) in območja blizu virov izbruha. Dejavno spremljanje ali odkrivanje primerov akutne vročice Q pri morebitnih ogroženih skupinah (tj. nosečnicah, bolnikih z okvarami srčne zaklopke ali boleznimi ožilja) na lokalni ravni in v določenem obdobju je izvedljiva in učinkovita metoda odkrivanja akutnih okužb. Na območjih v bližini epidemioloških območij ( $\leq 5$  km od vira) je treba med izvajalci zdravstvenih storitev izvesti kampanje za ozaveščanje. Če območje vključuje tudi druge države članice, morajo odgovorni organi za javno zdravje obvestiti ustrezne organe zadevnih držav. Izmenjava informacij med organi za javno zdravje in veterinarskimi organi bi olajšala zgodnje prepoznavanje izbruha. Poleg tega morajo omenjeni organi na nacionalni in lokalni ravni sprejeti potrebne ukrepe za zaustavitev izbruha.

## 2 Spremljanje in preprečevanje hepatitisa B in C v Evropi

(objavljeno oktobra 2010)

### Področje uporabe

Namen te raziskave je bil opredeliti nacionalne sisteme spremljanja ter programe preprečevanja hepatitisa B in C v EU/EGP.

### Hepatitis B

#### *Spremljanje v Evropi*

Vse države so navedle, da so ohranile pasiven sistem obveznega poročanja za hepatitis B. V 15 državah se je uporabljala le en poseben sistem spremljanja, v štirih državah pa so jih imeli več. Nacionalni cilji spremljanja so v različnih državah zelo podobni, vendar pa opredelitve primerov niso bile vedno skladne s cilji; osem držav je navedlo, da so izvajale opredelitev primerov EU iz leta 2008, tri pa opredelitev primerov EU iz leta 2002. Skupaj je 21 držav uporabljalo opredelitev primerov, ki je bila zelo podobna opredelitvi EU. Na podlagi različnih opredelitev primerov je 28 držav sporočilo potrjene primere, od tega 27 primere akutnega hepatitisa B. Kronični primeri so navedeni v poročilih 17 držav, asimptomatični primeri pa so pogosto izpuščeni. 26 držav je poročalo o zbiranju podatkov na podlagi primerov na nacionalni ravni, vendar se pogostnost analize med državami razlikuje. Osnovni sklop podatkov (starost, spol, kraj stalnega prebivališča, datum pojava bolezni, datum poročanja) so zbrali v 26 državah, vendar pogosto manjkajo podrobni podatki o epidemioloških tveganjih in posledicah bolezni.

#### *Epidemiologija v Evropi*

Število novoprijavljenih primerov na 100 000 prebivalcev v letu 2007 glede na poročila iz 27 držav znaša od 0 do 15,0, pri čemer je povprečje 1,5 (Letno epidemiološko poročilo o nalezljivih boleznih v Evropi za leto 2009. Stockholm: ECDC; 2009). Število prijavljenih primerov okužbe z virusom hepatitisa B na 100 000 prebivalcev v državah EU/EGP se je med letoma 1995 in 2007 zmanjšalo s 6,7 na 1,5. Ugotavljanje trendov in primerjanje med državami sta lahko zahtevni, saj se sistemi spremljanja precej razlikujejo, nedavne spremembe pa lahko vplivajo na predstavljene podatke.

Razširjenost okužbe z virusom hepatitisa B se med državami močno razlikuje, pri čemer je stopnja prenašalcev HBsAg nizka do srednje visoka na Slovaškem (1,6 %), v Italiji (1 %), Belgiji in Franciji (približno 0,6 %), na Finskem, Madžarskem in v Združenem kraljestvu (povsod pod 0,5 %) ter v Bolgariji (3,8 %). Presejalno testiranje za okužbo z virusom hepatitisa B pri nosečnicah se izvaja v 24 državah, ne izvaja pa se v Belgiji, Bolgariji, Litvi, Luksemburgu in Romuniji. Razširjenost pri nosečnicah sega od 1,15 % v Grčiji do 0,14 % na Finskem. Izvajajo se tudi presejalni programi za intravenozne uživalce drog (15 od 29 držav), zapornike (11 držav), bolnike na klinikah za spolno prenosljivo okužbo (devet držav) in osebe z več spolnimi partnerji (dve državi). Osem držav je prijavilo večjo razširjenost okužbe pri intravenoznih uživalcih drog kot pri splošni populaciji. Razširjenost pri intravenoznih uživalcih drog se močno razlikuje in sega od 0,5 % na Norveškem do 50 % na Danskem. Razširjenost med zdravstvenimi delavci na Danskem in v Nemčiji je bila podobna kot pri splošni populaciji.

#### *Presejalno testiranje in cepljenje*

V 22 državah so izvajali splošne programe cepljenja za dojenčke, otroke ali mladostnike. Sedem držav (Danska, Finska, Islandija, Norveška, Švedska, Nizozemska in Združeno kraljestvo) je izvajalo selektivne programe cepljenja, namenjene ogroženim skupinam. Dodatni preventivni programi za različne ogrožene skupine so bili običajno namenjeni tistim, pri katerih je tveganje za okužbo z virusom hepatitisa B večje zaradi poklicne izpostavljenosti. Poleg tega obstajajo različni programi cepljenja za ogrožene skupine. Le polovica držav, ki izvajajo rutinski program cepljenja, je navedla različne deleže cepljenih oseb, delež cepljenih dojenčkov (od enega do dveh let) pa naj bi bil več kot 95-odstoten (razen v Avstriji, na Malti in v Franciji).

### Hepatitis C

#### *Spremljanje v Evropi*

Vse države EU/EGP so navedle, da izvajajo sistem poročanja za hepatitis C (bodisi nacionalni bodisi za določeno skupino prebivalstva). 14 držav je imelo en poseben sistem spremljanja hepatitisa C, 15 držav pa je navedlo, da jih uporabljajo več. Nacionalni cilji spremljanja so v različnih državah zelo podobni, vendar se zdi, da opredelitve primerov niso bile vedno skladne s cilji. Enajst držav je navedlo, da so izvajale opredelitev primerov EU iz leta 2008, štiri pa opredelitev primerov EU iz leta 2002. Kljub temu obstaja veliko razlik pri izvajanju opredelitev primerov v državah članicah, zlasti pri razvrstitvi primerov. Vse države so v svoje sisteme spremljanja vključile potrjene



akutne primere<sup>1</sup>, 18 pa jih je vključilo tudi kronične primere. Nekatere države so navedle, da so zbrale različne primere, pri čemer ni bilo na voljo seroloških označevalcev za razlikovanje med akutnim in kroničnim hepatitisom C. To ovira razlago razpoložljivih podatkov po državah. 26 držav je poročalo o zbiranju podatkov na podlagi primerov na nacionalni ravni, vendar se pogostnost analize med državami razlikuje. Poleg kliničnega poročanja je 19 držav v okviru sistema spremljanja zbralo podatke iz laboratorijev; 10 držav pa ne vključuje laboratorijskega poročanja. Osnoven sklop podatkov (starost, spol, kraj stalnega prebivališča, datum pojava bolezni, datum poročanja) se zbira v 26 državah, vendar pogosto manjkajo podrobni podatki o epidemioloških tveganjih in posledicah bolezni. Zdi se, da je poročanje pogosto pomanjkljivo, ker je bolezen asimptomatska.

### *Epidemiologija v Evropi*

Število novoprijavljenih primerov na 100 000 prebivalcev v letu 2007 glede na poročila 27 držav znaša od 0 do 36, pri čemer je povprečna pojavnost 6,9 primera na 100 000 prebivalcev (Letno epidemiološko poročilo, ECDC 2009). Število prijavljenih primerov okužbe z virusom hepatitisa C na 100 000 prebivalcev v državah EU/EGP se je med letoma 1995 in 2007 povečalo s 4,5 na 6,9. Ugotavljanje trendov in primerjanje med državami je zahtevno in ju je treba izvajati previdno, saj se sistemi spremljanja precej razlikujejo, nedavne spremembe pa lahko vplivajo na predstavljene podatke. Razlaga podatkov o virusu hepatitisa C je še dodatno otežena, ker je okužba asimptomatska – tako da se v objavljenih podatkih verjetneje odražajo prakse testiranja kot pa dejanska pojavnost –, in ker ni mogoče ločiti med akutno in kronično boleznijo.

Podatki o razširjenosti virusa hepatitisa C med splošno populacijo so precej pomanjkljivi; razširjenost sega od 2,6 % v Italiji leta 2007 do 0,12 % v Belgiji leta 2003. O relativno veliki razširjenosti sta poročali Bolgarija (1,2 %) in Slovaška (1,56 %). Enajst držav članic je prijavilo podatke o razširjenosti pri intravenoznih uživalcih drog, ki je znašala od 25 % do 75 %. V letih 2006 in 2007 je Italija prijavila najmanjšo razširjenost (10,8 %–25,6 %), Norveška pa največjo (70 %). Podatki o razširjenosti virusa hepatitisa C temeljijo na seroloških označevalcih za hepatitis C, vendar pa iz njih ni razvidno, kateri del populacije so prenašalci in kot taki povzročitelji okužbe.

### *Preprečevanje okužb v Evropi*

Polovica držav je navedla, da so izvajale presejalne programe za ogrožene skupine – 16 držav ima programe za intravenozne uživalce drog, 11 pa za zapornike. Ni pa jasno, ali veliko držav izvaja programe za spremljanje deleža okužb pri zdravstvenih delavcih. Zdi se, da obstaja potreba po več presejalnih programih za ogrožene skupine, težko dosegljive skupine prebivalstva in splošno populacijo, vendar je pred izvedbo kakršnega koli ukrepa potrebna temeljita preiskava, temelječa na analizi stroškovne učinkovitosti in razpoložljivosti učinkovitega zdravljenja.

### *Sklepna ugotovitev*

V tem poročilu so zbrani in analizirani podatki iz 29 držav EU/EGP v zvezi s programi spremljanja in preprečevanja hepatitisa B in C. Čeprav imajo vse države vzpostavljene sisteme za zbiranje podatkov na nacionalni ravni, se ti razlikujejo po načinu izvajanja opredelitev primerov in uporabe zbranih podatkov.

Ker je virusni hepatitis pogosta bolezen, o kateri se velikokrat pomanjkljivo poroča, je namen tega poročila povzeti najnovejše razpoložljive podatke o razširjenosti na ravni EU. V naslednjih nekaj letih bo glavni izziv usklajevanje razpoložljivih podatkov o spremljanju zaradi izboljšanja primerljivosti podatkov med državami.

<sup>1</sup> V Franciji so bili potrjeni primeri akutnega hepatitisa C raziskani le v letih 2006 in 2007 ter za posebno populacijo, na primer moške, okužene z virusom HIV, ki imajo spolne odnose z moškimi.

# Smernice centra ECDC

## 3 Obvladovanje sporadičnih primerov invazivne meningokokne okužbe oseb in njihovih stikov v javnem zdravju

(objavljeno oktobra 2010)

*Neisseria meningitidis* je običajna komenzalna bakterija v sluznici žrela pri človeku. Ta organizem lahko povzroči resno invazivno meningokokno okužbo, ki običajno kaže znake meningitisa, septikemije ali obojega. Na žalost je obvladovanje sporadičnih primerov invazivne meningokokne okužbe na področju javnega zdravja v Evropi zelo različno, kar je mogoče delno pripisati negotovosti glede učinkovitosti preventivnih ukrepov.

Namen tega dokumenta je zagotoviti na podlagi dokazov oblikovane smernice za dobro prakso obvladovanja sporadičnih primerov meningokokne okužbe in njihovih stikov na področju javnega zdravja. Njegov cilj je tudi pomagati evropskim državam pri sprejemanju odločitev o ustreznih ukrepih za nadzor nad meningokokno okužbo na državni in lokalni ravni ter njeno preprečevanje. Te smernice naj bi evropskim državam pomagale pri pregledu njihove politike obvladovanja in mikrobiološkega diagnosticiranja meningokokne okužbe na področju javnega zdravja. Čeprav predstavljeni rezultati ne vključujejo smernic za obvladovanje izpostavljenih zdravstvenih delavcev niti izbruhov v skupnosti, pa zajemajo naslednja pomembna področja:

- laboratorijske teste za potrditev diagnoze invazivne meningokokne okužbe;
- uporabo antibiotikov pri odpustu iz bolnišnice;
- kemoprofilakso za tesne stike ob upoštevanju različnih okolij;
- izbiro antibiotikov za kemoprofilakso za različne skupine (odrasle, otroke, nosečnice);
- uporabo meningokoknega cepiva poleg kemoprofilakse.

Poleg kakovosti znanstvenih dokazov so v sklepnih ugotovitvah upoštevani morebitni koristni in škodljivi učinki, vrednosti, obremenitve in stroški.

### Rezultati

Sklepne ugotovitve temeljijo na sistematičnem pregledu in kritični oceni najboljših dokazov, ki so trenutno na voljo. Za celovitejši pregled preberite celoten dokument.

#### 1. Kateri laboratorijski testi se priporočajo za točno (občutljivo, natančno) in hitro diagnozo invazivne meningokokne okužbe?

Vprašanje iz raziskave: Kateri so najbolj občutljivejši in najnatančnejši laboratorijski testi za potrditev diagnoze invazivne meningokokne okužbe?

- Na podlagi srednje kakovostnih dokazov bi bilo treba dati prednost diagnostičnim testom polimerazne verižne reakcije (PCR) in kulture. Če je to logistično in ekonomsko izvedljivo, bi morali imeti mikrobiološki laboratoriji, ki izvajajo diagnosticiranje meningokokne okužbe, dostop do testov polimerazne verižne reakcije. V primerih, ko se je protimikrobno zdravljenje že začelo, bi lahko na podlagi nizko kakovostnih dokazov test polimerazne verižne reakcije pri biopsiji kože/aspiraciji kot dodaten vzorec poleg krvi/cerebrospinalnega likvorja povečal občutljivost diagnoze pri bolnikih s kožnimi lezijami.

#### 2. Ali se lahko pri invazivni meningokokni okužbi poleg antibiotikov, ki se uporabljajo pri kliničnem zdravljenju, dajo antibiotiki tudi pri odpustu iz bolnišnice?

Vprašanje iz raziskave: Ali je lahko dajanje antibiotikov pri odpustu iz bolnišnice učinkovito pri izkoreninjanju infekcije z invazivno meningokokno okužbo, da se preprečijo sekundarni primeri, v primerjavi z neuporabo antibiotikov pri odpustu iz bolnišnice?

- Kakovost dokazov, ki podpirajo jemanje antibiotikov pri invazivni meningokokni okužbi pri odpustu iz bolnišnice ali ji nasprotujejo, je zelo nizka. Zaradi srednje kakovosti dokazov o učinkovitosti kemoprofilakse pri uporabi za tesne stike in glede na relativno nizke stroške posega pa bi bilo treba uporabiti antibiotike za izkoreninjenje infekcije, če se niso uporabili že pri zdravljenju.

### **3. Ali je treba pri invazivni meningokokni okužbi kemoprofilakso zagotoviti osebam iz istega gospodinjstva ali osebam, ki so z drugimi v podobnem bližnjem stiku?**

Vprašanje iz raziskave: Kako učinkovito je zagotavljanje kemoprofilakse osebam, ki so bile v istem gospodinjstvu kot oseba z invazivno meningokokno okužbo, pri preprečevanju nadaljnjih primerov okužbe prek teh stikov?

- Na podlagi srednje kakovostnih dokazov, pridobljenih z opazovalnimi študijami, je treba osebam, ki so bile v stiku z osebo z invazivno meningokokno okužbo iz istega gospodinjstva, zagotoviti kemoprofilakso z antibiotičnim zdravljenjem za izkoreninjenje okužbe.

### **4. Ali je treba kemoprofilakso zagotoviti šolarjem, dijakom ali študentom, ki obiskujejo isto predšolsko, šolsko ali visokošolsko ustanovo kot oseba z invazivno meningokokno okužbo?**

Vprašanje iz raziskave: Kako učinkovito je zagotavljanje kemoprofilakse osebam, ki so bile v stiku z osebo z invazivno meningokokno okužbo v predšolskem, šolskem ali visokošolskem okolju pri preprečevanju nadaljnjih primerov okužbe?

- Na podlagi nizko kakovostnih dokazov je treba kemoprofilakso osebam, ki obiskujejo isto predšolsko ustanovo kot oseba z invazivno meningokokno okužbo, zagotoviti odvisno od ocene tveganja. Obiskovanje iste šole/visokošolske ustanove kot oseba z invazivno meningokokno okužbo samo po sebi ne bi smelo šteti kot indikacija za kemoprofilakso.

### **5. Ali je treba kemoprofilakso zagotoviti osebam, ki so pile isto pijačo kot oseba z invazivno meningokokno okužbo?**

Vprašanje iz raziskave: Kako učinkovito je zagotavljanje kemoprofilakse osebam, ki so pile isto pijačo (ali imele podobne stike, so na primer kadile isto cigareto, uporabljale isti jedilni pribor) kot oseba z invazivno meningokokno okužbo, pri preprečevanju nadaljnjih primerov okužbe prek teh stikov?

- Na podlagi nizko kakovostnih dokazov pitje iste pijače, kajenje iste cigarete ali podobni stiki z osebo z invazivno meningokokno okužbo sami po sebi ne bi smeli šteti kot indikacija za kemoprofilakso.

### **6. Ali je treba kemoprofilakso zagotoviti osebam, ki so uporabljale isto prevozno sredstvo (na primer letalo, ladjo, avtobus, avtomobil) kot oseba z invazivno meningokokno okužbo?**

Vprašanje iz raziskave: Kako učinkovito je zagotavljanje kemoprofilakse osebam, ki so uporabljale isto prevozno sredstvo kot oseba z invazivno meningokokno okužbo, pri preprečevanju nadaljnjih primerov okužbe prek teh stikov?

- Dokazi, ki so trenutno na voljo, so zelo nizke kakovosti. Na tej podlagi ni mogoče količinsko opredeliti tveganja za prenos v različnih prevoznih sredstvih. V teh okoljih sekundarni primeri niso bili potrjeni. Souporaba prevoznega sredstva z osebo z invazivno meningokokno okužbo, zato sama po sebi ne bi smela šteti kot indikacija za kemoprofilakso.

### **7. Kakšno antibiotično zdravljenje je treba priporočiti za kemoprofilakso odraslih, otrok in nosečnic?**

Vprašanje iz raziskave: Katera antibiotična zdravljenja so najučinkovitejša pri izkoreninjanju okužbe med odraslimi, otroci in nosečnicami?

- Na podlagi dokazov srednje do visoke kakovosti se lahko za profilakso odraslih in otrok uporabijo rifampicin, ciprofloksacin, ceftriakson, azitromicin in cefiksime. Za nobeno zdravljenje ni mogoče trditi, da je najboljšo, vendar se lahko ciprofloksacin, azitromicin in ceftriakson dajo v enkratnem odmerku. Razvoj odpornosti je bil sporočen po uporabi rifampicina.

### **8. Ali je treba osebam, ki so bile v stiku z osebo z invazivno meningokokno okužbo in so prejele kemoprofilakso, zagotoviti tudi meningokokno cepljenje, če je to primerno?**

Vprašanje iz raziskave: Kako učinkovito je cepljenje, ki se poleg kemoprofilakse zagotovi osebam, ki so bile v istem gospodinjstvu kot oseba z invazivno meningokokno okužbo, pri preprečevanju nadaljnjih primerov okužbe prek teh stikov?

- Dokazi, ki so trenutno na voljo, so zelo nizke kakovosti, zato naslednje ugotovitve temeljijo na posrednih dokazih. Če je primer meningokokne okužbe povzročil sev, ki ga je mogoče preprečiti z razpoložljivim odobrenim cepivom, je treba poleg kemoprofilakse osebam iz istega gospodinjstva zagotoviti cepljenje, razen če šteje, da so že odporne.

## 4 Testiranje za virus HIV: večja uveljavljenost in učinkovitost testiranj v Evropski uniji

(objavljeno oktobra 2010)

### Področje uporabe in namen teh smernic

Namen teh smernic, temelječih na dokazih, je obveščati o razvoju, spremljanju in ocenjevanju nacionalnih strategij ali programov testiranja za virus HIV v državah Evropske unije (EU) in Evropskega gospodarskega prostora (EGP).

### *Zakaj je testiranje za virus HIV pomembno?*

Po Evropi se še naprej povečuje število ljudi, okuženih z virusom HIV, in v številnih državah je kot težava opredeljeno pozno diagnosticiranje. Trdni dokazi podpirajo tezo, da zgodnje zdravljenje zmanjša obolevnost in umrljivost, vendar pri veliko osebah, okuženih z virusom HIV, okužba ni diagnosticirana do poznega stadija. Ker se pri okužbi z virusom HIV včasih mnogo let ne pokažejo skoraj nobeni simptomi, je testiranje edini način zgodnjega diagnosticiranja, ki omogoča zgodnjo napotitev na zdravljenje in oskrbo. Pri osebah z zgodnjo diagnozo je tudi manj verjetno, da bodo virus prenesle na druge, in sicer tako zaradi manjše infektivnosti med zdravljenjem kot tudi zaradi sprememb v spolnem vedenju in vedenju pri intravenoznem uživanju drog. Prenos okužbe z matere na otroka se lahko učinkovito prepreči s testiranjem nosečnic za virus HIV in njihovim zdravljenjem. Zgodnje diagnosticiranje okužbe z virusom HIV ima zato pomembne koristi za posameznika in skupnost ter je ključna prednostna naloga na področju javnega zdravja.

### *Temeljna načela nacionalnih strategij testiranja za virus HIV*

#### **Testiranje za virus HIV mora biti prostovoljno, zaupno in opravljeno na podlagi zavestne privolitve**

Vsem mora biti zagotovljen preprost dostop do prostovoljnega testiranja, posebno pa si je treba prizadevati, da to velja za skupine, ki so najbolj ogrožene in dovzetne za okužbo z virusom HIV. Te skupine vključujejo osebe, ki so skrite ali marginalizirane in ki jim je treba zagotoviti dostop do testiranja brez prisile ali kršenja zaupnosti.

#### **Zagotavljanje dostopa do zdravljenja, oskrbe in preventivnih storitev**

Največja korist testiranja za virus HIV je dostop do zdravljenja. Zagotavljanje splošnega dostopa do zdravljenja in oskrbe ter preventivnih in podpornih storitev z jasnimi načini napotitve mora biti temelj nacionalnih strategij testiranja za virus HIV.

#### **Izkazovanje politične zavezanosti**

Za doseganje zelenega učinka bodo morale vlade prednostno obravnavati program testiranja za virus HIV. To bo treba podpreti s finančnimi naložbami in spremljanjem, da se zagotovi stroškovno učinkovita poraba sredstev.

#### **Zmanjšanje stigmatizacije**

Stigmatizacija, ki je še vedno povezana z virusom HIV, je ovira za testiranje, zlasti v skupnostih, ki so same po sebi stigmatizirane, in med zdravstvenimi delavci. K odpravi stigmatizacije bi pripomogla „normalizacija“ testiranja, na primer preoblikovanje postopka tako, da postopek postane podobnejši tistim za presejalne in diagnostične teste, vendar mora testiranje ostati prostovoljno.

#### **Odprava pravnih in finančnih ovir**

V strategijah testiranja je treba poiskati načine za odpravo pravnih in finančnih odvrtilnih dejavnikov. Take ovire lahko vključujejo politiko kazenskega pregona prenosa virusa HIV in zahtevo po plačilu zdravljenja, kadar je to cenovno nedostopno. Razmisliti je treba o nediskriminacijski zakonodaji in politikah preprečevanja obveznega testiranja katere koli skupine v katerem koli okolju, razen obveznega testiranja darovane krvi in tkiv.

#### **Dostop do testiranja za virus HIV mora biti sestavni del nacionalnih strategij**

Vse nacionalne strategije za preprečevanje in zdravljenje okužbe z virusom HIV, drugih spolno prenosljivih okužb, virusnega hepatitisa, tuberkuloze in drugih bolezni, ki so kazalniki okužbe z virusom HIV, morajo vključevati testiranje za virus HIV, ki mora biti ustrezno ciljno usmerjeno. Možnosti za povečanje dostopa do prostovoljnega zaupnega testiranja za virus HIV in njegove uveljavljenosti je treba opredeliti tudi v drugih ustreznih nacionalnih strategijah, kot so strategije, namenjene nosečnicam, uživanju drog, ponujanju spolnih storitev za denar ali zdravstvenemu varstvu v zaporu.

#### **Razvoj in izvajanje strategije testiranja za virus HIV v sodelovanju z zainteresiranimi stranmi**

Uporabiti je treba razpoložljive informacije o virusu HIV in povezanih vprašanjih na državni in lokalni ravni ter opredeliti cilje in prednostne naloge. To je treba zajeti v sklopu strateških ciljev, tako da jih vse zadevne ali prizadete strani enako razumejo. Za razvoj strategije je potrebno sodelovanje vseh pomembnih zainteresiranih strani, da se ustvari zaveznitvo na podlagi skupnih ciljev, vključno z osebami, okuženimi z virusom HIV, predstavniki najbolj prizadetih skupnosti, civilno družbo, agencijami za preprečevanje okužb, strokovnjaki za testiranje za virus HIV in drugimi, ki so pomembni pri izvajanju strategije.

## Razvoj nacionalne strategije testiranja za virus HIV

### *Koga je treba testirati?*

Poznati je treba epidemijo in opredeliti najbolj ogrožene skupine. Učinkovit nacionalni pristop k testiranju za virus HIV temelji na razumevanju epidemije na lokalni in državni ravni. Cilj programov testiranja mora doseči tiste, pri katerih je prisotno tveganje za okužbo, in prednostno obravnavati najbolj ogrožene skupine.

Za razumevanje epidemije in časovnih trendov na regionalni in državni ravni je treba pregledati podatke o spremljanju in druge ustrezne podatke, vključno z informacijami o nedijagnosticiranih okužbah z virusom HIV in poznih diagnozah. Nekatere skupine so zlasti izpostavljene tveganju za okužbo z virusom HIV; te vključujejo moške, ki imajo spolne odnose z moškimi, intravenozne uživalce drog, migrante, zlasti iz držav z višjo stopnjo razširjenosti, spolne partnerje posameznikov iz vseh teh skupin in otroke HIV-pozitivnih mater. Take podskupine prebivalstva in/ali tveganja, ki so jim izpostavljene, so pogosto skriti in stigmatizirani. Opraviti bo treba posebne raziskave, da bi ugotovili ravni okuženosti z virusom HIV v teh skupinah, njihovo stopnjo testiranja za virus HIV ter povezana znanje, stališča in vedenje, na podlagi teh informacij pa pripraviti intervencijske ukrepe za večjo uveljavljenost testiranja za virus HIV.

Pregledati je treba tudi dodatne podatke o drugih spolno prenosljivih okužbah, spolnem vedenju in vedenju pri intravenoznem uživanju drog pri splošni populaciji ter pri skupinah, pri katerih je prisotno tveganje za okužbo s HIV.

### *Kje izvajati testiranje?*

#### **Logistični vidik**

Načrtovati je treba izvedbo programa testiranja za virus HIV in obravnavati logistične izzive. Ti lahko vključujejo način izvajanja sistema zdravstvenega varstva, dostopnost brezplačnega zdravstvenega varstva, pripravljenost storitev v skupnosti, svetovanje in podporo, zagotavljanje varnih poti za dostop do zdravljenja okužbe z virusom HIV in zagotavljanje zaupnosti.

#### **Razpoložljivost testiranja v različnih okoljih**

Na podlagi informacij o epidemiji in ogroženih skupinah se je treba odločiti, kje se bo izvajalo testiranje za virus HIV. Razmisliti je treba tudi, kdo ima trenutno dostop do testiranja za virus HIV in kje. Zaradi različnih potreb in ovir za testiranje je treba ponuditi različne vrste storitev, da bi se dostopnost čim bolj povečala. Opredeliti je treba potrebne ukrepe za uvedbo novih storitev ali spremembo prakse v obstoječih zdravstvenih okoljih ali storitvah v skupnosti. Presoditi je treba, ali je mogoče predpise, ki morda ovirajo testiranje v skupnostih, vključno z uporabo testiranja na mestu oskrbe ali zahtevo, naj testiranja izvajajo le posebni strokovnjaki, ublažiti, ne da bi to ogrozilo kakovost testiranja.

#### **Omogočanje testiranja za virus HIV kot cilj**

- Storitve, namenjene testiranju za virus HIV, ki omogočajo preprost in varen dostop do testiranja, bodisi samo za virus HIV bodisi skupaj z drugimi testiranjmi.
- Okolja, v katerih je vedno treba zagotoviti testiranje za virus HIV: storitve za ogrožene osebe (storitve za spolno prenosljive okužbe, storitve za intravenozne uživalce drog), predporodne storitve, storitve za klinično diagnostiko in obvladovanje stanj, ki so kazalniki okužbe z virusom HIV, ter druga okolja, za katera je znano ali ocenjeno, da so v njih nedijagnosticirane okužbe z virusom HIV zelo razširjene.
- Vsa druga zdravstvena okolja, v katerih lahko ljudje zahtevajo testiranje ali v katerih morajo biti strokovnjaki pripravljene ponuditi testiranje in biti na to pozorni, kadar je to potrebno.
- Lokacije za testiranje v skupnosti, vključno s službami za pomoč osebam, pri katerih je tveganje za okužbo z virusom HIV veliko in ki so lahko skrite ali marginalizirane ter niso v stiku s tradicionalnimi zdravstvenimi storitvami. Take službe je treba ustanoviti v sodelovanju s ciljnimi skupinami prebivalstva.

### *Kdaj izvajati testiranje?*

#### **Zagotavljanje smernic glede pogostnosti testiranja**

Pogostejše testiranje se svetuje osebam s stalnim tveganim vedenjem. Nekatere države na primer priporočajo, naj se moški, ki imajo spolne odnose z moškimi, testirajo vsako leto ali še pogosteje, odvisno od spolnega vedenja. V skladu s sedanjimi smernicami Evropskega centra za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami (EMCDDA) se priporoča, naj se intravenoznim uživalcem drog testiranje ponuja redno, in sicer vsaj vsakih šest do dvanajst mesecev.

### *Kako izvajati testiranje?*

#### **Ozaveščanje javnosti**

Da bi javnost in zlasti skupine, pri katerih je tveganje za okužbo z virusom HIV večje, poiskale testiranje za virus HIV in ga sprejele, morajo razumeti njegove koristi. Potreben je strateški pristop h komuniciranju po različnih kanalih. Opazna podpora oblikovalcev mnenj, vključno s politiki, voditelji skupnosti in slavnimi osebami, ki se

zagotavlja na visoki ravni, ter medijska podpora v obliki objektivnega poročanja lahko prispevata k izboljšanju ozaveščenosti.

### Zagotavljanje zaupnosti

Zaupnost je temeljno načelo v zdravstvu, zaradi stigmatizacije okužbe z virusom HIV in vedenj, s katerimi se ta lahko prenaša, pa je še zlasti pomembna pri testiranju za virus HIV. Upoštevati je treba ustrezne strokovne smernice in nacionalne zakonske zahteve. Nezdostna zaupnost lahko ovira dostop do testiranja za virus HIV. Jasna politika zaupnosti in obveščanje javnosti o njej v okoljih, v katerih se testiranje izvaja, lahko pripomoreta k premagovanju te ovire. Testiranje za virus HIV je treba vedno ponuditi in se o njem pogovoriti v zasebnosti. Na voljo mora biti možnost anonimnega testiranja.

### Ozaveščanje strokovnjakov in usposabljanje zaposlenih

Ozaveščenost, zaupnost in usposobljenost strokovnjakov za testiranje za virus HIV se lahko povečajo z usposabljanjem. Testiranje za virus HIV lahko izvajajo ustrezno usposobljeni in izurjeni zdravstveni delavci, za povečanje obsega testiranja pa bo potrebnih več zanesljivih in usposobljenih delavcev. Z ustreznim usposabljanjem in zagotavljanjem kakovosti lahko za virus HIV testirajo tudi osebe, ki niso zdravstveni delavci. Zaposleni morajo razumeti koristi testiranja za virus HIV in premagati ovire, ki zmanjšujejo njihovo sposobnost in pripravljenost za to testiranje. Med temi ovirami so pomanjkanje zaupanja, nelagodje pri razgovoru o spolnosti ali stigmatiziranih vedenjih, zaskrbljenost zaradi sporočanja pozitivnega rezultata in diskriminacijski odnos do oseb, pri katerih obstaja tveganje za okužbo ali ki so okužene z virusom HIV.

### Razgovor pred testiranjem

Izkazalo se je, da je kratek razgovor pred testiranjem o koristih testiranja ter njegovih praktičnih ureditvah in sporočanju rezultatov sprejemljiv in učinkovit način za povečanje razširjenosti testiranja. Glavni namen je zagotoviti zavestno privolitev, ki mora biti dokumentirana, vendar ni potrebno podpisano pisno soglasje. To je v skladu z drugimi zdravstvenimi preiskavami in je del normalizacije testiranja za virus HIV. Pred testiranjem ni treba dobiti podrobnih informacij o spolnem vedenju ali intravenoznem uživanju drog. Pri nekaterih osebah ali v okoljih, v katerih zdravje v povezavi s spolnostjo in/ali uživanje drog spada na področje dejavnosti zadevnih služb, je morda potrebna kratka ocena tveganja ali obširnejše svetovanje pred testiranjem, na primer ob nenehni izpostavljenosti tveganju. To svetovanje mora vedno biti na voljo, osebje pa imeti informacije o usposobljenih svetovalcih, kamor lahko napotijo pomoči potrebne.

### Uporaba ustreznih tehnologij za testiranje

Opredeliti je treba razpoložljiva testiranja za virus HIV in oceniti njihove zadevne koristi za testiranje v različnih okoljih, vključno s hitrimi testiranjmi (na mestu oskrbe). Tehnologija za testiranje se nenehno razvija, zato je treba poiskati strokovno svetovanje, da bi se redno preverjal nabor testiranj. Potrditi je treba vsa reaktivna testiranja in upoštevati smernice SZO v zvezi s tem. Nacionalne smernice za uporabo minimalnega standarda zagotavljanja kakovosti pri diagnostičnem testiranju so nujno potrebne za zagotavljanje kakovostne prakse, metodološke standardizacije in zanesljivosti.

### Obvezno sporočanje rezultatov

Storiti je treba vse potrebno, da se zagotovi, da so osebe, ki so opravile testiranje za virus HIV, obveščene o rezultatu, ne glede na to, ali je ta pozitiven ali negativen. Pri sporočanju pozitivnih rezultatov je treba zagotoviti, da je na voljo osebje za svetovanje po testiranju in da so na voljo povezave za napotitev na ustrezno zdravljenje okužbe z virusom HIV in podporne službe. Svetovanje in napotitev na ustrezne preventivne službe sta lahko koristna tudi za osebe, ki prejmejo negativen rezultat testiranja, vendar je pri njih tveganje za okužbo z virusom HIV veliko.

### Zagotavljanje dostopa do zdravljenja okužbe z virusom HIV, oskrbe in preventivnih storitev

#### Dostop do antiretroviralne terapije

Za vse programe testiranja za virus HIV je ključnega pomena, da vključujejo jasne mehanizme, ki zagotavljajo, da so osebe s pozitivnim rezultatom testiranja vključene v zdravljenje okužbe z virusom HIV in oskrbo. Po vsej Evropi mora biti zagotovljen dostop do antiretroviralne terapije za vse. Nezmožnost plačila stroškov ne sme preprečiti dostopa do zdravljenja, zato je treba poiskati rešitve za to težavo, ki ovira splošni dostop. Zagotovljeni morajo biti načini napotitve z vseh lokacij, na katerih se izvaja testiranje za virus HIV, da se zagotovi specialistični posvet takoj po prejemu pozitivnega rezultata testiranja za virus HIV. Pri takem posvetu je treba oceniti, kdaj je treba začeti antiretroviralno terapijo ter kakšne so potrebe po drugi zdravstveni in socialni oskrbi in podpori.

#### Dostop do psihosocialne podpore in preventivnih storitev

Psihosocialna podpora mora biti na voljo takoj po prejemu pozitivnega rezultata testiranja. Pri osebah, ki prejmejo pozitiven rezultat testiranja, mora napotitev na specialistično oskrbo vključevati dostop do podpore za preprečevanje nadaljnjega prenosa virusa HIV. Svetovanje in podpora za preprečevanje okužbe z virusom HIV morata biti na voljo tudi osebam, ki sicer prejmejo negativen rezultat testiranja, vendar pri njih nenehno obstaja veliko tveganje za okužbo z virusom HIV, ali če osebe zaprosijo za tako svetovanje in podporo.

## Nadaljnji ukrepi: spremljanje in ocenjevanje

Spremljanje in ocenjevanje sta pomembna elementa programa testiranja za virus HIV, saj zagotavljata, da je program primeren za uporabo, in omogočata kakovostno testiranje. Dobro zasnovan sistem spremljanja in ocenjevanja zagotavlja informacije za politike, prispeva k izboljšanju kakovosti in učinkovitosti ukrepov ter tako usmerja prihodnje dodelitev sredstev v okviru programa. Nacionalni podatki o spremljanju vključujejo nove diagnoze in delež posameznikov s takimi diagnozami. Ocene nedagnosticiranih primerov so pomembne za spremljanje učinka programa. Povečanje obsega testiranja v novih okoljih bo zahtevalo zanesljivo spremljanje in ocenjevanje za zagotovitev kakovostnega testiranja za virus HIV. Uspešnost lokalnih ukrepov za spodbujanje testiranja za virus HIV se lahko oceni na podlagi petih meril: izvedljivosti (Easibility), sprejemljivosti (Acceptability), učinkovitosti in stroškovne učinkovitosti (effectiveness and Cost-effectiveness), doseganja ciljnih populacij (Target populations) in trajnosti (Sustainability) (FACTS). Jasni, dobro opredeljeni in merljivi kazalniki lahko pomagajo pri spremljanju teh meril in zagotavljajo standardno metodo za poročanje o ugotovitvah na lokalni in (med)narodni ravni.



# Poročila o spremljanju

## 5 Spremljanje tuberkuloze v letu 2008

(objavljeno marca 2010)

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

### Evropska regija SZO

Leta 2008 je 50 od 54 držav evropske regije<sup>2</sup> prijavilo 461 645 primerov tuberkuloze (52,2 na 100 000 prebivalcev), kar predstavlja približno 6 % primerov tuberkuloze, prijavljenih SZO po vsem svetu. Od leta 2004 se je skupni delež prijavljenih primerov tuberkuloze v evropski regiji še naprej povečeval. Vendar pa se je skupni delež prijavljenih primerov tuberkuloze v 18 državah z visoko prednostjo<sup>3</sup> v primerjavi s prejšnjim letom zmanjšal za 3,9 % na 87,6 % vseh primerov tuberkuloze, v regiji pa se je med letoma 2007 in 2008 skupni delež prijav zmanjšal za 2,6 %. Štiriodstotno zmanjšanje prijav novih primerov tuberkuloze od leta 2007 kaže na zmanjšano razširjenost tuberkuloze v regiji. Od leta 2007 se je zmanjšal tudi delež predhodno zdravljenih primerov, in sicer z 31,7 % na 29,8 %.

Največ (42,0 %) novih primerov tuberkuloze v regiji je v starostni skupini od 25 do 44 let.

Število prijavljenih primerov tuberkuloze, ki jih spremlja okužba z virusom HIV, se je skoraj podvojilo s 5 828 leta 2006 na 11 395 leta 2008, kar je posledica povečanega testiranja v okviru okrepljenega zagotavljanja storitev oskrbe v zvezi z virusom HIV za bolnike s tuberkulozo v državah z visoko prednostjo. V istem obdobju ni bilo znatnega povečanja števila prijavljenih okužb, ki spremljajo okužbe z virusom HIV, zunaj držav z visoko prednostjo.

V regiji se je skupno število prijavljenih primerov tuberkuloze, odporne proti več zdravilom (MDR TB), v letu 2008 podvojilo v primerjavi s prejšnjim letom, kar je posledica izboljšav v testiranju občutljivosti zdravil, razširjenost primerov tuberkuloze, odporne proti več zdravilom, pa je znašala 11,1 %. Najbolj so s primeri tuberkuloze, odporne proti več zdravilom, obremenjene države z visoko prednostjo, v katerih razširjenost med novodiagnosticiranimi primeri znaša 13,8 %, kar je petkrat več od prijavljene razširjenosti v EU/EGP, med predhodno zdravljenimi primeri pa več kot 50 %, kar je več kot dvakrat več kot v EU/EGP.

Stopnja uspešnosti zdravljenja med na novoodkritimi laboratorijsko potrjenimi primeri tuberkuloze se je leta 2007 zmanjšala na 70,7 % (v primerjavi s 73,1 % za primere, prijavljene leta 2006); v 9,0 % primerov so bile prijavljene napake pri zdravljenju, v 8,4 % primerov so bolniki umrli, v 6,9 % primerov pa niso bili zdravljeni. Stopnja uspešnosti zdravljenja v državah, ki niso članice EU/EGP, je manjša kot v EU/EGP, in sicer znaša v prvih 67,5 %, v drugih pa 79,5 %. V 18 državah z visoko prednostjo je bilo zdravljenje uspešno le pri 69,2 % novoodkritih laboratorijsko potrjenih primerov tuberkuloze, kar je daleč od 85-odstotnega cilja strategije za zaustavitev tuberkuloze (Stop TB).

Stopnja umrljivosti zaradi tuberkuloze se je zmanjšala za 45 % z 9,0 na 100 000 prebivalcev leta 2005 na 5,0 na 100 000 prebivalcev leta 2007. Podobna sorazmerna zmanjšanja so bila opažena v EU/EGP in državah z visoko prednostjo. Vendar pa je stopnja umrljivosti v državah z visoko prednostjo ostala skoraj 15-krat višja kot v EU/EGP.

### Države Evropske unije in Evropskega gospodarskega prostora<sup>4</sup>

26 držav Evropske unije (EU) (vse razen Avstrije) in dve drugi državi Evropskega gospodarskega prostora (EGP) (Islandija in Norveška) so leta 2008 prijavile 82 611 primerov tuberkuloze, kar je 615 primerov manj kot v letu 2007. Več kot 80 % primerov se je pojavilo v osmih državah, ki so prijavile po 3 000 ali več primerov (Bolgarija, Francija, Nemčija, Italija, Poljska, Romunija, Španija in Združeno kraljestvo).

<sup>2</sup> Ni podatkov za Monako, San Marino, Avstrijo ali Liechtenstein; Liechtenstein je vključen v poročilo, vendar je predstavljen le kot država EGP, ker ni država članica evropske regije SZO.

<sup>3</sup> Armenija, Azerbajdžan, Belorusija, Bolgarija, Estonija, Gruzija, Kazahstan, Latvija, Litva, Moldavija, Romunija, Rusija, Tadžikistan, Turčija, Turkmenistan, Ukrajina, Uzbekistan.

<sup>4</sup> 27 držav članic EU, Islandija, Liechtenstein in Norveška.



Skupni delež prijavljenih primerov leta 2008 je znašal 16,7 na 100 000 prebivalcev, pri čemer je 21 držav prijavilo deleže, manjše od 20 na 100 000 prebivalcev, medtem ko so deleže, večje od 20 na 100 000 prebivalcev, prijavile Romunija (115,1), baltske države – Litva (66,8), Latvija (47,1), Estonija (33,1) – Bolgarija (41,2), Portugalska (28,2) in Poljska (21,2). Skupni delež prijavljenih primerov je bil za 1,2 % manjši kot leta 2007 (za 28 držav poročevalk), kar odraža trend neto zmanjševanja v 17 državah.

Precejšnja povečanja so bila ugotovljena na Malti (28,8 %), Islandiji (19,8 %) in Cipru (12,2 %), nekaj povečanj pa je bilo opaziti tudi na Švedskem (4,9 %) in v Združenem kraljestvu (2,8 %), vendar je večinoma šlo za primere tujega izvora. Leta 2008 je bilo 22,4 % primerov (razpon držav: 0–88 %) pri osebah tujega izvora, od katerih sta bili dve tretjini iz Azije ali Afrike.

Razširjenost virusa HIV med primeri tuberkuloze se je med letoma 2006 in 2008 povečala v Estoniji (z 9,0 % na 9,9 %), Latviji (s 3,4 % na 6,7 %) in na Malti (s 3,7 % na 9,4 %). V drugih državah, ki so predložile podatke, je bila razširjenost virusa HIV med primeri tuberkuloze 1-odstotna ali manjša v šestih državah, 2–5-odstotna v treh drugih državah, 5–8-odstotna v dveh državah in 14,6-odstotna v eni državi.

Odpornost proti več zdravilom (multidrug resistance, MDR) je bila še vedno najpogostejša v baltskih državah (združena MDR: 15,6–21,3 %), sledila pa je Romunija, ki je prvič sporočila rezultate (14,7 %). Druge države so sporočile nižje stopnje MDR (0–5 %), pri čemer je na splošno pogosteje šlo za okužbe tujega izvora. Od 14 držav, ki so sporočile širši spekter odpornosti proti zdravilom (extensive drug resistance, XDR), je Romunija sporočila najvišje številke (skupaj 54 primerov), medtem ko sta imeli Latvija in Estonija največji delež primerov XDR med primeri MDR (14,7 oziroma 12,2 %), pri čemer je za Latvijo ugotovljeno močno povečanje primerov XDR v primerjavi z letom 2007, in sicer s 6 na 19 (s 6,1 % na 14,7 %).

Dvaindvajset držav je v letu 2007 sporočilo podatke o spremljanju rezultatov zdravljenja za definitivne primere pulmonarne tuberkuloze. Rezultat zdravljenja med predhodno nezdravljenimi primeri pulmonarne tuberkuloze s potrjeno kulturo je bil uspešen v 79,5 % primerov. Uspešnost zdravljenja je bila precej manjša med predhodno zdravljenimi primeri tuberkuloze (51,8 %) in primeri pulmonarne tuberkuloze s potrjeno kulturo, odporne proti več zdravilom, v 24 mesecih (30,9 %).

## 6 Spremljanje gripe v Evropi v obdobju 2008–2009 – od 40. tedna leta 2008 do 39. tedna leta 2009

(objavljeno maja 2010)

Sezona gripe 2008–2009 v Evropi se je začela v 48. tednu leta 2008, v vsaki prizadeti državi trajala približno 10 tednov in se končala v 16. tednu leta 2009, potem ko je vrh gripe prečkal celino od zahoda do vzhoda. Tedenski deleži kontrolnih vzorcev (pod)vrst, pozitivnih na gripo, so pokazali dva prekrivajoča se vrha, pri čemer je prvotno prevladujočo gripo A(H3N2) zamenjala gripa B kot najbolj razširjeni virus gripe po 8. tednu leta 2009. Izkazalo se je, da sta virusa gripe A(H3N2) in A(H1N1) antigensko tesno povezana z ustreznimi elementi iz cepiva za gripo za severno poloblo v obdobju 2008–2009, medtem ko je večina izoliranih virusov gripe B izhajala iz podvrste Victoria in se ni ujemala z elementom iz cepiva B, to je virusom podvrste Yamagata. Glede na relativno majhno razširjenost virusov B, opaženo v tej sezoni, pa navedeno neujemanje verjetno ni imelo velikega pomena za javno zdravje.

Primeri pandemične gripe A(H1N1) iz leta 2009 so se v Evropi začeli pojavljati v 16. tednu leta 2009. Do 39. tedna je bilo skupaj sporočenih 53 658 potrjenih primerov iz vseh držav članic EU, Islandije, Liechtensteina in Norveške, od tega je bilo 175 smrtnih primerov v 14 državah. Podatki, ki temeljijo na posameznih primerih, so pokazali, da so bili bolniki stari od 0 do 90 let (mediana: 19 let), 78 % jih je bilo mlajših od 30 let, šolarji v starosti od 5 do 19 let pa so zajemali 47 % vseh primerov. Pri pretežni večini primerov (96 %) ni bilo znano, da so imeli kakršne koli druge zdravstvene težave. Pri osebah z drugimi zdravstvenimi težavami je bila najpogosteje sporočena zdravstvena težava kronična bolezen pljuč, ki je zajemala 30 % teh primerov. Pljučnica je bila navedena kot zaplet pri 0,6 % okužb s pandemično gripo, splošna stopnja hospitalizacije je znašala 13 %, v 0,03 % primerov pa je bila sporočena smrt bolnika.

Združena evropska mreža za spremljanje kliničnih in viroloških značilnosti gripe (European clinical and virological influenza surveillance network, EISN) se je izkazala za učinkovito pri pravočasnem odkrivanju začetka sezone gripe 2008–2009, spremljanju njenega poteka in določanju njenih glavnih viroloških značilnosti. Prvi virusi pandemične gripe 2009, odkriti pri nekontrolnih bolnikih, so bili potrjeni v enem tednu, pri kontrolnih bolnikih pa v treh tednih po tem, ko so v Evropi zboleli prvi bolniki. Vendar pa je bilo na podlagi kontrolnega spremljanja gripi podobnih bolezni (influenza-like illness, ILI) in akutne okužbe dihal (acute respiratory infection, ARI) jasno povečanje ugotovljeno šele z desettedensko zamudo. Celo v 39. tednu leta 2009, ko so vse države članice EU, Islandija, Liechtenstein in Norveška sporočile primere pandemične gripe, je bila aktivnost gripi podobnih bolezni in akutne okužbe dihal nad osnovno ravno ugotovljena le v devetih od 29 držav, ki poročajo mreži EISN.

Za večjo občutljivost je potrebno večje število kontrolnih zdravnikov, odpraviti pa je treba tudi druge sistematične pomanjkljivosti. Predlagane spremembe v sistemu spremljanja gripe v Evropi so:

- še naprej spodbujati standardizirano poročanje o intenzivnosti, geografski razširjenosti in trendih gripi podobnih bolezni in akutne okužbe dihal;
- okrepiti spremljanje gripi podobnih bolezni in akutne okužbe dihal s spremljanjem resnih akutnih okužb dihal (severe acute respiratory infections, SARI);
- uvesti standardizirane epidemiološke mejne vrednosti za kontrolni nadzor gripi podobnih bolezni in akutne okužbe dihal;
- dodatno razviti spremljanje vseh vzrokov umrljivosti na evropski ravni in redno objavljati rezultate.

## 7 Spremljanje invazivnih bakterijskih okužb v Evropi v letu 2007

(objavljeno oktobra 2010)

V tem poročilu je opisana epidemiologija invazivnih okužb z bakterijama *Haemophilus influenzae* in *Neisseria meningitidis* v Evropski uniji in njenih državah članicah v letu 2007. Imenovane nacionalne kontaktne točke so bile pozvane, naj predložijo podatke prek revidirane različice zbirke podatkov za invazivne bakterijske okužbe (invasive bacterial infections, IBI), ki je bila pripravljena leta 2008 na podlagi prejšnje zbirke podatkov EU-IBIS. Ta zbirka podatkov vsebuje na posameznih primerih temelječe informacije o epidemioloških in laboratorijskih spremenljivkah ter je razdeljena na osrednji sklop spremenljivk, ki veljajo za vse bolezni v EU, ki jih je treba prijaviti, in izboljššan sklop spremenljivk, posebej namenjenih invazivni okužbi z bakterijo *Haemophilus influenzae* in invazivni meningokokni okužbi. Za lažjo predložitev podatkov je bilo junija 2008 organizirano spletno usposabljanje za države članice, pred pozivom k oddaji podatkov pa so bili na voljo dodatni videoposnetki za usposabljanje in drugo gradivo.

Od 30 držav članic EU/EGP jih je 27 predložilo podatke o invazivni okužbi z bakterijo *Haemophilus influenzae*, 29 pa podatke o invazivni meningokokni okužbi.

### Invazivna okužba z bakterijo *Haemophilus influenzae*

- Leta 2007 je bilo sporočenih skupaj 2 058 primerov invazivne okužbe z bakterijo *Haemophilus influenzae*. Delež prijavljenih primerov je bil v državah članicah različen; v nordijskih državah je bil višji v primerjavi s preostalimi Evropo in se je nenehno povečeval. Vendar pa je v večini držav ostal pod 1 primerom na 100 000 prebivalcev. Največji skupni delež prijavljenih primerov je bil pri dojenčkih, mlajših od enega leta (3 na 100 000, 118 primerov). Medtem ko so se trendi pri dojenčkih med letoma 1999 in 2007 znatno zmanjšali za serotip b (s 3 na 100 000 prebivalcev na 1 na 100 000 prebivalcev), so se pri neinkapsuliranih sevih v istem obdobju povečali z 1,5 na 100 000 prebivalcev na 2,5 na 100 000 prebivalcev.
- 67 % vseh primerov invazivnih okužb z bakterijo *H. influenzae*, sporočenih leta 2007, so povzročili neinkapsulirani sevi. Povečanje števila neinkapsuliranih sevov, prijavljenih v teh letih, je lahko delno posledica izboljšanega potrjevanja primerov in večje občutljivosti sistemov spremljanja, kar je bilo dokumentirano tudi v več državah članicah. Vendar pa je bilo v zadnjih nekaj letih v EU opaziti dejansko povečanje števila prijavljenih serotipov, ki niso zajeti v cepivu (sevi, ki niso serotip b, in neinkapsulirani sevi). Uvedba konjugiranega cepiva proti *H. influenzae* tipa b (Hib) je povzročila večji delež invazivne okužbe z bakterijo *H. influenzae*, ki jo povzročijo sevi, ki niso serotip b, zaradi zmanjšanja okužbe Hib. Vendar pa v nasprotju s programom konjugiranega pnevmokoknega cepljenja ni doslednih ali trdnih dokazov, da bi množično cepljenje proti Hib pri dojenčkih povzročilo zamenjavo serotipa pri prenosu ali bolezni. V nedavnem dokumentu o stališču Svetovne zdravstvene organizacije (SZO) o konjugiranih cepivih proti Hib je bilo ugotovljeno, da „do zdaj zamenjava bakterijskega seva ni bila izstopajoča značilnost obsežne imunizacije proti Hib“.
- Glede na absolutne številke prijavljenih primerov se zdi, da prihaja do premika k starejšim starostnim skupinam. 46 % vseh primerov, sporočenih leta 2007, je bilo med starejšimi od 65 let; ta ugotovitev je skladna s študijo, ki so jo izvedle ZDA in v kateri je poudarjena povečana pojavnost invazivne okužbe z bakterijo *H. influenzae* v obdobju 1996–2004. Spremenile so se tudi epidemiološke značilnosti *H. influenzae*, saj je bila okužba prej ugotovljena pretežno pri otrocih in je pri njej prevladoval serotip b, zdaj pa je okužba ugotovljena večinoma pri odraslih, prevladujejo pa netipizirani sevi.
- Leta 2007 se je do 60 % primerov pojavilo pri cepljenih osebah, kot je običajno opaziti pri populacijah z večjim deležem cepljenih oseb. Med osebami, ki so bile popolno cepljene, so bili večinoma otroci v starosti od 1 do 4 let, v 27 % primerov pa so bili mlajši od enega leta. Na podlagi razpoložljivih podatkov ni mogoče oceniti, ali je mogoče ugotovljene primere razvrstiti kot dejansko neuspešno cepljenje, zato je za nadaljnjo preučitev te ugotovitve potrebnih več informacij. Nekaj dodatnih informacij v zvezi s tem vprašanjem je bilo zagotovljenih s študijo, ki je bila opravljena v okviru EU-IBIS in v kateri je bilo analizirano neuspešno cepljenje proti Hib, ki je bilo ugotovljeno z nacionalnim spremljanjem v obdobju med letoma 1996 in 2001 v Evropi, Izraelu in Avstraliji, opisane pa so bile tudi klinične in laboratorijske značilnosti pri obsežni in raznovrstni populaciji z različnimi programi imunizacije.

O ponovnem pojavu okužbe s Hib zaradi neuspešnega cepljenja je obširno poročalo tudi Združeno kraljestvo.

### Invazivna meningokokna okužba

- Leta 2007 je bilo v EU/EGP prijavljenih 5 583 primerov invazivne bakterijske okužbe z *N. meningitidis*, skupni delež prijavljenih primerov pa je znašal 1,12 primera na 100 000 prebivalcev. Delež prijavljenih primerov je bil v državah članicah različen; na Irskem in v Združenem kraljestvu je bil večji kot v preostali

Evropi, čeprav se v obeh državah nenehno zmanjšuje. Poleg teh dveh držav je delež prijavljenih primerov, večji od 1 na 100 000 prebivalcev, sporočilo še šest držav članic (Belgija, Danska, Nizozemska, Španija, Litva in Malta). Največ primerov invazivne meningokokne okužbe je še vedno pri dojenčkih in otrocih, pri čemer je bilo 50 % primerov sporočenih pri otrocih, mlajših od 10 let. Največji deleži sporočenih primerov pri dojenčkih, mlajših od enega leta, so bili na Irskem in v Združenem kraljestvu, kjer je bilo 74,5 primera na 100 000 prebivalcev oziroma 46,6 primera na 100 000 prebivalcev.

- Kot pri *H. influenzae* je mogoče razlike v deležih sporočenih primerov pripisati več možnim vzrokom: večji občutljivosti sistemov spremljanja, različnim vrstam kliničnih predstavitev spremljanja (tj. sepsa, meningitis ali oboje) v vsaki državi članici, razlikam v uporabljenih opredelitvah primerov, razlikam v laboratorijskih zmogljivostih ali razlikam v zdravstvenih praksah zagotavljanja zgodnjega vzorčenja krvne kulture. V tej fazi Evropski center za preprečevanje in obvladovanje bolezni (ECDC) še nima dobrega pregleda nad glavnimi razlogi za te razlike, zato svetuje previdnost pri primerjavi deležev prijavljenih primerov med državami po seroloških skupinah in starosti.
- Delež primerov z manjkajočimi informacijami o serološki skupini je še vedno velik, zlasti v vzhodnoevropskih državah. Vendar pa se je določitev seroloških skupin z leti izboljšala, tako da se je število neznanih seroloških skupin v zadnjih petih letih znatno zmanjšalo, in sicer s 1 448 leta 2003 na 559 primerov leta 2007. Leta 2007 je bila serološka skupina B najpogosteje prijavljena serološka skupina, ki je povzročila invazivno meningokokno okužbo v Evropi, saj je zajemala približno 90 % vseh seroloških skupin, prijavljenih med otroci, mlajšimi od štirih let. V državah, v katerih se izvaja cepljenje proti meningokokni skupini C (meningococcal C vaccination, MCC), močno prevladujejo primeri skupine B v vseh starostnih skupinah in zlasti pri otrocih, mlajših od enega leta (73 % primerov) in v starosti od enega do štirih let (81 % primerov), ki sta običajni ciljni skupini za cepljenje proti serološki skupini C.
- V državah, v katerih se izvaja cepljenje proti meningokokni skupini C, se je delež primerov okužbe s seroskupino C v nekaj letih po uvedbi cepljenja v nacionalnem programu močno zmanjšal, zlasti v ciljnih skupinah programa cepljenja. Zdi se, da se delež primerov okužbe s seroskupino C povečuje s starostjo, kar je verjetno posledica z majhnega deleža cepljenih oseb v starejših starostnih skupinah in zmanjševanja učinkovitosti cepiva po letu primarne imunizacije.
- Informacij o serotipih in podskupinah sevov je vse več, ker vse več držav uvaja molekularne tehnologije. Vendar pa je vzorcev, za katere so določeni serotipi in podskupine, še vedno malo, pri razlagi teh rezultatov pa je potrebna previdnost. Največ vzorcev, za katere so določene podskupine, so sporočili Francija, Združeno kraljestvo in Belgija.

## Glavne sklepne ugotovitve

Na splošno se pojavnost obeh bolezni še naprej zmanjšuje, zlasti med mlajšimi otroci, ki so ciljna skupina programov cepljenja. Vendar pa se na evropski ravni povečuje število primerov zaradi serotipov in seroloških skupin, ki niso zajete v cepljenjih, kar vpliva tudi na mlajše otroke, zato je treba skrbno spremljati ta trend.

Ker je delež cepljenih oseb pri obeh cepivih velik, se primeri pojavljajo tudi pri cepljenih osebah. Na žalost ni bilo zbranih dovolj podatkov za poglobljeno analizo neuspešnega cepljenja ali za kakršno koli sklepanje o deležu primerov med cepljenimi osebami v državah, v katerih se cepljenje izvaja ali ne izvaja, in sicer zato, ker je bil skupni delež manjkajočih vrednosti za stanje cepljenosti zelo velik in ker niso bile na voljo informacije o datumu rojstva, številu prejetih odmerkov in datumu zadnjega odmerka. Poleg tega vse informacije, potrebne za oznako cepljenja kot neuspešnega, še niso vključene v sklop spremenljivk (kot so datum rojstva ter število in datumi prejetih odmerkov).

Da bi se izboljšala primerljivost podatkov med sodelujočimi državami, so potrebne bolj standardizirane laboratorijske metode za ugotavljanje primera ter sprejetje skupne opredelitve primera na lokalni ravni za namene spremljanja. V evropskih državah bodo metode genotipizacije vse bolj izvedljive, zaradi česar se bo izboljšalo razumevanje podatkov o spremljanju, vendar pa je v ta namen potrebno tesnejše sodelovanje med laboratoriji in epidemiološkimi centri na državni in evropski ravni. V zvezi s tem je bil leta 2008 konzorciju evropskih institucij, ki ga usklajuje Univerza v Würzburgu iz Nemčije, dodeljen razpis z naslovom „Laboratorijsko spremljanje in zunanje zagotavljanje kakovosti za invazivne bakterijske okužbe v EU“ (Laboratory surveillance and external quality assurance (EQA) of invasive bacterial diseases in EU), projekt pa se izvaja že drugo leto. Osredotočen je ne le na zunanje zagotavljanje kakovosti in usposabljanje, temveč predvsem na povečanje in usklajevanje laboratorijskih zmogljivosti v državah članicah ter krepitev sodelovanja med laboratoriji in javnimi zdravstvenimi zavodi v EU. Ena glavnih dejavnosti skupine je spodbujanje uporabe metod molekularne tipizacije pri rutinskem spremljanju.

## 8 Letno epidemiološko poročilo o nalezljivih boleznih v Evropi za leto 2010

(objavljeno novembra 2010)

V tem poročilu je predstavljena analiza podatkov, ki so jih za leto 2008 prijavile 27 držav članic EU in tri države EGP/EFTA, in sicer Islandija, Liechtenstein in Norveška. Glavni namen poročila je na podlagi razpoložljivih podatkov ugotoviti, kje je trenutno največje breme nalezljivih bolezni v Evropski uniji. Na teh območjih so potrebni bolj usklajeni ukrepi, da bi se zmanjšalo sedanje in morebitno prihodnje breme za družbo, javno zdravstvo in zdravstvene sisteme ter da bi se zmanjšalo človeško trpljenje. ECDC lahko na podlagi teh podatkov zagotavlja baze dokazov za ukrepe, odkriva in izmenjuje prakse ter predlaga metode za nadaljnje ukrepanje pri intervencijah.

Kljub velikemu napredku glede izboljšanja kakovosti in primerljivosti podatkov mora biti bralec še vedno previden pri neposredni primerjavi deležev prijavljenih primerov med državami. Sistemi spremljanja se močno razlikujejo, razmerje med sporočeno ali prijavljeno pojavnostjo in dejansko pojavnostjo pa se med državami razlikuje za številne bolezni.

Letna analiza nevarnosti, ki se spremljajo v EU, je prvič sporočena ločeno<sup>5</sup>.

### Protimikrobna odpornost in bolnišnične okužbe

Največja nevarnost v zvezi z boleznimi v Evropi so še vedno mikroorganizmi, ki so postali odporni proti protimikrobnim snovem. Leta 2008 je 900 laboratorijev, ki oskrbujejo več kot 1 500 bolnišnic, sporočilo podatke o protimikrobni odpornosti (antimicrobial resistance, AMR) za sedem glavnih indikatorskih mikroorganizmov. Pokazalo se je, da se je po vsej Evropi povečala odpornost proti vsem vrstam antibiotikov, vključenih v spremljanje, pri *Escherichia coli* – najpogostejši po Gramu negativni bakteriji, ki povzroča bakteriemijo in okužbe urinarnega trakta. Nekatere države so prijavile zmanjšanje deleža *Staphylococcus aureus*, odpornega proti meticilinu (meticillin-resistant *Staphylococcus aureus*, MRSA), čeprav so v eni tretjini držav deleži MRSA ostali nad 25 %. Še naprej zaskrbljenost vzbujajo vse večja nevarnost odpornosti proti več zdravilom (odpornost proti različnim antibiotikom, ki se pogosto uporabljajo), ki je pogosteje opažena pri nekaterih po Gramu negativnih bakterijah, kot so *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae* in *Pseudomonas aeruginosa*.

V istem letu so bili prijavljeni podatki o spremljanju 306 621 kirurških posegov iz 1 422 bolnišnic ter podatki iz 654 bolnišnic o 9 129 epizodah pljučnice, pridobljenih v intenzivni enoti, in 4 077 epizodah okužb krvi, pridobljenih v intenzivni enoti. Prej ugotovljeno zmanjševanje števila okužb na mestu operativnega posega po vstavitvi kolčnega sklepa je bilo leta 2008 potrjeno. Razširjenost mikroorganizmov, povezanih z okužbami, pridobljenimi v intenzivnih enotah, je pokazala velik delež bakterije *Enterobacteriaceae*, odporne proti cefalosporinu tretje generacije, zlasti *Klebsiella* spp. in *Enterobacter* spp.

### Bolezni okoljskega izvora in transmissivne bolezni

Izbruh vročice Q, o katerem je Nizozemska poročala med marcem in decembrom 2007, se je leta 2008 ponovil. Največ primerov se je pojavilo poleti, bolezen pa je bila najbolj razširjena od 25. do 28. tedna (sredina junija–sredina julija). Druge evropske države, kot je Nemčija, so prav tako poročale o spremembah v trendih vročice Q in manjšem povečanju števila primerov v letu 2008.

Med nalezljivimi boleznimi iz te skupine z resnejšimi posledicami, kot so bolezni z mogočimi hemoragičnimi značilnostmi, se je krimsko-kongoška hemoragična mrzlica razširila z običajnih endemičnih območij v balkanski regiji. Grčija je junija 2008 poročala o svojem prvem primeru krimsko-kongoške hemoragične mrzlice pri človeku v severnem delu države blizu znanega endemičnega območja. Okrepljene dejavnosti spremljanja v Italiji po lanskem izbruhu 217 laboratorijsko potrjenih primerov vročice chikungunya so po drugi strani pokazale, da se avtohtona vročica chikungunya ni znova pojavila, saj so bili vsi prijavljeni primeri v EU/EGP tujega izvora.

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

O številnih boleznih, ki se prenašajo s hrano, se še vedno zelo pomanjkljivo poroča zaradi razlik v resnosti klinične slike, ki jo povzročajo. Bakterija *Campylobacter* je bila še vedno najpogostejši sporočeni vzrok bolezni prebavil v državah EU in EGP/EFTA, število prijavljenih primerov pa je bilo leta 2008 (44,1 na 100 000 prebivalcev) bolj ali manj podobno prejšnjemu letu. To je značilen primer podcenjene bolezni, saj je za to okužbo zlasti znano, da povzroča asimptomatično ali blago bolezen, zaradi česar je stopnja pomanjkljivega poročanja zelo visoka.

<sup>5</sup> ECDC. Letno poročilo o nevarnostih za leto 2009. Evropski center za preprečevanje in obvladovanje bolezni, Stockholm; 2010. Na voljo na spletnem naslovu: [http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/surveillance\\_reports/Pages/index.aspx](http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/surveillance_reports/Pages/index.aspx)

Skupni delež prijavljenih primerov okužbe z VTEC/STEC je v zadnjih nekaj letih prav tako ostal relativno nespremenjen (0,66 na 100 000 prebivalcev). Vendar pa se je število sporočenih primerov, pri katerih se je razvil hemolitični uremični sindrom, leta 2008 povečalo za 42 % v primerjavi s prejšnjim letom. Kar zadeva salmonelozo in šigelozo, je bil največji delež prijavljenih primerov okužbe z VTEC/STEC pri otrocih, mlajših od pet let (4,72 primera na 100 000 prebivalcev), kar je najverjetneje posledica resnejše klinične slike v tej starostni skupini in večje verjetnosti hospitalizacije pri vsaki okužbi.

V zadnjih treh letih se število primerov salmoneloze nenehno zmanjšuje, čeprav je bila bakterija *Salmonella* v letu 2008 še vedno vzrok številnih izbruhov bolezni, ki se prenašajo s hrano, na mednarodni, državni in lokalni ravni. Zaradi sprememb v sporočanju podatkov je v tem poročilu prikazana višja stopnja trebušnega tifusa kot v prejšnjih letih, vendar je to umetna posledica izboljšane popolnosti poročanja, ne pa resnično povečanje. Veliko večino primerov trebušnega tifusa še vedno prinesejo potniki, ki se vračajo z endemičnih območij.

Leta 2008 je bil skupni delež prijavljenih primerov hepatitisa A (3,34 na 100 000 prebivalcev) nekoliko večji kot leta 2007 (2,75 na 100 000 prebivalcev). Delež prijavljenih primerov v Latviji se je povečal z 0,66 leta 2007 na 123 na 100 000 prebivalcev, kar je predvsem posledica lokalnega izbruha bolezni, ki se je začel med intravenoznimi uživalci drog in osebami z nizkim dohodkom, ki živijo v slabih higienskih razmerah, pozneje pa razširila na širšo skupnost. Podobno je izbruh hepatitisa A v Češki republiki najprej prizadel intravenozne uživalce drog, pozneje pa se je razširil na splošno populacijo.

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

Okužba z virusom HIV še vedno ostaja eden največjih javnozdravstvenih problemov v Evropi. Števila prijavljenih primerov okužbe z virusom HIV se je s 4,2 na 100 000 prebivalcev leta 2000 (13 265 primerov) povečalo na 5,6 na 100 000 prebivalcev (18 019 primerov) leta 2008. Ta trend vzbuja še večjo zaskrbljenost, če upoštevamo, da v EU/EGP precejšen delež (po ocenah 30 %) oseb ne ve, da so okužene z virusom HIV. Podatki kažejo, da je bil največji delež primerov okužbe z virusom HIV diagnosticiran pri moških, ki imajo spolne odnose z moškimi (40 %), vendar pa v več evropskih državah narašča delež okužb s heteroseksualnimi spolnimi odnosi (29 %). Precejšen delež novodiagnosticiranih okužb z virusom HIV v EU je bil ugotovljen pri priseljencih iz držav z generalizirano epidemijo virusa HIV (predvsem iz podsaharske Afrike). Nasprotno pa se zdi, da se je kljub nekaterim omejitvam pri podatkih število diagnoz aidsa zmanjšalo, razen v baltskih državah.

Klamidija je še vedno najpogostejše prijavljena spolno prenosljiva okužba v EU/EGP. Prijavljenih je bilo 335 329 potrjenih primerov (150 na 100 000 prebivalcev). Dejanska pojavnost klamidije je verjetno še večja, saj je še posebno za to okužbo značilno pomanjkljivo poročanje. V zadnjih desetih letih se je število okužb nenehno povečevalo. Klamidija je še vedno bolezen mladih, saj delež prijavljenih primerov v starostni skupini od 15 do 24 let znaša 976 na 100 000 prebivalcev. Bolezen pogosteje prizadene mlade ženske kot mlade moške.

Čeprav je trend prijavljenih primerov hepatitisa C relativno stabilen, za delež prijavljenih primerov hepatitisa B pa se zdi, da se je zmanjšal v primerjavi s prejšnjimi leti, je te podatke vedno treba jemati s pridržkom. Razlaganje teh trendov ovirajo precej velike razlike med sistemi spremljanja, nedavne spremembe v poročanju, precejšnje število nediagnosticiranih primerov, mogoče razlike pri uporabi opredelitev primerov (tj. različna uporaba in/ali razlaga kazalnikov hepatitisa B) in nepopolno poročanje v nekaterih državah. Poleg tega nekatere države ne razlikujejo med prijavami akutnih in kroničnih primerov hepatitisa B in C, to pa skupaj z visoko stopnjo asimptomatičnih primerov povzroča mešanico podatkov, ki ji ni mogoče preprosto primerjati med državami. ECDC si prizadeva izboljšati okrepljeno spremljanje teh virusnih okužb, vključno z bolj usklajenim spremljanja hepatitisa B in C na evropski ravni.

## Okužbe dihal

V EU zaradi sezonske gripe vsako zimo resno zbolijo in umrejo na stotisoče ljudi. Sezona gripe 2008–2009 v Evropi se je začela v 48. tednu leta 2008, v vsaki prizadeti državi trajala približno 10 tednov in se končala v 16. tednu leta 2009, potem ko je vrh gripe prečkal celino od zahoda do vzhoda in nato do jugovzhoda. V sezoni 2008–2009 je najprej prevladovala gripa A(H3N2), nato pa v manjšem obsegu gripa B. Na splošno je bilo največ odkritih virusov gripe A(H3N2). Večina virusov gripe B, ki so krožili po Evropi, se ni ujemala z elementom B iz cepiva za gripo za severno poloblo za sezono 2008–2009. Glede na relativno majhno razširjenost virusov B, opaženih v tej sezoni, pa navedeno neujemanje verjetno ni imelo velikega pomena za javno zdravje. V 19. tednu leta 2009, tj. ob koncu „običajne sezone“, je bil v kontrolnem vzorcu odkrit prvi virus pandemične gripe A(H1N1). Temu je sledil spomladanski/poletni val pandemije.

V letu 2008 sta znova izbruhnili visoko patogena aviarna influenza in nizko patogena aviarna influenza, ugotovljeni pri pticah v EU, vendar je bilo izbruhov manj kot leta 2007. Niso poročali o primerih pri osebah, povezanih s temi izbruhi.

Število prijavljenih primerov legionarske bolezni (legioneloze) v državah EU in EGP/EFTA je ostalo stabilno in je znašalo 1,2 primera na 100 000 prebivalcev. Vrh prijavljenih primerov, ki je bil v prejšnjih letih opažen julija, je leta



2008 trajal dlje, in sicer od junija do septembra. Sporočenih primerov legionarske bolezni, povezane s potovanji, je bilo manj kot leta 2007, zmanjšalo pa se je tudi število skupin, povezanih s potovanji.

V zadnjih petih letih je bilo evidentirano nenehno povprečno letno zmanjševanje števila primerov tuberkuloze, čeprav je 28 držav EU in EGP/EFTA leta 2008 prijavilo 82 611 primerov tuberkuloze (število prijavljenih primerov je znašalo 16,7 na 100 000 prebivalcev). V EU je tuberkuloza pogostejša med migranti, brezdomci, revnimi v mestnih središčih, zaporniki, osebami, okuženimi z virusom HIV, in uživalci drog, vendar so podatki za leto 2008 potrdili raznovrstno stanje s tremi širšimi epidemiološkimi kategorijami:

- države z nizko pojavnostjo, v katerih so primeri vse bolj prisotni pri prebivalstvu tujega izvora in ki občasno sporočijo več prijavljenih primerov;
- države z relativno zmernim do velikim številom prijavljenih primerov, ki se zmanjšuje, in z nizkimi ravnmi MDR TB ter
- države z relativno velikim številom prijavljenih primerov in velikim deležem primerov MDR TB, vendar se tudi tam skupno število primerov tuberkuloze zmanjšuje.

Delež primerov tuberkuloze, odporne proti več zdravilom (MDR TB), se je med letoma 2007 in 2008 povečal s 4 % na 6 %, kar je večinoma posledica nepopolnega ali slabo načrtovanega programa zdravljenja. Stopnja uspešnosti zdravljenja pri teh primerih MDR TB je prav tako še vedno izjemno majhna in znaša 30,9 % za kohorto iz leta 2006. Čeprav je še vedno mogoče izboljšati kakovost, reprezentativnost in popolnost podatkov o odpornosti proti zdravilom druge izbire, številke potrjujejo, da je zdaj znotraj meja EU ugotovljena XDR TB.

## Bolezni, ki jih je mogoče preprečiti s cepljenjem

V EU /EGP je več bolezni z resnimi posledicami, ki jih je mogoče preprečiti s cepljenjem (kot so otroška paraliza, davica ali tetanus), zdaj skoraj izkoreninjenih. Še ena zgodba o uspehu v skoraj vseh državah EU je učinek cepljenja proti Hib, ki je vključen v nacionalne programe imunizacije. Kar zadeva preostale bolezni, ki jih je mogoče preprečiti s cepljenjem, je težava še vedno doseganje večjega deleža cepljenih oseb pri težko dosegljivih skupinah prebivalstva. Poleg tega so neupravičeni dvomi o varnosti cepiv ovirali doseganje ciljev pri več okužbah in povzročili lokalne izbruhe, ki bi jih lahko popolnoma preprečili.

Ena taka bolezen so ošpice. Skupno število primerov ošpic v državah EU in EFTA je bilo leta 2008 znatno večje kot leta 2007. To je bila posledica večjih izbruhov v več državah, največ primerov pa je bilo v Švici, Italiji, Avstriji, Nemčiji, Franciji in Združenem kraljestvu. Da bi obrnili ta trend, ki vzbuja zaskrbljenost, je potrebna močna politična zavezanost.

Nasprotno pa se je število prijavljenih in laboratorijsko potrjenih primerov rdečk med letoma 2007 in 2008 zmanjšalo. Čeprav se je skupno število primerov kongenitalne okužbe z rdečkami močno zmanjšalo po uvedbi cepljenja, se v Evropi še vedno pojavljajo posamezni primeri. Če delež cepljenih oseb proti ošpicam, mumpsu in rdečkam ni optimalen, se lahko pojavijo skupine dovzetnih posameznikov, čemur sledi povečanje števila teh bolezni, vključno s kongenitalno okužbo z rdečkami.

Skupni delež prijavljenih primerov invazivne pnevmokokne okužbe (invasive pneumococcal disease, IPD) je leta 2008 znašal 5,2 na 100 000 prebivalcev in je tako med največjimi deleži vseh bolezni, ki jih je mogoče preprečiti s cepljenjem. Sistemi spremljanja invazivne pnevmokokne okužbe v EU so zelo različni, zlasti kar zadeva vrste vzpostavljenih sistemov spremljanja, njihovo uveljavljenost in uporabljeno opredelitev primera, v nekaterih državah pa sistemi spremljanja sploh niso vzpostavljeni. ECDC v EU uvaja bolj okrepljeno spremljanje, ki vključuje tudi laboratorijsko spremljanje, da bi omogočili boljše spremljanje trendov v zvezi s serotipi, zlasti pri osebah, ki niso cepljene.

## Sklepne ugotovitve

Na podlagi povzetka podatkov in trendov za leto 2008 lahko sklepamo, da se prednostne naloge pri preprečevanju in obvladovanju nalezljivih bolezni v državah EU v zadnjih nekaj letih niso bistvene spremenile. Države članice so s skupnimi ukrepi za preprečevanje in nadzor dosegle, da sta se pri nekaterih boleznih nekoliko zmanjšala pojavnost in število primerov (čeprav so lahko ravni še vedno visoke pri nekaterih delih populacije in ogroženih skupinah). Vendar pa še vedno ostaja več težav v zvezi z nalezljivimi boleznimi, predvsem:

- protimikrobna odpornost,
- bolnišnične okužbe,
- spolno prenosljive okužbe, zlasti z virusom HIV in klamidijo,
- okužbe dihal, ki jih povzročajo gripa (možnost pandemije in letne sezonske epidemije), tuberkuloza in pnevmokokne okužbe.

Pri nekaterih od teh bolezni bi bilo z nadaljnjimi skupnimi ukrepi (na primer s cepljenjem ali podobnimi nadzornimi ukrepi) mogoče doseči, da bi se EU in tudi Evropa razglasili kot „prosti“ bolezni, kot velja za nekatere bolezni, ki jih je mogoče preprečiti s cepljenjem. Vendar pa so države članice EU še vedno daleč od doseganja ciljev, ki so zastavljeni že v programih izkoreninjenja bolezni, zlasti za ošpice, pri katerih se je trend zmanjševanja obrnil.

Izboljšanje občutljivosti in specifičnosti spremljanja rdečk je prav tako ključnega pomena zaradi cilja SZO o izkoreninjenju te bolezni. Pri pnevmokoknih okužbah še naprej vzbuja skrb možnost, da bodo po uvedbi cepljenja serotipe, ki jih vključuje konjugirano pnevmokokno cepivo, morda zamenjali serotipi, ki jih to cepivo ne vključuje, kot je bilo ugotovljeno v Združenih državah Amerike.

Podatki iz leta 2008 še vedno kažejo, da je protimikrobna odpornost vse pomembnejša nevarnost za javno zdravje v Evropi. Zaježitev in preprečevanje te odpornosti zahteva mednarodno sodelovanje in skupna prizadevanja na nacionalni ravni. Tudi bolnišnične okužbe so vse večja težava, ki zahteva nenehne politike za preprečevanje in obvladovanje. Oblikovalci politike bodo lahko uporabili zanesljivejše podatke, ki jih pričakujejo zaradi prizadevanj za izboljšanje sistemov spremljanja, vzpostavljenih predvsem v bolnišnicah ali ustanovah za dolgotrajno oskrbo.

Čeprav je za tuberkulozo na splošno značilen trend zmanjševanja, se še naprej povečujeta trenda MDR TB in tuberkuloze, ki jih spremlja okužba z virusom HIV. Prav tako se povečuje splošen trend okužbe z virusom HIV. Pri obeh okužbah je treba resno pozornost posvetiti ohranitvi strogih nacionalnih in mednarodnih ukrepov za preprečevanje in obvladovanje širjenja okužb, vključno z nadaljnjim vlaganjem v spremljanje. Sporočanje primerov tuberkuloze hkrati z virusom HIV je še vedno nepopolno, čeprav obstajajo novi načrti za izboljšanje tega stanja.

Pri gripi se je spet pokazalo, kako nepredvidljiva je lahko sezonska epidemija, saj je v relativno hudi sezoni prevladoval virus A(H3N2), ki je povzročil pandemijo A(H1N1), izvirajočo iz Severne, Srednje in Južne Amerike.

**Preglednica A: Pregled splošnega trenda v zadnjem obdobju, deleža prijavljenih primerov v EU in glavnih starostnih skupin, ki jih prizadenejo nalezljive bolezni, sporočenih na ravni EU za leto 2008**

Bolezen	Splošni trend	Število prijavljenih primerov v EU na 100 000 prebivalcev (2008)	Glavne prizadete starostne skupine (2008)
<b>Okužbe dihal</b>			
Gripa	↔	Ni podatkov	0–14
Aviarna influenza	Nezadostni podatki	0	Nezadostni podatki
Legionarska bolezen (legioneloza)	↑	1,2	≥ 65
Tuberkuloza	↓	16,7	25–44
<b>HIV, spolno prenosljive okužbe in krvno prenosljive virusne okužbe</b>			
Okužba s klamidijo	↑	149,9	15–24
Gonoreja	↓	8,6	15–24, 25–44
Hepatitis B	↓	1,3	25–44
Hepatitis C	↑	9,0	25–44
HIV	↑	5,7	25–44
Aids	↓	1,1	40–49
Sifilis	↔	4,2	25–44
<b>Bolezni, ki se prenašajo s hrano in vodo, ter zoonoze</b>			
Vranični prisad	↓	< 0,01	Nezadostni podatki
Botulizem	↔	< 0,1	25–44
Bruceloza	↓	0,2	45–64, 25–44
Kampilobakterioza	↑	44,1	0–4
Kolera	↓	<0,01	Nezadostni podatki
Kriptosporidioza	↔	2,4	0–4
Ehinokokoza	↔	0,2	45–44, ≥ 65
<i>Escherichia coli</i> , ki izdelujejo verocitotoksine/Šigove toksine (VTEC/STEC)	↔	0,7	0–4
Giardia	↓	59,6	0–4
Hepatitis A	↓	3,3	5–14



Bolezen	Splošni trend	Število prijavljenih primerov v EU na 100 000 prebivalcev (2008)	Glavne prizadete starostne skupine (2008)
Leptospiroza	↔	0,2	45–64
Listerioza	↔	0,3	≥ 65
Salmoneloza	↓	29,8	0–4
Šigelozna	↔	1,8	0–4
Toksoplazmoza	↓	0,8	15–24
Trihinelozna	↔	0,1	25–44
Tularemija	↔	0,2	45–64
Trebušni tifus/paratifus	↔	0,3	0–4, 5–44
Nova različica creutzfeldt-jakobove bolezni	Nezadostni podatki	< 0,01	Nezadostni podatki
Jersinioza	↑	2,7	0–14
<b>Porajajoče se in transmissivne bolezni</b>			
Malaria	↔	1,2	25–44
Kuga	Nezadostni podatki	0	Nezadostni podatki
Vročica Q	↔	0,4	45–64
Sindrom akutnega oteženega dihanja (SARS)	Nezadostni podatki	0	Nezadostni podatki
Črne kože	Se ne uporablja	0	Nezadostni podatki
Vročica chikungunya	Nezadostni podatki	< 0,01	45–64
Vročica denga	Nezadostni podatki	0,1	25–44
Okužba s hantavirusi	Nezadostni podatki	1,4	25–44, 45–64
Vročica zahodnega Nila	Nezadostni podatki	< 0,01	Nezadostni podatki
Rumena mrzlica	Nezadostni podatki	0	Ni primerov
<b>Bolezni, ki jih je mogoče preprečiti s cepljenjem</b>			
Davica	↓	<0,01	5–14, 45–64
Invazivna okužba z <i>Haemophilus influenzae</i>	↓	0,5	≥ 65, 0–4
Invazivna meningokokna okužba	↓	0,9	0–4
Invazivna pnevmokokna okužba	↓	5,2	≥ 65, 0–4
Ošpice	↔	0,9	0–4
Mumps	↓	2,8	5–14
Oslovski kašelj	↔	5,3	5–14
Otroška paraliza	Nezadostni podatki	0	Nezadostni podatki
Steklina	↓	< 0,01	Nezadostni podatki
Rdečke	↓	0,6	0–4
Tetanus	↓	< 0,1	≥ 65
<b>Protimikrobna odpornost in bolnišnične okužbe</b>			
Protimikrobna odpornost	↑	Se ne uporablja	Nezadostni podatki
Bolnišnične okužbe	↑	Se ne uporablja	Nezadostni podatki

## 9 Spremljanje protimikrobne odpornosti v Evropi v letu 2009

(objavljeno novembra 2010)

To je prvo letno poročilo Evropske mreže za spremljanje protimikrobne odpornosti (European Antimicrobial Resistance Surveillance Network, EARS-Net) po prenosu evropskega sistema za spremljanje protimikrobne odpornosti (European Antimicrobial Resistance Surveillance System, EARSS) na Evropski center za preprečevanje in obvladovanje bolezni (ECDC) 1. januarja 2010. S poročilom se nadaljuje serija zelo cenjenih letnih poročil EARSS, ki jih mreža objavlja od leta 2001.

V zadnjem desetletju protimikrobna odpornost vztrajno postaja vse pomembnejše vprašanje na področju javnega zdravja v Evropi. Spremljanje protimikrobne odpornosti, ki ga je prej izvajal EARSS, zdaj pa ga opravlja EARS-Net, je imelo pomembno vlogo pri dokumentiranju pojava in širjenja protimikrobne odpornosti ter ozaveščanju o tej težavi na politični ravni, med zdravstvenimi uslužbenci in v znanstveni skupnosti.

Na podlagi podatkov o protimikrobni odpornosti, ki jih je leta 2009 mreži EARS-Net sporočilo 28 držav, in rezultatov analiz trendov, ki vključujejo podatke sistema EARSS iz prejšnjih let, je stanje glede odpornosti v Evropi zelo različno, odvisno od vrste patogena, protimikrobne snovi in geografskega območja.

Leta 2009 so največ zaskrbljenosti vzbudili rezultati pri hitro upadajoči dovzetnosti invazivne bakterije *Escherichia coli* na vse protimikrobne snovi, vključene v spremljanje mreže EARS-Net, razen karbapeneme, in pri veliki razširjenosti odpornosti bakterije *Klebsiella pneumoniae* proti cefalosporinom, fluorokinolonom in aminoglikozidom tretje generacije. V polovici držav poročevalk je delež izolatov *K. pneumoniae*, odpornih proti več zdravilom (združena odpornost proti cefalosporinom, fluorokinolonom in aminoglikozidom tretje generacije), več kot 10 %, nekaj držav pa zdaj poroča tudi o visokih stopnjah odpornosti proti karbapenemom. Ti antibiotiki so se v številnih državah veliko uporabljali zaradi vse višje stopnje enterobakterij, ki izdelujejo laktamaze beta z razširjenim spektrom delovanja (extended-spectrum beta-lactamase, ESBL), kar posledično vpliva na pojav izdelave karbapenemov (VIM, KPC in NDM-1), zlasti pri bakteriji *K. pneumoniae*.

Najvišje stopnje odpornosti pri *E. coli* so bile prijavljene za aminopeniciline, in sicer do 66 %. Ne glede na visoko raven odpornosti pa se stopnje še naprej višajo celo v državah, v katerih so stopnje odpornosti že precej nad 50 %. V zadnjih štirih letih se je v več kot polovici držav poročevalk znatno povečala tudi odpornost bakterije *E. coli* proti cefalosporinom. Ta odpornost je neposredno povezana z velikimi deleži (85–100 %) pozitivnih ESBL med odpornimi izolati v državah, ki so poročale o ESBL v letu 2009.

Drugi trendi v zvezi s pojavom odpornosti, o katerem se je poročalo mreži EARS-Net, vzbujajo upanje, da lahko nacionalna prizadevanja za nadzor nad okužbami in prizadevanja, usmerjena v zajezitev odpornosti, v nekaterih primerih zaustavijo razvoj odpornosti ali celo obrnejo neželene trende v zvezi z odpornostjo, kot je razvidno iz razvoja proti meticilinu odporne bakterije *Staphylococcus aureus* (MRSA). Čeprav je v 10 od 28 držav delež MRSA med *Staphylococcus aureus* še vedno nad 25 %, se pojav MRSA v nekaterih državah umirja ali zmanjšuje, trajno zmanjšanje pa je bilo ugotovljeno v Avstriji, Franciji, na Irskem, v Latviji in Združenem kraljestvu.

Poleg tega je bilo v Združenem kraljestvu ugotovljeno nenehno zniževanje stopnje odpornosti bakterije *K. pneumoniae* proti vsem razredom antibiotikov, ki so vključeni v spremljanje, v nekaterih državah (v Grčiji, Nemčiji, Italiji in Franciji) pa se zdi, da so bila prizadevanja za nadzor nad odpornostjo bakterije *Enterococcus faecium* proti glikopeptidom uspešna in da so povzročila nenehno zmanjševanje deležev odpornih izolatov. Medtem se zdi, da se je visoka odpornost bakterije *Enterococcus faecalis* proti aminoglikozidom ustalila na relativno visoki ravni. Večina držav je poročala o 30–50-odstotnih deležih odpornih izolatov.

Pri bakteriji *Streptococcus pneumoniae* je nedovzetnost za penicilin v Evropi na splošno stabilna, nedovzetnost za makrolide pa se je zmanjšala v šestih državah, nobena država pa ni prijavila povečevanja. Pri bakteriji *Pseudomonas aeruginosa* je veliko držav, zlasti v južni in vzhodni Evropi, poročalo o visokih stopnjah odpornosti proti fluorokinolonom in karbapenemom ter o združeni odpornosti.

Pri več protimikrobnih in patogenih kombinacijah, kot je odpornost proti fluorokinolonom pri bakterijah *E. coli*, *K. pneumoniae*, *P. aeruginosa* in MRSA, je v Evropi opaziti spuščanje s severa proti jugu. Na splošno se v severni Evropi poroča o nižjih stopnjah odpornosti, v južni Evropi pa o višjih, v čemer se verjetno kažejo različne prakse nadzora nad okužbami, prisotnost ali odsotnost zakonodaje o predpisovanju protimikrobnih snovi in druge dejavnike, za katere je znano, da vplivajo na pojav odpornosti.

Vendar pa se pri bakteriji *K. pneumoniae* ugotavlja povečevanje odpornosti proti nekaterim razredom antibiotikov in odpornosti proti več zdravilom tudi v severnoevropskih državah, kot sta Danska in Norveška, ki so tradicionalno preudarne pri uporabi antibiotikov.

Poročilo mreže EARS-Net za leto 2009 poleg redne analize trendov in pregleda stanja vsebuje tudi novo poglavje, ki je namenjeno poglobljeni analizi v zvezi z bakterijama *E. coli* in MRSA. Te analize temeljijo izključno na podatkih iz laboratorijev, ki so več let redno poročali o svojih ugotovitvah. Poglobljena analiza potrjuje vztrajno povečevanje odpornosti proti več zdravilom ter ugotavlja stalno in znatno zmanjševanje dovzetnosti bakteriji *E. coli* za antibiotike v večletnem obdobju. V zmanjševanju odpornosti v zvezi z bakterijo MRSA se verjetno kaže učinkovitost ukrepov za nadzor nad okužbami na ravni bolnišnic in celo vzbuja nekaj upanja za uspešnost strategij omejevanja odpornosti na drugih področjih.

Podatki, ki so jih sodelujoče države sporočile mreži EARS-Net za leto 2009, zagotavljajo bazo znanja o pojavu protimikrobne odpornosti v Evropi in možnostih protimikrobnega zdravljenja za glavne bakterijske patogene, ki jih je na žalost vse manj.

## 10 Spremljanje okužb z virusom HIV/aidsom v Evropi v letu 2009

(objavljeno novembra 2010)

### Ključne točke

Okužbe z virusom HIV ostajajo ključnega pomena za javno zdravje v Evropi zaradi nenehnega širjenja okužb z virusom HIV v več evropskih državah. Na splošno je kljub nepopolnim poročilom mogoče povzeti, da ni jasnih znakov zmanjševanja števila primerov, diagnosticiranih vsako leto. Od leta 2004 se je število novodiagnosticiranih primerov okužb z virusom HIV na 100 000 prebivalcev povečalo za skoraj 30 % s 6,6 na 100 000 prebivalcev leta 2004 na 8,5 na 100 000 prebivalcev leta 2009. Število diagnosticiranih primerov aidsa v evropski regiji SZO se je še naprej zmanjševalo, razen na vzhodu, kjer se je povečalo. Med 48 državami, ki so dosledno sporočale podatke o aidsu za obdobje 2004–2009, se je število prijavljenih diagnoz aidsa zmanjšalo z 2,0 na 100 000 prebivalcev na 1,0 na 100 000 prebivalcev.

- Leta 2009 je 49 od 53 držav evropske regije SZO diagnosticiralo in prijavilo 53 427 primerov okužbe z virusom HIV (podatki niso na voljo za Avstrijo, Monako, Rusijo ali Turčijo). Najvišja stopnja okužb je bila v Estoniji, Moldaviji, Ukrajini in Uzbekistanu.
- O 6 568 primerih aidsa so poročali iz 48 držav (podatki niso na voljo za Avstrijo, Švedsko, Monako, Rusijo in Turčijo).
- Leta 2009 so iz držav Evropske unije in Evropskega gospodarskega prostora (EU/EGP) poročali o 25 917 novodiagnosticiranih primerih okužbe z virusom HIV (podatki niso na voljo za Avstrijo). V EU/EGP so o najvišjih stopnjah poročali iz Estonije, Latvije, Portugalske in Združenega kraljestva.
- V EU/EGP so bili glavni načini prenosa okužb z virusom HIV spolni odnosi med moškimi, sledili so heteroseksualni spolni odnosi. Približno 38 % primerov okužb, ki izhajajo iz heteroseksualnih spolnih odnosov, je bilo diagnosticiranih pri posameznikih, ki izvirajo iz držav z generalizirano epidemijo virusa HIV/aidsa.
- Na treh geografskih/epidemioloških območjih se glavni način okužbe razlikuje po območjih, kar ponazarja veliko raznolikost epidemiologije virusa HIV v Evropi. Čeprav sporočeni podatki kažejo, da so v vzhodni Evropi heteroseksualni stiki postali glavni način prenosa okužbe, bi se z vključitvijo primerov iz Rusije, ki za to poročilo niso bili na voljo, znatno povečal relativni delež okužb zaradi intravenoznega uživanja drog. V tem primeru bi bilo intravenozno uživanje drog razlog za več okužb v celotni regiji in zlasti v vzhodni Evropi. V srednji Evropi so glavni način okužbe z virusom HIV spolni odnosi med moškimi, sledijo heteroseksualni spolni odnosi. V zahodni Evropi so glavni način okužbe prav tako spolni odnosi med moškimi, ki jim sledijo heteroseksualni spolni odnosi, če ne upoštevamo primerov oseb, ki izvirajo iz držav z generalizirano epidemijo.
- Tukaj predstavljene podatke je treba jemati nekoliko s pridržkom, predvsem zaradi nepopolnega poročanja in manjkajočih podatkov iz nekaterih držav, pa tudi zaradi zamud pri poročanju. To omejuje verodostojnost sklepov o velikosti in obsegu epidemije virusa HIV in aidsa v Evropi. Če bi odpravili te omejitve, bi se celotno število primerov okužbe z virusom HIV za leto 2009 najverjetneje več kot podvojilo.

### Priporočila za spremljanje okužb z virusom HIV/aidsa

Podatki o spremljanju okužb z virusom HIV/aidsa so ključnega pomena za spremljanje sedanjega stanja in trendov epidemije virusa HIV ter usmerjanje odziva javnega zdravstva. Vse evropske države morajo zato:

- izvajati nacionalne sisteme poročanja, ki temeljijo na posameznih primerih, za okužbe z virusom HIV in aids ter zagotoviti popolnost in pravočasnost podatkov;
- izboljšati kakovost podatkov, ki jih sporočajo, zlasti o verjetnih načinih prenosa okužb in številu celic CD4.

### Priporočila za javno zdravje

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

- za države v vzhodni Evropi: ukrepi za obvladovanje okužb z virusom HIV med intravenoznimi uživalci drog, vključno s programi za zmanjševanje škode, morajo biti temelj strategij za preprečevanje okužb z virusom HIV. Prav tako je treba okrepiti ukrepe za preprečevanje prenosa okužb s heteroseksualnimi spolnimi odnosi, zlasti s partnerji, pri katerih obstaja visoko tveganje okužbe;
- za države v srednji Evropi: preventiva mora biti prilagojena okoliščinam v posamezni državi, da se ohrani sedanja nizka raven razširjenosti epidemije. Ker pa epidemija med moškimi, ki imajo spolne odnose z

moškimi, narašča, je treba kot prednostno nalogo okrepiti ukrepe za obvladovanje okužb z virusom HIV v tej skupini;

- za države v zahodni Evropi: ukrepi za obvladovanje okužb z virusom HIV med moškimi, ki imajo spolne odnose z moškimi, morajo biti temelj strategij za preprečevanje okužb z virusom HIV, vključno z inovativnimi programi za to skupino. Ukrepe za preprečevanje, zdravljenje in nego je treba prilagoditi, da bodo dosegli migrante;
- na splošno je treba spodbujati svetovanje v zvezi z virusom HIV in testiranje za virus HIV za zagotavljanje zgodnje diagnoze ter dostopa do zdravljenja in svetovanja za pomoč pri preprečevanju ali zmanjšanju nadaljnjega širjenja okužb, da bi zmanjšali število pozno odkritih primerov ter izboljšali dolgoročneje rezultate zdravljenja okuženih oseb. Vsem skupinam prebivalstva je treba zagotoviti pravičen dostop do zdravljenja okužbe z virusom HIV in oskrbe, če hočejo države doseči svetovni cilj splošno dostopne preventive, zdravljenja in oskrbe ter cilje, določene v sporočilu in akcijskem načrtu Komisije EU z naslovom „Boj proti HIV/aidsu v Evropski uniji in sosednjih državah v obdobju 2009–2013“.

## Posebna poročila

### 11 Izvajanje Dublinske deklaracije o partnerstvu za boj proti HIV in aidsu v Evropi in osrednji Aziji: poročilo o napredku za leto 2010

(objavljeno septembra 2010)

Februarja 2004 so se predstavniki evropskih in srednjeazijskih držav sestali v Dublinu ter izdali deklaracijo o pospeševanju izvajanja izjave o zavezi, ki so jo države sprejele na posebnem zasedanju Generalne skupščine ZN o virusu HIV in aidsu leta 2001.

Kakšen napredek je bil dosežen? To je osrednja tema tega poročila. Njegov namen je na podlagi poročil za posamezne države dokumentirati dosežke z izbranim številom kazalnikov, pomembnih za države v regiji. V poročilu so uporabljeni obstoječi podatki, kadar je to mogoče, in že opravljeno delo, zlasti pa poročilo, ki sta ga leta 2008 izdala Regionalni urad SZO za Evropo in UNAIDS. Prilagojeni vprašalniki so bili poslani 55 državam, nanje pa se je odzvalo 49 držav.

#### Politično vodstvo in partnerstvo

Skoraj vse države so poročale, da imajo strateški okvir za odzivanje na virus HIV (92 %) in organ za upravljanje/usklajevanje (84 %). Osem držav je poročalo, da so v zadnjih petih letih, tj. od sprejetja Dublinske deklaracije, razvile svoje strateške okvire. Vendar pa ni jasno, ali so ti splošni ukrepi primerni za politično vodstvo v zvezi z virusom HIV v regiji. Primernejši ukrepi bi lahko bili:

- koliko so finančna sredstva za preprečevanje okužbe z virusom HIV ustrezno usmerjena v ključne skupine prebivalstva, kot so intravenozni uživalci drog, moški, ki imajo spolne odnose z moškimi, in osebe, ki ponujajo spolne storitve za denar;
- ali države zadostno izvajajo ključne ukrepe, kot so programi za zmanjševanje škode za intravenozne uživalce drog in preventivni programi za moške, ki imajo spolne odnose z moškimi, in
- koliko so se države lotile zahtevnih, vendar temeljnih političnih vprašanj, povezanih z najbolj marginaliziranimi in ogroženimi skupinami prebivalstva, kot je zagotavljanje programov za zmanjševanje škode za intravenozne uživalce drog v zaporniških okoljih in dostop do storitev za migrante iz držav z generalizirano epidemijo virusa HIV.

Iz jasnih dokazov je razvidno, da se civilni družbi po vsej regiji na splošno priznava ključna vloga pri odzivanju na virus HIV in da je močno vključena v to odzivanje. Tako so na primer skoraj vse države (98 %) poročale, da je civilna družba nekako vključena v razvoj strateškega okvira. V skladu z ugotovitvami iz prvega poročila o napredku Dublinske deklaracije so vlade in civilne družbe poročale o posebnih koristih vključevanja civilne družbe v odzivanje na virus HIV, civilne družbe pa so navedle, da se je okvir njihovega vključevanja v odzivanje izboljšal med letoma 2005 in 2007. Zdi se, da je formalno vključevanje zasebnega sektorja v odzivanje na virus HIV veliko bolj omejeno.

Epidemije virusa HIV v Evropi in osrednji Aziji so prizadele predvsem posebne skupine prebivalstva. Obstajajo dokazi, da so nekatere države v regiji učinkovito usmerile sredstva za preventivne ukrepe na najbolj prizadete od njih. Če bi se to širše izvajalo, bi se zagotovila ne le večja stroškovna učinkovitost, temveč tudi učinkovitejši odziv na splošno. Čeprav finančna sredstva za nacionalne odzive na virus HIV v regiji vse bolj izhajajo iz domačih virov, je nujna potrebna finančna podpora odzivu na virus HIV v državah z nizkimi in srednjimi dohodki v regiji. Vzpostavljane trajnostnih mehanizmov za zagotavljanje te finančne podpore mora biti prednostna naloga za vse države v regiji.

Od sprejetja Dublinske deklaracije so se močno povečala sredstva, ki so na voljo za svetovni odziv na virus HIV. Pred deklaracijo so leta 2002 razpoložljiva sredstva za svetovni odziv na virus HIV znašala 1,2 milijarde USD, leta 2008 pa so se povečala za več kot šestkrat in znašala 7,7 milijarde USD. Za to povečanje so zaslužne predvsem Združene države Amerike in nekatere evropske države z dvostranskimi in večstranskimi pobudami. Leta 2008 so 40 % vseh izplačil sredstev držav donatoric za mednarodno pomoč za aids prispevale države članice Evropske unije (EU), države Evropskega združenja za prosto trgovino (EFTA) in Evropska komisija. Glede na trenutno svetovno finančno krizo in številne prednostne naloge, ki se potegujejo za financiranje, je pomembno, da so države v regiji kos izzivu ohranjanja in dodatnega povišanja teh ravni financiranja ter da zagotovijo kar najučinkovitejšo porabo sredstev.

## Preventivni ukrepi

Nedvoumni dokazi kažejo, da je v Evropi in osrednji Aziji virus HIV zlasti prizadel nekatere ključne skupine prebivalstva. Nenehen izziv je zagotoviti, da imajo te skupine zadosten dostop do potrebnih preventivnih storitev v zvezi z okužbo z virusom HIV. V prvem poročilu o napredku Dublinske deklaracije je poudarjen pomen okrepitev in izboljšanja ciljno usmerjenih prizadevanj v zvezi z virusom HIV za zmanjšanje nepravilnosti, to vprašanje pa je za regijo še vedno pomembno.

Znano je, da so intravenozni uživalci drog zlasti dovzetni za okužbo z virusom HIV, in to vsekakor velja za celotno regijo. Jasno je tudi, da je mogoče nadzirati širjenje okužbe z virusom HIV med intravenoznimi uživalci drog, če je zagotovljen dovolj učinkovitih storitev, da je z njimi mogoče spremeniti stanje. Glavna merila obsega vključujejo število igel/injekcij, razdeljenih na intravenoznega uživalca drog na leto, in delež intravenoznih uživalcev drog, vključenih v zdravljenje z nadomestno opioidno snovjo. Vse države si morajo prizadevati za visoko razširjenost programa, ki so jo nekatere države že dosegle.

Znano je tudi, da so v nekaterih državah in regijah, vključno z deli Evrope, moški, ki imajo spolne odnose z moškimi, zlasti dovzetni za okužbo z virusom HIV. Moški, ki imajo spolne odnose z moškimi, so zaradi okužbe z virusom HIV zlasti prizadeti v zahodnem delu regije, obstajajo pa tudi dokazi, da so v drugih delih regije bolj prizadeti, kot se je to priznavalo prej. Ti dokazi podpirajo ugotovitve iz prvega poročila o napredku, da je med moškimi, ki imajo spolne odnose z moškimi, razširjena skrita epidemija virusa HIV. V nekaterih državah se stopnje okuženosti v tej skupini še naprej zvišujejo. Vendar pa razlogi za to niso jasni in se lahko po državah razlikujejo. Potrebni so dodatni dokazi glede teh razlogov, ki jih je treba zagotoviti v okviru evropske spletne raziskave o moških, ki imajo spolne odnose z moškimi, ki se trenutno izvaja. Čeprav ni jasno, kako natančno izmeriti razširjenost programov za moške, ki imajo spolne odnose z moškimi, je mogoče ugotoviti, da je v številnih državah uveljavljenost še vedno majhna in da so stopnje nezaščitenega analnega spolnega odnosa ostale nesprejemljivo visoke. Dokazi iz nekaterih držav kažejo tudi, da je pri določenih skupinah moških, ki imajo spolne odnose z moškimi – mladimi, tistimi, ki živijo zunaj glavnih mest, manj izobraženimi in tistimi, ki se štejejo za biseksualne –, manj možnosti, da jih bodo programi za preprečevanje okužb z virusom HIV dosegli.

Čeprav na svetovni ravni velja, da so osebe, ki ponujajo spolne storitve za denar, zlasti izpostavljene tveganju za okužbo z virusom HIV, pa je na ravni regije manj dokazov za to trditev. V številnih državah v regiji so na primer stopnje razširjenosti okužbe z virusom HIV med osebami, ki ponujajo spolne storitve za denar, relativno nizke. Vendar pa to ne velja za vse take osebe. Stopnje okužbe z virusom HIV so višje med nekaterimi kategorijami oseb, ki ponujajo spolne storitve za denar, vključno s tistimi, ki so tudi intravenozni uživalci drog, moškimi in transseksualnimi osebami, ki ponujajo spolne storitve za denar, tistimi iz držav z generalizirano epidemijo in tistimi, ki delajo na ulici. Na splošno so med osebami, ki ponujajo spolne storitve za denar, prijavljene relativno visoke stopnje uporabe kondoma, ki so verjetno pomembnejše kot splošna merila ozaveščenosti teh oseb.

Migranti iz držav z generalizirano epidemijo virusa HIV so še posebno izpostavljeni okužbi z virusom HIV. Čeprav so nekatere države zaskrbljene za druge skupine migrantov, je malo prepričljivih dokazov, da lahko virus HIV/aids nesorazmerno prizadene te skupine ne glede na druga tvegana vedenja, kot je intravenozno uživanje drog. Vprašanja, povezana z migranti, se ne nanašajo le na preprečevanje okužbe z virusom HIV, temveč tudi na zagotavljanje zdravljenja in oskrbe. V številnih državah so posebna vprašanja povezana z dostopom migrantov brez dokumentov do nujnih storitev, kot je antiretroviralna terapija (ART).

V regiji so zaporniki, zlasti tisti, ki so tudi intravenozni uživalci drog, prav tako izjemno dovzetni za okužbo z virusom HIV. Čeprav se na splošno priznava, da bi morali imeti zapori in skupnost na voljo enake storitve v zvezi z virusom HIV, to v številnih državah v regiji ni zagotovljeno. Države EU/EFTA so dokazale, da so močno v ospredju pri zagotavljanju zdravljenja z nadomestno opioidno snovjo v zaporih, vendar številne druge države v regiji tega ukrepa niso uvedle. Vendar pa niso dosledno vodilne pri zagotavljanju sterilne injekcijske opreme v zaporih.

V tem pregledu se je kot sporno pokazalo vprašanje, koliko so mladi še posebno dovzetni za okužbo z virusom HIV v državah regije. Jasno je, da mladih v zvezi s tveganjem za okužbo z virusom HIV ni mogoče obravnavati kot homogeno skupino. Vendar pa je pri nekaterih prisotno precejšnje tveganje, na primer pri mladih intravenoznih uživalcih drog in mladih moških, ki imajo spolne odnose z moškimi, obstajajo pa tudi dokazi, da programski odzivi težje dosežejo te skupine kot starejše. Več kot tri četrtine držav je poročalo, da je izobraževanje v zvezi z virusom HIV del učnih načrtov v srednjih šolah, kljub temu pa vzbuja zaskrbljenost, da celovito izobraževanje o zdravi spolnosti ni na voljo za vse mlade v regiji, zlasti za najmlajše, na primer v osnovnih šolah.

## Živeti z virusom HIV

Vse države, ki imajo na voljo podatke o trendih, so poročale, da se je od sprejetja Dublinske deklaracije povečalo število oseb, vključenih v antiretroviralno terapijo. Vendar pa vzbuja zaskrbljenost dejstvo, da je imelo veliko teh držav zelo slabo izhodišče pri zagotavljanju zdravljenja, pojavlja pa se tudi vprašanje, ali tisti, ki potrebujejo zdravljenje, to tudi hitro dobijo. Glavno vprašanje v zvezi s hitrim zagotavljanjem zdravljenja tistim, ki ga potrebujejo, se ne nanaša na zagotavljanje zdravljenja osebam, za katere je znano, da ga potrebujejo, na primer pri katerih je število celic CD4 manj kot 350 v mm<sup>3</sup>, temveč na to, koliko oseb, ki živijo z virusom HIV v regiji in



potrebujejo zdravljenje, se ne zaveda, da so okuženi z virusom HIV, tj. niso bili diagnosticirani. Podatki centra ECDC za leto 2008 kažejo, da je v 21 državah, ki so sporočile podatke o številu celic CD4 ob diagnozi; pri več kot polovici oseb z ugotovljenim številom celic CD4 je bilo število teh celic ob diagnozi nižje kot 350 /mm<sup>3</sup>. Ti podatki vzbujajo veliko zaskrbljenost, ker kažejo, da začne veliko ljudi v regiji prejemati antiretroviralno terapijo pozneje, kot je priporočeno.

Skoraj vse države (84 %) so poročale, da sta stigmatizacija in diskriminacija obravnavani v nacionalnih strategijah ali okvirih ukrepov za virus HIV in aids, vendar pa se v usmeritvah in programih to dosledno ne upošteva. Obstajajo tudi nedvoumni dokazi o ostankih stigmatizacije in diskriminacijskih odnosov v državah v regiji, ni pa jasno, koliko se uporabljajo razpoložljivi mehanizmi za boj proti stigmatizaciji in diskriminaciji. To stanje se ni znatno izboljšalo od prvega poročila o napredku Dublinske deklaracije.

## Spremljanje Dublinske deklaracije

Ena od zavez Dublinske deklaracije je bila spremljanje njenega izvajanja. Evropska komisija je odgovornost za to prepustila centru ECDC. To poročilo je rezultat postopka, ki ga je začel ECDC v okviru izvajanja te odgovornosti. Temelji na prispevkih številnih posameznikov in organizacij. Podatke za poročilo je prispevalo predvsem 49 držav, ki so sodelovale v tem pregledu.

Med načeli, ki so se uporabljala v tem pregledu, sta bili tudi uporaba obstoječih podatkov in kazalnikov, kadar koli je bilo to mogoče, in zagotovitev, da so bili kazalniki, ki so jih spremljali, pomembni za evropske in srednjeazijske države. Včasih sta si ti načeli nasprotovali, zlasti glede vprašanja, koliko se lahko uporabljajo kazalniki in podatki UNGASS. Kazalniki UNGASS so se uporabljali vedno, kadar je bilo to mogoče. Če so države predhodno predložile podatke za UNGASS, so bili ti uporabljeni. Podatke je sporočilo 12 držav, ki leta 2008 niso predložile poročil za UNGASS. V pregledu je bilo izrecno dovoljeno, da države predložijo razpoložljive podatke za določene teme, čeprav se ti niso natančno ujemali s kazalniki UNGASS. Poleg tega so bile informacije zbrane za nekatere skupine prebivalstva, za katere posebni kazalniki UNGASS ne obstajajo, na primer za zapornike in migrante iz držav z generalizirano epidemijo. V pregledu je bilo ugotovljeno, da bi lahko dosegli višje stopnje odzivnosti za poročanje za UNGASS iz držav v regiji, če:

- bi bili kazalniki za regijo pomembnejši;
- bi bile koristi mednarodnega poročanja jasno predstavljene;
- bi se breme poročanja za države zmanjšalo z uvedbo enega usklajenega mednarodnega postopka poročanja.

Izkazalo se je, da je hitra obravnava teh vprašanj pomembna skrb držav v regiji, ki so sodelovale v pregledu. ECDC se je zavezal, da bo imel vodilno vlogo v takem regionalnem procesu.



## 12 Pandemija A(H1N1) 2009 v Evropi – pregled izkušenj

(objavljeno novembra 2010)

Namen tega razširjenega poročila je zagotoviti širok pregled epidemiologije in virologije pandemije, ki je v državah Evropske unije in Evropskega gospodarskega prostora (EU/EGP) (27 držav članic EU ter Norveška in Islandija) izbruhnila leta 2009. Zagotovljene so pomembne osnovne informacije o epidemiji in pandemiji gripe, zlasti njuni spreminljivosti in nepredvidljivosti. Glavni trendi in informacije so pridobljeni iz analize in razlage epidemioloških in viroloških podatkov ter drugih analiz, ki so bile evropskemu sistemu spremljanja (TESSy), ki deluje v okviru centra ECDC, posredovane po Evropski mreži za spremljanje kliničnih in viroloških značilnosti gripe (European clinical and virological influenza surveillance network, EISN).

Ti podatki in analize kažejo, da se je pandemični virus, ki se je pojavil v Severni Ameriki, začel širiti po Evropi v približno 16. tednu leta 2009. Virus je izpolnjeval vnaprej določena merila za pandemijo v Evropi, pa tudi druge. Center ECDC in države članice EU/EGP so hitro razvili primerno spremljanje pandemije in se dogovorili o njem, pri čemer so sodelovale tudi Svetovna zdravstvena organizacije (SZO) in neevropske države, ki jih je pandemija že prizadela. Spremljanje je temeljilo na že obstoječih sistemih, vključevalo pa je tudi nove elemente za spremljanje razmer med tistimi, ki jih je pandemični virus resno prizadel. Uporabljeni so bili tudi epidemiološki obveščevalni podatki in ciljno usmerjene metode znanstvenega opazovanja, da bi čim prej določili pomembne parametre, potrebne za oblikovanje ocen tveganja na podlagi informacij, prilagoditev napovedi in obveščanje o protiukrepih.

Evropska mreža za spremljanje gripe je poročala o začetnem spomladansko-poletnem valu širjenja okužb, ki se je pojavil v večini držav, vendar je izstopal le v nekaterih državah, zlasti Združenem kraljestvu. Stopnja širjenja okužb se je čez poletje za kratek čas umirila, nato pa se je zgodaj jeseni takoj po ponovnem odprtju šol spet začela višati. Tokrat je prizadela vse države, saj se je jesensko-zimski val širil po celini od zahoda do vzhoda. Svetovna zdravstvena organizacija je konec pandemije uradno razglasila v 32. tednu leta 2010.

V večini držav je bil jesensko-zimski val okužb močan, trajal je približno 14 tednov, spremljal pa ga je podoben val hospitalizacij in smrti. Vendar pa se je resnost bolezni razlikovala po posameznih področjih, celo znotraj držav. Države EU/EGP so v prvih 12 mesecih, ko so si še posebno prizadevale zbrati te podatke, prijave skupaj 2 900 uradnih smrtnih primerov. Vendar pa se priznava, da bo to le delež resničnega bremena smrti zaradi pandemije. Opažen je bil presežek smrti iz vseh vzrokov pri šolarjih. Čeprav ta virus gripe nikoli v preteklosti ni bil opažen, so bili številni starejši v Evropi že imuni zaradi predhodne izpostavljenosti domnevno antigensko podobnemu virusu gripe, ki je krožil pred sredino petdesetih let prejšnjega stoletja. Na podlagi tega dejstva, ki pa ni značilno le za pandemijo leta 2009, je mogoče razložiti dve pomembni značilnosti, po katerih se razlikuje od interpandemične ali sezonske gripe, in sicer nižjo splošno stopnjo umrljivosti ter večje relativno breme bolezni in višjo stopnjo umrljivosti med mladimi glede na pričakovanja. Čeprav se je izkazalo, da je bilo zaščitenih veliko starejših, je bila med vsemi starostnimi skupinami stopnja umrljivosti najvišja pri tistih starejših, ki niso bili zaščiteni.

Pandemični virus je izpodrinil predhodno prevladujoče viruse interpandemične gripe A v Evropi; vendar pa so se virusi gripe B pozneje v sezoni še vedno pojavljali v manjšem obsegu. Le pri majhnem številu pandemičnih virusov je bila ugotovljena odpornost proti oseļtamiviru, med temi pa je bilo zelo malo takih, za katere se je zdelo, da se lahko prenašajo s človeka na človeka. Čeprav pandemični virusi niso identični, je do zdaj malo dokazov o znatnem odklonu ali pojavu prevladujočih novih različic. Za eno različico – A(H1N1)-D222G – se sklepa, da je povezana z resnejšo boleznijo, vendar razlog ni bil ugotovljen.

Čeprav nepotrjeni dokazi kažejo, da je bilo več milejših in asimptomatičnih primerov v primerjavi z interpandemično gripo, je bilo dovolj primerov sindroma akutne dihalne stiske (acute respiratory distress syndrome, ARDS), ki je zelo redko opažen pri interpandemični gripi, da je to v številnih krajih obremenilo službe intenzivne nege. Obolenost je bila največja pri mlajših otrocih, poročila iz držav pa kažejo, da so bile stopnje okužb najvišje pri šolarjih. Te visoke stopnje obolenosti so močno obremenile osnovno zdravstveno varstvo, bolnišnične pediatrične službe in zlasti intenzivne enote v nekaterih krajih.

Zdaj je na voljo nekaj omejenih podatkov iz seroloških raziskav v podporo podatkom o spremljanju, ki kažejo višje stopnje širjenja okužb, kot se je sumilo na podlagi kliničnih znakov. Vendar pa ti ne zadostujejo za zanesljive napovedi za prihodnjo zimo (2010/2011) – te lahko v največji meri oblikujemo na podlagi izkušenj držav južne poloble z zmernim podnebjem med evropskim poletjem 2010.

V zgodnji fazi je bila pandemija mnogo manj resna od predvidevanj. To je bilo poudarjeno v zgodnjih ocenah tveganja centra ECDC<sup>6</sup>, poročilih organizacije SZO ter obvestilih centra ECDC za nacionalne in evropske organe. Zaradi nizkih stopenj odsotnosti z dela je bil majhen tudi vpliv na storitve zunaj zdravstvenega sektorja. Te in

<sup>6</sup> Na voljo na spletnem naslovu:

[http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/H1N1/risk\\_threat\\_assessment/Pages/risk\\_threat\\_assessment.aspx](http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/H1N1/risk_threat_assessment/Pages/risk_threat_assessment.aspx)

druge značilnosti so pomenile, da je bila to domnevno najbolj neškodljiva pandemija, ki bi jo lahko pričakovali v Evropi.

Ker je bila pandemija leta 2009 manj nevarna, kot so pričakovale številne države, se je tako preizkusila prilagodljivost obstoječih načrtov. Pandemija se je pojavila v času, ko so bili hitro na voljo diagnostični testi, pa tudi preventivni farmacevtski protitukrepi, kot so protivirusna zdravila, ki imajo majhno odpornost proti zaviralcem nevraminidaze, in ustrezna cepiva, ki so bila razvita hitreje kot kadar koli prej. Vendar pa je ves ta razvoj prinesel nove težave, pojavljali pa so se tudi novi izzivi in presenečenja. Kot je bilo že navedeno, je bila stopnja ARDS višja od pričakovane v času, ko so bile številne intenzivne enote že obremenjene, medtem ko druge bolnišnice niso bile nujno obremenjene. Prijetnejše presenečenje pa je bilo, da so hitro pripravljena pandemična cepiva pokazala tako dober imunološki odziv, da je bil za številne formulacije pri odraslih potreben le en odmerek. Izkazala so se tudi za učinkovita in sprejemljivo varna, čeprav je treba ohraniti spremljanje po dajanju cepiv v promet za natančno ugotovitev njihove varnosti. Ko so bila cepiva na dana v promet, so jih zdravstveni strokovnjaki sprejeli različno navdušeno. Zanesljivi podatki o deležu cepljenih oseb na ravni EU še niso na voljo, vendar se zdi, da bo delež po Evropi zelo različen, pri čemer bodo le nekatere države dosegle velik delež cepljenih oseb med celotnim prebivalstvom ali ciljnim ogroženimi skupinami.

Nezadosten splošen sprejem tega cepiva je bil delno posledica težav pri posredovanju zapletenega sporočila o tveganju, ki je v bistvu ljudem sporočalo, da je možnost za resno bolezen po okužbi zelo majhna, razen za ogrožene skupine (majhne otroke, osebe s kronično boleznijo in nosečnice). Ker pa je bilo 25–30 % uradnih smrtnih primerov med prej zdravimi osebami, mlajšimi od 65 let, je bilo drugo sporočilo, da je pri vseh zdravih odraslih in otrocih obstajalo majhno, vendar resnično tveganje za resno bolezen in smrt zaradi pandemije. Obveščanje o tveganju je bilo zato precejšen izziv.

Po temeljitem razmisleku je treba priznati, da se je EU/EGP dokaj dobro odzvala na pandemijo. Nobena država se ni pretirano odzvala, sistemi, ki so jih Komisija, SZO in ECDC razvili za obravnavo in izmenjavo informacij in analiz, pa so se izkazali za prilagodljive in uporabne. Virološko in na osnovnem zdravstvenem varstvu temelječe spremljanje mreže EISN je dobro delovalo in prispevalo k okrepitvi podatkov, ki so izhajali iz epidemioloških obveščevalnih podatkov in ciljno usmerjenih virov znanstvenega opazovanja centra ECDC. Manj uspešna je bila izmenjava analiz iz držav, ki so bile prve prizadete, na srečo pa so bili podatki in analize hitro na voljo iz Severne Amerike in z južne poloble. Kljub številnim pregledom in dejavnostim za pridobivanje izkušenj, ki so že potekale, je takoj postalo jasnih nekaj splošnih spoznanj:

- potrebne so dogovorjene opredeljene resnosti pandemije, da se izboljša prilagodljivost načrtov za pripravljenost nanjo;
- rutinski sistemi spremljanja, vzpostavljeni pred pandemijo, bodo zagotovili, da bo potrebnega veliko manj spreminjanja med krizo ali celo pandemijo;
- vzpostavljeno mora biti boljše rutinsko spremljanje „resnega zapleta“ v bolnišnicah in smrtnih primerov;
- v prihodnosti mora bolje delovati izmenjava zgodnjih analiz iz prvih prizadetih držav;
- potrebnega je veliko dela, vključno z raziskavami in razvojem, da so serološke-epidemiološke preiskave na voljo v realnem času, in
- modeliranje med pandemijo mora biti tesneje povezano s politiko in dejavnostmi po vsej Evropi, ne le v eni ali dveh državah.

Znova bo treba preučiti pandemično načrtovanje, ker pojav te pandemije ne izključuje možnosti pojava druge pandemije v bližnji prihodnosti, na primer pandemije H5 ali H7. Naslednja generacija načrtov mora omogočiti prilagodljivejši odziv na različne stopnje resnosti in različne kombinacije „znanih neznank“ centra ECDC o pandemiji. To bi bilo lažje izvedljivo, če bi bilo doseženo soglasje glede evropskega stališča do ocenjevanja resnosti, pri čemer bi se uskladile ravni odziva na različne stopnje in značilnosti. Ti prihodnji načrti morajo zagotoviti tudi utrditev in trajnost vzpostavljenih sistemov spremljanja gripe v skladu z zahtevami pandemije; zlasti za resne akutne okužbe dihal, pripisljivo umrljivost in navsezadnje serološko-epidemiološko spremljanje. Te dejavnosti spremljanja je treba prednostno obravnavati, jim zagotoviti ustrezne vire ter pozneje omogočiti njihov razvoj in preizkušanje v inter pandemičnem obdobju, da bodo do naslednje večje krize postale prilagodljivejše in učinkovitejše.

## 13 Napredek pri izkoreninjenju tuberkuloze – nadaljnje spremljanje okvirnega akcijskega načrta za boj proti tuberkulozi v Evropski uniji

(objavljeno novembra 2010)

### Uvod

Evropski center za preprečevanje in obvladovanje bolezni (ECDC) je leta 2008 začel izvajati okvirni akcijski načrt za boj proti tuberkulozi v Evropski uniji. Na podlagi zahteve komisarja za zdravje EU, da se v podporo načrtu razvije okvir za spremljanje, je ECDC pripravil nadaljnje spremljanje okvirnega akcijskega načrta. Cilji nadaljnega spremljanja okvirnega akcijskega načrta so: zagotoviti pregled sedanjega strateškega okolja za nadzor nad tuberkulozo v EU, opisati, kako je to povezano s stanjem v svetu, ter predstaviti okvir epidemiološkega in strateškega spremljanja, ki bi omogočil oceno napredka proti izkoreninjenju tuberkuloze v EU.

### Strateško okolje na evropski in svetovni ravni

Sedanja raven epidemije tuberkuloze v EU zahteva posebni okvir spremljanja, ki je neposredno povezan z evropskim epidemiološkim okvirom in ga je mogoče preprosto uporabljati v državah članicah. Razvoj okvirja spremljanja zato zahteva temeljito razumevanje epidemiološkega in strateškega okolja, ki ga je treba spremljati. To poročilo o nadaljnjem spremljanju zagotavlja pregled sedanjega okolja v EU in svetu, pri čemer priznava potrebo po celoviti strategiji nadzora nad tuberkulozo glede na globalizirano okolje epidemije tuberkuloze.

### Spremljanje okvirnega akcijskega načrta

V tem poročilu je predlaganih več osnovnih epidemioloških in operativnih kazalnikov in ciljev, ki so sestavni del okvirja spremljanja. Ti kazalniki in cilji so skladni s kazalniki in cilji, ki so se spremljali že pri obstoječem svetovnem in regionalnem sodelovanju, in se lahko na splošno pridobijo iz informacij, ki so jih države že zbrale in sporočile. Vsi osnovni kazalniki nadaljnega spremljanja so posebej povezani z osmimi strateškimi področji okvirnega akcijskega načrta, da se omogoči ocena napredka na vsakem od teh področij.

### Epidemiološki kazalniki

- 1 Trendi števila prijavljenih primerov
- 2 Trendi števila prijavljenih primerov MDR
- 3 Trendi razmerja med številom prijavljenih primerov pri otrocih in odraslih
- 4 Trendi povprečne starosti primerov tuberkuloze

### Operativni kazalniki

- 1 Razpoložljivost nacionalnega načrta nadzora nad tuberkulozo
- 2 Razpoložljivost smernic za izvajanje nacionalnega načrta za nadzor nad tuberkulozo
- 3 Delež nacionalnih referenčnih laboratorijev za tuberkulozo (vključenih v mrežo ERLN-TB), ki dosegajo primerno uspešnost v sistemu zunanjega zagotavljanja kakovosti
- 4 Razpoložljivost strategije za uvedbo in uporabo novih orodij za nadzor nad tuberkulozo
- 5 Delež novih primerov pulmonarne tuberkuloze s potrjeno kulturo in delež primerov, vključenih v testiranje občutljivosti zdravil za zdravila prve izbire
- 6 Delež držav članic, ki so sporočile stopnjo uspešnosti zdravljenja
- 7 Stopnja uspešnosti zdravljenja
- 8 Delež bolnikov s tuberkulozo, pri katerih ni znano, ali so okuženi z virusom HIV

## Priloga: Publikacije ECDC v letu 2010

### Tehnična poročila

#### *Maj*

Risk assessment on Q fever

#### *Junij*

Core functions of microbiology reference laboratories for communicable diseases

#### *September*

Hepatitis B and C in the EU neighbourhood: prevalence, burden of disease and screening policies

#### *Oktober*

Surveillance and prevention of hepatitis B and C in Europe

#### *November*

External quality assurance scheme for Salmonella typing

Evidence synthesis for Guidance on HIV testing

#### *December*

Fostering collaboration in public health microbiology in the European Union

### Smernice ECDC

#### *Oktober*

Public health management of sporadic cases of invasive meningococcal disease and their contacts

HIV testing: increasing uptake and effectiveness in the European Union. [Also 'In brief']

#### *December*

Risk assessment guidelines for diseases transmitted on aircraft (RAGIDA). Part 2: Operational guidelines. Second edition

### Poročila o spremljanju

#### *Marec*

Tuberculosis surveillance in Europe 2008

#### *Maj*

Influenza surveillance in Europe 2008/09

#### *Oktober*

Annual Threat Report 2009

Surveillance of invasive bacterial diseases in Europe 2007

#### *November*

Annual Epidemiological Report on Communicable Diseases in Europe 2010

Antimicrobial resistance surveillance in Europe 2009. Annual report of the European Antimicrobial Resistance Surveillance Network (EARS-Net)

HIV/AIDS surveillance in Europe 2009

## Posebna poročila

### *Julij*

Implementing the Dublin Declaration on Partnership to Fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia: 2010 Progress Report: Summary

### *September*

Implementing the Dublin Declaration on Partnership to Fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia: 2010 Progress Report

### *November*

The 2009 A(H1N1) pandemic in Europe, a review of the experience

Progressing towards TB elimination. A follow-up to the Framework Action Plan to Fight Tuberculosis in the European Union

## Poročila s sestankov

### *Januar*

First annual meeting of the invasive bacterial infections surveillance network in Europe

### *Februar*

Expert forum on communicable disease outbreaks on cruise ships

### *Marec*

Training strategy for intervention epidemiology in the European Union

### *April*

Second annual meeting of the European Food- and Waterborne Diseases and Zoonoses Network

### *Maj*

Annual meeting of the European Influenza Surveillance Network (EISN)

### *Junij*

First annual meeting of the European Reference Laboratory Network for Tuberculosis

Expert consultation on healthcare-associated infection prevention and control

### *Julij*

Surveillance in EU and EEA/EFTA countries

### *December*

Developing health communication research: a focus on communicable diseases—challenges and opportunities

## Poročila o misijah

### *Februar*

Public consultation and the advancement of the health system in the Former Yugoslav Republic of Macedonia

### *Oktober*

West Nile virus infection outbreak in humans in Central Macedonia, Greece – July–August 2010

## Tehnični dokumenti

### *Marec*

Climate change and communicable diseases in the EU Member States: Handbook for national vulnerability, impact and adaptation assessments

Joint European pandemic preparedness self-assessment indicators<sup>7</sup>

### *September*

Conducting health communication activities on MMR vaccination

## **Korporativne publikacije**

Summary of key publications 2009

Annual Report of the Director 2009

Strategies for disease-specific programmes 2010–2013

ECDC Insight

Executive Science Update

## **Redne publikacije**

Weekly/bi-weekly influenza surveillance overview (42 issues in 2010)

Influenza virus characterisation, summary Europe (9 issues in 2010)

---

<sup>7</sup> Objavila SZO.