

PL

PL

PL



KOMISJA WSPÓLNOT EUROPEJSKICH

Bruksela, dnia 15.5.2009
KOM(2009) 228 wersja ostateczna

SPRAWOZDANIE KOMISJI DLA RADY I PARLAMENTU EUROPEJSKIEGO

z funkcjonowania systemu wczesnego ostrzegania i reagowania (EWRS) działającego w ramach wspólnotowej sieci nadzoru i kontroli epidemiologicznej chorób zakaźnych w latach 2006–2007 (decyzja 2000/57/WE)

(Tekst mający znaczenie dla EOG)

SPIS TREŚCI

1.	Wprowadzenie.....	3
2.	Zdarzenia zgłoszone w 2006 r.....	3
3.	Najważniejsze zdarzenia zgłoszone w 2006 r. – reakcja i działania następne	3
3.1.	Chikungunya na Reunionie	3
3.2.	Odra.....	4
3.3.	Gorączka Lassa	4
3.4.	<i>Clostridium difficile</i> 027	4
3.5.	Ptasia grypa u ludzi	5
4.	Zdarzenia zgłoszone w 2007 r.....	5
5.	Najważniejsze zdarzenia zgłoszone w 2007 r. – reakcja i działania następne	6
5.1.	Gruźlica	6
5.2.	Chikungunya we Włoszech.....	6
5.3.	Odra w Belgii	7
5.4.	Legioneloza	7
6.	Ocena zgłoszeń pod kątem kryteriów zgłaszania.....	7
7.	Nowe międzynarodowe przepisy zdrowotne (IHR).....	9
8.	Przekazanie EWRS Europejskiemu Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób ..	10
9.	Wnioski	10

1. WPROWADZENIE

Niniejsze sprawozdanie ma na celu przedstawienie Radzie i Parlamentowi informacji na temat zdarzeń związanych z wystąpieniem chorób zakaźnych o znaczeniu Wspólnoty, zgłoszonych w latach 2006 i 2007 poprzez system wczesnego ostrzegania i reagowania zgodnie z decyzją 2119/98/WE¹ Rady i Parlamentu oraz decyzją Komisji 2000/57/WE.

2. ZDARZENIA ZGŁOSZONE W 2006 R.

W roku 2006 zgłoszono łącznie 138 komunikatów (2,6 na tydzień) zawierających 223 komentarze. Na 138 zgłoszonych komunikatów złożyło się: 37 komunikatów informacyjnych, 47 komunikatów poziomu aktywacji 1, 22 komunikaty poziomu aktywacji 2 oraz dwa komunikaty poziomu aktywacji 3. Spośród trzydziestu komunikatów zamieszczonych w odpowiedzi na zaistniałe zdarzenia szesnaście dotyczyło przyjęcia środków, dziewięć – koordynacji środków, zaś pięć – środków zamierzonych lub planowanych. Podział komunikatów według państwa lub regionu wystąpienia przedstawia się następująco: Niemcy (zgłoszono 10 zdarzeń), Francja (8), Włochy, Hiszpania, Szwecja i Dania (po 7), Zjednoczone Królestwo i Austria (6), Belgia i Słowenia (5), Łotwa i Izrael (4), Polska, Litwa i Turcja (3), Portugalia, Estonia, Grecja, Niderlandy, Norwegia i Sierra Leone (2) oraz Węgry, Republika Czeska, Słowacja, Rumunia, Wyspy Owcze (Dania), Reunion (francuskie terytorium zamorskie), Święta Helena (Zjednoczone Królestwo), Chorwacja, Federacja Rosyjska, Mauretania, Egipt, Tunezja, Irak, Indie i Tajlandia (po jednym zdarzeniu). Siedem zdarzeń obejmowało więcej niż jedno państwo UE, a dwa – więcej niż jedno państwo poza UE. W przypadku czterech zdarzeń nie można było ustalić pochodzenia geograficznego. 48 komunikatów, dotyczących 16 zdarzeń, zgłoszono kanałem selektywnej wymiany informacji.

43 zdarzenia dotyczyły grypy; 18 – ostrej biegunki; osiem – biegunki i salmonelozy; siedem – odry; sześć – legionelozy; pięć – gruźlicy; po dwa – cholery, zgonu z niewyjaśnionej przyczyny, gorączki, zatrucia pokarmowego, gorączki krwotocznej, zapalenia wątroby, zespołu hemolityczno-mocznicowego, świnki oraz wariantu choroby Creutzfelda-Jakoba (vCJD); a po jednym – kampylobakteriozy, leptospirozy, listeriozy, sepsy, czerwonki bakteryjnej (szigelozy), zakażenia tkanek miękkich, zakażenia przenoszonego drogą płciową oraz duru brzuszego. Osiem komunikatów zaklasyfikowano do kategorii „nie dotyczy”, a pięć – do kategorii „nieokreślone”.

3. NAJWAŻNIEJSZE ZDARZENIA ZGŁOSZONE W 2006 R. – REAKCJA I DZIAŁANIA NASTĘPCZE

3.1. Chikungunya na Reunionie

W lutym 2006 r. Francja zgłosiła wystąpienie dużego ogniska wirusa Chikungunya w zamorskim departamencie Reunion. Wirus szybko rozprzestrzenił się na inne wyspy Oceanu Indyjskiego, w rezultacie docierając do Indii. W celu umożliwienia państwom członkowskim odpowiedniego podwyższenia stanu gotowości Europejskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC) przeprowadziło

¹ Dz.U. L 268 z 3.10.1998, s. 1.

ocenę ryzyka pojawienia się wirusa Chikungunya na obszarze UE. Opracowano i przekazano do państw członkowskich informacje na temat ryzyka, przeznaczone dla podróżnych udających do obszarów dotkniętych i powracających z nich. Zajęto się także kwestią ryzyka związanego z przyjazdem dawców krwi z obszarów dotkniętych, ostrzegając organy publicznej opieki zdrowotnej odpowiedzialne za bezpieczeństwo krwi, tak by miały one możliwość odpowiedniego wykluczenia takich dawców.

3.2. Odra

W marcu 2006 r. Niemcy zgłosiły wystąpienie regionalnych ognisk odry w południowej i zachodniej części kraju. W aglomeracji Stuttgartu stwierdzono 58 przypadków tej choroby, a w kraju związkowym Nadrenia Północna-Westfalia – 149 przypadków. Dodatkowe badania ujawniły 1 018 przypadków, które w okresie od 1 stycznia do 3 maja 2006 r. zostały zgłoszone organom służby zdrowia w Nadrenii Północnej-Westfalii; wśród chorych przeważały dzieci starsze i młodzież. W związku z powyższymi zdarzeniami organy publicznej służby zdrowia podjęły konkretne działania, takie jak: poinformowanie wszystkich lokalnych organów służby zdrowia, intensyfikacja szczepień ochronnych, kampanie informacyjne skierowane do szkół, przedszkoli, rodziców i lekarzy pierwszego kontaktu.

3.3. Gorączka Lassa

W dniu 21 lipca 2006 r. Niemcy zgłosiły jeden przypadek gorączki Lassa. Chory przyjechał do Frankfurtu z Freetown w Sierra Leone, przez Abidżan (Wybrzeże Kości Słoniowej) i Brukselę. W trakcie podróży samolotem u chorego wystąpiły mdłości; chory korzystał z uszkodzonego cewnika urologicznego, z którego mocz wyciekł na fotel lotniczy, koce i odzież chorego. Wprawdzie według ECDC poziom ryzyka dla pozostałych podróżnych był niski, postanowiono, że w odniesieniu do osób uznanych za zagrożone zastosowane zostaną procedury ustalania kontaktów. Ustanowiono mechanizm koordynacyjny obejmujący Komisję Europejską, ECDC, Instytut Roberta Kocha (RKI), belgijskie organy publicznej służby zdrowia, linie lotnicze Sabena i WHO. Błyskawicznie udostępniono zestaw narzędzi i dokumentów. Ustalono 92 osoby, z tego 43 z państw członkowskich UE (Belgii, Niemiec, Włoch, Polski, Zjednoczonego Królestwa, Francji i Hiszpanii). Do każdego z tych państw przesłano wykaz osób, które miały zostać odszukane przy pomocy dostępnego w ramach systemu wczesnego ostrzegania i reagowania (EWRS) narzędzia selektywnej wymiany informacji. Uzgodniono opracowanie spójnego komunikatu prasowego do ewentualnego wykorzystania przez państwa członkowskie, które uznałyby za wskazane poinformowanie opinii publicznej. Mimo że nie stwierdzono dalszych przypadków choroby, zdarzenie dowiodło znaczenia mechanizmu koordynacyjnego i pozwoliło ustalić dodatkowe potrzeby w zakresie reagowania na podobne przypadki w przyszłości.

3.4. *Clostridium difficile* 027

W dniu 28 kwietnia 2006 r. Francja zgłosiła pierwsze skupisko choroby powodowanej przez bakterię *Clostridium difficile* o toksynotypie III, PCR-rybotypie 027, stwierdzone w jednym ze szpitali w północnej części kraju. W zgłoszeniu zwrócono uwagę na podobieństwo skupiska ze szczepami epidemicznymi wyizolowanymi z ognisk cechującej się ostrym przebiegiem choroby powodowanej przez *Clostridium difficile*, które wystąpiły wcześniej w innych krajach. PCR-rybotyp 027 *Clostridium difficile*, stwierdzony po raz pierwszy w Kanadzie i Stanach Zjednoczonych w 2003 r., był odpowiedzialny za szpitalne ogniska, jakie wystąpiły

w 2004 r. Zjednoczonym Królestwie oraz w 2005 r. w Belgii i Niderlandach. W przypadku Francji w dniu 21 marca 2006 r. zespół ds. kontroli zakażeń zastosował środki zwalczania, dzięki czemu począwszy od 11 kwietnia 2006 r. nie wystąpił żaden nowy przypadek. Doświadczenia zebrane przez Francję na poziomie krajowym zostały przekazane innym państwom członkowskim; omówiono stosowne warianty reagowania. Od 2006 r. *Clostridium difficile* 027 wyizolowano także w Polsce, Luksemburgu i Danii.

3.5. Ptasia grypa u ludzi

Z Turcji napłynęły liczne zgłoszenia w związku z przeniesieniem wirusa grypy H5N1 na człowieka. Regularnie aktualizowano informacje na temat sytuacji epidemiologicznej, na wypadek ewentualnego rozprzestrzenienia się wirusa na inne obszary geograficzne. *Wprawdzie liczba zgłoszeń związanych z ptasią gripą była większa niż innych zgłoszeń (43 komunikaty, tj. 31,1 %), większość informacji dotyczyła przypadków stwierdzenia wirusa u ptaków na terenie UE oraz działań podejmowanych na poziomie krajowym w zakresie informowania podróżnych o obszarach dotkniętych.*

4. ZDARZENIA ZGŁOSZONE W 2007 R.

W roku 2007 zgłoszono łącznie 85 komunikatów (1,6 na tydzień) zawierających 300 komentarzy. Na 85 komunikatów złożyło się: 26 komunikatów informacyjnych, 32 komunikaty poziomu aktywacji 1, trzy komunikaty poziomu aktywacji 2 oraz jeden komunikat poziomu aktywacji 3. 23 komunikaty dotyczyły środków podejmowanych w odpowiedzi na konkretne sytuacje (12 komunikatów na temat przyjętych środków, osiem na temat koordynacji środków oraz trzy na temat planowanych środków). Rozmieszczenie geograficzne incydentów przedstawia się następująco: Włochy (9); Zjednoczone Królestwo (8); Indie (6); Hiszpania, Niemcy, Irlandia i Węgry (po 4); Francja, Szwecja, Portugalia, Polska, Estonia, Wietnam, Republika Czeska, Kanada, Malta oraz Bułgaria (2); Dania, Belgia, Litwa, Turcja, Łotwa, Norwegia, Egipt, Finlandia, Tajlandia, Rumunia, Republika Dominikańska, Nigeria, Luksemburg, Chiny oraz Uganda (po jednym). Cztery zdarzenia obejmowały więcej niż jedno państwo UE, a jedno – więcej niż jedno państwo europejskie spoza UE. W przypadku jednego zdarzenia nie można było ustalić pochodzenia geograficznego. 159 komunikatów, dotyczących 14 zdarzeń, zgłoszono kanałem selektywnej wymiany informacji.

Dziesięć zdarzeń dotyczyło gruźlicy i grypy; siedem – legionelozy; pięć – biegunki i salmonelozy; cztery – cholery i odry; trzy – ostrej biegunki; dwa – gorączki, zatrucia pokarmowego, gorączki krwotocznej oraz gruźlicy wielolekoopornej; oraz po jednym: kryptosporidiozy, zapalenia krtani, melioidozy, zapalenia opon mózgowych, świnki, zapalenia płuc, wścieklizny, sepsy, czerwonej bakterijnej (szigelozy), kiły, włośnicy oraz wariantu choroby Creutzfelda-Jakoba (vCJD). Szesnaście komunikatów zaklasyfikowano do kategorii „nie dotyczy”, a jeden – do kategorii „nieokreślone”.

5. NAJWAŻNIEJSZE ZDARZENIA ZGŁOSZONE W 2007 R. – REAKCJA I DZIAŁANIA NASTĘPCZE

5.1. Gruźlica

W 2007 r. zgłoszono dziesięć zdarzeń dotyczących gruźlicy. Cztery z miały związek z podróżą samolotem trwającą powyżej ośmiu godzin (Francja, Włochy (2) i Niemcy). Jedno zdarzenie dotyczyło osoby pracującej w przedszkolu, do którego uczęszczały dzieci z różnych państw UE (Luksemburg). Jeden incydent dotyczył chorego będącego uczestnikiem letniego kursu w międzynarodowym kolegium (Włochy). Dwa zdarzenia związane były z przypadkami gruźlicy wielolekoopornej (MDR-TB) u osób podróżujących autobusem (Szwecja i Francja). Dwa incydenty związane były z krótką podróżą samolotem: w jednym przypadku stwierdzono MDR-TB (Malta), w drugim – gruźlicę szczególnie lekooporną (postać XDR-TB) (Islandia).

Odnotowano ponadto przypadek XDR-TB u podróżującego po Europie obywatela Stanów Zjednoczonych, zgłoszony przez włoskie organy służby zdrowia w dniu 25 maja. Chory był pasażerem lotu długodystansowego z Atlanty (Stany Zjednoczone) do Paryża (Francja). W drodze powrotnej chory udał się czeskimi liniami lotniczymi z Pragi do Montrealu (Kanada), skąd samochodem przejechał do Stanów Zjednoczonych. W marcu rozpoznano u niego gruźlicę, oraz poinformowano go, jeszcze w Europie, że jego przypadek cechuje szczególna lekooporność. ECDC sporządziła ocenę zagrożenia, w której stwierdziła, że stopień zakaźności w przypadku tego chorego jest bardzo niski oraz że nie ma dowodów świadczących o większej zdolności przenoszenia się XDR-TB w stosunku do nielekoopornej postaci gruźlicy. Zważywszy jednak na to, jak poważną chorobą jest gruźlica typu XDR-TB, ECDC zaleciła jako środek ostrożności objęcie obydwu lotów transatlantyckich (powyżej ośmiu godzin) wytycznymi WHO dotyczącymi gruźlicy w kontekście podróży samolotem (Tuberculosis and Air Travel). Komisja przewodniczyła serii spotkań koordynacyjnych z przedstawicielami zainteresowanych państw członkowskich, ECDC, WHO, Stanów Zjednoczonych, Kanady oraz przedstawicielstw Komisji w Stanach Zjednoczonych i Kanadzie, w wyniku których zostały wdrożone skoordynowane środki w zakresie ustalania kontaktów. Zważywszy na bardzo duże zainteresowanie mediów uzgodniono treść oświadczenia prasowego. Zdarzenie zwróciło uwagę na konieczność wzmocnienia istniejących mechanizmów w zakresie ustalania kontaktów oraz, w razie potrzeby, przyjęcia stanowiska wspólnego z mediami.

Ocena pozostałych zdarzeń zwróciła uwagę na następujące problemy: (i) kwestie ochrony danych; (ii) potencjał opracowania unijnych wykazów osób objętych zakazem wstępu na pokład samolotu (rejestrów „no fly”); (iii) odpowiedzialność linii lotniczych i biur podróży w zakresie gromadzenia, udostępniania i przechowywania danych osobowych podróżnych do celów realizacji takich działań publicznej służby zdrowia, jak ustalanie kontaktów; (iv) przekazywanie informacji o podróżnych krajowym organom służby zdrowia zgodnie z wytycznymi WHO; oraz (v) ustalanie kontaktów jedynie w przypadkach MDR/XDR-TB.

5.2. Chikungunya we Włoszech

Ognisko wirusa Chikungunya zostało stwierdzone przez włoski organ publicznej służby zdrowia w regionie Rawenny, który zgłosił zdarzenie w dniu 30 sierpnia 2007 r. Do chwili zgłoszenia odnotowano 131 przypadków, a krzywa epidemiczna wykazywała tendencję spadkową. Jest to pierwszy w historii przypadek lokalnego

przeniesienia wirusa Chikungunya we Włoszech i Europie. Wystąpienie ogniska miało związek z osobą, która wróciła z pobytu w Indiach. Do lokalnego przeniesienia wirusa doszło w wyniku obecności w regionie komara gatunku *Aedes albopictus*. W wyniku błyskawicznej reakcji włoskiego organu służby zdrowia ognisko zostało szybko zlikwidowane. System EWRS umożliwił szybkie przekazanie informacji, a Komisja, wspólnie z ECDC, pomogła państwom członkowskim w podniesieniu poziomu gotowości, usprawnieniu systemów wczesnego ostrzegania i nadzoru, zwiększeniu zdolności diagnozowania wirusa Chikungunya, wprowadzeniu ukierunkowanych środków w zakresie bezpieczeństwa krwi oraz zintensyfikowaniu kontroli przywożonych towarów, takich jak dracena Sandera i używane opony (za pośrednictwem których mogą zostać zawleczone wektory).

5.3. Odra w Belgii

W dniu 30 października 2007 r. Belgia zgłosiła ognisko obejmujące 22 przypadki odry w ortodoksyjnej gminie żydowskiej w Antwerpii. Przypadkiem wskaźnikowym był siedemnastoletni amerykański uczeń, uczęszczający do szkoły w Londynie, a w Antwerpii przebywający w odwiedzinach u krewnych. Poprzednie przypadki odry w ultraortodoksyjnych gminach żydowskich odnotowano w Zjednoczonym Królestwie i Izraelu (wirus zawleczony ze Zjednoczonego Królestwa). U przyczyn ogniska leżało prawdopodobnie niedostateczne stosowanie szczepień przeciw odrze w ultraortodoksyjnej gminie żydowskiej. Belgia bardzo szybko przekazała informacje na temat ogniska, które następnie zostały rozpowszechnione. Należy zwrócić uwagę na duże znaczenie bliskiej współpracy z European Jewish Council, umożliwiającej dotarcie do narażonej grupy w tych społecznościach w Unii Europejskiej, które zazwyczaj cechuje niska świadomość zagrożeń związanych z brakiem szczepień ochronnych.

5.4. Legioneloza

W styczniu z punktów kontaktowych EWRS w Szwecji, Finlandii i Norwegii napłynęły zgłoszenia dotyczące czterech przypadków choroby legionistów (legionelozy), którą rozpoznano u osób zakwaterowanych w jednym z hoteli w mieście Phuket (Tajlandia). Wszystkie przypadki zgłoszono europejskiej grupie roboczej ds. zakażeń pałeczkami *Legionella* (European Working Group for Legionella Infections – EWGLI). Opublikowano oświadczenie prasowe na temat środków, które przyjęto w Finlandii. Placówki w państwach nordyckich ściśle współpracowały z EWGLI oraz organizatorami wyjazdu, którzy powiadomili właściwy organ lokalny w celu zidentyfikowania źródła zakażenia i objęcia go działaniami pozwalającymi zapobiec kolejnym przypadkom. Błyskawicznie zastosowano procedurę ustalania kontaktów – zidentyfikowano 284 turystów z 11 państw członkowskich UE, z którymi w miarę możliwości nawiązano kontakt. Osoby, z którymi udało się skontaktować, zostały poinformowane o potencjalnym narażeniu i zalecono im, by w przypadku pojawienia się objawów właściwych dla legionelozy udały się do lekarza. Podobne kroki podjęto w związku z pojawieniem się legionelozy w jednym z bułgarskich hoteli w lipcu 2007 r.

6. OCENA ZGŁOSZEŃ POD KĄTEM KRYTERIÓW ZGŁASZANIA

Komisja zwróciła się do ECDC z prośbą o ocenę, czy zgłoszenia zdarzeń dokonane zgodnie z decyzją 2119/98/WE spełniały kryteria określone w załączniku I do decyzji 2000/57/WE. Ocena ta miała na celu dostarczenie Komisji i państwom

członkowskim dowodów naukowych pozwalających udoskonalić system zgłaszania stosowany na podstawie obowiązującego prawodawstwa UE w zakresie chorób zakaźnych oraz stworzyć podstawy do poprawy efektywności wykorzystania narzędzi informatycznych. Pełne sprawozdanie z oceny zostało przedstawione przez ECDC i omówione z państwami członkowskimi. Tekst sprawozdania jest udostępniany na prośbę zainteresowanych. Poniżej przedstawiono zestawienie najważniejszych danych liczbowych.

Trzech ekspertów z ramienia ECDC dokonało niezależnej analizy 195 zdarzeń (poziom aktywacji 1, 2 i 3), które zgłoszono przy pomocy systemu EWRS w okresie od maja 2004 r. do grudnia 2007 r. Każdy incydent poddano ocenie w celu ustalenia, czy spełnione są cztery kryteria wymienione w załączniku I² do decyzji 2000/57/WE.

Spośród 195 komunikatów w EWRS w przypadku 163 (83,6 %) stwierdzono zgodność z co najmniej jednym z czterech kryteriów wymienionych w załączniku I. Trzydzieści dwa (16,4 %) nie spełniały żadnego z kryteriów. W większości przypadków (104 – 53,3 %) spełnione było tylko jedno kryterium. W tabeli przedstawiono zestawienie zgłoszonych komunikatów w podziale według zgodności z kryteriami.

Typ komunikatu	Liczba komunikatów spełniających kryteria podane w załączniku I			Razem
	1	2	3	
Poziom aktywacji 1	8			141
	5	30	4	
Poziom aktywacji 2	1			48
	7	21		
Poziom aktywacji 3				6
	2	4		
Razem	1			195
	0			
	4	55	4	

² Zdarzenie podlega zgłoszeniu w ramach systemu wczesnego ostrzegania i reagowania (EWRS) w przypadku spełnienia co najmniej jednego z następujących kryteriów:

1. Wybuch chorób zakaźnych obejmujący więcej niż jedno państwo członkowskie Wspólnoty.
2. Koncentracja w przestrzeni lub czasie przypadków choroby podobnego rodzaju, jeśli możliwą przyczyną są czynniki chorobotwórcze i występuje ryzyko jej rozprzestrzeniania się między państwami członkowskimi we Wspólnocie.
3. Koncentracja w przestrzeni lub czasie przypadków podobnego rodzaju poza obszarem Wspólnoty, jeśli możliwą przyczyną są czynniki chorobotwórcze i występuje ryzyko jej rozprzestrzeniania się na terytorium Wspólnoty.
4. Pojawienie lub wyłonienie się choroby zakaźnej lub czynnika chorobotwórczego, którego powstrzymanie może wymagać podjęcia w porę skoordynowanego działania wspólnotowego.

Spośród 195 zgłoszonych komunikatów pierwsze kryterium spełnione było w przypadku jedenastu (5,6 %), drugie kryterium – w przypadku 87 (44,6 %), trzecie – w przypadku 36 (18,5 %), a czwarte – w przypadku 92 komunikatów (47,1 %).

Najczęściej zgłoszenia miały następujące cztery przyczyny: 66 komunikatów (33,8 %) zgłoszono z uwagi na czynniki wskazujące na potencjał transgranicznego rozprzestrzenienia; 35 komunikatów (17,9 %) miało na celu ustalenie, czy powiązane epidemiologicznie przypadki danej choroby wykryto lub zgłoszono w ostatnim czasie w innym kraju; 26 komunikatów (13,3 %) zgłoszono w celu ustalenia, czy jako źródło ogniska podejrzewa się produkt spożywczy lub inne produkty, przywiezione z innych krajów lub wywiezione do innych krajów; wreszcie 23 komunikaty (11,8 %) wynikały z tego, że dane zdarzenie wzbudziło lub mogło wzbudzić duże zainteresowanie międzynarodowych mediów/zainteresowanie polityczne.

Stopień zgodności z kryteriami zgłaszania określonymi w decyzji 2000/57/WE wydaje się być wysoki, jakkolwiek wciąż pozostaje duże pole do udoskonalień. Przeprowadzona ocena wykazała, że pod pewnymi względami trudno jest określić, czy zgłoszenia spełniały kryteria EWRS wyłącznie w oparciu o informacje zawarte w komunikacie głównym. Dwa najważniejsze kryteria związane z procesem zgłaszania to koncentracja w przestrzeni lub czasie przypadków choroby obarczonej ryzykiem rozprzestrzeniania się między państwami członkowskimi Wspólnoty (kryterium 2) oraz pojawienie się choroby, której powstrzymanie może wymagać podjęcia w porę skoordynowanego działania wspólnotowego (kryterium 4). Interesujące jest również to, że jedną z głównych przyczyn zgłoszeń jest potencjalne zainteresowanie polityczne lub medialne, jakie może wzbudzić dane zdarzenie. Konieczna będzie dalsza analiza tendencji zgłoszonego incydentu (nie tylko komunikatów) w czasie, w celu uzyskania szczegółowych informacji na temat postępów we wdrażaniu procesu zgłaszania komunikatów oraz określenia opcji, w oparciu o które Komisja i państwa członkowskie mogą ten proces usprawnić. Dalsza ocena zdarzeń, których nie zgłoszono w ramach systemu EWRS, będzie mieć zasadnicze znaczenie dla uzyskania pełnego obrazu i oceny zgodności z decyzją Rady i Parlamentu 2119/98/WE oraz decyzją Komisji 2000/57/WE.

7. NOWE MIĘDZYNARODOWE PRZEPISY ZDROWOTNE (IHR)

W dniu 22 maja 2005 r. Światowe Zgromadzenie Zdrowia przyjęło międzynarodowe przepisy zdrowotne (IHR), które weszły w życie dnia 15 czerwca 2007 r. W celu dostosowania obowiązującego prawodawstwa UE w dziedzinie chorób zakaźnych do nowych przepisów IHR wprowadzono zmiany w załącznikach do decyzji 2119/98/WE, 2000/96/WE oraz 2000/57/WE. W szczególności wprowadzony został obowiązek zgłaszania przy pomocy systemu EWRS wszystkich zdarzeń związanych z chorobami zakaźnymi zgłoszonymi WHO na podstawie przepisów IHR (decyzja z dnia 28 kwietnia 2008 r. zmieniająca decyzję 2000/57/WE). W celu zapewnienia spójności zgłoszeń do sieci wspólnotowej i zgłoszeń do WHO dokonywanych przez państwa członkowskie zgodnie z nowymi przepisami IHR, w EWRS wprowadzono nową funkcję pozwalającą informować WHO o zdarzeniach zgłaszanych na podstawie decyzji 2119/98/WE.

W celu spełnienia wyrażonej przez państwa członkowskie potrzeby utworzenia forum dyskusyjnego w zakresie koordynowania praktycznych aspektów wdrażania przepisów IHR Komisja powołała niezależną od punktów kontaktowych EWRS

grupę krajowych centrów koordynacyjnych IHR w Unii Europejskiej, których pierwsze posiedzenie odbyło się w dniu 31 maja 2007 r. w Sztokholmie. Większość państw członkowskich (23 z 27), Norwegia i Islandia jako krajowe centra koordynacyjne IHR wyznaczyły placówki pełniące już rolę punktów kontaktowych EWRS. Obradom grupy przewodniczy dwukrotnie w ciągu roku Komisja. W posiedzeniach udział bierze także WHO, dzięki czemu istnieje możliwość przeglądu zdarzeń zgłoszonych poprzez EWRS oraz omówienia ich znaczenia dla zgłoszeń w ramach IHR. Komisja planuje opracowanie dodatkowych rozwiązań ulepszających proces dokonywania zgłoszeń w ramach IHR, które mają być blisko związane z funkcjonującymi już w UE elektronicznymi systemami zgłaszania oraz zostaną w pełni zaakceptowane przez WHO.

8. PRZEKAZANIE EWRS EUROPEJSKIEMU CENTRUM DS. ZAPOBIEGANIA I KONTROLI CHORÓB

Na mocy rozporządzeń ustanawiających Europejskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób ECDC pełni od 17 listopada 2007 r. rolę podmiotu zarządzającego systemu EWRS. Podobnie jak i w przeszłości odpowiedzialność za pozostałe aspekty, między innymi za zatwierdzanie użytkowników, spoczywa na Komisji. Punkty kontaktowe EWRS w państwach członkowskich w dalszym ciągu wyznacza się formalnie poprzez złożenie na ręce Komisji za pośrednictwem Stałych Przedstawicielstw wniosku o wyznaczenie i udzielenie dostępu.

Obecnie stosowana aplikacja EWRS nie różni się niczym od poprzedniej, dzięki czemu korzystanie z systemu wygląda jednakowo, z wyjątkiem haseł i identyfikatorów użytkownika, co ma związek z nową polityką zarządzania hasłami wprowadzoną w celu zwiększenia bezpieczeństwa systemu (nową aplikację można obsługiwać zdalnie poprzez Internet). Nowa aplikacja dostępna jest od 17 listopada 2007 r. pod adresem: <https://ewrs.ecdc.europa.eu>.

9. WNIOSKI

Dane liczbowe za lata 2006 i 2007 potwierdzają tendencje, jakie zarysowały się w latach poprzednich. Pod względem liczby i typu zgłoszenia były porównywalne do zgłoszeń z lat 2004 i 2005. Większość komunikatów przekazanych w ramach systemu EWRS stanowiły komunikaty „informacyjne”. Całkowita liczba komunikatów zgłoszonych w roku 2007 była niższa niż w 2006 r. Ma to najprawdopodobniej związek nie tyle ze zmianą w procesie dokonywania zgłoszeń, ile z tym, że w 2006 r. napłynęło więcej zgłoszeń dotyczących przypadków ptasiej grypy. Planuje się ponadto przeprowadzić dodatkową analizę komunikatów, jakie zgłoszono od czasu uruchomienia narzędzia informatycznego EWRS (1999 r.). Powinna ona pozwolić uzyskać dodatkowe informacje na temat tendencji wykorzystania EWRS w czasie, będzie ona ponadto mieć zasadnicze znaczenie pod względem usprawnienia korzystania z systemu poprzez przesunięcie punktu ciężkości z oceny na kwestie zarządzania.

Podobnie jak w minionych latach jedynie ograniczona liczba zdarzeń zgłoszonych w latach 2006 i 2007 wymagała koordynacji w skali całej Wspólnoty. W niniejszym sprawozdaniu skupiono się na zdarzeniach, na które w taki sposób reagowano na różnych poziomach, oraz które ukazały pewne konkretne obszary wymagające większej uwagi.

Ognisko wirusa Chikungunya we Włoszech zwróciło uwagę na potencjalną rolę zmiany klimatu w modyfikacji epidemiologii chorób przenoszonych przez wektory w UE oraz na potrzebę regionalnego podejścia do monitorowania i reagowania na takie choroby (np. wirus Zachodniego Nilu). Jego wystąpienie dowiodło w szczególności, że choroba, której nigdy wcześniej nie stwierdzono na obszarze UE, może wystawić na próbę zdolność do reagowania i koordynacji na poziomie wspólnotowym.

Nagły wzrost liczby przypadków odry w różnych państwach członkowskich uzmysławia, jak ważne jest skoordynowane podejście w zakresie osiągnięcia i utrzymania dużego zasięgu szczepień ochronnych w całej Europie, pod kątem wyeliminowania tej choroby do 2010 r.

W kilku przypadkach zastosowano procedury wykrywania kontaktów. Ich wyniki ukazały, że, jakkolwiek procedury koordynacji realizowano bezzwłocznie, pozostaje jeszcze usprawnić mechanizmy, by umożliwić jak najszybsze dotarcie do poszukiwanych osób przy jednoczesnym przestrzeganiu obowiązujących przepisów w zakresie ochrony danych osobowych. Wciąż nie wyeliminowano głównych trudności w zakresie uzyskiwania danych od przewoźników lotniczych.

W pewnych przypadkach konieczne było uzgodnienie komunikatów prasowych przeznaczonych dla szerokiego grona odbiorców. Szczególnie użyteczną rolę pod względem ustalenia stanowiska wspólnego z mediami odegrały spotkania koordynacyjne organów EWRS w państwach członkowskich. Nie ulegało przy tym jednak wątpliwości, że dla wypracowania lepiej zorganizowanej formy reagowania niezbędne są dalsze działania.

Komisja i państwa członkowskie, przy wsparciu ze strony ECDC, błyskawicznie dostosowały się do wyzwania, jakie stanowiły nowe przepisy IHR. Wprowadzono już stosowne zmiany w obowiązującym prawodawstwie w zakresie chorób zakaźnych, a w 2010 r. przedstawiony zostanie wniosek dotyczący pakietu instrumentów prawnych obejmujących zagrożenia dla zdrowia wynikające z chorób niezakaźnych. W najbliższym czasie zaproponowane zostaną także szczegółowe instrumenty zwiększające możliwości wykrywania kontaktów w ramach realizacji celów zdrowia publicznego. W koniecznych przypadkach zastosowano mechanizmy pozwalające uwzględnić globalny wymiar zdarzeń zgłaszanych spoza UE, lecz o potencjalnym wpływie na poziomie wspólnotowym, w celu ułatwienia i usprawnienia zarządzania takimi zdarzeniami przy wykorzystaniu dostępnych zasobów, takich jak skoordynowany obecnie przez ECDC w ścisłej współpracy z WHO europejski program szkoleń w zakresie epidemiologii interwencyjnej (EPIET).

Planuje się także gruntowną modernizację aplikacji informatycznej EWRS w celu zapewnienia zgodności z nowymi platformami komunikacyjnymi, nad którymi pracują obecnie Komisja i ECDC. W szczególności dzięki powiązaniu z platformą EPIS³ ECDC stworzone zostaną solidne podstawy do wymiany informacji epidemiologicznych dotyczących konkretnych zdarzeń. Narzędzia Komisji służące usprawnieniu przekazywania danych i informacji między państwami członkowskimi podczas stanów kryzysowych pomogą zapewnić bezusterkowe działanie EWRS w przypadku transmisji znacznych ilości komunikatów.

Niezbędne wreszcie są pewne drobne modyfikacje funkcji „prostego wyszukiwania” (zamknięcie zdarzenia, treść komunikatu, zespół chorobowy/choroba, patogen, przyczyna zgłoszenia oraz kraj wystąpienia). Zostaną one wprowadzone w najbliższym czasie. Na potrzebę takich „drobnych” zmian zwrócono uwagę już w poprzednim sprawozdaniu, ale ich wprowadzenie nie było możliwe na etapie przekazywania EWRS.