



ECDC **CORPORATE**

Súhrn klúčových
publikácií
2008

CENTRUM ECDC

Súhrn kľúčových publikácií 2008



Štokholm jún 2009

Európske centrum pre prevenciu a kontrolu chorôb, 2009

Reprodukcia je povolená pod podmienkou uvedenia zdroja.

Preložené z originálu Summary of key publications 2008. Hoci bolo vyvinuté veľké úsilie, aby sa zabezpečila presnosť tohto prekladu, v prípade akýchkoľvek odchýlok je záväzná anglická verzia.

Obsah

Úvod	1
Technická správa	2
1. Prehľad činností v boji proti chlamýdiám v krajinách EÚ	2
Usmernenie ECDC	4
2. Usmernenie o zavedení vakcín proti HPV v krajinách EÚ	4
3. Prioritné rizikové skupiny pre očkovanie proti chrípke	6
Správy o surveillance	8
4. Výročná epidemiologická správa o prenosných ochoreniach v Európe 2008 – Správa o stave prenosných ochorení v EÚ a krajinách EHP/EZVO	8
5. Surveillance HIV/AIDS v Európe	11
Špeciálne správy	13
6. Rámcový akčný plán boja proti tuberkulóze v Európskej únii	13
7. Surveillance prenosných ochorení v Európskej únii – dlhodobá stratégia: 2008–2013	14
Správy zo zasadnutí	16
8. Infekčné choroby a sociálne faktory	16
9. Seminár o zmene životného prostredia a infekčných chorobách	17
Príloha: Publikácie ECDC v roku 2008	19

Úvod

Európske centrum prevencie a boja proti infekčným chorobám (ECDC) v roku 2008 uverejnilo celkovo 21 vedeckých dokumentov. Hlavné body zahŕňajú *Rámcový akčný plán boja proti tuberkulóze v Európskej únii*, usmernenie o možnostiach postupu zavedenia očkovania proti ľudskému papilomavírusu (HPV) a dve správy o surveillance: *Výročnú epidemiologickú správu o prenosných ochoreniach v Európe 2008* a *Surveillance HIV/AIDS v Európe – 2007*. Druhá správa bola prvýkrát vytvorená v spolupráci s regionálnym úradom Svetovej zdravotníckej organizácie pre Európu (WHO EURO) a zahŕňa situáciu v krajinách EÚ a EHP a tiež v ďalších 23 krajinách regiónu WHO EURO.

Súhrny vybraných dokumentov ECDC boli podobne ako dokumenty uvedené vyššie vytvorené kvôli tomu, aby boli prístupné tvorcom postupov vo všetkých jazykoch EÚ. Odzrkadľujú obsah pôvodných publikácií, avšak v procese sumarizácie sa mohli niektoré dôležité jemné rozdiely stratiť. Čitatelia, ktorí chcú podrobnejšie informácie, môžu nájsť plné znenie dokumentov, ktoré sú dostupné on-line na stránke: <http://ecdc.europa.eu/en/Publications>.

V prílohe je uvedený zoznam všetkých publikácií ECDC v roku 2008. Všetky sú dostupné v elektronickej forme na vyššie uvedenej internetovej adrese, s krátkym opisom príslušného obsahu. Vybrané správy sú dostupné aj v tlačenej forme. Ak máte záujem o tlačенú verziu ktoréhokoľvek vyššie uvedeného dokumentu, môžete o jeho zaslanie požiadať na e-mailovej adrese publications@ecdc.europa.eu.

Technická správa

1. Prehľad činností v boji proti chlamýdiám v krajinách EÚ

(Uverejnené v máji 2008)

V tejto správe sa uvádza zamer a zistenia projektu nazvaného Skrining prehľadu chlamýdií v Európe (SCREEn), preukázateľne najväčšej štúdie, aká sa dosiaľ uskutočnila o činnostiach v boji proti chlamýdiám v EÚ. Tento projekt prebiehal od novembra 2006 do augusta 2007 a údaje sa zbierali z členských štátov EÚ, z kandidátskych krajín EÚ, z členských štátov EZVO a USA.

Na základe poštového dotazníkového prieskumu vo všetkých členských štátoch EÚ a v kandidátskych krajinách a na základe návštev u predstaviteľov verejného zdravotníctva a poskytovateľov zdravotnej starostlivosti vo vybraných členských štátoch sa pomocou projektu SCREEn zozbierali podrobné informácie o diagnostike chlamýdií, vyhľadávaní chlamýdií, manažmente prípadov, o štúdiách skúmajúcich rozšírenie chlamýdií a o príbuzných témach týkajúcich sa verejného zdravia. Projekt poskytuje široký pohľad na stratégie, ktoré používajú národné systémy verejného zdravotníctva na zastavenie nárastu chlamýdiových infekcií.

Všeobecným cieľom tohto projektu bolo preskúmať programy a činnosti v boji proti chlamýdiám v členských štátoch a vytvoriť odporúčania pre zlepšenie prevencie a boja proti chlamýdiám v tomto regióne. Konkrétne ciele zahŕňali:

- systematický zber informácií o činnostiach verejného zdravotníctva týkajúcich sa boja proti *C. trachomatis* v členských a kandidátskych štátoch EÚ, v susediacich európskych krajinách a v USA;
- triedenie informácií z rovnakých krajín o demografických a hospodárskych ukazovateľoch, zdravotníckych systémoch, rozšírení chlamýdií a prieskumoch sexuálneho správania;
- vytvorenie elektronickej databázy ako zdroja týchto údajov;
- zber podrobných informácií o činnostiach v boji proti chlamýdiám vo vybraných európskych členských štátoch; a
- príprava odporúčaní pre ECDC pre aktivity súvisiace s verejným zdravím a pre ďalší výskum.

Z 34 vybraných krajín sa získali odpovede z 29 európskych krajín a z USA (návratnosť 88 %). Žiadne údaje neprišli z Cypru, Slovenska, Poľska a Chorvátska. K najdôležitejším zisteniam tohto prieskumu patrilo:

- 17 z 29 zúčastnených európskych krajín malo najmenej jedno uverejnené usmernenie pre klinickú prax, ktoré odporučil národný orgán a ktoré sa zaoberalo niektorými aspektmi manažmentu prípadov osôb infikovaných chlamýdiami. V troch členských štátoch (Bulharsko, Grécko a Fínsko) prebiehal proces uverejnenia alebo vytvárania usmernení.
- testovanie na chlamýdie bolo dostupné v gynekologických ambulanciách alebo na klinikách vo všetkých zúčastnených krajinách; v 23 krajinách to bola súčasť základnej starostlivosti. V piatich krajinách boli testy na chlamýdie dostupné v lekárnach alebo v iných zariadeniach.
- ak je informovaný partner, najčastejšie bolo hlásené, že ho praktický lekár osobne informoval alebo odporúčal na špecializovanú kliniku.
- vo všetkých krajinách okrem jednej boli v určitej miere dostupné testy amplifikácie nukleovej kyseliny. v deviatich krajinách sa menej ako 50 % vzoriek testovalo pomocou testov amplifikácie nukleovej kyseliny.
- väčšina krajín mala systém na podávanie hlásení o diagnostikovaných prípadoch chlamýdiových infekcií úradom verejného zdravotníctva, ale asi tretina krajín neuvieňovala tieto údaje pravidelne.
- v 13 krajinách sú dostupné pravidelné údaje o klinických komplikáciách, ktoré môžu byť spôsobené chlamýdiami.
- v ôsmich krajinách sa uskutočnili prieskumy sexuálneho správania a rozšírenia chlamýdií a v siedmich krajinách sa uskutočnili prieskumy rozšírenia chlamýdií.

Projekt SCREEn vytvoril na kategorizáciu krajín typológiu činností pre boj proti chlamýdiám na základe zásad boja proti pohlavne prenosným nákazám. Kategórie činností boja proti chlamýdiám boli nasledujúce: žiadna organizovaná činnosť (13 krajín: Bulharsko, Fínsko, Grécko, Írsko, Lichtenštajnsko, Luxembursko, Malta, Portugalsko, Rumunsko, Slovinsko, Španielsko, Švajčiarsko a Turecko); manažment prípadov (päť krajín: Rakúsko, Česká republika, Nemecko, Taliansko a Litva); vyhľadávanie prípadov (tri krajiny: Belgicko, Francúzsko a Maďarsko); príležitostné testovanie (šesť krajín: Dánsko, Estónsko, Island, Lotyšsko, Nórsko a Švédsko); organizovaný skrining (dve krajiny: Holandsko a Spojené kráľovstvo (len Anglicko)).

Z výsledkov vyplynulo, že v dvoch európskych krajinách prebiehal pokračujúci (Anglicko, Spojené kráľovstvo, príležitostne) alebo pilotný (Holandsko, proaktívne) program vyhľadávania chlamýdií. Ďalších deväť krajín uviedlo plány na zavedenie programu vyhľadávania s príležitostnou, proaktívnou alebo neupresnenou organizáciou. Päť

z týchto krajín patrí ku krajinám, ktoré v súčasnosti nemajú žiadne usmernenie pre manažment prípadov ochorení spôsobených chlamýdiami. Skríning chlamýdií obmedzený na gravidné ženy sa praktizuje v Estónsku a Lotyšsku a pozvánky na skríning chlamýdií sa každoročne zasielajú poštou 18 – 19-ročným alebo 21 – 22-ročným ženám v dvoch regiónoch Dánska.

Táto typológia vyvinutá v rámci projektu SCREEn by sa mohla v budúcnosti použiť na monitorovanie intenzity činností v boji proti chlamýdiám na úrovni krajín a mohla by pomôcť pri rozhodovaní o činnostiach, ktoré by mali byť posilnené alebo zavedené.

Usmernenie ECDC

2. Usmernenie o zavedení vakcín proti HPV v krajinách EÚ

(Uverejnené v januári 2008)

Tento dokument je vedeckým podkladom pre zavedenie vakcín proti ľudskému papilomavírusu (HPV) a má za cieľ pomôcť členským štátom Európskej únie (EÚ) vo výbere príslušných postupov. Dokument zdôrazňuje otázky, ktoré je potrebné brať do úvahy a poskytuje zoznam možných postupov pre každú z týchto otázok.

Toto usmernenie vytvorila vedecká skupina odborníkov, ktorú zostavilo a koordinuje ECDC a kontroluje Poradné fórum ECDC.

Karcinóm krčka maternice a papilomavírusové infekcie v Európskej únii

Karcinóm krčka maternice je v Európskej únii (EÚ) druhým najčastejším karcinómom po karcinóme prsníka, postihujúci ženy vo veku 15–44 rokov. Každý rok sa v Európskej únii vyskytne asi 33 000 prípadov karcinómu krčka maternice a 15 000 úmrtí. Hlavnou príčinou karcinómu krčka maternice je pretrvávajúca infekcia pohlavných orgánov vysoko rizikovým typom ľudského papilomavírusu (HPV).

Infekcie pohlavných orgánov vírusom HPV sú veľmi časté a nadobúdané skoro po začatí sexuálnej aktivity. Väčšina z týchto infekcií sa spontánne odoznie. Pretrvávajúce infekcie vysoko rizikovým typom HPV však môžu spôsobiť zmeny v bunkách krčka maternice, čo môže vyvolať karcinóm krčka maternice. Vysoko rizikové typy HPV sú tiež spojené s ďalšími anogenitálnymi karcinómami a karcinómami hlavy a krku u mužov aj žien. Niektoré nízko rizikové typy HPV spôsobujú genitálne bradavice u mužov aj žien.

Vakcína proti ľudskému papilomavírusu

V Európe boli schválené dve preventívne vakcíny proti HPV: štvorvalentná vakcína Gardasil® (Sanofi Pasteur MSD) a dvojvalentná vakcína Cervarix® (GlaxoSmithKline Biologicals). Obe vakcíny sú vyrobené z častíc podobných vírusu a sú neinfekčné. Obe vakcíny majú dobrý bezpečnostný profil. Obe vakcíny chránia proti vysoko rizikovým typom HPV 16 a 18, zodpovedným za približne 73 % prípadov karcinómu krčka maternice v Európe. Gardasil chráni aj proti HPV 6 a 11, ktoré spôsobujú väčšinu prípadov genitálnych bradavíc. Vo veľkých klinických štúdiách vo fáze III sa ukázalo, že obe vakcíny zabránia viac ako 90 % prekanceróznym léziám spojených s typmi 16 alebo 18 medzi ženami, ktoré ešte neboli liečené na HPV. Vakcíny sa podávajú v troch dávkach počas šesťmesačného intervalu.

Vakcíny proti HPV a skríning karcinómu krčka maternice

O dobre organizovaných skríningových programoch pre karcinóm krčka maternice, ktoré dosahujú dobré pokrytie a zahŕňajú účinné ďalšie sledovanie a liečbu žien s abnormálnou cytológiou, bolo dokázané, že znižujú výskyt karcinómu krčka maternice o viac ako 80 %. Organizované skríningové programy sú vo vyhľadávaní najrizikovejších žien, v stanovení mechanizmov na kontrolu kvality a v sledovaní standardizovaných opatrení aktivity a dopadu úspešnejšie ako príležitostný skríning.

Vakcína HPV ponúka nový doplnkový nástroj na zlepšenie boja proti karcinómu krčka maternice. Neodstraňuje však potrebu vyhľadávania karcinómu krčka maternice, a to aj u žien, ktoré boli zaočkované proti typom 16 a 18 HPV, no stále sú ohrozené inými vysoko rizikovými typmi. Národné úrady by mali pokračovať vo svojom úsilí organizovať a zlepšovať pokrytie a kvalitu skríningových programov, nezávislých od zavádzania vakcíny. Organizácia skríningových programov tam, kde neexistujú, sa zdá byť prvoradou.

Vakcíny HPV budú mať dopad na efektivitu existujúcich skríningových programov, ktoré bude potrebné podrobne monitorovať. Rozšírenie očkovania bude znamenať isté zníženie cytologických abnormalít spojených s HPV. Zaočkované ženy by tiež mohli mať nesprávny pocit bezpečnosti, a tým sa menej zúčastňovať skríningu. Ženy musia byť informované a motivované, aby sa skríningových programov zúčastňovali a to aj vtedy, ak sú zaočkované. Jedna z najdôležitejších náročných úloh bude dosiahnuť synergiu medzi očkovaním a skríningom spôsobom efektívnym z hľadiska nákladov a s maximálnym prínosom pre ženy.

Kto by mal byť očkovaný? Určenie cieľových populácií pre očkovanie proti HPV

Pre optimalizáciu dopadu nových vakcín na ochorenie spojené s HPV, primárnou cieľovou skupinou, s ktorou sa uvažuje pre bežné očkovanie, sú dievčatá vo veku tesne predtým, ako sa v tejto skupine začne pravidelne so sexuálnou aktivitou (a tým aj infekciami HPV). Určenie nižšej vekovej hranice by nezabránilo mnohým infekciám a treba sa mu vyhnúť, kým nie sú dôkazy o tom, že táto vakcína spôsobuje dlhodobú ochranu (viac ako 15–20

rokov). Zameranie sa na o čosi staršie dievčatá a mladé ženy vychytávacím („catch-up“) očkovaním na začiatku bežného programu očkovania dopad programu očkovania pravdepodobne urýchli a prínosy očkovania v krátkej dobe zvýši.

Pri určovaní presného veku pre bežné očkovanie a veku pre vychytávacie očkovanie budú dôležité faktory osobitné pre danú krajinu. K týmto faktorom patrí: priemerný vek začiatku sexuálneho života, vekovošpecifická prevalencia HPV infekcií (ak je k dispozícii), stratégie podávania vakcíny a prijatie očkovania cieľovou skupinou (a jej opatrovníkmi).

Samotné selektívne očkovanie „vysoko rizikových“ skupín sa pravdepodobne nezdá byť ani praktickým ani účinnejším ako očkovanie všetkých dievčat. Avšak o potenciálnej úlohe selektívneho/ oportunistického očkovania istých vysoko rizikových jednotlivcov popri bežnom očkovaní možno bude treba ďalej uvažovať.

Možnosti stratégie pre podávanie vakcíny proti HPV v krajinách EÚ

Očkovanie v škole bude pravdepodobne najlacnejšou možnosťou podávania vakcín proti HPV. No lokálne problémy, napr. to, či existujú na školách zdravotníci, prípravy financovania dodávky a administratíva v súvislosti s vakcínami a získanie súhlasu rodičov môžu ovplyvniť realizovateľnosť tohto prístupu.

Očkovanie na klinike alebo v ordinácii praktického lekára je univerzálne dostupnou ďalšou alebo inou možnosťou podávania vakcíny proti HPV. Toto môže byť drahšie ako očkovanie na školách a sledovanie príjmu vakcíny tu môže byť ťažšie.

Kliniky poskytujúce zdravotnícke služby osobitne pre ženy môžu byť dôležitým miestom pre očkovanie. Dievčatá ich však pred začiatkom sexuálneho života nemusia navštíviť a tak je pravdepodobné, že tieto budú užitočné hlavne pre vychytávacie programy pre staršie dospelávajúce dievčatá a ženy. Pre dievčatá z "ťažko dostupných komunit" možno vytvoriť prístup k vakcíne proti HPV v iných zariadeniach alebo využiť príležitosť na očkovanie v prípade návštevy lekára kvôli inej príčine. Využitie týchto možností by mohlo zlepšiť celkovú preočkovanosť.

Pri plánovaní stratégií pre vakcínu proti HPV by sa mali vziať do úvahy existujúce programy očkovania pre dospelávajúcich a ďalšie pokračujúce aktivity podpory zdravia. Všade tam, kde sa poskytuje očkovanie, je dôležité oboznámiť sa s posolstvom, že toto očkovanie je doplnkom, a nie náhradou za vyšetrenie krčka maternice.

Modely nákladov a výsledkov očkovania proti HPV

Očkovanie proti HPV by malo byť zhodnotené nielen z hľadiska účinnosti, ale aj z ekonomického hľadiska. Ekonomické hodnotenie je zamerané na určenie toho, či náklady vynaložené spoločnosťou na záchranu roku života so štandardnou (úplnou) kvalitou (quality-adjusted life year alebo QALY) vďaka očkovaniu proti HPV, sú podobné ako náklady iných bežne akceptovaných zásahov v zdravotníckom sektore.

Ekonomické hodnotenia sa nedajú používať v iných krajinách kvôli premenlivosti nákladov a zdravotníckych systémov v rôznych krajinách. Preto by každá krajina pred rozhodnutím o najlepšej stratégii prevencie karcinómu krčka maternice mala vyvinúť úsilie, aby také hodnotenie vykonala (berúc do úvahy spôsob skríningu, ktorý už v krajine existuje).

Zdá sa, že ekonomické hodnotenia k dnešnému dňu naznačujú, že očkovanie dievčat pred pubertou (s vychytávaním starších vekových skupín alebo bez neho) proti HPV je z hľadiska efektivity nákladov prijateľné. Výsledky sú priaznivejšie pri použití dynamickejších modelov, kde sa tiež vezme do úvahy účinok očkovania na miery prenosu.

Sledovanie a hodnotenie dopadu očkovania proti HPV

Hodnotenie vakcín proti HPV po ich schválení bude musieť určiť mieru využitia vakcíny a „compliance“ (spoluprácu pacientov, dodržiavanie liečby), dlhodobú účinnosť a efektívnosť vakcín, integráciu očkovania s inými stratégiami, ako je napr. organizovaný skrínig karcinómu krčka maternice a bezpečnosť vakcíny. Koordinácia medzi sledovaním vakcín a programami boja proti karcinómu bude na hodnotenie dopadu vakcíny a jej prínosov v porovnaní s inými existujúcimi preventívnymi zásahmi, ako je skrínig, rozhodujúca.

Metódy hodnotenia dopadu vakcín na klinicky dôležité ukazovatele ochorenia by mohli zahŕňať surveillance HPV infekcie, prekancerózných lézií alebo rakoviny medzi očkovanými, prostredníctvom existujúcich alebo novovytvorených laboratórií alebo cytologických či onkologických registrov.

Na hodnotenie dopadu vakcín proti HPV na verejné zdravie boli navrhnuté aj klinické skúšania vo fáze IV. Tieto môžu poskytnúť ďalšie informácie o abnormálnych a prekancerózných bunkách ako aj o výskyte karcinómu a mortalite. Mohli by byť užitočné aj na hodnotenie potenciálnej integrácie vyšetrovania krčka maternice a programov očkovania. Sledovanie založené na systematickej registrácii očkovania proti HPV a spojovacích štúdií s použitím dôležitých zdravotníckych registrov sa dá použiť na hodnotenie efektivity vakcín v teréne.

Minimálny súbor informácií na sledovanie očkovania proti HPV by mal zahŕňať údaje o pokrytí vakcínou, sledovanie nežiaducich účinkov očkovania a najmenej sentinelovú surveillancu vplyvu na prekancerózne lézie.

3. Prioritné rizikové skupiny pre očkovanie proti chrípke

(Uverejnené v auguste 2008)

Na základe požiadavky Európskej komisie, vykonalo ECDC vedecký verejnozdravotnícky prehľad o rizikových skupinách pre chrípkové ochorenie¹ a iných skupinách, ktorým je ponúkané očkovanie proti sezónnej chrípke v Európe. Konkrétnymi cieľmi tejto štúdie bolo:

- opísať rizikové skupiny, ktorým je odporúčané očkovanie v krajinách EÚ/EHP (Európskeho hospodárskeho priestoru), spolu s podrobnými údajmi ďalších skupín, ktorým je očkovanie ponúkané;
- zhrnúť podporné dôkazy pre rizikové skupiny, ktorým je očkovanie odporúčané;
- navrhnúť uprednostnenie rizikových skupín v EÚ na základe transparentných kritérií;
- poskytnúť hrubý odhad počtu ľudí v prioritných rizikových skupinách v EÚ, a
- určiť oblasti pre ďalšiu prácu, vrátane výskumu a vývoja.

Popis rizikových skupín z hľadiska chrípkového ochorenia a iných skupín, ktorým je v súčasnosti očkovanie ponúkané, vychádza z prieskumu vykonaného v roku 2008 projektom VENICE, ktorý pracuje v spolupráci s ECDC. Podľa kritérií vypracovaných ECDC/VENICE, rizikové skupiny majú byť riadne definované skupiny, u ktorých je pravdepodobnejší vznik závažného ochorenia. Okrem toho, má existovať publikovaný dôkaz o tom, že riziko infikovania bolo očkovaním znížené. Naplneniu prvého kritéria bránila skutočnosť, že v súčasnosti sa nevykonáva rutinná surveillancu morbiditu a mortality v súvislosti s ťažkou chrípkou. Kritériá pracovného lekárstva (v prvom rade očkovanie zdravotníkov) bez preukázania prínosu pre pacientov boli zaznamenané, ale s menším významom. Výnimku tvorí jedna skupina pracovníkov, ktorá sa stará o starých ľudí v ústavných zariadeniach, pre ktorú sú k dispozícii dostatočné dôkazy o ochrane pacientov. Nakoniec bola zaznamenaná úroveň zhody medzi krajinami EÚ.

Analýza literatúry naznačuje, že existujú dve rizikové skupiny, kde možno bežné očkovanie vakcínou proti chrípke raz do roka podložiť v Európe odbornými a zdravotnými dôvodmi. Sú to:

- osoby starších vekových skupín, obvykle vo veku 65 rokov a viac a
- ľudia s chronickými ochoreniami, najmä chorobami z nasledujúcich kategórií:
 - chronické ochorenia dýchacích ciest;
 - chronické srdcovocievne ochorenia;
 - chronické metabolické ochorenia;
 - chronické ochorenia obličiek a pečene;
 - osoby s oslabenou imunitou (vrodenou alebo získanou);
 - mladí ľudia, ktorí dlhodobo užívajú terapiu salicylátmi a
 - osoby s chorobami, ktoré ohrozujú funkciu dýchacích orgánov.

Tieto rizikové skupiny sú jediné, na ktorých sa krajiny Európskej únie zhodli. Presná veková definícia skupiny starých ľudí je ľubovoľná (viac ako 64 rokov, viac ako 59 rokov, atď.) a niekoľko krajín už podľa národných okolností a analýz zanechalo kritérium viac ako 64 rokov.

K dispozícii je niekoľko dobrých dôvodov na poskytnutie očkovania dvom ďalším rizikovým skupinám: tehotným ženám a deťom (s rôzne definovanou vekovou hranicou ako „mladším ako dvojročným“ alebo „mladším ako päťročným“). Avšak pre obe skupiny je v Európe k dispozícii len obmedzené množstvo informácií o riziku a o účinnosti, a zatiaľ nedošlo k zhode medzi európskymi krajinami. Pre tieto dve skupiny neexistuje dostatok údajov, aby mohli byť na úrovni EÚ definované ako rizikové skupiny. V prípade, že bude k dispozícii viac informácií a údajov, bude potrebné prehodnotenie týchto skupín. Je mimoriadne dôležité, aby údaje o vplyve očkovania v týchto skupinách boli zhromažďované spôsobom, ktorý po ďalších hodnoteniach povedie k zhode.

Existujú aj skupiny, ktorým sa očkovanie často ponúka, nejde však o rizikové skupiny a nemáme pre ich zaradenie vážne verejnozdravotné dôvody. Napríklad mnoho krajín EÚ sa zhodne v tom, že všetci zdravotníci, ktorí sú v kontakte s pacientmi, by mali byť zaočkovaní z pracovnolekárskeho dôvodu (ochrana pracovníkov). K dispozícii sú významné dôkazy zo štúdií, že očkovanie pracovníkov starajúcich sa o starých ľudí v ústavných zariadeniach má nepriamy prínos aj pre pacientov, chrániac ich tak pred závažnými dôsledkami chrípky. Stojí však za povšimnutie, že väčšina zdravotníkov v Európe ponuku očkovania odmieta. Nie sú k dispozícii dostatočné dôkazy o prínose očkovania ľudí, ktorí bývajú v domácnosti spoločne s ľuďmi patriacimi do dvoch hlavných rizikových skupín.

¹ Rizikové skupiny z hľadiska chrípkového ochorenia sú tu definované ako skupiny ľudí, ktorých ochorenie bude v prípade infekcie pravdepodobne ťažšie a o ktorých sa vie, že očkovanie bude pre ne prínosom vďaka zníženiu rizika nakazenia.

V súčasnosti prebiehajú v krajinách EÚ širšie odhady počtu a percentuálneho zastúpenia ľudí, ktorí patria do dvoch hlavných rizikových skupín. Podľa jednej použitej metódy sa navrhuje, že krajiny EÚ v súčasnosti potrebujú každoročne zaočkovať asi 25 % populácie, keďže asi toľkí patria aspoň do jednej z dvoch veľkých rizikových skupín. Ďalšie národné odhady priniesli podobné percentuálne hodnoty. Národné rozpätie je 19 % až 28 % v závislosti od percentuálneho podielu starých ľudí v populácii každej krajiny. Odhaduje sa, že celkovo v EÚ ide približne o 125 miliónov ľudí rozdelených na dve tretiny (približne 84 miliónov ľudí vo veku 65 rokov alebo viac) oproti jednej tretine (približne 41 miliónov mladších ľudí s chronickým ochorením). Tieto čísla budú časom neúprosne rásť z dôvodu starnutia populácií a úspechov modernej medicíny umožňujúcej aj ľuďom s chronickým ochorením žiť dlhší produktívny život.

Táto štúdia odporúča európskemu vývoju a výskumu zamerať sa na nasledujúce priority:

- vývoj surveillance: rutinná surveillance závažných prejavov chrípky v Európe (hospitalizácie a úmrtia);
- bežné pozorovanie účinnosti očkovania proti chrípke, najmä na zníženie rizika závažného ochorenia a úmrtia spôsobeného chrípkou;
- odhad záťaže, ktorú predstavuje chrípka pre tehotné ženy a deti a hodnotenie dopadu očkovania tehotných žien a detí každého veku v Európe;
- ďalší výskum, ktorý by preukázal, či očkovanie zdravotníckych pracovníkov a členov domácnosti znižuje riziko pre vnímavějších ľudí v dvoch hlavných rizikových skupinách;
- príprava projektov na väčšiu podporu očkovania proti chrípke medzi zdravotníkmi, a to v ich vlastnom záujme ako aj v záujme ich pacientov;
- osobitný výskum problematiky, či vzniká vyššie riziko ťažkého ochorenia po nakazení chrípkou u osôb infikovaných HIV v Európe, a podobné štúdie pre ďalšie častejšie ochorenia ako napr. mierna astma;
- štúdie o vplyve na zdravie a zdravotno-ekonomické štúdie týkajúce sa očkovania proti chrípke, napr. u osôb nad prahovým vekom pre očkovanie, ktoré by potvrdili, že rôzne krajiny si musia určiť svoje vlastné vekové prahové hodnoty;
- výskumy vplyvu očkovania v rámci európskeho regiónu v záujme určenia všetkých nepriamych prínosov spôsobených znížením celkových úrovni prenosu.

Správy o surveillance

4. Výročná epidemiologická správa o prenosných ochoreniach v Európe 2008 – Správa o stave prenosných ochorení v EÚ a krajinách EHP/EZVO

(Uverejnená v decembri 2008)

ECDC každý rok publikuje Európsku výročnú epidemiologickú správu (VES). Druhé vydanie publikované v roku 2008 obsahuje prehľad o surveillance prenosných ochorení od roku 2006 v tabuľkovej forme s obmedzenými komentármi a poskytuje opis akútnych hrozieb pre ľudské zdravie v dôsledku prenosných ochorení v roku 2007. Správa sa tiež zameriava na podrobný opis nozokomiálnych nákaz (NN) vrátane antibiotickej rezistencie (ABR).

Hlavné hrozby týkajúce sa prenosných ochorení v EÚ sa od predchádzajúceho vydania tejto správy nezmenili a patrí k nim:

- antibiotická rezistencia,
- nozokomiálne nákazy,
- infekcia HIV,
- pneumokokové infekcie,
- chrípka (pandemický potenciál a každoročné sezónne epidémie),
- tuberkulóza.

HLAVNÁ TÉMA TOHTO VYDANIA

Nozokomiálne nákazy (NN)

Surveillance nozokomiálnych nákaz (NN) v Európe sa uskutočňuje prostredníctvom siete IPSE (Zlepšovanie bezpečnosti pacientov v Európe; 2005 – jún 2008), ktorá zahŕňa surveillance nákaz v mieste chirurgického výkonu (Prepojenie nemocníc v Európe pre nemocničnú hygienu a surveillance, HELICS-SSI) a surveillance na jednotkách intenzívnej starostlivosti (HELICS-ICU).

Výskyt nákaz v mieste chirurgického výkonu v roku 2006 bol rovnaký ako v rokoch 2004 – 2005 s výnimkou operácií bedrového kĺbu, kde sa pozoroval významný klesajúci trend; z 2,2 % v roku 2004 na 1,6 % v roku 2005 a 1,3 % v roku 2006 ($p = 0,039$).

Z 51 621 pacientov, ktorí boli viac ako dva dni na jednotke intenzívnej starostlivosti, 6,8 % pacientov dostalo pneumóniu. Výskyt bol od 1,5 % u pacientov bez ventilácie do 22,2 % u pacientov, ktorí boli ventilovaní najmenej jeden týždeň. Najčastejším mikroorganizmom izolovaným pri pneumónii získanej na JIS bol *Pseudomonas aeruginosa* a v prípade krvných infekcií získaných na JIS to boli koaguláza-negatívne stafylokoky.

Surveillance NN sa v roku 2006 ďalej rozširovala a tento proces rozširovania bude pokračovať po prechode zložiek surveillance siete IPSE do ECDC v roku 2008.

Vo všeobecnosti teda incidencia nozokomiálnych nákaz bola v roku 2006 stabilná v celej Európe. Podstatné rozdiely v surveillance medzi jednotlivými krajinami však pretrvávajú a i naďalej sa musí klásť dôraz na harmonizáciu metód.

Antibiotická rezistencia (ABR)

Údaje o antibiotickej rezistencii pochádzajú z Európskeho systému surveillance antibiotickej rezistencie (EARSS), čo je sieť určená pre surveillance ABR v Európe.

Streptococcus pneumoniae

V roku 2006 mala väčšina severoeurópskych krajín hodnoty negatívnej vnímavosti *S. pneumoniae* (PNSP) nižšiu ako 5 %, zatiaľ čo v južných a stredozemných krajinách bol podiel PNSP od 7 % do > 25 %.

Staphylococcus aureus

Metilín-rezistentný *Staphylococcus aureus* (MRSA) sa v roku 2006 ďalej širil vo vysokoendemických, strednoendemických a nízkoendemických krajinách Európy. Pätnásť z 31 krajín (najmä južné európske krajiny,

Spojené kráľovstvo a Írsko) hlásilo podiel všetkých izolátov *Staphylococcus aureus* rezistentných voči meticilínu najmenej 25 %, pričom v niektorých vysokoendemických krajinách sa podiely stabilizovali. V severnej Európe zastúpenie MRSA zostalo < 4 %.

Escherichia coli

Stúpajúca úroveň fluórochinolónovej rezistencie v Európe bola mimoriadne alarmujúca.

Pseudomonas aeruginosa

V roku 2006 bola takmer jedna pätina invazívnych izolátov *P. aeruginosa* rezistentná najmenej voči trom antibiotikám, najmä v juhoeurópskych krajinách.

SÚHRN SURVEILLANCE PRENOSNÝCH OCHORENÍ 2006

HIV, pohlavne prenosné infekcie, hepatitída B a C

V roku 2006 bola infekcia HIV stále najzávažnejším problémom verejného zdravotníctva v Európe s viac ako 25 000 diagnostikovanými novými prípadmi v 29 krajinách (okrem Talianska, Španielska a Lichtenštajnska), z čoho vyplýva celkový výskyt 6 na 100 000. V týchto krajinách sa pozoruje veľká rôznorodosť epidemiológie infekcie HIV. V niektorých európskych krajinách bol hlásený stúpajúci počet prípadov HIV: najmä v Estónsku, Lotyšsku, Luxembursku, Portugalsku a Spojenom kráľovstve. Počet nových hlásených prípadov AIDS v krajinách EÚ a EHP/EZVO bol však 7 035, čo sa premietlo do podielu 1,4 osôb na 100 000 a zodpovedá to poklesu o viac ako jednu tretinu od roku 1999.

Hlavný spôsob prenosu infekcie HIV bol heterosexuálny styk (53 %), ale asi 40 % z týchto prípadov bolo diagnostikovaných v prípade osôb pochádzajúcich z krajín s celkovou epidémiou. Ak sa tieto prípady vylúčia, hlavným spôsobom prenosu je sex medzi mužmi (37 %).

Vysoký počet HIV pozitívnych osôb v EÚ stále nevie o svojej infekcii. To zdôrazňuje potrebu úsilia o zvýšenie využívania testovania na HIV.

Pohlavne prenosné infekcie

V roku 2006 boli infekcie zapríčinené *Chlamydia trachomatis* stále najčastejšie hlásené STI (a najčastejšie hlásené ochorenie v celej Európe) tvoriace takmer štvrt' milióna prípadov, ktoré hlásilo 22 členských štátov EÚ a EHP/EZVO vykonávajúcich surveillance tohto ochorenia. Hlásená incidencia bola 92 osôb zo 100 000.

V roku 2006 bol vo Švédsku hlásený nový variant *Chlamydia trachomatis*, ktorý unikol detekcii bežne dostupnými komerčnými testami. Preto sa uskutočnila štúdia skúmajúca tento nový variant v ďalších členských štátoch, ale zdá sa, že tento variant sa vyskytuje najmä vo Švédsku.

V roku 2006 bola schválená prvá vakcína proti infekcii zapríčinenej ľudským papilomavírusom.

Chrípka

V roku 2006 sa vyskytli prvé prípady vysoko patogénnej vtácej chrípky (A(H5N1)) v prípade divo žijúcich vtákov a hydiny v Európskej únii. Počas roku 2006 však v EÚ neboli hlásené žiadne ľudské prípady infekcie A(H5N1); bol hlásený len jeden prípad infekcie zapríčinenej nízkopatogénnym vtáčim kmeňom H7 v prípade chovateľa hydiny v Spojenom kráľovstve. Širší súbor právnych predpisov týkajúcich sa zdravia zvierat však zabezpečil vhodnú reakciu na zvyšujúcu sa hrozbu, ktorú predstavuje vírus A(H5N1) v členských štátoch EÚ. Keďže tento vírus je v prvom rade vtáčim vírusom, rýchla identifikácia a eliminácia infekcie u vtákov a najmä domácej hydiny je stále prvou líniou ochrany pre ľudí.

Tuberkulóza

Výskyt tuberkulózy (TBC) naďalej klesal v autochtónnych populáciách takmer všetkých členských štátov, kde ide zvyčajne o ochorenie starších ľudí, ktorým sa teraz reaktivuje po primárnej infekcii spred mnohých desaťročí. Túto situáciu však ovplyvňujú súčasné demografické, politické a sociálnoekonomické zmeny v Európe, napríklad rastúca migrácia. V dôsledku toho sa TBC začala v EÚ častejšie vyskytovať u migrantov, bezdomovcov, chudobných ľudí v centrách miest, väzňov, osôb nakazených vírusom HIV a užívateľov drog.

Okrem toho existujú oblasti s vysokým výskytom liekovo rezistentnej tuberkulózy, najmä v dôsledku neúplných alebo nesprávne navrhnutých liečebných režimov.

Ochorenia preventabilné očkovaním (VPD)

Od zavedenia univerzálneho očkovania vakcínou proti *Haemophilus influenzae* typu B (Hib) v detstve sa vo väčšine krajín EÚ znížil výskyt invazívneho ochorenia Hib a naďalej je nízky v celej populácii v krajinách v EÚ (v roku 2006 menej ako 1 osoba zo 100 000).

Niekoľko európskych krajín pridalo k svojim očkovacím schémam vakcínu pneumokokového konjugátu 7 (PCV7), prinajmenšom pre vysokorizikové skupiny. To vyvolalo výhrady týkajúce sa možnosti, že bežné sérotypy by postupne mohli byť nahradené sérotypmi, ktoré neobsahuje vakcína PCV7, čo sa už pozorovalo v Spojených štátoch, čo posilňuje význam systémov surveillance zahŕňajúcich nielen ochorenie, ale tiež distribúciu sérotypu.

Osýpky boli v roku 2006 napriek celkovému klesajúcemu trendu počas posledného desaťročia stále prioritou verejného zdravotníctva s viac ako 7 000 potvrdenými prípadmi a šiestimi hlásenými úmrtiami. Niekoľko udalostí tiež jasne dokázalo vysoký potenciál výskytu osypok.

Väčšina krajín EÚ v roku 2006 používala bezbunkovú vakcínu proti čiernemu kašľu (aP). Po období stability sa od roku 2003 zdá, že miera hlásenia v niektorých krajinách EÚ jemne stúpa.

Ochorenia prenášané potravinami a vodou

Kampylobakter je stále najčastejšie hlásený gastroenterický patogén v krajinách EÚ a EHP/EZVO s výskytom takmer 40 prípadov na 100 000 osôb, hoci sa zdá, že od roku 2005 do roku 2006 nastal slabý pokles v počte prípadov.

Zdá sa, že infekcie VTEC/STEC majú tiež klesajúcu tendenciu s úrovňou hlásenia iba viac ako 1 prípad na 100 000 osôb v roku 2006, hoci niektoré krajiny hlásia podstatne vyššie počty, najmä v prípade malých detí.

SÚHRN HROZIEB 2007

ECDC v roku 2007 monitorovalo 168 hrozieb, z ktorých:

- 142 (85 %) boli nové hrozby;
- 21 hrozieb vzniklo v roku 2006 a v roku 2007 boli stále aktívne;
- päť hrozieb vzniklo v roku 2005 a v roku 2007 boli stále aktívne;
- 66 hrozieb vyžadovalo aktívne sledovanie centrom ECDC;
- 10 z nich viedlo k podrobnému hodnoteniu hrozby, ktoré sa zaslalo členským štátom EÚ a Európskej komisii prostredníctvom EWRS.

V roku 2007 boli hrozby v EÚ stále rozšírené. Ochorenia prenášané potravinami a vodou sú stále najčastejším zdrojom hrozieb monitorovaných v EÚ. Je dôležité, že v roku 2007 sa pozoroval významný nárast hrozieb týkajúcich sa tuberkulózy, najmä udalostí spojených s multirezistentnou a extrémne rezistentnou (XDR) TBC a tiež s vystavením cestovateľov pacientom s tuberkulózou, ktorí cestujú v infekčnom stave.

Väčšina hrozieb identifikovaných ako hrozby s potenciálnym vplyvom na EÚ bola v roku 2007 hlásená prostredníctvom systému EWRS alebo prostredníctvom európskych sietí určených na tento účel (EWGLI pre Legionárske ochorenie a ENTERNET pre ochorenia prenášané potravinami a vodou). Systém EWRS sa neustále ukazuje ako účinný nástroj na koordináciu včasného zavedenia opatrení pre verejné zdravotníctvo prostredníctvom členských štátov EÚ tak, aby zahŕňali potvrdené hrozby. ECDC začalo v roku 2007 vytvárať komunikačnú platformu pre spravodajstvo o epidémiách v celej EÚ.

ZÁVERY

Priority prevencie a boja proti prenosným ochoreniam v EÚ sa od predchádzajúceho vydania VES podstatne nezmenili.

Na jednej strane, oblasti záujmu vrátane stavov s konzistentne vysokou záťažou sú stále rovnaké. Našu pozornosť si tiež zasluhuje šesť veľkých hrozieb uvedených na začiatku tohto súhrnu, vysoký hlásený počet infekcií spôsobených chlamýdiami a kampylobakterom.

Na druhej strane, v niektorých oblastiach ochorení, ako sú napríklad niektoré VPD (vrátane Hib), sa pozoroval znížený výskyt a v prípade niektorých iných VPD (napr. diftéria) sa pozorovali mimoriadne nízke hladiny výskytu – okolo 0,1 prípadov na 100 000 osôb. Členské štáty EÚ sú však stále ďaleko od dosiahnutia cieľov stanovených programami na elimináciu ochorenia, najmä v súvislosti s osýpkami.

Kvalita údajov, na ktorých môžu byť založené tieto závery, je naďalej nedostatočná a stále sa musí vyvíjať veľké úsilie na zlepšenie surveillance prenosných ochorení v Európskej únii. Najzávažnejšie je to, že stále sú veľké problémy s porovnateľnosťou údajov z rôznych členských štátov, čo zjavne znižuje použiteľnosť údajov získaných na európskej úrovni.

Musia sa preskúmať nové prístupy k poskytovaniu údajov na stanovenie priorít v oblasti prenosných ochorení vrátane odhadu súčasnej a budúcej záťaže súvisiacej s prenosnými ochoreniami.

Hľadiac do budúcnosti, je zjavné, že niektoré dlhodobé trendy ovplyvnia celkový pohľad na prenosné ochorenie v EÚ, napríklad:

- starnutie populácie EÚ,
- zmena životného prostredia vrátane zmeny klímy,
- častejšie cestovanie a migrácia a
- sociálne zmeny.

Musí sa neustále monitorovať záťaž súvisiaca s prenosnými ochoreniami a ich trendami v EÚ, aby sa získali spoľahlivé údaje, na základe ktorých by sa mali vytvoriť spoločné zdravotnícke postupy.

5. Surveillance HIV/AIDS v Európe

(Uverejnené v decembri 2008)

Kľúčové body

Infekcia HIV je stále veľký problém verejného zdravotníctva v Európe čoho dôkazom je stúpajúci trend prenosu HIV v niekoľkých európskych krajinách.

- V roku 2007 hlásilo 49 z 53 krajín v európskom regióne WHO (údaje neboli dostupné z Rakúska, Talianska, Monaka alebo Ruskej federácie) 48 892 novodiagnostikovaných prípadov infekcie HIV. Najvyššia incidencia bola hlásená z Estónska, Ukrajiny, Portugalska a Moldavskej republiky. Štyridsaťosem krajín hlásilo 5 244 prípadov AIDS (údaje neboli dostupné z Talianska, Kazachstanu, Monaka, Ruskej federácie alebo Ukrajiny).
- Krajiny Európskej únie a Európskeho združenia voľného obchodu (v tejto správe sa označujú ako EÚ/EZVO) (údaje neboli dostupné z Rakúska alebo Talianska) v roku 2007 hlásili 26 279 novodiagnostikovaných prípadov infekcie HIV. V krajinách EÚ/EZVO bola najvyššia incidencia hlásená z Estónska, Portugalska a Lotyšska; najnižšia incidencia bola hlásená zo Slovenska, Českej republiky a Rumunska.
- Zdá sa, že v krajinách EÚ/EZVO je hlavným spôsobom prenosu infekcie HIV sex medzi mužmi a potom nasleduje heterosexuálny styk. Asi 40 % hlásených prípadov sa diagnostikovalo v prípade osôb, ktoré sa nakazili heterosexuálnym stykom a pochádzajú z krajín s generalizovanou epidémiou HIV/AIDS.
- V troch geografických oblastiach európskeho regiónu WHO je stále hlavným spôsobom prenosu vo východnej Európe injekčné používanie drog, zatiaľ čo v strednej Európe je hlavným spôsobom prenosu HIV heterosexuálny styk, hoci sa zvýšil aj počet prípadov HIV hlásených medzi mužmi, ktorí majú sex s mužmi. V západnej Európe je prevládajúcim spôsobom prenosu sex medzi mužmi a potom nasleduje heterosexuálny styk, keď sa vylúčia prípady osôb pochádzajúcich z krajín s generalizovanou epidémiou.
- Napriek neúplnému podávaniu hlásení sa počet novodiagnostikovaných prípadov infekcie HIV v roku 2007 zvýšil, zatiaľ čo počet diagnostikovaných prípadov AIDS v európskom regióne WHO ďalej celkovo klesal, hoci na východe sa počet prípadov AIDS stále zvyšoval. Od roku 2000 sa miera hlásených novodiagnostikovaných prípadov HIV na milión obyvateľov takmer zdvojnásobila, z 39 osôb na milión obyvateľov v roku 2000 na 75 osôb na milión obyvateľov v roku 2007, a to na základe 44 krajín, ktoré mali zhodne hlásené údaje o surveillance HIV.
- Celkový počet testov HIV každoročne vykonávaných za účelom diagnostiky, s vylúčením nesúvisiacich anonymných testov a testov pre darcov krvi, sa v rokoch 2003 až 2007 zvýšil vo väčšine krajín.
- Údaje, ktoré sú tu uvedené, majú určité nedostatky, najmä v dôsledku chýbajúcich údajov z niekoľkých krajín. To obmedzuje závery, ktoré sa môžu vyvodit' v súvislosti s rozsahom epidémie HIV a AIDS v Európe. Ak by sa tieto údaje brali do úvahy, celkový počet prípadov za rok 2007 by mohol byť asi dvojnásobný.

Odporúčania pre surveillance HIV/AIDS

Údaje o surveillance HIV/AIDS sú veľmi dôležité na monitorovanie trendov epidémie HIV a na hodnotenie reakcie verejného zdravotníctva. Všetky krajiny v Európe by preto mali:

- zaviesť vnútroštátne systémy podávania hlásení podľa jednotlivých prípadov HIV a AIDS a zabezpečiť ich úplnosť a včasnosť;
- zlepšiť kvalitu podávaných hlásení, najmä v súvislosti s pravdepodobnými spôsobmi prenosu;
- podporovať komplexnú surveillance HIV vrátane rutínnej surveillance správania a prevalenčných štúdií o HIV.

Odporúčania pre verejné zdravotníctvo

Intervencie v boji proti epidémii by sa mali zakladať na dôkazoch a mali by sa prispôbiť krajine a geografickej oblasti. Na základe dostupných údajov o surveillance sa môže odporučiť:

- Východná Európa: intervencie v boji proti HIV medzi užívateľmi injekovateľných drog by mali byť základným kameňom stratégií na prevenciu HIV; tiež by sa mali posilniť opatrenia na prevenciu heterosexuálneho prenosu, zamerané najmä na pacientov, ktorí majú vysokorizikových partnerov.
- Stredná Európa: prevencia by sa mala prispôbiť okolnostiam každej krajiny, aby sa zachovali ich epidemiologické výhody.
- Západná Európa: intervencie v boji proti HIV medzi mužmi, ktorí majú sex s mužmi, by mali byť základným kameňom stratégií na prevenciu HIV, napr. obnovené kampane na podporu bezpečnejšieho sexu zamerané na mužov, ktorí majú sex s mužmi; intervencie na prevenciu, liečbu a starostlivosť sa musia prispôbiť, aby sa dosiahli populácie migrantov.
- Vo všetkých subregiónoch by sa malo podporovať testovanie na HIV, aby sa zabezpečil včasný prístup k liečbe a poradenstvu na prevenciu alebo zníženie ďalšieho prenosu a na zlepšenie výsledkov dlhodobej liečby v prípade príslušných jedincov.

Špeciálne správy

6. Rámcový akčný plán boja proti tuberkulóze v Európskej únii

(Uverejnený v marci 2008)

TBC je závažné infekčné ochorenie ľudí, ktorí sa najčastejšie nakazia po inhalácii baktérií v kvapôčkach od osoby s pľúcnym ochorením. Hoci existuje účinná liečba, neadekvátna liečba alebo nedostatočné dodržanie liečby môže viesť k jej zlyhaniu, k skorému relapsu alebo k vzniku liekovo rezistentnej TBC.

Výskyt TBC v EÚ sa v posledných desaťročiach neustále znižoval. Údaje z 27 členských štátov EÚ patria k najnižším na svete, ale sú vyššie ako v iných industrializovaných krajinách, ako je napríklad USA a Austrália. Nie je však dôvod na spokojnosť, pretože v niektorých krajinách bola pred desaťročiami opísaná podobná priaznivá epidemiologická situácia, čo viedlo k poklesu informovanosti a k zníženiu zdrojov a služieb na prevenciu a boj proti TBC. Následne došlo k opätovnému výskytu ochorenia stimulovaného epidémiou HIV a k rozvoju multirezistentnej TBC (MDR TBC). Bolo potrebné obnoviť úsilie v súvislosti s programami pre boj a činnosťami na zabezpečenie včasnej diagnostiky, dostupnosti primeranej terapie a absolvovania liečby.

So zreteľom na túto situáciu komisár Európskej únie (EÚ) pre zdravie Markos Kyprianou vyzval v marci 2007 Európske centrum prevencie a boja proti infekčným chorobám (ECDC), aby vypracovalo návrh akčného plánu na boj proti tuberkulóze (TBC) v EÚ.

Dlhodobým cieľom rámcového akčného plánu boja proti TBC je zvládnuť a napokon eliminovať TBC v EÚ. Väčšina aktivít zameraných na zníženie zaťaženia tuberkulózou sa opiera o národné úsilie, pričom inštitúcie EÚ podporujú členské štáty v tejto práci. Ciele plánu sú:

- zvýšiť politické a verejné povedomie o TBC ako o probléme verejného zdravotníctva v EÚ,
- podporiť a posilniť úsilie členských štátov EÚ v boji proti TBC v súlade s národnou epidemiologickou situáciou a výzvami,
- prispieť ku kontrole TBC v EÚ podporou tých krajín, z ktorých importované prípady pochádzajú.

Tento návrh je založený na štyroch zásadách: zabezpečiť včasnú a kvalitnú starostlivosť pre všetkých; posilniť kapacity zdravotníckych systémov; rozvíjať nové nástroje a budovať partnerstvá a spoluprácu s krajinami a zainteresovanými stranami. Na základe týchto zásad sa vytvorilo osem oblastí pre strategický vývoj. Ďalej sú uvedené odporúčané ciele/postupy pre každú z týchto ôsmich oblastí:

1. oblasť: Závazok bojovať proti TBC, informovanosť o TBC a kapacity zdravotníckych systémov

1. Zvýšiť politické záväzky a záväzky poskytnutia zdrojov členských štátov v rámci plánov boja proti TBC ako súčasť celkových stratégií verejného zdravotníctva.
2. Posilniť kapacity zdravotníckych systémov členských štátov pri uskutočňovaní aktivít v oblasti boja a eliminácie TBC.

2. oblasť: Surveillance

1. Vyhodnotiť epidemiologické charakteristiky a rozšírenie TBC v populácii s ohľadom na časové a geografické aspekty, tak v členských štátoch, ako aj v rámci Európy ako celku.
2. Monitorovať uskutočňovanie činností súvisiacich s TBC a poskytovať tieto informácie pre cyklus prijímania rozhodnutí s cieľom umožniť realizáciu príslušnej intervencie na aktualizáciu národných a európskych plánov proti TBC.
3. Identifikovať a charakterizovať zraniteľné skupiny obyvateľstva vystavené zvýšenému riziku TBC a s nepriaznivou prognózou, na ktoré by sa mali zamerať ciele aktivít verejného zdravotníctva.

3. oblasť: Laboratórne služby

1. Vytvoriť a zaviesť vysokokvalitné moderné laboratórne služby, ktoré podporia klinické potreby a potreby verejného zdravotníctva a výskumu v súvislosti s TBC.
2. Zabezpečiť bezpečné, presné, kvalitné laboratórne služby a primerane vyškolených zamestnancov pre výkon týchto činností.
3. Zabezpečiť investície na dlhodobú podporu laboratórných služieb.

Oblasť 4. Rýchla a kvalitná starostlivosť pre všetkých pacientov s TBC

1. Rýchle diagnostikovanie všetkých prípadov a zabezpečenie riadneho liečenia TBC a starostlivosti.
2. Upraviť intervencie na základe konkrétnych epidemiologických situácií a zraniteľných skupín obyvateľstva na zabezpečenie maximálnej účinnosti kontroly TBC na všetkých úrovniach.
3. Dosiahnuť konzistentné uplatňovanie opatrení na zvládnutie prepuknutia ochorenia.
4. Zabezpečiť uspokojenie individuálnych potrieb v oblasti zdravia všetkých pacientov s TBC.

5. oblasť: MDR TBC a XDR TBC

Tieto ciele sú určené všetkým členským štátom, ale osobitnú pozornosť by im mali venovať krajiny, kde je problém s MDR TBC a XDR TBC najväčší.

1. Optimalizovať a posilniť dohľad nad MDR TBC a XDR TBC a ich monitorovanie.
2. Špecificky zlepšiť služby testovania TBC na citlivosť na lieky v rámci EÚ v kontexte posilnenia laboratórnych služieb v oblasti TBC.
3. Zlepšiť starostlivosť o pacientov s MDR TBC alebo XDR TBC a ich liečby vrátane kontroly infekcie a sledovania kontaktov/profylaktických postupov.
4. Zlepšiť prístup k liekom prvej a druhej línie a ich dostupnosť a zabezpečiť racionálne užívanie liekov proti TBC.

Oblasť 6. Koinfekcia TBC/HIV

1. Znížiť záťaž súvisiacu s koinfekciou TBC/HIV v EÚ posilnením súčinnosti plánov pre TBC a HIV/AIDS alebo príslušných služieb v rámci zdravotníctva.
2. Podporiť výskumné aktivity a klinické štúdie na úrovni EÚ týkajúce sa komorbidity pri TBC/HIV.

7. oblasť: Nové nástroje pre boj proti TBC

1. Stanoviť priority pre základný, aplikovaný a operačný výskum v EÚ.
2. Zabezpečiť financovanie a koordináciu.

Oblasť 8. Budovať partnerstvá a spolupracovať s krajinami

1. Zabezpečiť, aby si TBC udržala popredné miesto v politických, technických a výskumných programoch EÚ a národných verejných inštitúcií pri zohľadnení konkurenčných priorít v prípade obmedzených zdrojov.
2. Pomôcť odstrániť stigmatizáciu, zabezpečiť včasnú a rýchlu detekciu TBC, MDR TBC a XDR TBC a vyzvať ľudí, aby sa dali liečiť v súlade s Chartou TBC pacientov o starostlivosti o chorých na TBC.
3. Zabezpečiť, aby následná liečba bola dostupná, prístupná, cenovo prijateľná, primeraná a najmä úspešná.
4. Ďalej spoločne rozvíjať spoluprácu a koordináciu medzi ECDC, EK, jednotlivými štátmi, WHO a inými zainteresovanými stranami.

7. Surveillance prenosných ochorení v Európskej únii – dlhodobá stratégia: 2008–2013

(Uverejnené v máji 2008)

Táto dlhodobá vízia a stratégia pre surveillance prenosných ochorení v budúcnosti v EÚ bola vytvorená na pomoc pri nasmerovaní rozhodnutí o dlhodobom vývoji európskeho systému surveillance. Táto stratégia zahŕňa obdobie až do roku 2013, čo zodpovedá viacročnému strategickému plánu ECDC (schválený riadiacim výborom ECDC v júni 2007). Predpokladá sa tiež synergické spolupôsobenie s laboratórnou stratégiou ECDC.

Účelom tejto stratégie je vymedziť podmienky a rozsah surveillance, jej ciele a organizačné požiadavky. Vytyčujú sa tiež spôsoby podpory členských štátov a uvádzajú sa spôsoby realizácie.

Hlavným cieľom je prispieť k zníženiu výskytu a rozšírenia prenosných ochorení v Európe poskytovaním príslušných údajov o verejnom zdraví, informácií a hlásení pre tvorcov rozhodnutí, odborníkov a zdravotníckych pracovníkov v snahe podporovať postupy, ktoré budú viesť k včasnej prevencii a boju proti prenosným ochoreniam v Európe. Na dosiahnutie tohto cieľa je nevyhnutná vysoká validita a dobrá porovnateľnosť údajov o prenosných ochoreniach z členských štátov.

Pomocou koordinovanejšieho prístupu k surveillance sa:

- zlepši regionálna porovnateľnosť údajov,
- zjednoduší surveillance v celej Európe,
- umožní vykonávanie surveillance synergickým spôsobom,

- zabráni dvojitej práci,
- vďaka relevantnejším a spoľahlivejším údajom poskytne lepší dôkaz o kvalite verejného zdravia za dlhé obdobie,
- uľahčí posilňovanie vnútroštátnych systémov surveillance,
- z ekonomického hľadiska bude pravdepodobne efektívnejšia a udržateľnejšia,
- umožní ľahší prístup k údajom a k ich používaniu,
- zlepši detekcia a monitorovanie epidémií v medzinárodnom rozsahu,
- prispeje k vytvoreniu kapacít,
- zabezpečí zahrnutie ochorení do programu surveillance a výskumu podľa európskych priorit.

ECDC vyvíja systém pre surveillance infekčných ochorení na základe ukazovateľov na európskej úrovni, európsky systém surveillance (TESSy). Systém TESSy bude cenným nástrojom na zlepšenie zberu, validácie, uchovávanía a rozširovania údajov o surveillance z členských štátov EÚ a z krajín EHP. Systém TESSy bude najprv zbierať obmedzený súbor základných premenných dôležitých pre bežnú surveillance prípadov infekčných ochorení. Keď bude systém TESSy všeobecne prijatý a bude sa používať ako regionálna štandardná databáza, dlhodobé ciele ECDC d'alej znižovať zložitosť a pracovnú náplň všetkých účastníkov budú podporené:

- štandardizáciou zberu údajov o surveillance infekčných ochorení,
- poskytnutím komplexného súboru na podávanie hlásení a získavanie údajov pre členské štáty,
- štandardizáciou hlásení na základe údajov o surveillance,
- poskytnutím konzistentného a ľahko dostupného prehľadu súčasnej situácie v EÚ.

Bude sa tiež riešiť súčasný problém dvojitého podávania hlásení o niektorých ochoreniach, pretože do surveillance ochorení sú zapojené rôzne regionálne organizácie, napríklad WHO/Európa alebo EMCDDA, s cieľom znížiť a možno tiež vyhnúť sa dvojitému úsiliu.

Bude sa musieť určiť dočasný postup pre zásady spolupráce pri výmene informácií medzi ECDC a členskými štátmi a tiež medzi ECDC a určenými sieťami surveillance (DSN), aby sa jasne stanovila úloha poskytovateľov údajov a používateľov údajov v členských štátoch a v ECDC (a iných strán, napr. WHO). Tento dočasný postup bude okrem iného zahŕňať aj postupy na uverejnenie výsledkov analýzy údajov. Zainteresované strany na základe skúseností s týmto dočasným postupom určia podrobnejší a dlhodobejší postup, ktorý bude finálny.

Budúca spolupráca s odborníkmi na konkrétne ochorenia (určení spolupracujúcimi inštitúciami) bude organizovaná nasledujúcim spôsobom: ochorenia/patogény budú rozdelené do šiestich hlavných skupín. Ak to bude potrebné, v každej z týchto šiestich skupín sa určia menšie (podľa ochorenia) podskupiny. Uskutočnia sa výročné zhromaždenia pre každú z týchto šiestich hlavných skupín, kde sa bude diskutovať o otázkach surveillance celej skupiny ochorení. Ak to bude potrebné, súčasne sa môže konať viac paralelných sympózií pre jednotlivé ochorenia. Pre každú z týchto šiestich hlavných skupín bude určená koordinačná skupina a tieto skupiny prevezmú mnohé úlohy, ktoré vykonávali bývalé riadiace skupiny DSN.

Na posilnenie surveillance na úrovni EÚ sú veľmi dôležité dobré laboratórne služby v jednotlivých krajinách. ECDC bude stavať na aktivitách, ktoré sa už vykonali a bude podporovať posilňovanie laboratórných kapacít v členských štátoch, v krajinách EHP/EZVO a v kandidátskych krajinách v spolupráci s Komisiou, spolupracujúcimi inštitúciami (Competent Bodies) ECDC a národnými kontaktnými bodmi členských štátov pre mikrobiológiu.

ECDC bude usilovne pracovať na tom, aby každá krajina mala dostupné buď priame alebo nepriame služby na úrovni národného referenčného laboratória (NRL), čo všetkým krajinám umožní potvrdenie diagnózy, izoláciu a ďalšie charakteristiky patogénov ako podklad na podávanie hlásení o potvrdených a pravdepodobných prípadoch počas bežného sledovania a aj počas mimoriadnych situácií. ECDC sa spojí s týmito NRL a pomôže im začleniť ich údaje do epidemiologických (a klinických) údajov na národnej úrovni. Na zabezpečenie validných a presných údajov je veľmi dôležité zabezpečiť kvalitu laboratórných metód a v tomto období sa bude taktiež podporovať dodržiavanie európskych noriem.

ECDC bude realizovať svoju stratégiu surveillance v dvoch fázach: prvá fáza je obdobie prechodu, ktoré bude trvať až do roku 2010 a bude sa zameriavať najmä na postupnú integráciu súčasnej surveillance prenosných ochorení v Európskej únii prostredníctvom DSN do ECDC; počas druhej fázy (2010 – 2013) ECDC prevezme úplnú zodpovednosť nad surveillance a potom sa môže zamerať na vyvíjanie a konsolidáciu najkvalitnejších možných systémov v Európe.

Pre zachovanie tejto stratégie a jej príslušných cieľov a pre jej aktualizáciu ju opakovane členské štáty a kľúčové zainteresované strany preskúmajú, aby sa nové stratégie a nové dôkazy mohli podľa potreby do nej integrovať.

Správy zo zasadnutí

8. Infekčné ochorenia a sociálne faktory

(Zasadnutie sa konalo v apríli 2007 a správa bola uverejnená vo februári 2008)

Táto správa sa týka seminára o sociálnych faktoroch infekčných ochorení, ktorý zvolalo ECDC a na ktorom sa zúčastnili výskumníci z oblasti infekčných ochorení a sociálnych faktorov. Hlavným cieľom tohto seminára bolo:

- určiť význam sociálnej nerovnosti pri záťaži predstavovanej prenosným ochorením,
- určiť osvedčené postupy na riešenie nerovností v zdravotníckej oblasti, ktoré sa používajú v oblasti prevencie alebo manažmentu infekčných ochorení,
- vyvinúť stratégie a opatrenia na riešenie nerovností v zdravotníckej oblasti vyplývajúcich zo sociálnych faktorov.

Táto správa sa zameriava na kľúčové témy a oblasti diskusie seminára a je rozdelená do piatich hlavných častí:

- sociálne faktory prenosných ochorení,
- otázky týkajúce sa konkrétnych ochorení,
- ciele intervencie zamerané na prekonávanie sociálnej nerovnosti,
- postupy na prekonávanie sociálnej nerovnosti,
- postupy určovania priorít.

Počas seminára sa zistilo, že v záťaži súvisiacej s prenosnými ochoreniami je sociálna priepasť, ktorá je prinajmenšom taká veľká ako v prípade neprenosných ochorení. Táto priepasť môže byť dokonca väčšia v prípade špecifických skupín a špecifických infekcií. Hoci zvyčajne sú najpostihnutejšie skupiny na okraji spoločnosti, sociálny gradient neovplyvňuje všetky infekcie rovnako: najvyššie sociálnoekonomické skupiny môžu mať vyššie riziko určitých infekcií v dôsledku určitého vysokorizikového správania.

Je zjavné, že je potrebné vedieť viac o záťaži súvisiacej s prenosnými ochoreniami v Európe, aby sa mohli určiť priority pri hodnotení, výskume, intervenciách a zmenách postupov. Toto mapovanie sa uskutočnilo za chodu, napríklad v prípade TBC.

Na seminári vzniklo odporúčanie doplniť surveillance infekčných ochorení o jeden alebo dva sociálne faktory. To môže poskytnúť základné poznatky a z prieskumov sa môžu získať podrobnejšie informácie. Do štandardných zdravotníckych prieskumov môžu byť zahrnuté biologické markery infekčných ochorení, možno aj do európskych prieskumov.

Ďalší záver seminára bol ten, že sociálne faktory už nebudú v programe výskumu. Musia byť odložené, pretože v súvislosti s faktormi, ktoré ovplyvňujú infekcie v rôznych regiónoch a populáciách, sa pozoruje vedomostná priepasť. Dôležitý, ale často prehliadaný parameter je kontext, v ktorom ľudia žijú a pracujú. Rizikové faktory pre infekčné ochorenia nie sú individuálne rizikové faktory a patogény môžu byť rozdielne v rôznych sociálnoekonomických skupinách. Na skúmanie sociálnych faktorov infekčných ochorení by sa v maximálnej miere mali používať existujúce údaje. Špecifické oblasti, v ktorých je potrebný podrobnejší výskum, sú migranti, zmiernenie stigmatizácie a sociálne a politické procesy, ktoré ovplyvňujú nerovnosť v oblasti zdravotníctva.

Jednou konkrétnou požiadavkou zasadnutia bola databáza dobrých intervencií. Účelom takejto databázy by bolo zabezpečiť dobrý tok informácií, najmä z regiónov, ktoré veľa nepublikujú, ale majú bohaté skúsenosti.

Zdravotnícke vzdelávanie sa považovalo za prioritu postupu v dvoch aspektoch. Zdravotnícke vzdelávanie by malo byť na poprednom mieste v programe tvorcu postupov v oblasti vzdelávania od útleho veku. Toto zdravotnícke vzdelávanie by malo zahŕňať perspektívu sociálnych faktorov zdravotníckych otázok, aby prichádzajúce generácie mohli ovplyvňovať politický proces. Takéto vzdelávanie by malo zahŕňať zdravotný vplyv sociálnej segregácie, vyučovanie konkrétnych zručností na ochranu pred zdravotnými rizikami a malo by ľuďom umožniť myslieť na seba a ovplyvňovať vystavovanie sa rizikovým faktorom. Po druhé, musí sa posilniť školenie v oblasti sociálnych faktorov na lekárske fakultách, v ošetrovatelstve, sociológii atď. Budúci zdravotnícki pracovníci sa musia zapojiť do diskusie a obhajovať zmenu sociálnych faktorov. Oblasť verejného zdravia by mala prispievať k diskusii o sociálnej nerovnosti a jej vplyve na zdravie.

Jasnou prioritou je vyzdvihnúť makrosociálne faktory a spolupracovať so sektormi mimo oblasti verejného zdravia (politický, spoločenský, technický atď.). Konkrétne ciele sa musia dobre premyslieť a prediskutovať, aby mohli pomôcť pri tomto úsilí. Môžu sa použiť dobré príklady z histórie všetkých európskych krajín. ECDC môže hrať dôležitú úlohu ako obhajca významu nerovnosti v boji proti prenosným ochoreniam.

9. Seminár o zmene životného prostredia a infekčných chorobách

(Zasadnutie sa konalo v marci 2007 a správa bola uverejnená v máji 2008)

Ciele stretnutia

- Preskúmať dôkazy týkajúce sa následkov globálnej klimatickej a ekologickej zmeny na záťaž, ktorá súvisí s prenosnými ochoreniami v Európe,
- diskutovať o kompetenciách verejného zdravotníctva potrebných na zvládnutie zmeny klímy a ohrozenia infekčnými chorobami
- určiť potreby výskumu.

Zmena klímy

Medzivládna skupina pre zmenu klímy (IPCC) uvádza, že podnebie sa mení; očakávajú sa vyššie teploty, stúpanie hladiny morí a extrémnejšie prírodné udalosti. Tieto zmeny ovplyvňujú ekosystém, vodu, poľnohospodárstvo, sociálnoekonomický vývoj a teda, priamo alebo nepriamo, zdravie obyvateľstva. Zmena klímy a iné ekologické zmeny môžu ovplyvniť rozšírenie infekčných ochorení rôznymi spôsobmi. Všetci účastníci sa zhodli na tom, že záväzok zachovať konštantné podmienky, teda druh klimatických zmien, ktoré poznáme, vyžaduje rýchle konanie.

Ohrozenie chorobami

Účastníci zasadnutia diskutovali o následkoch zmeny klímy a iných súvisiacich environmentálnych zmenách na ochorenia prenášané vektormi, hľadavcami, vodou, potravinami a vzduchom. Hoci dôkazy nie sú dostatočné, dosiahli sa nasledujúce závery:

- zistilo sa, že niektoré ochorenia prenášané vektormi a hľadavcami môžu potenciálne zmeniť rozsah svojho rozšírenia na základe zmeny klímy (teplota, extrémne poveternostné udalosti, sezónnosť) a environmentálnych faktorov (využívanie pôdy, ekosystémy, odlesňovanie, hydrológia, biodiverzita). Patria k nim arbovírusové ochorenia, napríklad horúčka dengue, chikungunya, západonílsky vírus a potenciálne malária. Poveternostné podmienky ovplyvňujú tiež hustotu a rozšírenie populácie hľadavcov,
- Európa by mala byť pripravená na importované ochorenia prenášané vodou, ako je napríklad cholera, na lokálny výskyt extrémnych zrážok a zdravotné problémy spojené s únikom odpadu a odpadových vôd. Za dôležité sa tiež považovali potenciálne zmeny vo frekvencii hnačkových ochorení. K najrizikovejším skupinám patria chudobní a starší ľudia, veľmi mladí ľudia, ľudia na okraji spoločnosti, cestujúci do zahraničia a ľudia s poruchou imunity alebo závažným základným ochorením,
- ochorenia prenášané potravinami sa skúmali v súvislosti so zmenou ľudského správania a zmenou vzorcov kontaktu medzi divo žijúcimi a domácimi zvieratami, najmä v obdobiach sucha,
- ako najvýznamnejší vplyv zmeny klímy na dýchací systém sa určila exacerbácia astmy a chronické obštrukčné ochorenia pľúc. Predpokladá sa, že vysoký výskyt týchto stavov znamená, že sú to vhodné indikačné markery na sledovanie vplyvu zmeny klímy.

Kompetencie verejného zdravotníctva

Účastníci sa zhodli v tom, že požadovaná spôsobilosť zahŕňa základné kompetencie verejného zdravotníctva a predstavuje hodnoty, ktoré existujú alebo by mali existovať vo všetkých krajinách. Ďalej sa zhodli v tom, že:

- posilnenie kapacít pre zvládnutie nových infekčných ochorení spojených so zmenou klímy, ktoré predstavujú hrozbu, sa môže považovať za spôsob väčšieho posilnenia verejného zdravia. Mimoriadny význam má potreba koordinovať spoluprácu medzi jednotlivými sektormi a úradmi,
- štyri oblasti riešených kompetencií verejného zdravotníctva zahŕňajú surveillance, výskum, bezpečnosť a postupy. Stratégie surveillance pre niektoré problémy spojené so zmenou klímy už existujú, ale v oblasti infekčných ochorení sú stále medzery,
- prvým nevyhnutným krokom by malo byť vyhodnotenie rizík, aby sa identifikovali rizikové faktory a zraniteľné skupiny obyvateľstva. To by mohlo vytvoriť dokazujúcu platformu pre verejné zdravotníctvo/klinické usmernenia a odporúčania pre postupy,
- hlavnou prekážkou sú medzery v entomologických poznatkoch. Tento problém by mohlo odstrániť rozsiahlejšie školenie v oblasti entomológie,
- chýba komplexný monitorovací systém, ale skupina sa zhodla v tom, že nie je potrebné vytvoriť systém zahŕňajúci celú Európu, pretože mnohé z potenciálne ohrozujúcich ochorení sú vo väčšine oblastí zriedkavé,
- dosiahla sa zhoda týkajúca sa prístupu „reagovať, keď je to potrebné“. Tento prístup sa zameriava na flexibilitu a umožňuje rýchlo reagovať na problémy, keď vzniknú. Je založený na predpoklade, že dosiaľ len veľmi málo z týchto infekčných ochorení, keď sa posudzujú v spojitosti so zmenou klímy alebo inými

- environmentálnymi otázkami, predstavovalo závažné problémy,
- je potrebné zlepšiť informovanosť verejnosti (a azda aj odborníkov) o niektorých všeobecných otázkach, aby sa zlepšilo pochopenie niektorých nastávajúcich zmien,
- nová zelená kniha o zmene klímy ponúka jedinečnú príležitosť na posilnenie kapacít Európskej komisie v oblasti zdravotníckych postupov.

Potreby výskumu, výzvy a prekážky

Na zasadnutí sa určilo niekoľko otázok výskumu vrátane potreby stanovenia ukazovateľov a identifikácie zraniteľných skupín obyvateľstva. Účastníci poznamenali, že v rôznych členských štátoch sú zjavne odlišné kapacity, čo sa týka monitorovania a výskumu zmeny klímy. Naznačili, že použitie sentinelových oblastí vo všetkých krajinách by mohlo byť rýchlym riešením na zhromažďovanie údajov z celej Európy, kým nebudú úplne funkčné všetky postupy verejného zdravotníctva a monitorovacie systémy.

Ďalšou potrebou je prístup k dlhodobým údajom. Je náročné spojiť tieto údaje s údajmi získanými zo satelitov a vyvodit' užitočné závery týkajúce sa ľudského zdravia. Ďalšou výzvou výskumu je priradiť k zmene klímy dlhodobé procesy.

Odporúčania opatrení

Pri vytváraní pracovných programov a následných postupov verejného zdravotníctva zameraných na zmenu klímy a infekčné ochorenia je potrebné:

- stavať na existujúcich iniciatívach a kapacitách,
- vytvárať kultúru všeobecnej prospešnosti spolupráce medzi jednotlivými sektormi a úradmi,
- uznať, že rôzne časti regiónu budú ovplyvnené zmenou klímy rôznymi spôsobmi,
- uznať rôzne kapacity na reakciu v rôznych členských štátoch,
- preskúmať rôzne prístupy k surveillance,
- riešiť prekážky surveillance,
- spolupracovať na komplexnej stratégii vyhľadávania rizík a rozvíjať ju,
- uľahčovať vývoj a realizáciu odborných vzdelávacích programov,
- posilňovať komunikačné kapacity.

Príloha: Publikácie ECDC v roku 2008

Tento zoznam obsahuje len oficiálne publikácie ECDC v roku 2008. Štáb pracovníkov ECDC však uverejnil alebo spolupracoval na uverejnení mnohých vedeckých článkov a publikácií vrátane *Eurosurveillance*, ktoré tu nie sú uvedené. Všetky ďalej uvedené dokumenty sú dostupné na internetovej stránke ECDC (<http://ecdc.europa.eu>).

Technická správa

máj

Review of Chlamydia control activities in EU countries

Usmernenie ECDC

január

Guidance for the introduction of HPV vaccines in EU countries

august

Priority risk groups for influenza vaccination

Správy o surveillance

december

Annual epidemiological report on communicable diseases in Europe 2008

HIV/AIDS surveillance in Europe 2007

Správy o misii

august

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

Špeciálne správy

marec

Framework action plan to fight tuberculosis in the European Union

máj

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

júl

ECDC strategic multi-annual programme 2007–2013

Správy zo zasadnutí

január

Networking for public health (27–28 February 2007)

február

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

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

marec

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

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

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

máj

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

jún

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

október

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

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

december

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

Technické dokumenty

január

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

Publikácie o ECDC

štvrtročne (marec, jún, september, december)

ECDC Insight

Executive science update

jún

Annual report of the Director 2007

december

Keeping Europe healthy: ECDC in action

Protecting health in Europe: our vision for the future