

Informace o projektu REACT

Information on the REACT project

Jozef Dlhý

Skutečnost, že Evropská unie vnímá rizika infekčních onemocnění stále intenzivněji a hledá cesty k soustředěné a koordinované obraně proti jejich hrozbám, dosvědčuje řada aktivit, které jsou odvozeny od akčního programu Společenství v oblasti ochrany veřejného zdraví (dále „akční program“), jehož první část skočila v roce 2008. Dílčí cíle akčního programu byly řešeny mj. v rámci 329 projektů, na jejichž realizaci bylo vynaloženo 354 milionů Euro. Druhá část akčního programu, která je zaměřena na období let 2008–2013, počítá s tím, že na projekty v oblasti ochrany zdraví bude vynaloženo 321 milionů Euro s tím, že jejich zaměření bude orientováno na zlepšení bezpečnosti zdraví občanů EU, podporu zdraví (včetně redukce rozdílů) a vytváření resp. šíření informací ke zlepšení zdravotnického uvědomění.

Orgánem EU, který zabezpečuje logistiku a koordinaci v oblasti realizace akčního programu, je od roku 2005 Výkonná agentura pro zdraví a spotřebitele (Executive Agency of Health & Consumer Protection, EAHC). Podmínky realizace projektů EU lze najít na webové adrese:

<http://ec.europa.eu/eahc/health/projects.html>,

databáze projektů je na adrese

<http://ec.europa.eu/eahc/projects/database.html>.

Z projektů zaměřených na oblast ochrany proti hrozbám infekčních onemocnění, které jsou uvedeny ve zmiňované databázi, lze namátkově vzpomenout následující:

- **PHLaw Flu** – projekt Velké Británie zaměřený na oblast práva ve veřejném zdravotnictví, které podporuje připravenost na pandemii chřipky,
- **EURO MOMO** – projekt dánského Statens Serum Institute pro evropské monitorování excessu úmrtnost,
- **EURONHID** – německý projekt evropské sítě pro vysoce infekční nemoci,
- **SHIPSAN TRAINET** – řecký projekt sítě pro školení v oblasti sanitace lodí,
- **AIDS AND MOBILITY IN EUROPE, 2007-2010** – německý projekt zaměřený na AIDS a migraci,
- **CAPACITY BUILDING IN HIV/SYPHILIS** – italský projekt budování kapacit pro odhady prevalence HIV a syfilisu u homosexuálních mužů v jižní a východní Evropě,
- **REACT** – německý projekt zaměřený na reakci vůči objevujícím se hrozbám infekčních nemocí na základě vyhodnocení a vývoje klíčových kapacit a nástrojů.

V lednu 2009 byla zahájena praktická realizace posledně jmenovaného projektu Evropské unie pro oblast infekčních onemocnění, který nese název **REACT (Response to Emerging Infectious Diseases: Assessment and Development of Core Capacities and Tools)**.

Hlavním řešitelem projektu je německý Institut Roberta Kocha (dále jen „RKI“), konkrétně oddělení epidemiologie infekčních nemocí. Veškerá logistika je v gesci německé agentury GTZ (Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit). Vlastní management projektu, jehož vědeckým vedoucím je Dr. Gerard Krause (RKI), tvoří odborníci z RKI, polského Státního zdravotního ústavu (Panstwowy Zaklad Hygieny, dále je „PZH“) ve Varšavě, norského Státního zdravotního ústavu v Oslu a britské Health Protection Agency. Poradní sbor se skládá se zástupců asociovaných partnerů a expertů Evropské komise, ECDC a WHO/EURO. Dále jsou do projektu zapojeni: HOPE (European Hospital and Healthcare Federation), několik evropských institucí veřejného zdraví (včetně SZÚ Praha a KHS Královéhradeckého kraje), OSHA (Occupational Safety and Health Administration), EAHC (Executive Agency of Health & Consumer Protection), Mount Sinai Hospital Toronto, Transport Sector IATA (International Air Transport Association), UITP (International Association of Public Transport), ACI World (Airport Council International World), Deutsche Bahn, HTM Public Transport Company, The Hague BMVBS, German Federal Ministry of Transport, Building & Public Affairs a zástupci evropského projektu SHIPSAN.

Hlavními východisky projektu jsou zvyšující se pohyb osob a zboží uvnitř Evropy, nejednotnost stavu připravenosti a schopnosti reakce na hrozby pro veřejné zdraví v EU, odlišná úroveň odpovědi zemí EU na podobné hrozby veřejného zdraví a stále rostoucí potřeba evropské kooperace v oblasti prevence a koordinované odpovědi na hrozby infekčních nemocí.

Cílem projektu je soustředit se na ty specifické oblasti, ve kterých zatím chybí soulad v používání adekvátních postupů a nástrojů. Jedná se o vývoj nástrojů pro klíčové kapacity zvýšené surveillance během masových shromáždění (pracovní skupina č. 4), vývoj návrhu systému surveillance infekčních nemocí u zdravotnických pracovníků (pracovní skupina č. 5), vývoj nástrojů pro hlášení událostí relevantních požadavkům revidovaných Mezinárodních zdravotnických předpisů z lokální na národní úroveň (pracovní skupina č. 6) a systém shromažďování dostupných informací na základě šetření v odliš-

ném prostředí, se zvláštním zaměřením na pozemní a lodní dopravu (pracovní skupina č. 7).

První společná pracovní schůzka všech řešitelů projektu byla svolána do Berlína a proběhla ve dnech 22.–23. 1. 2009. Druhé kolo jednání bylo již rozděleno na specifické okruhy problémů, které řešily 4 samostatné pracovní skupiny v průběhu března a dubna na schůzkách konaných v Londýně a v norském Oslu. Další schůzky řešitelů projektu jsou plánovány na rok 2010 a 2011, kdy se předpokládá jeho ukončení.

Na obou pracovních schůzkách byl věnován veliký prostor především mechanismům fungování hlášení hrozeb veřejného zdraví podle pravidel revidovaných Mezinárodních zdravotnických předpisů z roku 2005 (dále jen „MZP“). V příloze číslo 1 MZP jsou uvedeny požadavky na kapacity členských států EU, které je nutno vybudovat nejdéle do roku 2012. Výchozím předpokladem je, že na lokální úrovni veřejného zdravotnictví musí existovat kapacity pro detekci a šetření hrozeb a jejich nahlášení na vyšší úroveň. Úkolem pracovní skupiny pro tuto oblast bylo definovat nástroje, které by zabezpečovaly signalizaci hrozeb pro veřejné zdraví v podmínkách EU. Bylo upozorněno hlavně na to, že ve státech EU je velice rozdílná úroveň lokálních autorit veřejného zdravotnictví. V některých státech žádná lokální úroveň veřejného zdravotnictví neexistuje, častokrát zde praktici ani nevědí komu a co by hlásili na národní úroveň. Na tomto místě je nutno zamyslet se nad jedním významným momentem: **zatímco v České republice máme léty praxe prověřený, dobře fungující systém lokálních autorit veřejného zdravotnictví v podobě územních pracovišť KHS, řada států EU (ekonomicky vyspělé nevýmaje), začínají tyto lokální úrovně nyní, pod vlivem požadavků MZP, velice pracně budovat.**

Dále byly diskutovány aktivity, které proběhly v rámci úvodní pracovní části projektu REACT, která řeší problematiku šetření osob v kontaktu s přenosnými onemocněními. Byla provedena studie, zaměřená na pohyb pasažérů po Evropě v roce 2006, ovšem pouze v teritoriálním rozměru. Podrobněji se hovořilo o přehledu šetřených infekčních nemocí v souvislosti s veřejnou dopravou, který byl získán dotazníkovou metodou. Za ČR byl dotazník vyplněn Dr. Klikou z Hygienické stanice hlavního města Prahy.

Ve sdělení lékařského poradce IATA (International Air Transport Association), bylo konstatováno, že šetření kontaktů s infekčními onemocněními během letecké přepravy je starým nevyřešeným problémem, a to především proto, že není standardizováno. Důvodem je závislost na velkém počtu zúčastněných subjektů (pasažéři, cestovní agentury, aerolinie, různé autority veřejného zdravotnictví), a také skutečnost, že šetření musí respektovat rozdílné právní normy v různých zemích. Šetření kontaktů ve smyslu aktivit veřejného zdravotnictví se provádí jen v limitovaném počtu států. Co se týče současnosti, je v dané oblasti nutno považovat za hlavní úkol dosažení harmonizace, minimalizace času k získání přesných informací, minimalizace technických a finanč-

ních potíží a dodržování principu důvěrnosti informací. Do oblasti šetření kontaktů zasahují tři důležité momenty: požadavky MZP, existence pracovní skupiny pro dopravu a vyhledávací karty pasažéra (karta určená k vyhledávání pasažéra pro účely ochrany veřejného zdraví). IATA vytvořila pracovní skupinu pro kontaktní informace o pasažérech, která se zaměřuje na hledání trvalých možností v oblasti šetření kontaktů s infekčním onemocněním z řad leteckých pasažérů. Tato pracovní skupina potvrdila, že odpovědí na hledání systému pro oblast šetření kontaktů v letecké dopravě jsou elektronické prostředky. Pravdou však zůstává, že šetření kontaktů je primární odpovědností orgánů ochrany veřejného zdraví, které by měly být tím, kdo bude dávat hlavní impulsy pro rozvoj systémů shromažďování dat. Aerolinky mohou pouze nadále pomáhat s poskytováním dat, která mají (např. čísla sedadel). Prototyp systému byl již vytvořen, ovšem nebyl publikován. Již existuje systém PACOSS (Pandemic Countermeasure and Surveillance System), který představuje celosvětovou internetovou platformu s centrální databází, jejíž fungování závisí na celé řadě zúčastněných subjektů (zapojena je například WHO, která systém spolufinancuje), přičemž účast pasažéra je dobrovolná. V USA je provozován systém ESTA (Electronic System for Travel Authoritation), který je velice jednoduchý a povinný pro všechny pasažéry, kteří hodlají do USA cestovat v rámci programu Visa Waiver.

Dalším velice často diskutovaným problémem byly otázky spojené se surveillance během vzplanutí infekčních onemocnění mezi zdravotnickými pracovníky. Byly definovány indikátory těchto vzplanutí, ovšem v další části projektu je třeba odpovědět na otázku „jakou skupinu zdravotníků by měl systém surveillance primárně monitorovat“.

Diskusní příspěvky nemocniční epidemioložky Dr. Allison McGeer (Mount Sinai Hospital, Toronto) se dotýkaly především problému surveillance infekčních nemocí u zdravotníků, a to většinou formou rekapitulací nejdůležitějších událostí v souvislosti s výskytem SARS v Torontu (2003). Dr. McGeer přirovnala úsilí vynaložené na edukaci zdravotnických pracovníků v oblasti používání osobních ochranných prostředků k tomu, které bylo vynaloženo při stavbě známého odvodňovacího kanálu ve Winipegu. Tato 47 km dlouhá „Duffova strouha“ je v provozu 6 let a její výstavba stála 63 milionů dolarů. Na základě zkušeností s následky masivních záplav v roce 1950, které způsobily škody ve výši 125 milionů dolarů a exodus 80 tisíc lidí z města, bylo řečeno, že jediná věc je těžší nežli přesvědčit lidi aby se připravovali na živelné katastrofy, a to vysvětlit jim, proč nejsme připraveni, když se objeví. Tím byl uveden graf, který znázorňoval frekvenci případů SARS v Torontu v roce 2003 v závislosti na datu prvních příznaků a používání osobních ochranných pomůcek zdravotníky. Graf ukazoval, že frekvence sledovaných případů byla v nemocničním prostředí zásadně ovlivněna mírou dodržování protiepidemických opatření – s tím jak tato opatření přestala být respektována, došlo v torontských nemocnicích k opětovnému nárůstu počtu případů SARS mezi zdravotníky.

Zdravotníci pracovníci mají stále problémy porozumět otázkám epidemiologie a je někdy velice problematické předávat jim potřebné informace v reálném čase.

Řada účastníků schůzek hovořila o problému lokální implementace MZP s ohledem na zvýšenou surveillance infekčních nemocí během masových shromáždění. V některých státech EU spočívají důvody nízké senzitivity hlášení infekčních onemocnění během hromadných akcí v tom, že zdravotníci pracovníci častokrát ani nevědí o své povinnosti hlásit. V diskusi na dotaz „co je masové shromáždění“ s ohledem na počet účastníků, bylo odpovězeno, že WHO považuje za masové shromáždění akce s 1000 a více účastníky. Pokud jde o činnost WHO, existuje virtuální poradní skupina v rámci aktivit Global Outbreak Alert Response Network (zkratka GOARN), budují se kapacity GOARN pro laboratorní podporu během příštích masových shromáždění, jako například zimních Olympijských her ve Vancouveru (2010), světového poháru FIFA v jižní Africe (2010) či Expo 2010 v Šanghaji.

Je nutné vědět, že z infekčních onemocnění jsou během masových shromáždění nejčastěji hlášeny alimentární nákazy, v poslední době nabývá na významu problém spalniček a dalších vakcinací preventabilních nálezů. V úvahách o možném výskytu infekčních onemocnění je nutno zvážit tyto základní otázky:

- zda je událost spojena s masovým shromážděním,
- zda k události, která nemá rozměr masového shromáždění dochází v zemi často,
- zda je nezbytná surveillance v mezinárodním rozměru po ukončení události,
- jaké jsou charakteristiky události s ohledem na věk potenciálně exponovaných osob (příkladem různého věkového zastoupení bylo postižení legionelózou v Nizozemsku u starších osob ve srovnání s rockovými festivaly či protestními akcemi mladých lidí,
- jaké jsou možnosti detekce epidemie i s ohledem na infekční onemocnění s dlouhou inkubační dobou (například v anamnéze některých nemocných s VHA během loňské epidemie v ČR byla návštěva folkových festivalů či jiných hudebních akcí),
- jaké jsou charakteristiky události s ohledem na délku pobytu účastníků, pobyt ve venkovské oblasti, možnost nákazy původci zoonóz,
- možnost bioteroristického útoku (v EU doposud nebyl v oblasti infekčních agens zaregistrován nicméně uvažuje se o něm).

Podmínky konání masových shromáždění mohou být omezeny dvěma typy směrnic – kontrolními listy úřadů, ve kterých jsou stanoveny minimální požadavky a pokyny pro plánování událostí (například ty, které vycházejí z ustanovení WHO). Jednou z idejí projektu REACT je v části, která je věnována masovým shromážděním, zhodnocení existujících struktur, které lze využít pro školení a cvičení v oblasti surveillance infekčních onemocnění.

Zástupci Polska se opakovaně zmínili o přípravě zajištění šampionátu EURO 2012. První zápas bude odehrán 9. 6. 2012, akce potrvá do 1. 7. 2012 a zúčastní

se jí 16 týmů. Zápas se budou konat v 6–8 městech Polska a ve 4 městech na Ukrajině. Počítá s kapacitou stadionů od 33 000 do 55 000 diváků, v Polsku se odhaduje celková návštěvnost kolem 3 milionů fanoušků. Očekává se zvýšení nebezpečí poranění, traumat, následků požití alkoholu, snížení hygienických podmínek a možnost teroristických útoků. Epidemiologické workshopy v rámci příprav jsou plánovány společně s Ukrajinou. Bude zajištěno denní hlášení, všechna hlášení budou analyzována 24 hodin denně, bude stanovena povinnost hlásit bezodkladně, v operačním plánu jsou zakotvena opatření při epidemických vzplanutích. V krizovém centru budou mj. zastoupeni i veterináři. Denně budou aktualizovány informace o epidemiologických událostech v Polsku, na Ukrajině i v zemích původu týmů.

Zástupci německých přístavních zdravotnických oddělení informovali o tom, že v Německu působí pracovní skupina pobřežních oblastí, která řeší otázky hygienického zabezpečení na lodích. Jako negativní příklad byla připomenuta velká epidemie norovirové etiologie, která byla do jedné z německých nemocnic zavlečena námořníkem převezeným sanitou přímo z lodi. Velkým nedostatkem bylo velice nízké povědomí o infekčních nemocích a povinnostech s nimi spojenými u kapitána lodi. Dále bylo upozorněno na nebezpečí šíření infekcí na říčních lodích.

Reprezentanti veřejných dopravců z Nizozemska komentovali aktivity v rámci projektu RANDSTAD, který má za cíl pandemickou připravenost v přístavech Amsterdam, Rotterdam a Haag. Projekt řeší připravenost kolem 7 milionů obyvatel 4 provincií, které ročně navštíví asi 550 milionů turistů. Zmíněny byly aktivity managementu dopravních subjektů v návaznosti na fáze epidemie, jsou vypracovány algoritmy činnosti během epidemie, které jsou obsaženy v pandemických plánech. Dále jsou k dispozici analýzy možností firmy během epidemie vč. například zaměstnání externího personálu, pojištění a požadavků na transport během evakuace. Veřejná doprava je komplex velice rizikového prostředí. Každá firma provozující veřejnou dopravu by měla mít v souladu s lokálními a národními nastaveními k ochraně veřejného zdraví svůj plán pro případ epidemie.

V předběžném zhodnocení aktivit v rámci projektu REACT nutno zopakovat a zdůraznit především dva hlavní momenty:

1. Česká republika má léty praxe prověřený systém, umožňující zachycení událostí s potenciálem pro ohrožení veřejného zdraví. Hlavním pilířem tohoto systému je spolupráce mezi lékaři prvního kontaktu (praktiky a kliniky) a hygienickou službou na okresní úrovni, která vytváří předpoklady pro včasná a účinná opatření například v oblasti zamezení dalšího šíření infekčních onemocnění. Nehledě k tomu, že řada událostí v minulosti dostatečně prokázala opodstatněnost existence tohoto systému po stránce kvalitativní a kvantitativní, nutno zdůraznit další důležitý fakt: ve vztahu k povinnostem, které musí ČR plnit s ohledem na požadavky MZP, máme před řadou zemí EU ná-

skok. Domnívám, že by bylo velkou chybou tento systém měnit další redukcí počtu pracovníků hygienických stanic.

2. Praktické zkušenosti řady našich epidemiologů, hygieniků a laboratorních pracovníků hygienické služby by měly najít své uplatnění také v oblasti mezinárodních projektů zaměřených na ochranu veřejného zdraví. Ať už je naše vnímání EU v některých odborných oblastech více nebo méně skeptické, jedinou cestou jak ovlivňovat další vývoj v oblasti hygieny a epide-

miologie v evropských podmínkách, je aktivní zapojení se do iniciativ, které v dané sféře vznikají.

V Hradci Králové, 30. května 2009

*Zpracoval: Jozef Dlhý
KHS Královéhradeckého kraje
SZÚ Praha
Habrmanova 19
501 01 Hradec Králové
jozef.dlhy@khshk.cz*