



# Interwencje w narażonych grupach kluczem do wyeliminowania gruźlicy w Europie

## Streszczenie

Gruźlica (TB) jest poważną chorobą zakaźną, która mimo możliwości leczenia może być śmiertelna. W 2014 r. liczba dotkniętych nią osób w Unii Europejskiej / na Europejskim Obszarze Gospodarczym (UE/EOG) wynosiła około 58 000. Liczba nowych przypadków TB powoli spada (o około 5% każdego roku), ale w tym tempie choroba nie zostanie wyeliminowana w najbliższej przyszłości. Jednym z wyzwań w jej eliminowaniu jest istnienie enklaw TB w społeczeństwie, skoncentrowanych wśród najbardziej narażonych osób, takich jak bezdomni, narkomani, alkoholicy i niektóre populacje migrantów, które mogą być w większym stopniu zagrożone chorobą, mieszkają w złych warunkach lub nie mają dostępu do opieki zdrowotnej.

Gruźlica nie zostanie wyeliminowana, jeżeli nie uda jej się opanować w tych narażonych grupach. Dodatkowo istnieje ryzyko, że choroba rozprzestrzeni się na szerszą populację i pojawi się więcej przypadków lekoopornych, co oznacza występowanie cięższych czy nawet nieuleczalnych zachorowań, o wyższych kosztach dla systemów opieki zdrowotnej i społeczeństwa.

W związku z tym bardzo istotne jest, aby zapewnić rozpoznanie wszystkich przypadków w narażonych grupach i przeprowadzenie leczenia. Z uwagi na nieefektywność zapobiegania i kontroli TB w tych grupach przy zastosowaniu standardowych modeli opieki

zdrowotnej należy stosować interwencje dostosowane do sytuacji.

ECDC określiło kilka możliwości skutecznie poprawiających wczesne rozpoznanie i przeprowadzenie leczenia. Organy ds. zdrowia mogą dostosować je do konkretnych potrzeb i wdrożyć stosownie do specyfiki i zasobów.

## Problem

Gruźlica wciąż atakuje narażone grupy, które nie rozpoznają objawów choroby, mają słaby dostęp do opieki zdrowotnej lub trudności z przestrzeganiem zaleceń dotyczących leczenia.

Organy ds. zdrowia muszą mieć świadomość, że w tych grupach osoby z objawami choroby niekoniecznie zasięgają porady lekarza i nie zawsze będą stosować leczenie po rozpoznaniu choroby. Dlatego też aby uporać się z tymi wyzwaniami, konieczne jest zastosowanie określonych środków.

## Co można zrobić?

Najważniejszymi składowymi efektywnej profilaktyki i kontroli TB są dostosowane do indywidualnych potrzeb interwencje ułatwiające wczesne rozpoznanie choroby, przeprowadzenie leczenia i wsparcie przy zarządzaniu przypadkami choroby.

Konkretne możliwości profilaktyki i kontroli TB w narażonych grupach to:

### 1. Zespoły pomocy i aparatura mobilna

Zespoły pomocy mające możliwość bezpośredniego dotarcia do pacjentów w szpitalach, schroniskach bądź na ulicach mogą być skutecznym i efektywnym sposobem identyfikacji i leczenia chorych na gruźlicę z narażonych grup.

Mobilne aparaty RTG mogą pomóc we wcześniejszym wykryciu TB w narażonych grupach, co ogranicza przenoszenie choroby i jest opłacalne.

### 2. Zachęty

Można podejmować działania zachęcające osoby, zwłaszcza pacjentów bezdomnych, do poddania się badaniom przesiewowym i stosowania leczenia po rozpoznaniu TB. Zachęty mogą mieć wartość pieniężną lub materialną (na przykład bilety na transport publiczny, bony na żywność, karty telefoniczne typu „prepaid”, odzież czy tymczasowe zakwaterowanie).

Finansowanie zachęt jest inwestycją wartą zachodu, ponieważ lepsze rozpoznanie i efekty leczenia, zwłaszcza profilaktyka rozwoju antybiotykoopornej TB, pozwalają uniknąć wysokich kosztów często związanych z niepowodzeniem leczenia.

### 3. Zaangażowanie kluczowych partnerów

Udział kluczowych partnerów, takich jak członkowie tej samej społeczności co pacjent albo pracownicy służby zdrowia lub opieki społecznej, może pomóc w dotarciu do osób potencjalnie zakażonych, ale niechętnych do poddania się badaniom. Kluczowi partnerzy mogą także wspomagać te osoby w przestrzeganiu zaleceń dotyczących leczenia i są niezbędne do pomocy w identyfikacji i odszukaniu osób, z którymi kontaktował się każdy pacjent z TB. Odnalezienie tych osób jest niezbędne do powstrzymania przenoszenia choroby.

### 4. Bezpośrednia obserwacja leczenia (ang. Directly Observed Treatment, DOT)

Bezpośrednia obserwacja leczenia stanowi wsparcie dla pacjentów w przyjmowaniu leków. Wymaga od pacjentów przyjmowania leków pod nadzorem personelu medycznego. Można rozważyć także bardziej elastyczne warianty, takie jak DOT poza placówkami służby zdrowia lub przez personel niemedyyczny albo wideoobserwacja leczenia (ang. Video Observed Treatment, VOT).

Wprowadzenie zachęt takich jak kupony na zakupy artykułów spożywczych bądź telefon komórkowy czy pakiety danych dla wariantu VOT zwiększa prawdopodobieństwo, że pacjent przeprowadzi leczenie, a co za tym idzie uniknie potencjalnie kosztownych powikłań, takich jak rozwój antybiotykoopornej TB.

### 5. Przypomnienia

Stosowanie przypomnień (rozmów telefonicznych, wiadomości SMS) może poprawić frekwencję pacjentów na wizytach lekarskich i pobieranie leku.

### 6. Integracja służb

Ścisła współpraca między służbami zajmującymi się TB i istniejącymi służbami dla narażonych grup, takimi jak służby dla osób bezdomnych, służby dla osób uzależnionych od narkotyków i alkoholu, pracownicy socjalni, uliczne zespoły pomocy i specjaliści w dziedzinie opieki społecznej, może poprawić wczesne rozpoznanie i zastosowanie leczenia. Ponadto integracja służb może być pomocna w zwróceniu uwagi na czynniki, które narażają poszczególne osoby na ryzyko zakażenia, oraz wyeliminowaniu tych czynników.

### 7. Promowanie świadomości i edukacji

Zwiększanie świadomości wśród narażonych grup może być pomocne w walce z napiętnowaniem i błędnymi przekonaniem. Kampanie zwiększające świadomość mogą także być skierowane do pracowników pierwszego kontaktu ze służby zdrowia i opieki społecznej w celu poprawy ich współpracy z narażonymi grupami.

W opracowaniu i rozpowszechnianiu informacji ścisły udział mogą mieć przedstawiciele grup dotkniętych gruźlicą, w tym byli pacjenci.

## Przykłady efektywnych interwencji

Poniższe przykłady ilustrują sposób działania niektórych interwencji w praktyce i osiągnięte w ich wyniku efekty<sup>1</sup>.

### Wideoobserwacja leczenia (VOT) w Wielkiej Brytanii

Dla zapewnienia pacjentom większej elastyczności, tak aby nie musieli zgłaszać się do placówek służby zdrowia w celu przyjęcia leku pod nadzorem, zespół Find&Treat z siedzibą w Londynie wdrożył wideoobserwację leczenia (VOT) zamiast bezpośredniej obserwacji leczenia (DOT). Niektórzy z pacjentów jako zachętę dostają smartfon. Dzięki temu urządzeniu pacjenci filmują się podczas przyjmowania leków, a personel medyczny monitoruje film i zapewnia kontrolę, kiedy pacjenci potrzebują dodatkowego wsparcia.

Zalety VOT w stosunku do DOT są następujące:

Dla pacjenta: większa elastyczność czasu i miejsca przyjmowania leku, oszczędność czasu, większa poufność i bardziej aktywna rola we własnym leczeniu.

Dla służby zdrowia: oszczędność kosztów (koszty dojazdu i wynagrodzenia pracowników), zwiększenie produktywności (personel może się zajmować ponad 25 pacjentami dziennie zamiast średnio 5 pacjentami, jak w przypadku DOT), zmniejszenie narażenia pracowników służby zdrowia na TB.

W efekcie więcej pacjentów z powodzeniem kończy leczenie w przypadku zastosowania VOT w porównaniu ze standardowym leczeniem bez nadzoru czy DOT.

<sup>1</sup> Liczby i wartości procentowe zostały podane przez organizacje odpowiedzialne za interwencje

### Zespół pomocy i integracja służb we Francji

Zespół pomocy Equipe Mobile de Lutte contre la Tuberculose (EMLT) wyszukuje pacjentów z TB i pomaga im w przeprowadzeniu leczenia. Zespół jest w stanie zapewnić wnikliwą obserwację pacjentów niezależnie od ich miejsca pobytu, czy to w szpitalach, schroniskach, czy na ulicach.

EMLT ma rozbudowaną sieć partnerów i innych urzędów wspomagających w sektorze społecznym, zdrowotnym, prawnym i imigracyjnym, która umożliwia im wspieranie pacjentów nie tylko w leczeniu choroby, ale także pokrywaniu podstawowego zapotrzebowania na żywność, odzież czy schronienie. Przyczynia się to do poprawy sytuacji życiowej pacjentów i zmniejsza ryzyko ponownego zachorowania na gruźlicę.

Przed EMLT ponad 50% pacjentów z TB spośród osób bezdomnych i migrantów bez dokumentów zostało utraconych z obserwacji po wypisaniu ze szpitali dyżurnych w Paryżu. Od rozpoczęcia działania EMLT w 2000 r. wskaźniki osób utraconych z obserwacji spadły do wartości poniżej 10%.

### Udział kluczowych partnerów na Słowacji

Wiele przypadków TB występowało wśród populacji romskiej mieszkającej w ubogich osadach we wschodniej i środkowo-południowej Słowacji. W 2014 r. 25% wszystkich przypadków TB na Słowacji i 84% przypadków wśród dzieci pochodziło z populacji romskiej.

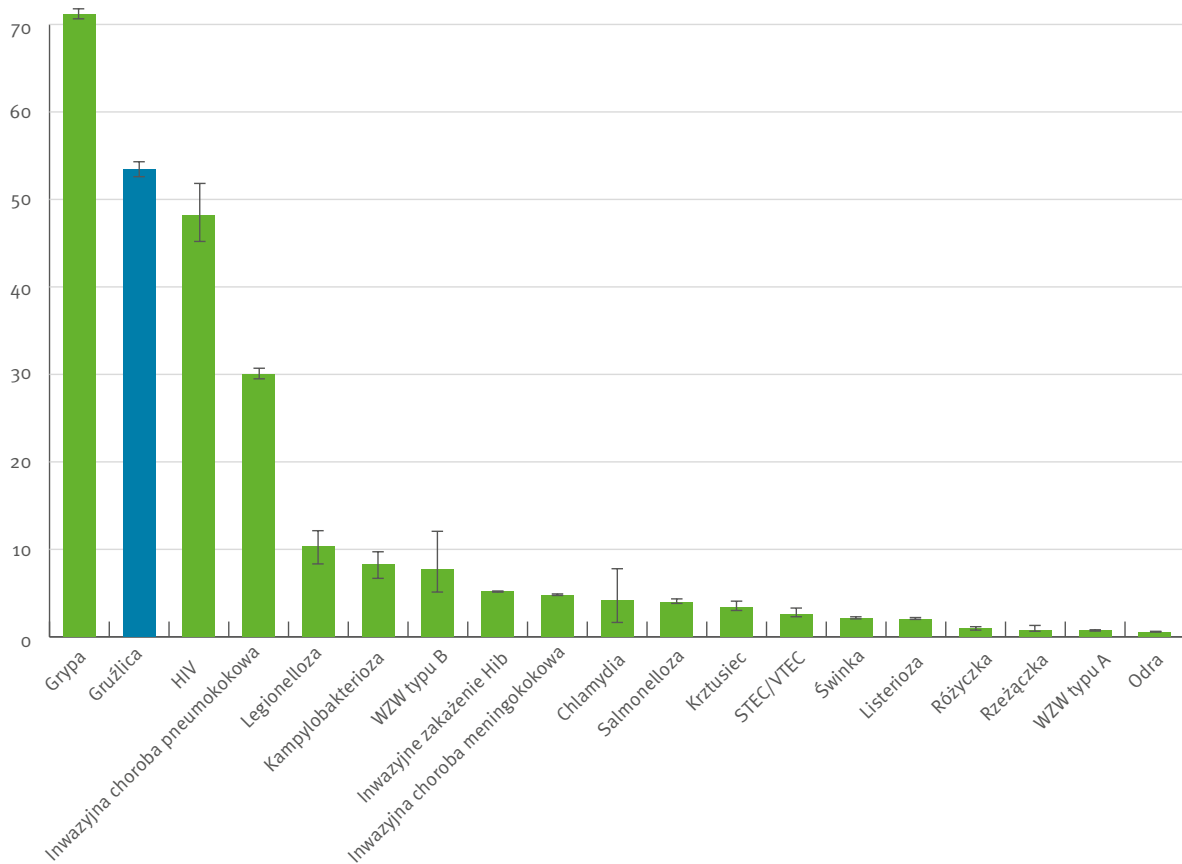
W celu większego zaangażowania społeczności romskiej stworzono program Roma Health Assistants w celu zidentyfikowania kluczowych osób w społeczności służących jako mediatorzy. Asystenci ds. zdrowia ze społeczności romskiej są pracownikami społecznymi, mieszkającymi w osadach, którymi się zajmują. Monitorują oni leczenie pacjentów, wyszukują osoby, z którymi kontaktowali się chorzy, towarzyszą pacjentom podczas wizyt lekarskich, sprawdzają, czy pacjenci przyjmują leki przeciw gruźlicy, i prowadzą rejestr wszystkich działań i interwencji.

Dzięki wdrożeniu programu asystentów ze społeczności romskiej ponad 80% dorosłych Romów z TB na Słowacji zostało skutecznie wyleczonych. Ponadto ogniska TB były natychmiast identyfikowane i powstrzymywane i wszystkie przypadki statystyczne TB wśród dzieci były identyfikowane.

## Czego dowodzą badania

### 1. TB znajduje się na drugim miejscu pod względem obciążenia chorobą spośród wszystkich chorób zakaźnych

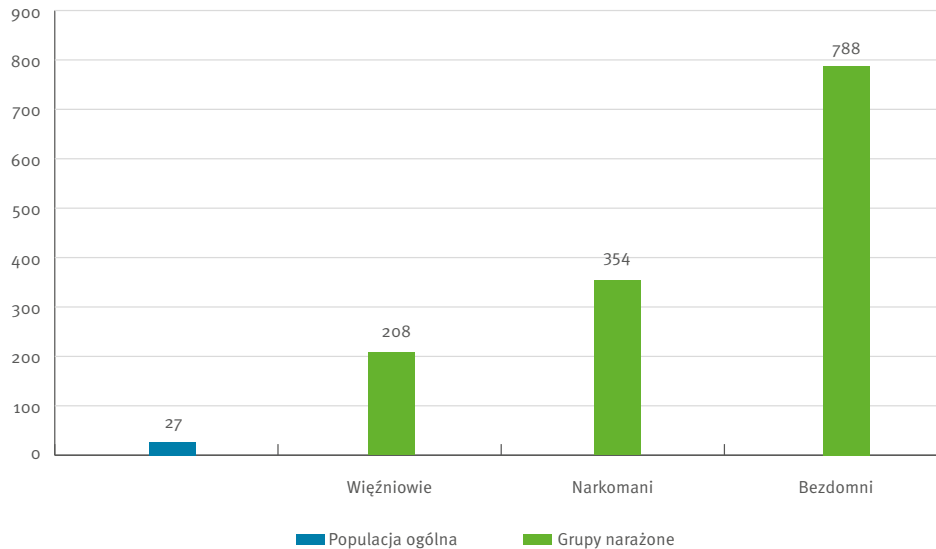
**Pomiar wpływu choroby na zdrowie populacji; lata życia skorygowane niesprawnością (DALY) na populację 100 000 osób w UE/EOG, roczna mediana 2009-2013**



Wykres na podstawie badania przeprowadzonego przez ECDC: Burden of Communicable Diseases in Europe 2015 (badanie niepublikowane) (źródło 4).

## 2. TB atakuje narażone grupy w większym stopniu niż resztę populacji

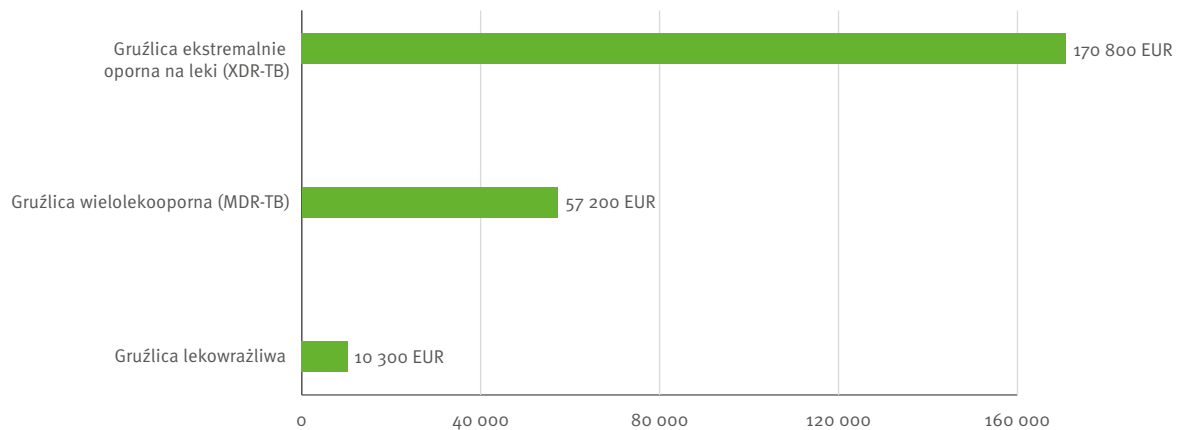
### Przypadki TB na populację 100 000 osób



Wykres na podstawie danych z badania przeprowadzonego w 2011 r. na populacji Londynu (źródło 3).

## 3. Koszty leczenia gruźlicy lekoopornej są niemal 17 razy wyższe niż w przypadku gruźlicy lekowrażliwej

### Koszty leczenia jednego przypadku TB (EUR)



Wykres na podstawie badania kosztów gruźlicy w Unii Europejskiej (średnie koszty w 2012 r., dla 18 krajów UE) (źródło 5)

Koszty konkretnych działań na rzecz zdrowia publicznego w odniesieniu do narażonych grup mogą być wyższe niż w przypadku działań standardowych. Zapobieganie rozwojowi gruźlicy lekoopornej może jednak w przyszłości skutkować znaczną oszczędnością kosztów.

## Źródła

Niniejszy dokument został opracowany na podstawie następujących raportów, artykułów i literatury:

- Europejskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób. Guidance on tuberculosis control in vulnerable and hard-to-reach populations. (Wytyczne dotyczące kontroli gruźlicy w populacjach narażonych i trudnodostępnych). Sztokholm: ECDC; 2016.
- Europejskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób. Tuberculosis surveillance and monitoring in Europe 2016. (Nadzorowanie i monitorowanie gruźlicy w Europie, 2016 r.). Sztokholm: ECDC; 2016.
- Jit M, Stagg H, Aldridge R, White P, Abubakar I. Dedicated outreach service for hard to reach patients with tuberculosis in London: observational study and economic evaluation. *BMJ* 2011; 343: d5376.
- Europejskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób. Burden of Communicable Disease in Europe. (badanie niepublikowane). 2015.
- Diel R, Vandeputte J, de Vries G, Stillo J, Wanlin M, Nienhaus A. Costs of tuberculosis disease in the European Union: a systematic analysis and cost calculation. *Eur Respir J*. 2014 Feb;43(2):554-65.

Informacje na temat strategii ECDC to krótkie dokumenty zwracające uwagę na konkretny problem w zakresie zdrowia publicznego i zawierające propozycje oparte na dowodach koncepcji rozwiązania tych problemów do rozważenia przez decydentów i osoby mające wpływ na podejmowanie decyzji na poziomie europejskim, krajowym i regionalnym.

Wraz z plikiem PDF publikowane są pliki projektowe, aby umożliwić dostosowanie dokumentu do użytku na poziomie krajowym, na przykład poprzez przetłumaczenie tekstu na inne języki.

Rysunek na okładce: Eric Bridiers, US Mission Geneva. Creative Commons (CC BY 2.0).

Europejskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób. Interwencje w narażonych grupach kluczem do wyeliminowania gruźlicy w Europie Sztokholm: ECDC; 2016.

Numer katalogowy: TQ-01-16-265-PL-N  
ISBN: 978-92-9193-860-5  
DOI: 10.2900/43436

© Europejskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób, 2016 r.  
Powielanie dozwolone pod warunkiem wskazania źródła.