



ECDC **CORPORATE**

Povzetek
najpomembnejših publikacij
2008

ECDC CORPORATE

Povzetek najpomembnejših publikacij 2008



Stockholm, junij 2009

© Evropski center za preprečevanje in obvladovanje bolezni, 2009

Razmnoževanje je dovoljeno ob navedbi vira.

Prevedeno iz izvirnika „Summary of key publications 2008“. Za točnost tega prevoda smo si prizadevali z največjo skrbnostjo, kljub temu so možna razhajanja, v tem primeru je merodajna angleška različica.

Kazalo

Uvod	1
Tehnično poročilo	2
1. Pregled dejavnosti za obvladovanje klamidije v državah EU	2
Smernice ECDC.....	4
2. Smernice za uvedbo cepljenja proti HPV v državah EU	4
3. Prednostne skupine za cepljenje proti gripi	6
Poročili o spremljanju	8
4. Letno epidemiološko poročilo o nalezljivih boleznih v Evropi za leto 2008 – poročilo o stanju nalezljivih bolezni v državah EU ter EGP/EFTA	8
5. Spremljanje okužb z virusom HIV/aids v Evropi	11
Posebna poročila.....	13
6. Okvirni akcijski načrt za boj proti tuberkulozi v Evropski uniji	13
7. Spremljanje nalezljivih bolezni v Evropski uniji, dolgoročna strategija: 2008–2013	14
Poročila s sestankov	17
8. Nalezljive bolezni in socialne determinante.....	17
9. Delavnica o okoljskih spremembah in nalezljivih boleznih	18
Priloga: publikacije ECDC v letu 2008.....	20

Uvod

Leta 2008 je Evropski center za preprečevanje in obvladovanje bolezni (ECDC) objavil skupno 21 znanstvenih dokumentov. Ti vključujejo predvsem *Okvirni akcijski načrt za boj proti tuberkulozi v Evropski uniji*, smernice o možnih politikah za uvedbo cepljenja proti okužbam s humanim virusom papiloma (HPV) ter dve poročili o spremljanju: *Letno epidemiološko poročilo o nalezljivih boleznih v Evropi za leto 2008* in *Poročilo o spremljanju HIV/aidsa v Evropi za leto 2007*. Zadnje poročilo je Center prvič pripravil skupaj z regionalnim uradom Svetovne zdravstvene organizacije za Evropo (SZO EURO); obravnava pa položaj v EU in državah EGP ter v drugih 23 državah regije SZO EURO.

Pripravljeni so bili tudi povzetki izbranih dokumentov ECDC, kot na primer zgoraj navedenih, ki so oblikovalcem politike na voljo v vseh jezikih EU. Odražajo bistvo izvirnih publikacij, vendar pa utegnejo manjkati nekatere pomembne podrobnosti, ki so se izgubile med povzemanjem. Bralci, ki si želijo podrobneje pregledati dokumente, si lahko njihovo celotno besedilo ogledajo na spletnem mestu: <http://ecdc.europa.eu/en/Publications>.

Seznam vseh publikacij ECDC za leto 2008 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-poštno sporočilo na naslov publications@ecdc.europa.eu.

Tehnično poročilo

1. Pregled dejavnosti za obvladovanje klamidije v državah EU

(objavljeno maja 2008)

Poročilo obravnava obseg in rezultate projekta Presejanje v okviru pregleda klamidije v Evropi (SCREEn), ki je doslej najverjetneje najboljše raziskava o dejavnostih za obvladovanje klamidije v EU. Projekt je potekal med novembrom 2006 in avgustom 2007 ter je obsegal zbiranje podatkov iz različnih držav članic EU, držav kandidat za vstop v EU, držav članic EFTA in ZDA.

Izvajalci projekta SCREEn so s pomočjo raziskave na podlagi po pošti poslanih vprašalnikov v vseh državah članicah EU in državah kandidatkah za vstop v EU ter z namenskimi obiski javnih zdravstvenih služb in zdravstvenih delavcev v izbranih državah članicah zbrali podrobne podatke o diagnozi klamidije, presejanju za klamidijo, obravnavanju posameznih primerov, raziskavah o razširjenosti klamidije ter o številnih drugih temah povezanih z javnim zdravjem. Projekt daje podroben vpogled v strategije, s katerimi nacionalni sistemi javnega zdravja omejujejo porast okužb s klamidijo.

Splošni cilj tega projekta je bil pregled programov za obvladovanje klamidije in dejavnosti v državah članicah ter oblikovanje priporočil za izboljšanje preprečevanja in obvladovanja klamidije v regiji. Posebni cilji so bili:

- zbrati sistematične informacije javnozdravstvenih dejavnosti v zvezi z obvladovanjem *C. trachomatis* v državah članicah EU in državah kandidatkah za vstop v EU, sosednjih evropskih državah in v ZDA;
- zbrati informacije iz istih držav o demografskih in gospodarskih kazalnikih, zdravstvenih sistemih, raziskavah o razširjenosti klamidije in spolnem vedenju;
- oblikovati elektronsko zbirko podatkov za shranjevanje podatkov;
- zbrati podrobnejše informacije o dejavnostih za obvladovanje klamidije iz izbranih držav članic EU; in
- oblikovati priporočila za ECDC za javnozdravstvene dejavnosti in za nadaljnje raziskovanje.

Izmed 34 izbranih držav je odgovore posredovalo 29 evropskih držav ter ZDA (skupna stopnja odziva je bila 88 %). Ciper, Slovaška, Poljska in Hrvaška odgovorov niso posredovale. Najpomembnejši izsledki raziskave so bili:

- 17 izmed 29 sodelujočih evropskih držav je imelo vsaj eno objavljeno smernico za klinično prakso, ki jo je priporočil nacionalni organ in ki zadeva nekatere vidike obravnavanja posameznih primerov oseb, okuženih s klamidijo. V treh državah članicah EU (Bolgarija, Grčija in Finska) je postopek objave ali oblikovanja smernic ravno potekal.
- Testiranje za klamidijo je bilo na voljo v ginekoloških ambulantah ali klinikah v vseh sodelujočih državah; v 23 državah je spadalo v osnovno zdravstveno oskrbo. V petih državah so bili testi za klamidijo na voljo v lekarnah ali v drugih oblikah proste prodaje.
- Partnerje so najpogosteje seznanili ginekologi sami oz. je bila seznanitev izvedena z napotitvijo v specializirano kliniko.
- Testi z amplifikacijo nukleinske kisline so bili v določeni meri na voljo v vseh državah, razen v eni. V devetih državah je bilo s testom z amplifikacijo nukleinske kisline preizkušenih manj kot 50 % vzorcev.
- V večini držav je bil vzpostavljen sistem poročanja o diagnosticiranih okužbah s klamidijo organom javnega zdravja, vendar približno tretjina izmed njih teh podatkov ni rutinsko objavljala.
- V 13 državah so na voljo rutinski podatki o kliničnih zapletih, ki jih lahko povzroči klamidija.
- Raziskave spolnega vedenja in razširjenosti klamidije so bile izvedene v osmih državah, raziskave razširjenosti klamidije med prebivalstvom pa v sedmih državah.

Za razvrstitev držav je projekt SCREEn opredelil tudi tipologijo dejavnosti za obvladovanje klamidije, ki temelji na načelih obvladovanja spolno prenosljivih okužb. Dejavnosti za obvladovanje klamidije so bile razvrščene v naslednje kategorije: ni organiziranih dejavnosti (13 držav: Bolgarija, Finska, Grčija, Irska, Lihtenštajn, Luksemburg, Malta, Portugalska, Romunija, Slovenija, Španija, Švica in Turčija); obravnavanje posameznih primerov (pet držav: Avstrija, Češka republika, Nemčija, Italija in Litva); odkrivanje primerov (tri države: Belgija, Francija in Madžarska); priložnostno testiranje (šest držav: Danska, Estonija, Islandija, Latvija, Norveška in Švedska); organizirano presejanje (dve državi: Nizozemska in Združeno kraljestvo (samo Anglija)).

Iz rezultatov je bilo razvidno, da se v dveh evropskih državah izvaja stalni (Anglija, Združeno kraljestvo – priložnostni) ali pilotski (Nizozemska – proaktivni) program presejanja za klamidijo. Drugih devet držav je navedlo, da nameravajo uvesti program presejanja v priložnostni, proaktivni ali še nedoločeni obliki. Pet izmed teh držav trenutno še nima uveljavljenih smernic za obravnavo primerov klamidije. Poleg tega se presejanje za klamidijo posebej za nosečnice izvaja v Estoniji in Latviji, pisna vabila k presejanju za klamidijo pa letno prejmejo 18–19 oz. 21–22 let stare osebe v dveh regijah na Danskem.

To tipologijo, ki je bila oblikovana v okviru projekta SCREEn, bi bilo v prihodnosti mogoče uporabiti za spremljanje intenzivnosti dejavnosti za obvladovanje klamidije na ravni države in za pomoč pri sprejemanju odločitev o tem, katere dejavnosti je treba okrepiti ali uvesti.

Smernice ECDC

2. Smernice za uvedbo cepljenja proti HPV v državah EU

(objavljeno januarja 2008)

Ta dokument določa znanstveno podlago za uvedbo cepljenja proti okužbam s humanimi virusi papiloma (HPV) kot pomoč državam članicam Evropske unije (EU) pri sprejemanju odločitev o politiki. Poudarja vprašanja, ki jih je treba obravnavati, in navaja seznam možnosti politike za vsako izmed teh vprašanj.

Te smernice je oblikoval znanstveni odbor strokovnjakov, ki ga je vzpostavil in ga tudi usklajuje ECDC, pregledal pa jih je svetovalni forum ECDC.

Rak materničnega vratu in okužbe s humanimi virusi papiloma v Evropski uniji

Rak materničnega vratu je drugi najpogostejši rak za rakom dojke pri ženskah, starih med 15 in 44 let, v Evropski uniji (EU). V EU je vsako leto okrog 33 000 primerov raka materničnega vratu in 15 000 smrti. Poglavitni vzrok za nastanek raka materničnega vratu je trajna okužba genitalnega trakta z visoko rizičnimi genotipi humanih virusov papiloma (HPV).

Genitalne okužbe s HPV so zelo pogoste in se pojavijo kmalu po začetku spolne aktivnosti. Večina teh okužb spontano mine. Toda trajne okužbe z visoko rizičnimi genotipi HPV lahko povzročijo spremembe celic na materničnem vratu, posledica česar je lahko rak materničnega vratu. Visoko rizični genotipi HPV so pri moških in ženskah povezani tudi z drugimi anogenitalnimi vrstami raka ter z rakom glave in vratu. Nekateri genotipi HPV, pri katerih je tveganje manjše, povzročajo genitalne bradavice tako pri moških kot pri ženskah.

Cepivo proti humanim virusom papiloma

V Evropi sta bili licencirani dve profilaktični cepivi proti HPV: štirivalentno cepivo Gardasil® (Sanofi Pasteur MSD) in dvovalentno cepivo Cervarix® (GlaxoSmithKline Biologicals). Obe cepivi sta izdelani iz virusom podobnih delcev in sta nekužni. Cepivi imata dober varnostni profil in ščitita pred nevarnima genotipoma HPV 16 in 18, ki sta po ocenah povzročitelja 73 % primerov raka materničnega vratu v Evropi. Gardasil poleg tega ščiti pred genotipoma HPV 6 in 11, ki sta vzrok za največ primerov genitalnih bradavic. V večjih raziskavah III. faze je bilo za obe cepivi dokazano, da preprečita več kot 90 % predrakavih sprememb, povezanih s genotipom 16 ali 18, med ženskami, ki niso okužene s HPV. Cepivi se dajeta v treh odmerkih v obdobju šestih mesecev.

Cepiva proti HPV in presejalni test za odkrivanje raka materničnega vratu

Za dobro organizirane programe presejalnih testov za odkrivanje raka materničnega vratu, ki so zelo razširjeni ter vključujejo učinkovito spremljanje in zdravljenje žensk z nenormalno citologijo, je bilo dokazano, da zmanjšajo incidenco raka materničnega vratu za več kot 80 %. Organizirani presejalni programi so pri vključevanju najbolj ogroženih žensk, vzpostavljanju mehanizmov kontrole kakovosti ter spremljanju standardiziranih meril dejavnosti in vpliva uspešnejši kot priložnostna diagnostika.

Cepivo proti HPV je novo, dopolnilno orodje za boljše obvladovanje raka materničnega vratu. Vendar pa cepljenje proti HPV ne odpravlja potrebe po presejalnem testiranju za odkrivanje raka materničnega vratu, saj so tudi ženske, ki so bile cepljene proti genotipoma HPV 16 in 18, še vedno ogrožene zaradi drugih visokorizičnih genotipov. Nacionalni organi si morajo še naprej prizadevati organizirati ter izboljšati razširjenost in kakovost presejalnih programov, neodvisno od uvedbe cepiv. Organiziranje presejalnih programov, kjer teh še ni, je, kot kaže, prioriteta.

Cepiva proti HPV bodo vplivala na uspešnost obstoječih presejalnih programov, ki jih bo treba skrbno spremljati. Posledica splošnega cepljenja bo določen upad citoloških nenormalnosti, povezanih s HPV. Poleg tega bi lahko cepljene ženske dobile lažen občutek varnosti, ki bi lahko privedel do manjšega obiska na presejalnih pregledih. Ženske morajo biti obveščene in motivirane, da se udeležijo programov presejalnih testov, četudi so cepljene. Eden najpomembnejših izzivov bo doseči medsebojno dopolnjevanje cepljenja in presejalnih pregledov na stroškovno učinkovit način in s kar največ koristmi za ženske.

Koga je treba cepiti? Določanje ciljne populacije za cepljenje proti HPV

Za zagotovitev optimalne učinkovitosti novih cepiv na bolezi, povezane s HPV, so kot glavna ciljna skupina, ki pride v poštev za redno cepljenje, dekleta tik pred začetkom spolne aktivnosti (in s tem možnosti okužbe s HPV). Določitev nižje starostne meje za cepljenje bi pomenila, da številnih okužb ne bi preprečili, poleg tega pa se ji je treba izogibati, dokler ne bo dokazov, da cepivo zagotavlja dolgotrajno zaščito (več kot 15–20 let). Odločitev za cepljenje nekoliko starejših deklet in mladih žensk, ki sicer niso zajete v redni program cepljenja, a so prav tako izpostavljene večjemu tveganju za okužbo s HPV, bi po vsej verjetnosti ob začetku izvajanja rednega programa cepljenja še pospešila njegov učinek in kratkoročno povečala koristi cepljenja.

Dejavniki, značilni za posamezno državo, bodo pomembni pri določanju točne starosti za redno cepljenje kot tudi za morebitno cepljenje za starostne skupine, ki jih redni program cepljenja ne zajema. Ti dejavniki so: povprečna starost pri prvem spolnem odnosu, starostno specifična prevalenca okužb s HPV (kadar je na voljo), strategije zagotavljanja cepiv in sprejetost cepiva med ciljno skupino (in njihovimi skrbniki).

Zdi se malo verjetno, da bi bilo selektivno cepljenje zgolj ogroženih skupin praktično ali učinkovitejše od cepljenja vseh deklet. Toda o morebitni vlogi selektivnega/priložnostnega cepljenja nekaterih ogroženih posameznikov poleg rednega cepljenja bi bilo morda treba dodatno presoditi.

Strateške možnosti za zagotavljanje cepljenja proti HPV v državah EU

Izvedba cepljenja v šolah je verjetno najcenejša možnost za zagotavljanje cepljenja proti HPV za dekleta pred puberteto. Vendar pa utegne lokalna problematika, kot denimo obstoj zdravstvene službe v šolah, načini financiranja nakupa in delitve cepiv ter pridobitev soglasja staršev, vplivati na izvedljivost tega pristopa.

Ambulantna izvedba cepljenja je dodatna oziroma alternativna možnost za zagotavljanje cepljenja proti HPV in je na voljo povsod. Ta možnost bi lahko bila dražja kot cepljenje v šolah, spremljanje porabe cepiva pa bi utegnilo biti tukaj težje.

Klinike za spolno in reproduktivno zdravje ter druge klinike, namenjene posebej ženskam, so lahko pomembne lokacije za izvajanje cepljenja. Vendar pa dekleta teh ne smejo obiskati pred začetkom spolne aktivnosti, zato utegnejo biti koristne predvsem za cepljenje starejših mladostnic in žensk, ki jih redni program cepljenja ne zajema. V odročnih skupnostih sta lahko zagotavljanje cepiva proti HPV in priložnostno cepljenje urejena drugače in se lahko zagotovita, kadar dekleta zdravstvene službe obiščejo iz drugih razlogov. Tako se lahko izboljša splošni sprejem cepiva.

Pri načrtovanju strategij zagotavljanja cepiva proti HPV je treba upoštevati obstoječe programe cepljenja za mladostnike in druge potekajoče dejavnosti za promocijo zdravja. Kjer koli se izvaja cepljenje, je treba opozoriti, da je cepljenje dodatek, in ne nadomestilo za pregled materničnega vratu.

Modeliranje stroškov uvedbe in učinkov cepljenja proti HPV

Cepljenje proti HPV je treba oceniti z vidika njegove učinkovitosti kot tudi z ekonomskega vidika. Namen ekonomske ocene je ugotoviti, ali je strošek, ki ga je povzročila družba, da bi s cepljenjem proti HPV rešila eno leto življenja s prilagojeno kakovostjo (leto kakovostno podaljšanega življenja ali QALY), podoben strošku drugih splošno sprejetih posegov v zdravstvenem varstvu.

Ekonomske ocene, opravljene za eno državo, niso v celoti uporabne za druge države zaradi spremenljivosti stroškov in različnih zdravstvenih sistemov. Zato bi si morala vsaka država prizadevati za izvedbo take ocene (ob hkratnem upoštevanju v njej uveljavljene vrste presejalnih pregledov materničnega vratu), preden sprejme odločitev o najboljši strategiji za preprečevanje raka materničnega vratu.

Doslej opravljene ekonomske ocene kažejo, da ima cepljenje deklet proti HPV pred puberteto (z ali brez cepljenja starejših starostnih skupin, ki jih redni program cepljenja ne zajema) sprejemljiv profil stroškovne učinkovitosti. Rezultati so ugodnejši, kadar se uporabljajo dinamični simulacijski modeli, pri katerih se upošteva tudi vpliv cepljenja na stopnje prenosa okužbe.

Spremljanje in ocena učinka cepljenja proti HPV

Z oceno cepiv proti HPV po izdaji licenc bo treba ugotoviti porabo in ustreznost cepiv, dolgoročno učinkovitost in uspešnost cepiv, povezavo cepljenja z drugimi strategijami, kot so organizirani presejalni programi za odkrivanje raka materničnega vratu, ter varnost cepiv. Usklajevanje med spremljanjem cepiv in programi za nadzor raka bo ključno za oceno učinka cepiva in njegovih koristi v primerjavi z drugimi obstoječimi preventivnimi posegi, kot je presejalni pregled.

Metode za oceno vpliva cepiv na klinično pomembne končne učinke bolezni bi lahko obsegale opazovanje okužbe s HPV, povezane s cepivom, predrakavih sprememb ali vrst raka s pomočjo uveljavljenih ali na novo vzpostavljenih laboratorijev ali registrov citologije ali raka.

Raziskave IV. faze so bile predlagane tudi za oceno vpliva cepiva HPV na javno zdravje. S temi se lahko zagotovijo dodatni podatki o pojavnosti nenormalnih in predrakavih celic ter tudi o obolevnosti in umrljivosti zaradi raka. Koristni bi lahko bili tudi za oceno morebitne povezave pregledov materničnega vratu in programov cepljenja. Spremljanje na podlagi sistematične evidence cepljenj proti HPV in povezovalnih študij z uporabo ustreznih zdravstvenih registrov je mogoče uporabiti za oceno učinkovitosti cepiv v nelaboratorijskih razmerah.

Minimalni niz informacij za spremljanje cepljenja proti HPV naj vključuje podatke o deležu cepljenih, spremljanju neželenih učinkov pridruženih cepljenju in vsaj prečno študijo vpliva cepljenja na predrakave spremembe.

3. Prednostne skupine za cepljenje proti gripi

(objavljeno avgusta 2008)

Na zahtevo Evropske komisije je Evropski center za preprečevanje in obvladovanje bolezni (ECDC) opravil strokovni javnozdravstveni pregled rizičnih¹ in drugih skupin, ki se lahko cepijo proti sezonski gripi v Evropi. Posebni cilji te študije so bili:

- opisati rizične skupine, katerim je cepljenje priporočeno v državah EU/EGP, skupaj s podrobnostmi o drugih skupinah, ki se tudi lahko cepijo;
- povzeti dokaze, na podlagi katerih je cepljenje za rizične skupine priporočeno;
- predlagati prednostno razvrstitev rizičnih skupin v EU na podlagi merila transparentnosti;
- v grobem oceniti število oseb v državah EU, ki so uvrščeni v prednostne skupine;
- opredeliti področja za nadaljnje delo, vključno z raziskavami in razvojem.

Opisi rizičnih skupin za gripo in ostalih skupin, za katere je trenutno zagotovljeno cepljenje, izhajajo iz raziskave, ki je bila opravljena leta 2008 v okviru projekta VENICE v povezavi z ECDC. V skladu z merili, ki sta jih oblikovala ECDC in VENICE, morajo biti rizične skupine dobro opredeljene, hkrati mora biti dokazano, da za njih obstaja večje tveganje za težji potek bolezni kot za druge. Poleg tega morajo obstajati objavljeni dokazi, da se je s cepljenjem njihovo tveganje za okužbo zmanjšalo. Pri prvem merilu je delo oviralo dejstvo, da se trenutno v Evropi ne izvaja redno spremljanje obolevnosti in umrljivosti, povezanih s hudim potekom gripe. Zabeležena so bila merila za zdravje pri delu (zlasti cepljenje zdravstvenih delavcev) brez predstavljenih koristi za bolnike, ni pa jim bil pripisan večji pomen – razen pri skupini delavcev, ki oskrbujejo starejše v domovih za ostarele, kjer obstajajo zadostni dokazi, da cepljenje res varuje bolnike. Na koncu je bila omenjena še stopnja soglasja med državami EU.

Pregled literature kaže, da sta v Evropi na znanstvenih in javnozdravstvenih osnovah do rednega vsakoletnega cepljenja s cepivom proti sezonski gripi upravičeni dve rizični skupini. Ti sta:

- skupine starejših, običajno starih 65 let in več, ter
- osebe s kroničnimi obolenji, še posebno z boleznimi naslednjih kategorij:
 - kronične bolezni dihal;
 - kronične bolezni srca in ožilja;
 - kronične motnje presnove;
 - kronične bolezni ledvic in jeter;
 - osebe s pomanjkljivo imunostjo (prirojeno ali pridobljeno);
 - mladi, ki se dolgotrajno zdravijo s salicilati, ter;
 - osebe z obolenji, ki ogrožajo delovanje dihal.

To sta tudi edini rizični skupini, o katerih obstaja soglasje v vseh državah Evropske unije. Natančna starostna opredelitev skupine starejših je precej poljubna (nad 64 let, nad 59 let itn.) in nekaj držav že odstopa od merila o preseganju 64 let, odvisno od nacionalnih okoliščin in analiz.

Obstaja nekaj dobrih dokazov za to, da se cepljenje zagotovi tudi dvema drugima rizičnima skupinama: nosečnicam in otrokom (različno opredeljenim kot „mlajši od dveh let“ oz. „mlajši od petih let“). Vendar pa so v Evropi za obe skupini na voljo le omejeni podatki, tako glede tveganja kot glede učinkovitosti, prav tako pa zaenkrat o njiju še ni evropskega soglasja. Podatkov o tem, da bi lahko ti dve skupini opredelili kot rizični skupini

¹ Rizične skupine so definirane kot skupine z večjim tveganjem za težji potek bolezni in za katere je znano, da jim cepljenje koristi, saj zmanjša tveganje za okužbo.

na ravni EU, ni dovolj. Ko bo na voljo več informacij in podatkov, bo ti skupini treba ponovno ovrednotiti. Še zlasti je pomembno, da se zberejo podatki o učinkih cepljenja v teh skupinah, tako da se lahko po dodatnih vrednotenjih doseže soglasje.

Obstajajo tudi skupine, katerim se cepljenje pogosto zagotovi, čeprav ne spadajo med rizične in za to ni močnih javnozdravstvenih argumentov. Tako, na primer, v EU obstaja precejšnje soglasje o tem, da bi bilo treba vse zdravstvene delavce, ki imajo stik z bolniki, cepiti zaradi zdravja pri delu (varstvo delavcev). Obstajajo močni, na raziskavah temelječi dokazi, da cepljenje delavcev, ki v domovih za ostarele skrbijo za starejše, posredno koristi bolnikom, saj jih ščiti pred težjimi posledicami okužbe z gripo. Vendar je treba omeniti, da večina zdravstvenih delavcev v Evropi take ponudbe za cepljenje odklanja. Nobenih pravih dokazov namreč ni, da zagotavljanje cepljenja ljudem, ki si gospodinjstva delijo z osebami iz dveh glavnih rizičnih skupin, dejansko koristi.

Izvedene so bile že grobe ocene števila in odstotka ljudi, ki v državah EU spadajo v obe glavni rizični skupini. V tej študiji je bila uporabljena metoda, s katero je bilo ugotovljeno, da morajo države EU trenutno vsako leto cepiti približno 25 % prebivalstva, kolikor znaša delež prebivalstva, ki spada v najmanj eno od obeh večjih rizičnih skupin. Druge nacionalne ocene so ugotovile podobne deleže. Nacionalni razpon je od 19 % do 28 %, odvisno od deleža starejših v prebivalstvu posamezne države. Skupno število v EU je ocenjeno na približno 125 milijonov ljudi, deli pa se na dve tretjini (približno 84 milijonov ljudi, starih 65 let ali več) proti eni tretjini (približno 41 milijonov mlajših oseb s kronično boleznijo). Te številke se bodo sčasoma neizogibno povečale zaradi staranja prebivalstva in uspešnosti sodobne medicine pri omogočanju daljšega produktivnega življenja ljudem s kronično boleznijo.

V tej študiji je priporočena vrsta prednostnih nalog za evropske raziskave in razvoj:

- vzpostavitev spremljanja: redno spremljanje hudih pojavnih oblik gripe v Evropi (hospitalizacije in smrti);
- rutinski nadzor učinkovitosti cepljenja proti gripi, zlasti pri zmanjšanju tveganja za težji potek bolezni in smrti zaradi gripe;
- ocena bremena bolezni zaradi gripe pri nosečnicah in otrocih ter presoja učinka cepljenja nosečnic in otrok vseh starosti v Evropi;
- nadaljnje raziskave za ugotovitev, ali cepljenje zdravstvenega osebja in članov gospodinjstva zmanjša tveganje pri ogroženih osebah v obeh glavnih rizičnih skupinah ali ne;
- priprava projektov za večjo promocijo cepljenja proti gripi med zdravstvenimi delavci, tako v njihovo lastno korist kot v korist njihovih bolnikov;
- posebne raziskave o tem, ali so v Evropi stopnje tveganja za težji potek bolezni zaradi gripe pri osebah, okuženih z virusom HIV, višje ali ne, in podobne študije za druga pogosta obolenja, kot je denimo blaga astma;
- presoje vplivov na zdravje in zdravstveno-ekonomske študije cepljenja proti gripi, npr. pri osebah, ki presegajo mejno starost za cepljenje, ob dejstvu, da morajo različne države določiti lastne starostne pragove;
- raziskava o učinkih cepljenja preko državnih meja, da se ugotovi morebitne posredne koristi zmanjšanja skupnih stopenj prenosa okužbe.

Poročili o spremljanju

4. Letno epidemiološko poročilo o nalezljivih boleznih v Evropi za leto 2008 – poročilo o stanju nalezljivih bolezni v državah EU ter EGP/EFTA

(objavljeno decembra 2008)

ECDC vsako leto objavi svoje evropsko letno epidemiološko poročilo. Druga izdaja, ki je bila objavljena leta 2008, vsebuje pregled spremljanja nalezljivih bolezni od leta 2006 dalje v tabelarni obliki z omejenimi komenarji ter navaja opis akutnih groženj za zdravje ljudi, ki so jih leta 2007 predstavljale nalezljive bolezni. Poročilo vsebuje tudi izčrpen opis okužb, povezanih z zdravstveno oskrbo, vključno z odpornostjo mikrobov proti antibiotikom.

Grožnje, povezane z nalezljivimi boleznimi v EU, so od prejšnje izdaje tega poročila ostale enake in vključujejo:

- odpornost mikrobov proti antibiotikom;
- okužbe, povezane z zdravstveno oskrbo;
- okužbe z virusom HIV;
- pnevmokokne okužbe;
- gripo (možnost izbruha pandemije ter letne sezonske epidemije);
- tuberkulozo.

OSREDNJA TEMA TE IZDAJE

Okužbe, povezane z zdravstveno oskrbo

V Evropi izvaja spremljanje okužb, povezanih z zdravstveno oskrbo, omrežje IPSE za izboljšanje varnosti bolnikov v Evropi (Improving Patient Safety in Europe) (2005–junij 2008). Obsega spremljanje okužb kirurških ran (Hospitals in Europe Link for Infection Control through Surveillance, HELICS-SSI) in spremljanje enot za intenzivno nego (HELICS-ICU).

Delež okužb kirurških ran je v letu 2006 v primerjavi z letoma 2004 in 2005 ostal stabilen, z izjemo posegov za vstavev proteze kolka, pri čemer je bil opazen pomemben trend upadanja, in sicer z 2,2 % v letu 2004 na 1,6 % v letu 2005 in 1,3 % v letu 2006 ($p = 0,039$).

Izmed 51 621 bolnikov, ki so se zdravili na enoti za intenzivno nego več kot dva dni, jih je 6,8 % zbolelo za pljučnico. Odstotek okužb se je gibal od 1,5 % pri bolnikih, pri katerih se ni izvajalo predihavanje, do 22,2 % pri bolnikih, pri katerih se je predihavanje izvajalo en teden ali več. Najpogostejši mikroorganizem, ki je bil izoliran pri pljučnici, pridobljeni na enoti za intenzivno nego, je bil *Pseudomonas aeruginosa*, pri okužbah krvnega obtoka, pridobljenih na enoti za intenzivno nego, pa so to bili koagulaza negativni stafilokoki.

Spremljanje okužb, povezanih z zdravstveno oskrbo, se je v razširjeni obliki nadaljevalo tudi leta 2006, proces širjenja pa se bo še naprej nadaljeval tudi po prenosu elementov spremljanja omrežja IPSE na ECDC leta 2008.

V splošnem so v Evropi stopnje okužb, povezanih z zdravstveno oskrbo, leta 2006 ostale stabilne. Vendar pa je bilo opaziti precejšnje razlike med sistemi spremljanja držav, zato se bo v prihodnosti treba posvetiti usklajevanju metod.

Odpornost na antibiotike

Podatke o antimikrobni rezistenci je prispeval evropski sistem za spremljanje odpornosti na antibiotike EARSS (European Antimicrobial Resistance Surveillance System), ki deluje kot specifično omrežje za spremljanje odpornosti na antibiotike v Evropi.

Streptococcus pneumoniae

Leta 2006 je bila stopnja za penicilin neobčutljivega *S. pneumoniae* v večini držav severne Evrope pod 5 %, v državah južne Evrope in v sredozemskih državah pa med 7 % in > 25 %.

Staphylococcus aureus

V letu 2006 se je delež na meticilin odpornega *Staphylococcus aureus* (MRSA) v visoko, srednje in nizko endemičnih državah Evrope stalno povečeval. Petnajst izmed 31 držav (večinoma so bile to države južne Evrope, Združeno kraljestvo in Irska) je poročalo, da je delež vseh na meticilin odpornih izolatov *Staphylococcus aureus* 25 % ali več, pri čemer se je njihov delež v nekaterih visoko endemičnih državah stabiliziral. V državah Severne Evrope je delež MRSA ostal manjši od 4 %.

Escherichia coli

Posebno zaskrbljujoča je bila naraščajoča stopnja odpornosti na fluorokinolon v Evropi.

Pseudomonas aeruginosa

V letu 2006 je bila skoraj petina invazivnih izolatov *P. aeruginosa* odporna na tri ali več antibiotikov, zlasti v državah južne Evrope.

POVZETEK SPREMLJANJA NALEZLJIVIH BOLEZNI ZA LETO 2006

HIV, spolno prenesene okužbe, hepatitis B in C ter HIV

Leta 2006 je bila okužba z virusom HIV še vedno ključnega pomena za javno zdravje v Evropi z več kot 25 000 primeri novih diagnoz okužbe v 29 državah (brez Italije, Španije in Lihtenštajna), kar pomeni skupno incidenčno stopnjo 6 primerov na 100 000 oseb. Med državami so prisotne precejšnje razlike v epidemiologiji okužb z virusom HIV. Nekatere evropske države so poročale o povečevanju števila primerov okužb z virusom HIV: predvsem Estonija, Latvija, Luksemburg, Portugalska in Združeno kraljestvo. V nasprotju s tem so v državah EU in EGP/EFTA poročali o 7 035 novih primerih aidsa, kar pomeni 1,4 primera na 100 000 oseb in predstavlja zmanjšanje od leta 1999 za več kot tretjino.

Prevladujoč način prenosa okužbe s HIV so bili heteroseksualni stiki (53 %), od tega jih je bilo približno 40 % diagnosticiranih pri osebah, ki izvirajo iz držav z generalizirano epidemijo. Če teh primerov ne upoštevamo, so bili prevladujoč način prenosa okužbe spolni odnosi med moškimi (37 %).

Mnogo HIV-pozitivnih oseb v EU ne ve, da so okuženi. Za izboljšanje tega stanja je treba okrepiti izvajanje diagnostičnih testiranj na okužbo z virusom HIV.

Spolno prenesene okužbe

Leta 2006 se je med spolno prenesenimi okužbami še vedno najpogosteje poročalo o okužbah s *Chlamydia trachomatis* (klamidija), o kateri se je med boleznimi v Evropi nasploh najpogosteje poročalo, s skoraj četrt milijona primerov iz 22 držav članic EU in EGP/EFTA, ki spremljajo to bolezen. Prijavna stopnja primerov je znašala 92 na 100 000 oseb.

Tega leta so s Švedske poročali o novi različici *Chlamydia trachomatis*, ki je s splošno razpoložljivimi komercialnimi testi ni bilo mogoče odkriti. To odkritje je sprožilo izvajanje raziskave za odkrivanje pojavnosti nove različice v drugih državah članicah, vendar je ta različica, kot kaže, omejena večinoma na Švedsko.

Leta 2006 je bilo odobreno prvo cepivo proti okužbi s humanimi virusi papiloma.

Gripa

Leta 2006 so bili zaznani prvi primeri visoko patogene aviarnе influence (ptičje gripe) (A(H5N1)) pri divjih pticah in perutnini v Evropski uniji. V EU tega leta niso poročali o nobenem primeru okužbe z A(H5N1) pri ljudeh, poročali so le o enem primeru okužbe z nizko patogenim sevom aviarnе influence H7, in sicer pri delavcu na perutninski farmi v Združenem kraljestvu. Okrepljen sveženj zakonodaje o zdravju živali je zagotovil dosleden odziv na vedno večje tveganje, ki ga predstavlja virus A(H5N1) v državah članicah EU. Ta virus je pretežno ptičji virus, zato je hitra identifikacija in izkoreninjenje okužb pri pticah in zlasti pri domačih jatah perutnine ključnega pomena za preprečevanje okužb ljudi.

Tuberkuloza

Incidenca tuberkuloze (TB) pri avtohtoni populaciji v skoraj vseh državah članicah še naprej upada, pri čemer je to večinoma bolezen starejšega prebivalstva, ki se je po primarni okužbi pred nekaj desetletji ponovno aktivirala.

Vendar pa na razmere glede TB vplivajo nedavne demografske, politične in socioekonomske spremembe v Evropi, kot je na primer povečanje preseljevanja. TB tako postaja vedno pogostejša pri migrantih, brezdomcih, revnih prebivalcih mestnih jeder, zapornikih, osebah, okuženih z virusom HIV, in pri uporabnikih drog v EU.

Poleg tega obstajajo območja z visoko stopnjo tuberkuloze, ki je odporna na zdravila, predvsem zaradi nepopolno ali neustrezno zasnovanih režimov zdravljenja.

Bolezni, ki jih preprečujemo s cepljenjem

Po uvedbi splošnega cepljenja otrok s cepivom proti *Haemophilus influenzae* tipa B (Hib) v večini držav EU se je incidenca invazivne bolezni Hib zmanjšala in ostaja na nizki stopnji pri celotni populaciji držav EU (v letu 2006 je bila manjša od 1 na 100 000 oseb).

Mnogo evropskih držav je na seznam cepljenj dodalo konjugirano pnevmokokno cepivo 7 (PCV7), vsaj za skupine z visokim tveganjem. To je povzročilo zaskrbljenost, da bi običajne serotipe postopoma utegnili zamenjati serotipi, ki jih PCV7 ne vključuje (takšno težnjo je bilo že opaziti v ZDA). Glede na to je pomembno, da sistemi spremljanja ne sledijo zgolj bolezni, temveč tudi porazdelitvi serotipov.

Kljub splošnemu zmanjšanju pojavnosti v preteklem desetletju, so bile ošpice v letu 2006 še vedno prednostna naloga za javno zdravje z več kot 7 000 potrjenimi primeri in šestimi poročanimi smrtnimi primeri. Več dogodkov je tudi jasno pokazalo visoko možnost izbruha ošpic.

Večina držav EU je leta 2006 uporabljala acelularno cepivo proti oslovskemu kašlju (aP). Po obdobju stabilnosti se je število prijavljenih primerov v nekaterih državah EU po letu 2003 začelo nekoliko naraščati.

Bolezni, ki se prenašajo s hrano in vodo

Bakterija *Campylobacter* je še vedno najpogostejši gastroenterični patogen, o katerem poročajo v državah EU in EGP/EFTA, s skoraj 40 primeri na 100 000 oseb, čeprav je bil med letoma 2005 in 2006 opaziti rahel upad primerov.

Opažen je bil tudi upad števila okužb z VTEC/STEC, pri čemer so v letu 2006 poročali o le malo več kot 1 primeru na 100 000 oseb, čeprav so nekatere države poročale o bistveno višjih številkah, zlasti pri majhnih otrocih.

POVZETEK GROŽENJ ZA LETO 2007

V letu 2007 je ECDC spremljal 168 različnih groženj, za katera velja:

- 142 jih (85 %) je bilo novih;
- 21 jih je bilo ugotovljenih v letu 2006 in so bile v letu 2007 še vedno prisotne;
- pet jih je bilo ugotovljenih v letu 2005 in so bile v letu 2007 še vedno prisotne;
- 66 groženj je zahtevalo aktivno nadaljnje spremljanje, ki ga je izvajal ECDC;
- za 10 groženj je bila opravljena podrobna ocena ogroženosti, ki je bila prek evropskega sistema zgodnjega obveščanja in odzivanja (EWRS) posredovana državam članicam EU in Evropski komisiji.

Na splošno so bile v letu 2007 grožnje, pomembne za celo EU, še vedno precej razširjene. Bolezni, ki se prenašajo s hrano in vodo, so še vedno predstavljale najpogostejši vir groženj v EU. Poudariti velja, da je bilo leta 2007 opaziti precejšen porast groženj zaradi tuberkuloze in zlasti primerov, povezanih s TB, ki je odporna na več zdravil (MDR-TB) in zelo odporna na zdravila (XDR-TB), ter izpostavljenosti sopotnikov osebam, ki potujejo okužene s tuberkulozo.

O večini groženj, ki so bile leta 2007 identificirane kot bolezni s potencialnim vplivom na EU, so poročali prek sistema EWRS ali evropskih omrežij, oblikovanih v ta namen (EWGLI za legionelo in ENTERNET za bolezni, ki se prenašajo s hrano in vodo). Sistem EWRS se je vedno znova izkazal kot učinkovito orodje za usklajevanje pravočasnega izvajanja javnozdravstvenih ukrepov za omejitev širjenja potrjenih groženj v državah članicah EU. Leta 2007 je ECDC začel oblikovati komunikacijsko platformo za celotno EU, namenjeno epidemiološkemu obveščanju.

SKLEPI

Prednostne naloge pri preprečevanju in obvladovanju nalezljivih bolezni v EU se od prejšnje izdaje letnega epidemiološkega poročila niso bistveno spremenile.

Področja, ki zbujejo skrb, vključno s tistimi, ki predstavljajo stalno visok odstotek okužb, ostajajo enaka. Poleg šestih glavnih groženj, ki so navedena na začetku tega povzetka, velja opozoriti na visoko število prijavljenih okužb s klamidijo in bakterijo *Campylobacter*.

Pri nekaterih boleznih, na primer pri določenih boleznih, ki jih preprečujemo s cepljenjem (vključno s Hib), je bil opažen upad incidence, vendar pa so bile pri nekaterih drugih tovrstnih boleznih (npr. pri davici) incidenčne stopnje izjemno nizke – približno 0,1 primera na 100 000 oseb. Kljub vsemu so države članice EU še precej oddaljene od ciljev, ki jih opredeljujejo programi za eliminacijo bolezni; to velja zlasti za ošpice.

Kakovost podatkov, na katerih temeljijo ti zaključki, še zdaleč ni najboljša, zato bo treba vložiti še veliko truda v izboljšanje spremljanja nalezljivih bolezni v Evropski uniji. Primerljivost podatkov iz različnih držav članic še vedno povzroča precejšnje težave, kar nedvomno negativno vpliva na uporabnost zbranih podatkov na evropski ravni.

Odkriti bo treba nove pristope za zagotavljanje podatkov, ki bodo služili za določitev prednostnih nalog na področju nalezljivih bolezni, vključno z oceno trenutnega in prihodnjega bremena nalezljivih bolezni.

Očitno je, da bodo v prihodnosti na rezultate raziskave nalezljivih bolezni v EU vplivali nekateri dolgoročni trendi, kot na primer:

- staranje prebivalstva EU;
- okoljske spremembe, vključno s podnebnimi spremembami;
- povečanje obsega potovanja in preseljevanja; ter
- družbene spremembe.

Okrepiti bo treba nenehno spremljanje bremena in trendov nalezljivih bolezni v EU, da bi lahko pridobili zanesljive podatke, ki bodo služili kot temelj za oblikovanje skupne zdravstvene politike.

5. Spremljanje okužbe z virusom HIV/aidsa v Evropi

(objavljeno decembra 2008)

Ključne točke

Okužbe s HIV ostajajo ključnega pomena za javno zdravje v Evropi zaradi povečanega širjenja okužbe z virusom HIV v več evropskih državah.

- Leta 2007 je o 48 892 novih diagnozah okužbe z virusom HIV poročalo 49 izmed 53 držav regije SZO EURO (podatki niso na voljo za Avstrijo, Italijo, Monako in Rusko federacijo). Najvišje stopnje okužbe so poročale Estonija, Ukrajina, Portugalska in Republika Moldavija. O 5 244 primerih aidsa so poročali iz 48 držav (podatki niso na voljo za Italijo, Kazahstan, Monako, Rusko federacijo in Ukrajino).
- Leta 2007 so iz držav Evropske unije in Evropskega združenja za prosto trgovino (v tem poročilu so označene z „EU/EFTA“) poročali o 26 279 novih diagnozah okužbe z virusom HIV (podatki niso na voljo za Avstrijo in Italijo). V državah EU/EFTA so o najvišjih stopnjah okužbe poročali iz Estonije, Portugalske in Latvije, o najnižjih stopnjah pa iz Slovaške, Češke republike in Romunije.
- V državah EU/EFTA so bili glavni način širjenja okužbe z virusom HIV spolni odnosi med moškimi, sledili so heteroseksualni stiki. Približno 40 % okužb, ki izhajajo iz heteroseksualnih stikov, je bilo diagnosticiranih pri posameznikih, ki izvirajo iz držav z generalizirano epidemijo HIV/aidsa.
- Na treh geografskih območjih regije SZO EURO v vzhodni Evropi je injiciranje droge še vedno glavni način okužbe, v srednji Evropi pa je glavni način okužbe z virusom HIV heteroseksualni stik, poleg tega je bilo opaziti porast števila okužb z virusom HIV med moškimi, ki imajo spolne odnose z moškimi. V zahodni Evropi so glavni način okužb predstavljali spolni odnosi med moškimi, sledili so heteroseksualni stiki (če ne upoštevamo primerov okužb, ki izvirajo iz držav z generalizirano epidemijo).
- Na splošno je kljub nepopolnemu poročanju mogoče povzeti, da se je število prijavljenih primerov novih diagnoz okužbe z virusom HIV v letu 2007 povečalo, število diagnosticiranih primerov aidsa pa je v regiji SZO EURO v splošnem upadalo, pri čemer je v vzhodni Evropi število primerov aidsa še naprej naraščalo. Od leta 2000 dalje se je število prijavljenih novih diagnoz okužbe z virusom HIV na milijon prebivalcev skoraj podvojilo, in sicer z 39 primerov na milijon prebivalcev v letu 2000 na 75 primerov na milijon prebivalcev v letu 2007; rezultati temeljijo na podatkih iz 44 držav, ki so dosledno sporočale podatke o spremljanju okužbe z virusom HIV.
- Skupno letno število testiranj na okužbo z virusom HIV v diagnostične namene – če ne upoštevamo nevezanih anonimnih testiranj in darovanja krvi –, se je med letoma 2003 in 2007 v večini držav povečalo.
- Tukaj predstavljene podatke je treba jemati nekoliko z rezervo, predvsem zaradi odsotnosti podatkov iz nekaterih držav. To omejuje verodostojnost zaključkov o obsegu epidemije HIV in aidsa v Evropi. Če bi se ti podatki lahko upoštevali, bi bilo celotno število primerov po grobih ocenah za leto 2007 približno dvakrat večje.

Priporočila za spremljanje okužbe z virusom HIV/aidsa

Podatki o spremljanju okužbe z virusom HIV/aidsa so ključnega pomena za spremljanje trendov epidemije HIV in za vrednotenje odzivnosti javnega zdravja. Vse evropske države morajo zato:

- izvajati na posameznih primerih zasnovane nacionalne sisteme poročanja za okužbo z virusom HIV in aids ter zagotoviti popolno in pravočasno poročanje;
- izboljšati kakovost prijavljenih podatkov, zlasti o verjetnih načinih prenosa okužbe; in
- spodbujati celovito spremljanje okužbe z virusom HIV, vključno z rutinskim spremljanjem vedenja in prevalenčnimi študijami o okuži z virusom HIV.

Priporočila za javno zdravje

Ukrepi za obvladovanje epidemije morajo biti podprti z dokazi ter biti prilagojeni državi in geografskemu območju. Ob upoštevanju razpoložljivih podatkov o spremljanju je smiselno priporočiti naslednje:

- vzhodna Evropa: ukrepi za obvladovanje okužbe z virusom HIV med injicirajočimi uživalci drog morajo biti temelj strategij za preprečevanje okužbe z virusom HIV; prav tako je treba okrepiti ukrepe za preprečevanje prenosa okužbe s heteroseksualnimi stiki, zlasti s partnerji, pri katerih obstaja visoko tveganje za okužbo.
- srednja Evropa: preventiva mora biti prilagojena okoliščinam v posamezni državi, da se ohranijo njene epidemiološke prednosti.
- zahodna Evropa: ukrepi za obvladovanje okužbe z virusom HIV med moškimi, ki imajo spolne odnose z moškimi, morajo biti temelj strategij za preprečevanje okužbe z virusom HIV, kot so npr. ponovna uvedba kampanj za promocijo varnih spolnih odnosov za moške, ki imajo spolne odnose z moškimi; ukrepe za preprečevanje, zdravljenje in oskrbo je treba prilagoditi, da bi ti dosegli posamezne populacije migrantov.
- V vseh podregijah je treba spodbujati testiranje na okužbo z virusom HIV, da se zagotovi zgođen dostop do zdravljenja in svetovanje za pomoč pri preprečevanju ali zmanjšanju nadaljnjega širjenja okužbe ter za izboljšanje dolgoročnejših rezultatov zdravljenja okuženih oseb.

Posebna poročila

6. Okvirni akcijski načrt za boj proti tuberkulozi v Evropski uniji

(objavljeno marca 2008)

Tuberkuloza (TB) je resna infekcijska bolezen ljudi, s katero se najpogosteje okužimo z vdihavanjem bakterij v kapljicah, ki se širijo od oseb s pljučno boleznijo. Čeprav je TB mogoče učinkovito zdraviti, je zaradi neprimerne zdraviljenja ali nezadostnega upoštevanja predpisanega načina zdravljenja to lahko neuspešno, se bolezen kmalu znova pojavi ali pa se razvije TB, odporna na zdravila.

V EU je incidenca okužb s TB v preteklih desetletjih stalno upadala. Odstotek okužb v EU 27 je med najnižjimi na svetu, čeprav je višji kot v drugih industrializiranih državah, kot sta ZDA in Avstralija. Vendar kljub temu ni razloga za zadovoljstvo, saj so o podobni ugodni epidemiološki situaciji pred desetletji poročali iz več držav, kar je povzročilo slabšo ozaveščenost ter zmanjšanje sredstev in storitev za preprečevanje in obvladovanje TB. Posledica tega je bil ponovni pojav bolezni, stanje pa sta še poslabšala epidemija virusa HIV in razvoj TB, odporne na več zdravil (MDR-TB). Potrebna so bila nova prizadevanja za programe obvladovanja in dejavnosti za zagotovitev zgodnje diagnoze, dostopnosti primerne zdraviljenja in njegove uspešnosti.

Ob upoštevanju teh okoliščin je evropski komisar za zdravje Markos Kyprianou marca 2007 pozval Evropski center za preprečevanje in obvladovanje bolezni (ECDC), naj pripravi predlog akcijskega načrta za boj proti tuberkulozi (TB) v EU.

Dolgoročni cilj Okvirnega akcijskega načrta za boj proti TB je obvladovanje in dokončno eliminacijo TB v EU. Večina dejavnosti, katerih namen je zmanjšati breme okužb s tuberkulozo, se izvaja nacionalno, institucije EU pa države članice pri delu podpirajo. Cilji načrta so:

- povečati ozaveščenost politike in javnosti o TB kot o pomembnem javnozdravstvenem vprašanju v EU;
- podpirati in okrepiti prizadevanja držav članic EU v boju proti TB skladno z nacionalnimi epidemiološkimi situacijami in izzivi;
- prispevati k obvladovanju TB v EU s pomočjo tistim državam, iz katerih izvirajo „uvoženi“ primeri okužb s tuberkulozo.

Ta predlog temelji na štirih načelih: Zagotoviti takojšnjo in kakovostno zdravstveno oskrbo za vse bolnike s TB, okrepiti zmogljivosti zdravstvenih sistemov, razviti nova orodja ter vzpostaviti partnerstva in sodelovanje z državami in zainteresiranimi stranmi. Na teh načelih temelji osem področij za strateški razvoj. Sledi povzetek priporočenih ciljev/ukrepov za vsako izmed osmih področij:

1. področje: zavezanost obvladovanju TB, ozaveščenost o TB in zmogljivost zdravstvenih sistemov

1. Okrepiti zavezanost držav članic, da bodo v okviru splošnih javnozdravstvenih strategij s politiko in sredstvi podpirale načrte za obvladovanje TB.
2. Okrepiti zmogljivosti zdravstvenih sistemov držav članic, da bodo lahko izvajali dejavnosti za obvladovanje in eliminacijo TB.

2. področje: spremljanje

1. Časovno in geografsko ovrednotiti epidemiološke značilnosti in razširjenost TB med prebivalstvom držav članic in celotne Evrope.
2. Spremljati uspešnost dejavnosti za obvladovanje TB in te informacije uporabiti za sprejemanje odločitev, ki bodo omogočile ustrezno ukrepanje za nadgradnjo nacionalnih in evropskih načrtov za TB.
3. Prepoznati in opisati ranljive skupine prebivalstva, pri katerih so tveganje za okužbo s TB ali neugodne napovedi večje in v zvezi s katerimi je treba uporabiti ciljno usmerjene javnozdravstvene dejavnosti.

3. področje: laboratorijske storitve

1. Razviti in izvajati visokokakovostne sodobne laboratorijske storitve, ki podpirajo klinične, javnozdravstvene in raziskovalne potrebe v povezavi s TB.
2. Zagotoviti varne, natančne in kakovostne laboratorijske storitve ter ustrezno usposobljeno osebje za opravljanje dela v laboratorijih.
3. Zagotoviti vlaganja za dolgoročno vzdrževanje laboratorijskih storitev.

4. področje: takojšnja in kakovostna oskrba vseh tuberkuloznih bolnikov

1. Takojšnja diagnoza vseh primerov ter zagotovitev ustreznega zdravljenja TB in oskrbe.
2. Prilagoditi ukrepe posebnim epidemiološkim situacijam in ranljivim skupinam prebivalstva, da se zagotovi največja možna učinkovitost obvladovanja TB na vseh ravneh.
3. Doseči dosledno uporabo ukrepov za obvladovanje izbruhov TB.
4. Zagotoviti, da se zadovoljijo posebne zdravstvene potrebe vseh tuberkuloznih bolnikov.

5. področje: MDR-TB in XDR-TB

Naslednje cilje naj si zastavijo vse države članice, še zlasti pa naj jih upoštevajo države, ki imajo največ težav z MDR-TB in XDR-TB.

1. Optimizirati in okrepiti spremljanje in nadzor nad MDR-TB in XDR-TB.
2. S krepitvijo laboratorijskih storitev za testiranje TB posebej izboljšati testiranje občutljivosti na zdravila proti TB v EU.
3. Izboljšati zdravljenje in obravnavo bolnikov z MDR-TB ali XDR-TB, vključno z obvladovanjem okužb in sledenjem stikov/profilakso.
4. Izboljšati dostop do zdravil prve in druge izbire in njihovo razpoložljivost ter zagotoviti preudarno uporabo zdravil proti TB.

6. področje: hkratna okužba s TB in virusom HIV

1. Zmanjšati breme hkratnih okužb s TB in virusom HIV v EU z boljšim usklajevanjem načrtov za TB in okužbe z virusom HIV/aids ter ustreznih storitev zdravstvenega sistema.
2. Spodbujati raziskovalne dejavnosti in klinične študije na ravni EU o hkratnih okužbah s TB in virusom HIV.

7. področje: nova orodja za obvladovanje TB

1. Opredeliti prednostne naloge za osnovne, uporabne in operativne raziskave v EU.
2. Zagotoviti finančno podporo in usklajevanje.

8. področje: vzpostavitev partnerstev in sodelovanja z državami

1. Zagotoviti, da bo TB na političnem, tehničnem in raziskovalnem dnevnem redu EU ter v nacionalnih javnih ustanovah še naprej prednostno obravnavana, pri čemer je treba upoštevati, da se za omejena sredstva poteguje več prednostnih nalog.
2. Pomagati odpraviti zaznamovanost, zagotoviti zgodnje in hitro odkrivanje TB, MDR-TB in XDR-TB ter spodbuditi bolnike, naj poiščejo zdravniško pomoč, da se bodo lahko zdravili v skladu z Bolniško listino za zdravljenje TB.
3. Zagotoviti, da je poznejše zdravljenje razpoložljivo, dostopno, cenovno dostopno, ustrezno in, kar je najpomembneje, uspešno.
4. Še naprej razvijati skupno sodelovanje in usklajevanje med ECDC, Evropsko komisijo, posameznimi državami, SZO in drugimi zainteresiranimi stranmi.

7. Spremljanje nalezljivih bolezni v Evropski uniji, dolgoročna strategija: 2008–2013

(objavljeno maja 2008)

Ta dolgoročna vizija in strategija prihodnjega spremljanja nalezljivih bolezni v EU je bila oblikovana kot pomoč pri usmerjanju odločitev za dolgoročni razvoj evropskega sistema spremljanja. Ta strategija zajema obdobje do leta 2013, tako kot večletni strateški načrt ECDC (ki ga je odobril upravni odbor ECDC junija 2007). Poleg tega je pričakovati sinergijske učinke z laboratorijsko strategijo ECDC.

Cilj strategije je opredeliti pogoje in obseg spremljanja, njegov namen in cilje ter organizacijske zahteve. Opredeljuje tudi načine za pomoč državam članicam in postopek izvajanja te pomoči.

Glavni cilj je prispevati k zmanjšanju incidence in prevalence nalezljivih bolezni v Evropi s predložitvijo ustreznih javnozdravstvenih podatkov, informacij in poročil nosilcem odločanja, strokovnjakom in zdravstvenim delavcem za spodbujanje ukrepov, katerih cilj je pravočasno preprečevanje in obvladovanje nalezljivih bolezni v Evropi. Visoka zanesljivost in dobra primerljivost podatkov o nalezljivih boleznih iz držav članic sta ključnega pomena za doseganje tega cilja.

Bolj usklajen pristop k spremljanju bo:

- izboljšal regionalno primerljivost podatkov;
- zmanjšal kompleksnost spremljanja v Evropi;
- omogočil sinergijsko obravnavanje spremljanja;
- preprečil podvajanje dela;
- dolgoročno zagotovil kakovostnejše javnozdravstvene dokaze zaradi ustrežnejših in zanesljivejših podatkov;
- olajšal krepitev nacionalnih sistemov spremljanja;
- ekonomsko najverjetneje učinkovitejši in vzdržnejši;
- omogočil enostavnejši dostop do podatkov in njihovo uporabo;
- okrepi odkrivanje in obvladovanje mednarodnih izbruhov;
- prispeval k povečanju zmogljivosti; ter
- zagotovil vključitev bolezni v programe spremljanja in raziskovalne programe v skladu z evropskimi prednostnimi nalogami.

ECDC pripravlja sistem za spremljanje nalezljivih bolezni na osnovi kazalnikov na evropski ravni, ki se imenuje „evropski sistem za spremljanje (TESSy)“. TESSy bo dragoceno orodje za izboljšanje zbiranja, preverjanja, shranjevanja in razširjanja podatkov spremljanja iz držav članic EU in držav EGP. Začetni cilj orodja TESSy bo zbrati manjši nabor osrednjih spremenljivk, ki so pomembne za rutinsko spremljanje primerov nalezljivih bolezni. Ko bo TESSy splošno sprejet in uporabljen kot regionalna standardna zbirka podatkov, bodo doseganje dolgoročnih ciljev ECDC, tj. nadaljnega zmanjšanja kompleksnosti in delovnih obremenitev za vse udeležence, olajšali naslednji ukrepi:

- standardizacija zbiranja podatkov o spremljanju nalezljivih bolezni;
- uvedba načela „vse na enem mestu“ za poročanje in zbiranje podatkov za države članice;
- standardizacija poročil na osnovi podatkov spremljanja; ter
- zagotavljanje usklajenega in enostavno dostopnega pregleda trenutnega stanja v EU.

Obravnavana bo tudi trenutna težava dvojnega poročanja o nekaterih boleznih, ko pri spremljanju bolezni sodelujejo različne regionalne organizacije – na primer SZO/Evropa ali EMCDDA; cilj je zmanjšati in po možnosti odpraviti podvajanje dela.

Oblikovati bo treba začasni postopek na podlagi načel sodelovanja pri izmenjavi podatkov med ECDC in državami članicami ter med ECDC in namenskimi omrežji za spremljanje, da bo mogoče jasno določiti vlogo ponudnikov in uporabnikov podatkov v državah članicah in v ECDC (ter drugih strani, kot je na primer SZO). Ta vmesni postopek mora poleg drugih podrobnosti vključevati tudi postopke za objavo rezultatov analize podatkov. Na osnovi tega vmesnega postopka bo z vključenimi zainteresiranimi stranmi pripravljen podrobnejši, končni, dolgoročnejši postopek.

Prihodnje sodelovanje s strokovnjaki za posamezne bolezni (ki jih bodo imenovali pristojni organi) bo strukturirano na naslednji način: bolezni/patogeni bodo razvrščeni v šest glavnih skupin. Po potrebi bo v okviru katere koli izmed teh šestih skupin oz. delovnih skupin oblikovanih več specializiranih podskupin (za posamezne bolezni). O šestih glavnih skupinah se bo na letnih sestankih razpravljalo o vprašanjih, pomembnih za spremljanje celotne skupine bolezni. Po potrebi bodo lahko hkrati potekali „vzporedni“ simpoziji za posamezne bolezni. Za vsako izmed šestih glavnih skupin za obravnavo bolezni/delovnih skupin bo vzpostavljena usklajevalna skupina, te usklajevalne skupine pa bodo prevzele večino funkcij, ki so jih izvajale nekdanje usmerjevalne skupine DSN v okviru namenskih omrežij za spremljanje.

Kakovostne laboratorijske storitve v državah so ključnega pomena za krepitev spremljanja na ravni EU. ECDC bo nadaljeval že opravljeno delo in podpiral krepitev laboratorijskih zmogljivosti v državah članicah, državah EGP/EFTA ter v državah kandidatkah v sodelovanju s Komisijo, pristojnimi organi ECDC in nacionalnimi mikrobiološkimi kontaktnimi točkami držav članic.

ECDC si bo močno prizadeval zagotoviti, da bodo v vsaki državi neposredno ali posredno na voljo storitve nacionalnega referenčnega laboratorija, ki bodo vsem državam omogočile potrjevanje diagnoz, izolacijo in

nadaljnjo karakterizacijo patogenov – kot osnova za poročanje potrjenih in verjetnih primerov v običajnih in nujnih okoliščinah. ECDC bo z nacionalnimi referenčnimi laboratoriji navezal stik in jim pomagal povezati njihove podatke z epidemiološkimi (in kliničnimi) podatki na nacionalni ravni. Zagotavljanje kakovosti laboratorijskih metod je bistveno za zagotavljanje veljavnih in točnih podatkov, poleg tega se bo v tem obdobju izvajalo promoviranje evropskih standardov.

ECDC bo svojo strategijo spremljanja uvedel v dveh fazah: prva faza bo prehodno obdobje, ki bo trajalo do leta 2010 in bo namenjeno postopnemu vključevanju trenutnega spremljanja nalezljivih bolezni v Evropski uniji, ki ga trenutno izvajajo namenska omrežja za spremljanje, v ECDC; v drugi fazi (2010–2013) bo ECDC že v celoti pristojen za spremljanje ter se bo lahko osredotočil na oblikovanje in utrditev najkakovostnejših možnih sistemov za Evropo.

Da bi zagotovili relevantnost in aktualnost te strategije in njenih ciljev, jo bodo države članice in ključne zainteresirane strani revidirale, tako da bo po potrebi mogoče vključiti nastajajoče strategije in nove dokaze.

Poročila s sestankov

8. Nalezljive bolezni in socialni dejavniki

(sestaneke je potekal aprila 2007, poročilo je bilo objavljeno februarja 2008)

To je poročilo z delavnice o socialnih dejavnikih nalezljivih bolezni, ki jo je sklical ECDC in na kateri so sodelovali strokovnjaki za nalezljive bolezni in strokovnjaki za socialne dejavnike. Glavni cilji delavnice so bili:

- oceniti pomen vpliva družbene neenakosti na breme nalezljivih bolezni;
- opredeliti najboljše prakse za obravnavanje neenakosti na področju zdravja, ki se izvajajo za preprečevanje ali obvladovanje nalezljivih bolezni;
- oblikovati strategije in ukrepe za obravnavanje neenakosti na področju zdravja, ki so posledica socialnih dejavnikov.

Poročilo obravnava ključne teme in področja razprave z delavnice ter je strukturirano v pet glavnih sklopov:

- socialni dejavniki nalezljivih bolezni;
- vprašanja, ki so specifična za posamezno bolezen;
- ciljno usmerjeni ukrepi, katerih namen je preseganje družbene neenakosti;
- politike za preseganje družbene neenakosti in
- opredelitev prednostnih ukrepov.

Med delavnico se je izkazalo, da je družbena vrzel pri bremenu nalezljivih bolezni vsaj tolikšna kot pri nenalezljivih boleznih. Vrzel je pri določenih skupinah in okužbah lahko tudi večja. Čeprav so v splošnem najbolj prizadete marginalizirane skupine, družbeno ozadje ne vpliva enako na vse okužbe: pri elitnejših družbeno-ekonomskih skupinah je prisotno večje tveganje določene okužbe zaradi določenega tveganega vedenja.

Jasno je razvidna potreba po razširitvi znanja o bremenu nalezljivih bolezni v Evropi, da se določijo prednostne naloge pri ocenjevanju, raziskavah, ukrepih in spremembi politike. Tovrstno načrtovanje je bilo zastavljeno že na primer za TB.

Rezultat delavnice je bilo priporočilo, da se spremljanje nalezljivih bolezni dopolni z enim ali dvema socialnima dejavnikoma. Tako bi bilo mogoče zagotoviti osnovno znanje, s pomočjo raziskav pa to znanje še poglobiti. Biološke markerje nalezljivih bolezni je mogoče vključiti v standardne raziskave o zdravju, po možnosti v okviru evropskih raziskav.

Druga ugotovitev, ki so jo oblikovali na delavnicah, je bila, da se socialnih dejavnikov ne proučujejo več, zato jih je treba ponovno vključiti v raziskave, saj obstajajo v znanju o dejavnikih, ki vplivajo na okužbe v različnih regijah in v različnih skupinah prebivalstva, vrzeli. Pomemben, vendar pogosto prezrt dejavnik je okolje, v katerem ljudje živijo in delajo. Dejavniki tveganja nalezljivih bolezni niso individualni dejavniki tveganja, poleg tega so lahko v različnih družbeno-ekonomskih skupinah prisotni različni patogeni. Za proučitev socialnih dejavnikov nalezljivih bolezni je treba kar najbolj izrabit obstoječe podatke. Nekatera področja bo treba podrobneje raziskati, npr. skupine migrantov, zmanjševanje stigmatizacije ter družbene in politične procese, ki vplivajo na neenakost na področju zdravja.

Na sestanku je bila posebej izpostavljena potreba po oblikovanju zbirke podatkov o dobrih ukrepih. Takšna zbirka podatkov bi omogočila dober pretok informacij, zlasti z območij, s katerih ni veliko objav, vendar imajo bogate izkušnje.

Zdravstvena vzgoja je bila izpostavljena kot prednostna naloga političnih ukrepov z dveh vidikov. Zdravstvena vzgoja mora imeti pomembno mesto v programu oblikovalcev politike na področju izobraževanja že od otroških let dalje. Zagotoviti mora tudi znanje o vplivu socialnih dejavnikov na zdravje, da bodo prihodnje generacije lahko vplivale na politične odločitve. Izobraževanje mora opozoriti na vpliv družbene segregacije na zdravje, posredovati posebne spretnosti za zaščito pred tveganji za zdravje ter ljudem omogočiti, da samostojno razmišljajo in se zavedajo izpostavljenosti dejavnikom tveganja. Poleg tega je treba izboljšati izobraževanje o socialnih dejavnikih v zdravstvenih šolah, na področju zdravstvene nege, sociologije ipd. Bodoče zdravstvene delavce je treba povabiti k sodelovanju v razpravi in zagovarjanju spremembe socialnih dejavnikov. Področje javnega zdravja mora prispevati k razpravi o družbenih neenakostih in njihovem vplivu na zdravje.

Jasna prednostna naloga je izpostavitve makrosocialnih dejavnikov in sodelovanje s sektorji zunaj področja javnega zdravja (s političnim, družbenim, inženirskim... sektorjem). Da bi bilo to zagovarjanje sprememb v pomoč, je treba o ciljih dobro premisliti in o njih razpravljati. Uporabiti je mogoče primere dobre prakse iz zgodovine vseh evropskih držav. ECDC ima lahko pomembno vlogo kot zagovornik pomembnosti dejstva, da neenakost pomembno vpliva na obvladovanje nalezljivih bolezni.

9. Delavnica o okoljskih spremembah in nalezljivih boleznih

(sestaneek je potekal marca 2007, poročilo je bilo objavljeno maja 2008)

Cilji sestanka

- Pregledati dokaze, povezane z vplivi globalnih podnebnih in ekoloških sprememb na breme nalezljivih bolezni v Evropi;
- razpravljati o zmožnostih javnega zdravja, ki so potrebne za obvladovanje groženj zaradi podnebnih sprememb in nalezljivih bolezni; ter
- opredeliti potrebe po raziskavah.

Podnebne spremembe

Po navedbah Medvladnega foruma o podnebnih spremembah se podnebje spreminja; tako je mogoče pričakovati višje temperature, dvig morske gladine in ekstremnejše vremenske pojave. Te spremembe vplivajo na ekosistem, vodo, kmetijstvo, družbeno-ekonomski razvoj in s tem – neposredno ali posredno – na zdravje prebivalstva. Podnebne spremembe in druge ekološke spremembe lahko na več načinov vplivajo na porazdelitev nalezljivih bolezni. Vsi udeleženci so se strinjali, da „zaveza k ohranitvi nespremenjene sestave“ – vrsti podnebnih sprememb, h kateri smo se že zavezali – zahteva takojšnje ukrepanje.

Nevarnost bolezni

Udeleženci sestanka so razpravljali o posledicah podnebnih sprememb in drugih s tem povezanih okoljskih sprememb na bolezni, ki se prenašajo s vektorji, glodavci, vodo, hrano in zrakom. Kljub omejenim dokazom so bili oblikovani naslednji zaključki:

- Pri nekaterih boleznih, ki jih prenašajo vektorji in glodavci, se lahko zaradi podnebnih sprememb (temperatura, ekstremni vremenski pojavi, letni časi) in okoljskih dejavnikov (uporaba tal, ekosistemi, krčenje gozdov, hidrologija, biološka raznovrstnost) spremeni njihova porazdelitev. Sem sodijo arbovirusne bolezni, kot so denga, čikungunja, virus zahodnega Nila in potencialno tudi malarija. Vremenske razmere vplivajo tudi na gostoto in porazdelitev glodavcev.
- Evropa bi morala biti pripravljena na uvožene bolezni, ki se prenašajo z vodo (npr. kolera), lokalizirane izbruhe, ki nastajajo zaradi ekstremnih vremenskih pojavov, in zdravstvene težave, povezane s prekomerno količino odpadkov in odpadnih voda. Kot pomembne so bile opredeljene tudi potencialne spremembe v pogostosti pojavljanja driske. Največjemu tveganju so izpostavljeni revni, starejši, majhni otroci, marginalizirane skupine, turisti, ki potujejo v tujino, ter osebe z oslabljenim imunskim sistemom ali predhodnimi zdravstvenimi težavami.
- Analiza bolezni, ki se prenašajo s hrano, je upoštevala spreminjanje vedenja ljudi in spreminjanje vzorcev stikov med divjimi in domačimi živalmi, zlasti med sušnimi obdobji.
- Poslabšanje astme in kroničnih obstruktivnih pljučnih bolezni je bilo opredeljeno kot najpomembnejši učinek podnebnih sprememb na zdravje dihal. Zaradi visoke stopnje razširjenosti so to dobri kontrolni kazalniki, ki omogočajo sledenje učinkom podnebnih sprememb.

Pristojnosti javnega zdravja

Udeleženci so se strinjali, da so zahtevane spretnosti pravzaprav osnovne pristojnosti javnega zdravja in so hkrati vrednote, ki so prisotne oz. bi morale biti prisotne v vseh državah. Soglasje je bilo doseženo tudi o naslednjih točkah:

- Krepitev pristojnosti za obvladovanje novih groženj nalezljivih bolezni, ki so povezane s podnebnimi spremembami, je mogoče razumeti kot način krepitev javnega zdravja v širšem kontekstu. Posebno je bila poudarjena potreba po usklajevanju medsektorskega in medagencijskega sodelovanja.
- V okviru pristojnosti javnega zdravja so bila obravnavana štiri področja, in sicer spremljanje, raziskave, zagotovila in politika. Za nekatere težave, ki izhajajo iz podnebnih sprememb, so že na voljo strategije spremljanja, vendar pa so na področju nalezljivih bolezni še vedno prisotne vrzeli.

- Nujen prvi korak bi bila izvedba ocene tveganja, ki bi opredelila dejavnike tveganja in ranljive skupine. To bi vzpostavilo dokazno platformo za javnozdravstvene/klinične smernice ter za priporočila v zvezi s politiko.
- Največjo oviro predstavljajo vrzeli v entomološkem znanju. Težavo bi bilo mogoče odpraviti z okrepitevijo entomološkega usposabljanja.
- Člani skupine so opazili, da manjka celovit sistem spremljanja, vendar so se strinjali, da ni potrebe po vzpostavitvi sistema, ki bi veljal za celotno Evropo, saj so mnoge potencialno nevarne bolezni na večini območij redke.
- Soglašali so z uvedbo pristopa „odziv po potrebi“. Ta pristop je prilagodljiv in omogoča hitro odzivanje na težave, ko se te pojavijo. Temelji na predpostavki, da so doslej le zelo redke nalezljive bolezni – ob upoštevanju vpliva podnebnih sprememb ali drugih okoljskih pogojev – predstavljale resne težave.
- Treba je povečati zavedanje javnosti (in morda tudi strokovnjakov) o nekaterih splošnih vprašanjih in s tem izboljšati razumevanje nekaterih neizbežnih sprememb.
- Nova zelena knjiga o podnebnih spremembah pomeni edinstveno priložnost za krepitev zmogljivosti Evropske komisije na področju zdravstvenih politik.

Raziskave – potrebe, izzivi in ovire

Na sestanku so bila izpostavljena številna vprašanja, ki jih je treba raziskati, vključno s potrebo po oblikovanju kazalnikov in opredelitvi ranljivih skupin. Udeleženci so opozorili, da so med državami članicami prisotne precejšnje razlike v zmogljivostih za spremljanje in raziskovanje podnebnih sprememb. Po njihovem mnenju bi bila vzpostavitev kontrolnih točk v vseh državah hitra rešitev za zbiranje podatkov o vsej Evropi, dokler vsi sistemi javnega zdravja in spremljanja še ne delujejo v celoti.

Potreben je tudi dostop do dolgoročnih podatkov. Izziv predstavlja povezovanje teh podatkov s podatki, zbranimi prek satelitov, in oblikovanje uporabnih ugotovitev za zdravje ljudi. Drugi raziskovalni izziv predstavlja pripisovanje dolgoročnih procesov podnebnim spremembam.

Priporočila za nadaljnje ukrepanje

Pri oblikovanju delovnih programov in nadaljnjih politik na področju javnega zdravja, katerih cilj je obravnavati podnebne spremembe in nalezljive bolezni, je treba:

- graditi na obstoječih pobudah in zmogljivostih;
- vzpostaviti rešitve, ki so ugodne za vse udeležence, na področju medsektorskega in medagencijskega sodelovanja;
- upoštevati, da bodo različni deli regije različno občutili vplive podnebnih sprememb;
- upoštevati razhajanja med zmogljivostmi odzivanja v različnih državah članicah;
- proučiti različne možne pristope k spremljanju;
- obravnavati ovire pri spremljanju;
- v okviru sodelovanja razviti izčrpno strategijo za proučevanje tveganja;
- olajšati oblikovanje in izvajanje programov strokovnega izobraževanja ter
- okrepiti komunikacijske zmogljivosti.

Priloga: publikacije ECDC v letu 2008

Ta seznam vključuje le uradne publikacije ECDC v letu 2008. Poleg navedenih publikacij so sodelavci ECDC objavili številne znanstvene članke in publikacije ali sodelovali v njih, vključno z objavami v znanstvenem glasilu *Eurosurveillance*, vendar te publikacije tu niso našteje. Vsi spodaj navedeni dokumenti so na voljo na spletnem mestu ECDC (<http://ecdc.europa.eu>).

Tehnično poročilo

Maj

Review of Chlamydia control activities in EU countries

Smernice ECDC

Januar

Guidance for the introduction of HPV vaccines in EU countries

Avgust

Priority risk groups for influenza vaccination

Poročila o spremljanju

December

Annual epidemiological report on communicable diseases in Europe 2008

HIV/AIDS surveillance in Europe 2007

Poročilo o misiji

Avgust

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

Posebna poročila

Marec

Framework action plan to fight tuberculosis in the European Union

Maj

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

Julij

ECDC strategic multi-annual programme 2007–2013

Poročila s sestankov

Januar

Networking for public health (27–28 February 2007)

Februar

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)

Maj

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

Junij

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

Oktober

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)

Tehnični dokumenti

Januar

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

Korporativne publikacije

Četrletne (marec, junij, september, december)

ECDC Insight

Executive science update

Junij

Annual report of the Director 2007

December

Keeping Europe healthy: ECDC in action

Protecting health in Europe: our vision for the future