



ECDC **CORPORATE**

Yfirlit yfir helstu rit gefin út árið

2010

ECDC CORPORATE

Yfirlit yfir helstu rit gefin út árið 2010



Dæmi um tilvísun: Sóttvarnarstofnun Evrópu. Yfirlit yfir helstu rit gefin út 2010. Stokkhólmur: ECDC; 2011.

Stokkhólmur, apríl 2011

© Sóttvarnarstofnun Evrópu (ECDC), 2011.

Fjölföldun er heimiluð, að því gefnu að heimilda sé getið.

Efnisyfirlit

Inngangur	v
Tækniskýrslur	1
1 Áhættumat fyrir Q hitasótt	1
2 Eftirlit og varúðarráðstafanir gegn lifrabólgu B og C í Evrópu	3
Leiðbeiningar Sóttvarnarstofnunar Evrópu (ECDC)	5
3 Stjórnun lyðheilsu fyrir óregluleg tilfelli af ágengum meniocccal sjúkdómi og þeim sem hafa komist í snertingu við sjúkdóminn	5
4 Eyðniþróf (HIV próf): auka upptöku og virkni innan Evrópusambandsins	7
Eftirlitsskýrslur	11
5 Berklaeftirlit 2008	11
6 Eftirlit með influensu í Evrópu 2008/09 – frá 40. viku / 2008 til 39. viku / 2009	13
7 Eftirlit með ágengum bakteríusjúkdómum í Evrópu 2007	14
8 Árleg farsóttarskýrsla smitsjúkdóma í Evrópu 2010 Þol gegn sýklalyfjum og spítalasykingar	16
9 Eftirlit í Evrópu með þoli gegn sýklalyfjum 2009	21
10 Eftirlit með eyðni (HIV/AIDS) í Evrópu 2009	23
Sérstakar skýrslur	25
11 Innleiðing Dublinar yfirlýsingarinnar um samstarf til að berjast gegn HIV/AIDS í Evrópu og mið-Asíu; Framvinduskýrsla 2010	25
12 Fuglaflensufaraldur A(H1N1) í Evrópu 2009 – Samantekt um reynsluna	28
13 Framfarir í átt að útrýmingu berkla - Eftirfylgni með rammaáætlun um aðgerðir gegn berklum innan Evrópusambandsins	30
Viðauki: Rit gefin út af Sóttvarnarstofnun Evrópu (ECDC) á árinu 2010	31
Tækniskýrslur	31
Leiðbeiningar Sóttvarnarstofnunar Evrópu (ECDC)	31
Eftirlitsskýrslur	31
Sérstakar skýrslur	32
Fundarskýrslur	32
Verkefnaskýrslur	32
Tækniskjöl	32
Fyrirtækisrit	33
Almennar útgáfur	33

Inngangur

Árið 2010 gaf Sóttvarnarstofnun Evrópu (ECDC) út alls 35 skjöl af vísindalegum toga. Meginatriðin eru eftirfarandi:

- *Árleg farstóttarfræðileg skýrsla um smitsjúkdóma í Evrópu árið 2010*, fjórða útgáfa af árlegri útgáfu ECDC sem felur í sér yfirgrípsmikla samantekt eftirlitsgagna frá 2008;
- *Berklæftirlitskerfi í Evrópu 2008 og HIV/AIDS eftirlit í Evrópu, sem bæði voru unnin í samstarfi við svæðisskrifstofu Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar í Evrópu, um ástandið í löndum Evrópusambandsins (ESB) og Evrópska efnahagssvæðisins (EES), auk þeirra 23 landa sem eru hluti af svæðisskrifstofu WHO í Evrópu;*
- *Innleiðing Dublinar yfirlýsingarinnar um samstarf til að berjast gegn HIV/AIDS í Evrópu og mið-Asíu; Framvinduskýrsla 2010, yfirlit yfir þann árangur sem hefur náðst fram til 2010, byggt á heimildum frá 49 ríkjum.*
- *Eftirlit með þoli gegn sýklaalyfjum í Evrópu 2009. Ársskýrsla evrópska eftirlitsnetsins með þoli gegn sýklalyfjum (EARS-Net), sem er fyrsta ársskýrslan frá EARS-Net eftir að evrópska eftirlitskerfið með þoli gegn sýklalyfjum (EARRS) gekk inn í ECDC þann 1. janúar 2010, hefur evrópskan tilvísunargagnagrunn fyrir þoli gegn sýklalyfjum í lýðheilsulegum tilgangi.*
- *Fuglaflensufaraldurinn A(H1N1) í Evrópu árið 2009, samantekt um reynsluna, yfirlit yfir farsóttarfræðina og veirufræði faraldursins árið 2009 í ríkjum ESB og EES.*

Yfirlit valinna ECDC skjala, eins og þeirra sem greint er frá hér að ofan, hefur verið safnað saman á öllum tungumálum ESB, auk íslensku og norsku, til að veita stefnumótendum aðgang að þeim. Þau endurspeglar anda upprunalegu útgáfunnar, en sum mikilvæg atriði kunna að hafa glatast í samantektarferlinu. Lesendur sem óska eftir að fá ítarlegra yfirlit skulu líta á heildartexta viðkomandi skjala, sem hægt er að nálgast á: www.ecdc.europa.eu.

Í viðauka er listi yfir öll útgefin skjöl Sóttvarnarstofnunar Evrópu á árinu 2010. Öll skjölin eru fánleg á rafrænu formi á tenglinum sem gefinn er upp hér á undan, ásamt stuttri lýsingu á innihaldi hvers þeirra um sig. Valdar skýrslur eru einnig fánlegar á prentuðu formi. Til að fá útprentun á einhverri þeirra, vinsamlegast sendið tölvupóst til publications@ecdc.europa.eu.

Tækniskýrslur

1 Áhættumat fyrir Q hitasótt

(Gefið út í maí, 2010)

Áhættumat var framkvæmt í kjölfar beiðni framkvæmdastjórnar Evrópusambandsins til að meta spurningar um Q hitasótt og smit sjúkdómsins með blóði, áhrif á heilsu vegna langvinnrar Q hitasóttar og áhættuna fyrir þungaðar konur. Með vísan til áframhaldandi útbreiðslu í Hollandi, var ECDC einnig beðin um að athuga með smit yfir landamæri og þörfina fyrir betra eftirlitskerfi. Áhættumatið var framkvæmt í samræmi við meginreglur um gagnareynda aðferðarfræði, með því að greina leitarskilyrði fyrir hverja spurningu, meðtalinu og útilokunarviðmið hvað varðar valdar rannsóknir og að meta gæði gagnanna. Yfirlit yfir bestu mögulegu sannanir voru kynntar og ræddar við ráðgjafaráð með fulltrúum frá Hollandi, Frakklandi, Þýskalandi, Bretlandi og Bandaríkjunum. Starfið hefur verið unnið jafnóðum, og í samræmi við, áhættumat á Q hitasótt frá Matvælaöryggisstofnun Evrópu.

Bráð Q hitasótt er venjulega mild, sjálfs takmarkandi sjúkdómur og líkur flensu, en stundum fylgja honum lungnabólga, lifrabólga og önnur einkenni. Almenn er hægt að meðhöndla hana á árangursríkan hátt með tveggja vikna skammti af doxýcýklín.

Coxiella burnetii er nauðbundin innanfrumu baktería sem getur smitast með **blóði og vefjum**. Áhættan á slíku smiti er lág, og aðeins er til eitt skráð dæmi um slíkt tilfelli. Á meðan faraldri stendur, skal hið landlæga svæði vera skilgreint og öryggisráðsáfanir skulu gerðar, eins og virkt eftirlit með blóð- og vefjapögum, skimun gjafa og skimun blóðs og vefja. Hvað varðar ferðamenn sem eru að koma frá svæðinu á meðgöngutíma og eru haldnir einkennalausum bakteríudreyra (bacteraemia) (fimm til sjö vikur), þá má íhuga frestun á blóðgjöf uns þessu tímabili lýkur. Sýklalyfjakúr kann að vera nauðsynlegur fyrir blóðþega sem eru í sérstakri hættu, á borð við sjúklinga með hjartalokugalla. Gjafar sem hafa haft bráða Q hitasóttar sýkingu ættu ekki að gefa blóð í tvö ár frá þeim degi sem staðfest er að þeir hafi náð sér af bráðri sýkingunni. Kostir þess að gera slíkar ráðstafanir verða að vera vandlega metnir á móti þeim neikvæðu áhrifum þær kunna að hafa á blóðbirgðir á svæðinu. Stefnubundin áætlun um hvernig eigi að miðla áhættuþáttum ætti að vera gerð.

Langvinn Q hitasótt er alvarlegur fylgikvilli bráðar sýkingar Q hitasóttar sem þróast í um 2% tilvika í bráð einkennandi tilfelli, og dánartíðni er á bilinu frá 5% til 50%. Langvinn Q hitasótt veldur hjartabolsbólgu hjá áhættuhópum eins og til dæmis hjá sjúklingum sem hafa fengið hjartalokusjúkdóma, gerviloku eða æðaígræðslu. Krabbameinssjúklingar eða þeir sem eru með bælt ónæmiskerfi eru einnig í aukinni hættu. Langvinna Q hitasótt verður að meðhöndla að minnsta kosti í eitt ár, stundum alla ævi með fleiru en einu sýklalyfi. Nauðsynlegt gæti verið að fjarlægja skemmdar hjartalokur með uppskurði.

Virk leit að, og meðferð við, bráða Q hitasótt er besta leiðin til að forðast langvinn tilfelli. Gerð er grein fyrir þremur mögulegum aðferðum: (1) vitund aukin meðal heilbrigðisstarfsfólks og almennings til að bera kennsl á áhættuhópa; (2) virk eftirfylgni með sermifræði fyrir þekktu áhættuhópa til að greina og meðhöndla bráða sýkingu Q hitasóttar snemma; eða (3) setja alla sjúklinga með bráða Q hitasótt í hjartaómskoðun til virkrar greiningar og eftirfylgni.

Þörf er á að hefja góðar framvirkar aldurshóparannsóknir og skipulagðar rannsóknir (þegar siðferðislega mögulegt) til að fá áreiðanlegri visbendingar um hvernig hægt sé að koma í veg fyrir og hindra útbreiðslu Q hitasóttar innan lýðheilsusviðs, og hvernig eigi að greina og meðhöndla bráð og langvinn tilfelli á sjúkrahúsum.

Upplýsingar um **Q hitasótt á meðgöngu** eru afar takmarkaðar og grundvallast aðallega á athugunum og rannsóknnum á húsdýrum og tilraunadýrum, rannsóknnum á mótetnaalgengi, rannsóknarskýrslum, og á einstökum tilvikum á 53 konum á 15 ára tímabili. Ekki er hægt að meta áhættuna fyrir þungaðar konur sem fá alvarlega Q hitasótt í samanburði við áhættuna fyrir kvenmenn almennt á grundvelli þeirra upplýsinga sem eru tiltækar í dag. Tilkynnt hefur verið um nokkur tilvik *Coxiella burnetii* sýkingar á meðgöngu sem leiddu til aukaverkana á meðgöngu. Í sumum tilvikunum fannst *Coxiella burnetii* í fylgjunni og í vefjum fóstursins. *Coxiella* hefur einnig fundist í brjóstamjólki kvenna en engin tilvik um smit til barnsins hafa verið staðfest.

Það eru einhverjar visbendingar um að langtíma sýklalyfjameðferð við cotrimoxazole geti komið í veg fyrir alvarlegan skaða á meðgöngu, en gögnin grundvallast á nokkrum raundæmum án slembirðunar og án þess að stýra mögulegum skekkjum. Svo lengi sem nánari gögn úr áreiðanlegum rannsóknnum eru tiltæk, skulu þungaðar konur sem greinast með Q hitasótt vera meðhöndlaðar án sýklalyfja það sem eftir er meðgöngunnar. Vísindagrundvöllur þessa er þó veikur, og ECDC mælir sterklega með því að stýrðar handahófskenndar rannsóknir verði gerðar til að öðlast áreiðanlegri upplýsingar.

Þunguðum konum er ráðlagt að fara ekki á bóndabæi á syktum svæðum. ECDC mælir ekki gegn brjóstagjöf nema þegar um er að ræða langvinn tilfelli sjúkdómsins sem krefjast langtíma meðferðar móðurinnar.

Formalín óvirkt heilfrumu **Q hitasóttar bóluefni** er framleitt og skráð í Ástralíu. Bóluefnið hefur áhrif, en rannsóknir á því eru nauðsynlegar áður en það er notað til bólusetningar vegna staðbundinna aukaverkanna hjá einstaklingum sem hafa áður greinst með *Coxiella burnetii*, sem þýðir að bóluefnið hentar betur afmörkuðum áhættuhópum heldur en fyrir almenna bólusetningu.

Þau gögn sem til eru benda til að *Coxiella burnetii* hafi **borist með lofti** innan 5 km svæðis. Áhættan fyrir því að smit berist með lofti frá Hollandi er því takmörkuð við nágrannaríkin (þ.e. Þýskaland, Belgíu), og við svæði sem eru nálægt upprunastaðnum. Virkt eftirlit eða greining ákveðinna tilfella bráðrar Q hitasóttar í mögulegum áhættuhópum (þ.e. þunguðum konum, sjúklingum með hjarta- eða æðasjúkdóma) innanlands og í ákveðinn tíma er talin möguleg og áhrifarík aðferð til að greina bráðasýkingar. Á svæðum samliggjandi sýktum svæðum (≤ 5 km frá upptökunum), ætti að hefja herferðir sem vekja vitneskju meðal heilbrigðisstarfsmanna. Ef svæðið hefur einnig áhrif á önnur aðildarríki, þurfa þau heilbrigðisyfirvöld sem bera ábyrgð að tilkynna hliðstæðum yfirvöldum í þeim löndum sem hafa landamæri við viðkomandi land. Upplýsingaflæði milli heilbrigðisyfirvalda og dýralæknaembætta myndi auðvelda greiningu á frumstigi útbreiðslu. Einnig ættu heilbrigðisyfirvöld og dýralæknaembætti á landsvísu að gera viðeigandi ráðstafanir til að stöðva útbreiðslu.

2 Eftirlit og varúðarráðstafanir gegn lifrabólgu B og C í Evrópu

(Gefið út í október, 2010)

Umfang

Þessi rannsókn var gerð til að kortleggja núverandi eftirlitskerfi á landsvísu og varúðaráætlanir fyrir lifrabólgu B og C innan ESB/EES.

Lifrabólga B

Eftirlit í Evrópu

Öll ríki gáfu í skyn að þau væru með óvirkt en lögbodid tilkynningarkerfi fyrir lifrabólgu B. Í 15 löndum var aðeins eitt sérstakt eftirlitskerfi, en fjögur lönd voru með fjölþætt eftirlitskerfi. Markmið eftirlits á landsvísu eru mjög svipuð í ólíkum ríkjum en skilgreiningar voru ekki alltaf í samræmi við markmiðin; átta lönd sögðust hafa tekið upp skilgreiningu ESB-2008, og þrjú voru að nota ESB-2002 skilgreininguna. Alls voru 21 ríki að nota skilgreiningu sem með líkum hætti endurspegladi skilgreiningu ESB. Með mismunandi skilgreiningar á tilfellum, tilkynntu 28 ríki staðfest tilfelli, og 27 þeirra fólu í sér bráð tilfelli lifrabólgu B. Langvinn tilfelli falla undir skýrslur 17 ríkja; óeinkennandi tilfellum er oft sleppt. Tuttugu og sex ríki sögðust safna rannsóknargögnum á landsvísu, en tíðni greininga frá einu ríki til annars er breytileg. Grunnögnum (aldur, kyn, búseta, dagsetning upphafs sjúkdóms, dagsetning tilkynningar) er safnað í 26 ríkjum, en nákvæm gögn um farsóttarhættur og áhrif sjúkdómsins vantar oft.

Farsóttarfræði í Evrópu

Fjöldi nýrra tilkynnta tilfella á hverja 100.000 íbúa árið 2007 sem tilkynnt voru af hálfu 27 ríkja eru frá 0 til 15.0, með meðaltalið 1.5 (Árleg farsóttarskýrsla um smitsjúkdóma í Evrópu 2009. Stokkhólmur: ECDC, 2009). Fjöldi tilkynnta HBV tilfella í ESB/EES ríkjum á hverja 100.000 íbúa hefur fækkað úr 6.7 í 1.5 á tímabilinu 1995 til 2007. Það getur verið erfitt að fylgja stefnum og að gera samanburð á milli ríkja, þar sem eftirlitskerfin eru töluvert ólík og nýlegar breytingar kunna að hafa áhrif á núverandi gögn.

Tíðni HBV meðal almennings er mjög breytileg á milli ríkja, þar sem lágt til meðalhátt HBsAg stig er í Slóvakíu (1.6%), Ítalíu (1%), Belgíu og Frakklandi (um 0.6%), Finnlandi, Ungverjalandi, Bretlandi (öll undir 0.5%) og Búlgaríu (3.8%). Skimun fyrir HBV í þunguðum konum fer fram í 24 ríkjum, en ekki í Belgíu, Búlgaríu, Litháen, Lúxemborg og Rúmeníu. Tíðni hjá þunguðum konum er á bilinu 1.15% í Grikklandi og 0.14% í Finnlandi. Einnig er skimunarkerfi fyrir sprautufíkla (15 af 29 ríkjum), fanga (11 ríki), einstaklinga með kynsjúkdóma (nú ríki), og einstaklinga með marga bólfélaga (tvö ríki). Tíðni HBV hjá sprautufíklum tilkynnt hjá átta ríkjum var hærri en hjá almenningi almennt. Tíðni hjá sprautufíklum er afar breytileg, allt frá 0.5% í Noregi til 50% í Danmörku. Tíðni meðal heilbrigðisstarfsmanna í Danmörku og Þýskalandi var svipuð og meðal almennings almennt.

Skimun og bólusetning

Bólusetningar á heimsvísu fyrir ungbörn, börn eða unglinga voru teknar upp í 22 ríkjum. Sjö ríki (Danmörk, Finnland, Ísland, Noregur, Svíþjóð, Holland, og Bretland) hafa tekið upp valkvæðar bólusetningar fyrir áhættuhópa. Önnur forvarnarverkefni fyrir ólíka áhættuhópa voru almennt ætluð þeim sem voru með aukna hættu á að fá HBV vegna starfs sins. Auk þessa er fjöldi ýmissa bólusetningarverkefna fyrir áhættuhópa. Aðeins helmingur þeirra ríkja sem eru með reglubundnar bólusetningar benda til ólíks útbreiðslustuðuls, en meðaltalsstuðull útbreiðslu hjá ungbörnum (eins til tveggja ára) virðist vera yfir 95% (nema í Austurríki, á Möltu og í Frakklandi).

Lifrabólga C

Eftirlit í Evrópu

Öll ESB/EES ríki gáfu til kynna að þau hefði tekið upp tilkynningarkerfi fyrir lifrabólgu C (annaðhvort á landsvísu eða beint að ákveðnum hópi í þjóðfélaginu). Í 14 ríkjum var eitt ákveðið eftirlitskerfi, en 15 ríki sögðust nota margþætt eftirlitskerfi til að fylgjast með lifrabólgu C. Landsmarkmið eru mjög svipuð á milli ólíkra ríkja en það virðist sem skilgreiningar á tilfellum séu ekki alltaf í samræmi við markmiðin. Ellefu ríki sögðust hafa tekið upp EU-2008 skilgreiningu tilfella, og fjögur ríki nota EU-2002 skilgreiningu tilfella. Þrátt fyrir þetta, eru fjölmargar skilgreiningar á tilfellum sem hafa verið innleiddar í aðildarríkjunum, einkum hvað varðar flokkun tilfella. Öll ríkin voru með staðfest bráðatilfelli í eftirlitskerfinu sínu,¹ og 18 ríki voru einnig með langvinn tilfelli. Sum ríki tilgreindu að þau söfnuðu saman ólíkum tilfellum, og ekkert sermifræðilegt markefni var fyrir hendi til að greina á milli

¹ Tilkynnt bráðatilfelli lifrabólgu C í Frakklandi voru aðeins könnuð 2006 og 2007 og fyrir ákveðna hópa í þjóðfélaginu, þ.e. eyðnismitaða karlmenn sem stunda kynmök við karlmenn.

bráðrar og langvinnrar lifrabólgu C. Þetta tefur túlkun á þeim gögnum sem til eru í ríkjum. Tuttugu og sex ríki sögðust safna rannsóknargögnum á landsvísu, en tíðni greininga er breytileg frá einu ríki til annars. Auk klínískrar skýrslugjafar, söfnuðu 19 ríki gögnum frá rannsóknarstofum og er það hluti af eftirlitskerfi þeirra; 10 ríki eru ekki með skýrslugjöf frá rannsóknarstofum. Grunnögnum (aldur, kyn, búseta, dagsetning upphafs sjúkdóms, dagsetning tilkynningar) er safnað í 26 ríkjum, en oft skortir nákvæmar upplýsingar um farsóttarhættur og áhrif sjúkdómsins. Skortur á tilkynningum virðist vera algengur, vegna eðlis sjúkdómsins að vera einkennalaus.

Farsóttarfræði í Evrópu

Fjöldi nýlegra tilkynntra mála á hverja 100.000 íbúa árið 2007, eins og 27 ríki tilkynntu, eru frá 0 til 36, með meðaltalið 6.9 mál á hverja 100.000 íbúa (AER, ECDC 2009). Fjöldi tilkynntra HBV tilfella í ESB/EES ríkjum á hverja 100.000 íbúa hefur minnkað úr 4,5 í 6,9 á tímabilinu 1995 til 2007. Það getur verið erfitt að kortleggja stefnur og gera samanburð á milli ríkja, þar sem eftirlitskerfin eru töluvert ólík og nýlegar breytingar kunna að hafa áhrif á þær upplýsingar sem fyrir hendi eru. Hvað varðar HCV, er túlkunin enn frekar takmörkuð þar sem sýkingin er oft einkennalaus þannig að tilkynntur fjöldi tilfella getur endurspeglað prófanir í stað raunverulegra tilfella og vegna þess að ekki er hægt að gera greinarmun á bráðatilfellum og krónískum.

Gögn um tíðni HCV meðal almennings eru frekar fágæt; tíðni er frá 2.6% á Ítalíu árið 2007 til 0.12% í Belgíu árið 2003. Tiltölulega há tíðni var í Búlgaríu (1.2%) og Slóvakíu (1.56%). Ellefu aðildarríki lögðu fram gögn um tíðni sprautufíkla sem væri frá 25% til 75%. Árin 2006 – 07, tilkynnti Ítalía lægstu tíðnina (10.8%-25.6%) og Noregur þá hæstu (70%). Gögn um tíðni HCV grundvallast á sermifræðilegu markefni fyrir lifrabólgu C, en þetta gefur ekki til kynna hverjir í þjóðfélaginu séu berar og þar af leiðandi smitandi.

Forvarnir í Evrópu

Helmingur ríkjanna sagðist hafa tekið upp skimunarátætlunir fyrir áhættuhópa: 16 ríki hafa átætlunir fyrir sprautufíkla, 11 fyrir fanga. Það er enn óljóst hvort mörg ríki hafi innleitt átætlunir til að stýra smithlutfalli hjá heilbrigðisstarfsfólki. Það virðist vera þörf á fleiri skimunarátætlunum fyrir áhættuhópa, íbúa sem erfitt er að ná til, og almennings, en áður en staðlar eru innleiddir skal ítarleg rannsókn vera framkvæmd, grundvölluð á kostnaðarhagkvæmnisgreiningu og hver möguleikinn sé á árangursríkri meðferð.

Niðurstaða

Þessi skýrsla safnaði saman og greindi gögn frá 29 ESB/EES ríkjum varðandi eftirlit með lifrabólgu B og C sem og forvarnarátætlunum. Þótt öll ríkin hafi kerfi sem safnar gögnum á landsvísu, eru þessi kerfi ólík varðandi notkun skilgreininga tilfella og hvernig þau nota gögn sem safnað hefur verið.

Þar sem veiru lifrabólga er algeng og oft eru tilfelli sjúkdómsins ekki tilkynnt, leitast þessi skýrsla eftir að taka saman nýjustu gögn um tíðni á vettvangi ESB. Að sameina þau eftirlitsgögn sem til eru þannig að hægt sé að bera saman gögn á milli ríkja mun verða helsta áskorunin á komandi árum.

Leiðbeiningar Sóttvarnarstofnunar Evrópu (ECDC)

3 Stjórnun lýðheilsu fyrir óregluleg tilfalli af ágengum meningococcal sjúkdómi og þeim sem hafa komist í snertingu við sjúkdóminn

(Gefið út í október, 2010)

Neisseria meningitidis er algeng gístillífs baktería í slímhimnu koksins. Þessi lífvera getur valdið verulega ágengum meningococcal sjúkdómi (IMD) sem kemur fram sem heilahimnubólga, blóðeitrun eða hvoru tveggja. Því miður er lýðheilsustjórnun fyrir óreglulegum IMD afar breytileg í Evrópu og það kann að hluta að vera vegna óvissu varðandi áhrif forvarnarráðstafana.

Tilgangur þessa skjals er að veita rökstuddar leiðbeiningar um góðar starfsvenjur í lýðheilsustjórnun fyrir óregluleg tilfalli af meningococcal sjúkdómnum og fyrir þá sem komast í snertingu við hann. Að auki er markmiðið að aðstoða ríki í Evrópu að taka ákvarðanir um viðeigandi ráðstafanir til að stjórna og koma í veg fyrir meningococcal á landsvísi sem og á svæðisbundnum svæðum. Þetta leiðbeiningarskjal ætti að aðstoða Evrópuríki við að fara yfir eigin stefnumið í lýðheilsustjórnun og örverufræðilega greiningu á meningococcal sjúkdómnum. Þótt niðurstöðurnar sem kynntar eru hér feli hvorki í sér leiðbeiningar um stjórnun heilbrigðisstarfsmanna í smíðaðu né um útbreiðslu í samfélaginu, munu þær ná yfir eftirfarandi svið:

- Rannsóknarprófanir til að staðfesta greiningu á IMD.
- Notkun sýklalyfja við útskrift af sjúkrahúsi.
- Lyfjavörn fyrir nána snertingu þar sem tekið er tillit til mismunandi aðstæðna
- Val á sýklalyfjum sem lyfjavörn fyrir ólíka hópa (fullorðna, börn, þungaðar konur).
- Notkun á meningococcal bóluefni með lyfjavörn.

Til viðbótar við gæði niðurstaðna rannsókna, tekur niðurstaðan mið af mögulegum kostum og göllum, gildum, birgðum og kostnaði.

Niðurstöður

Niðurstöðurnar grundvallast á kerfisbundnu yfirliti og gagnrýnu mati á núverandi og bestu mögulegu gögnum. Til að fá ítarlegra yfirlit, vinsamlegast farðu í meginhluta skjalsins.

1. Hvaða rannsóknarpróf er mælt með til að geta gert nákvæma (næma, ákveðna) og snögga greiningu á IMD?

Rannsóknarspurning: Hver eru næmstu og nákvæmstu rannsóknarprófin til að staðfesta greiningu á IMD?

- Grundvallað á hóflega áreiðanlegum gögnum, ættu loftvegasýni til greiningar á erfðaeftni baktería (PCR) og ræktun að vera þau greiningarpróf sem væru notuð. Ef það er skipulagslega og efnahagslega hagkvæmt, skulu þær rannsóknarstofur í örverufræði sem ábyrgjast greiningu á meningococcal sjúkdómi að hafa aðgang að PCR prófum. Þegar sýklalyfjameðferð hefur verið hafin, gætu PCR próf á vefjasýni/sýni sem viðbót við blóð/mænuvökva (CSF) – grundvallað á lítt áreiðanlegum gögnum – aukið næmi á greiningu sjúklunga með húðskemmdir.

2. Ættu sýklalyf, fyrir utan þau sem eru notuð í lækni meðferð, vera gefin sjúklingi með IMD þegar hann útskrifast af sjúkrahúsi?

Rannsóknarspurning: Er stjórnun sýklalyfja áhrifarík í tilfellum IMD til að koma í veg fyrir önnur tilfalli eftir útskrift af sjúkrahúsi, í samanburði við það að engin sýklalyf séu gefin við útskrift?

- Gæði gagnanna sem til eru með og á móti stjórnun sýklalyfja til IMD sjúklunga á sjúkrahúsum við útskrift eru ekki mikil. Hins vegar vegna hóflegra áreiðanlegra gagna fyrir virkni lyfjavarnar þegar þau eru gefin við nána snertingu, og miðað við hlutfallslega lágan kostnað við notkun þeirra, þá skulu sýklalyf sem uppræta útbreiðslu vera boðin ef þau eru ekki nú þegar notuð í meðferð.

3. Ætti að gefa fólki lyfjavarnir sem hefur búið saman eða komist í sambærilega snertingu við IMD?

Rannsóknarspurning: Hver er virkni lyfjavarnar sem er gefin þeim sem hafa búið með einstaklingi með IMD til að koma í veg fyrir frekari útbreiðslu frá þeim?

- Grundvallað á hóflega áreiðanlegum upplýsingum úr athugunarrannsóknum, þá skal bjóða þeim sem hafa búið undir sama þaki og einstaklingur með IMD lyfjavörn með sýklalyfjameðferð sem hindrar útbreiðslu.

4. Ætti að gefa börnum eða nemendum lyfjavörn sem hafa sótt sama grunnskóla, skóla eða framhaldsskóla og hafa fengið IMD?

Rannsóknarspurning: Hver er virkni lyfjavarnar sem er gefin þeim sem komist hafa í snertingu við IMD í grunnskóla, skóla og framhaldsskóla varðandi hindrun á frekari útbreiðslu?

- Grundvallað á lítt áreiðanlegum gögnum, þá skal gefa þeim sem ganga í sama grunnskóla og IMD tilfelli er til staðar lyfjavörn, á grundvelli áhættumats. Það eitt að ganga í sama skóla/framhaldsskóla og IMD tilfelli er til staðar, ætti í sjálfu sér ekki að vera nægilegt til að gefa lyfjavörn.

5. Ætti að gefa fólki sem hefur deilt drykkjum með einstaklingi sem er með IMD lyfjavörn?

Rannsóknarspurning: Hver er virkni lyfjavarnar sem er gefin þeim sem hafa deilt drykkjum (eða haft svipaða snertingu, t.d. deilt sigarettu, hnifapörum) með einstaklingi sem haldinn er IMD til að koma í veg fyrir frekari útbreiðslu frá þeim?

- Grundvallað á lítt áreiðanlegum gögnum, það eitt að deila drykkjum, sigarettum eða álíka með einstaklingi sem haldinn er IMD ætti ekki í sjálfu sér að vera nægilegt til að gefa lyfjavörn.

6. Ætti að gefa fólki sem notar sama samgöngumáta (t.d. flugvél, bát, strætisvagn, bíl) og einstaklingar með IMD lyfjavörn?

Rannsóknarspurning: Hver er virkni lyfjavarnar sem er gefin þeim nota sama samgöngumáta og einstaklingur með IMD til að koma í veg fyrir frekari útbreiðslu frá þeim?

- Núgildandi gögn eru lítt áreiðanleg. Grundvallað á þessum gögnum, er ekki hægt að meta hættuna á smiti í ólíkum samgöngumáta. Engar aðrar rannsóknir hafa verið gerðar til að staðfesta þetta. Það eitt að nota sömu samgöngur og einstaklingur með IMD, ætti í sjálfu sér ekki að vera nægilegt til að gefa lyfjavörn.

7. Hvaða fyrirkomulag varðandi sýklalyf ætti að nota fyrir lyfjavörn meðal fullorðinna, barna og þungaðra kvenna?

Rannsóknarspurning: Hvaða fyrirkomulag með sýklalyf eru áhrifaríkast til að hefta útbreiðslu meðal fullorðinna, barna og þungaðra kvenna?

- Grundvallað á hóflega áreiðanlegum gögnum, þá má nota rifampicin, ciprofloxacin, ceftriaxone, azithromycin og cefixime sem forvörn meðal fullorðinna og barna. Ekkert fyrirkomulag virðast vera betri en annað, en ciprofloxacin, azithromycin og ceftriaxone má gefa sem einn skammt. Þróun á mótstöðu hefur verið skráð eftir notkun rifampicin.

8. Ætti þeim sem hafa komist í snertingu við eintaklinga með IMD sem fá lyfjavörn einnig vera boðin meningococcal bólusetning, ef svo á við?

Rannsóknarspurning: Hver er virkni bólusetningar, til viðbótar við lyfjavörn, meðal þeirra sem hafa komist í snertingu við IMD innan heimilis, til að koma í veg fyrir smit frá þeim?

- Áreiðanleiki þeirra gagna sem til eru er lítill og eftirfarandi niðurstöður eru grundvallaðar á óbeinum gögnum. Ef meningococcal sjúkdómur kemur til vegna tegundahópar sem hægt er að hindra með bóluefni sem er tiltækt og hefur hlotið samþykki, skal bjóða þeim sem hafa búið undir sama þaki bólusetningu auk lyfjavarnar nema talið sé að þeir séu nú þegar ónæmir.

4 Eyðniþróf (HIV próf): auka upptöku og virkni innan Evrópusambandsins

(Gefið út í október, 2010)

Umfang og tilgangur þessara leiðbeininga

Þessar gagnareyndu leiðbeiningar eru búnar til til að veita upplýsingar um þróun, eftirlit og mat á stefnum eða áætlunum vegna eyðniþrófa á landsvísu í aðildarríkjum Evrópusambandsins (ESB) og innan Evrópska efnahagssvæðisins (EES).

Hvers vegna er mikilvægt að framkvæma eyðniþróf?

Um alla Evrópu heldur fjöldi eyðnismitaðra áfram að vaxa og fjölmörg lönd hafa lýst vandamálum vegna of seinnar greiningar. Áreiðanleg gögn benda til þess að meðferð sem byrjar snemma dragi úr tölu smitaðra og dánartíðni en margir sem HIV smitaðir eru þó enn ekki greindir fyrr en seint. Þar sem HIV smit kann að vera nánast einkennalaust í mörg ár, eru prófin eina leiðin til að fá greiningu snemma og fá tímanlega viðeigandi meðferð og umönnun. Þeir sem greinast snemma eru líka síður líklegir til að smita aðra þar sem smithætta er minni hjá þeim sem eru í meðferð sem og að háttsemi þeirra varðandi kynlíf og sprautunálar í tengslum við eiturlyfjanoftkun breytist. Hægt er að koma í veg fyrir smit frá móður til barns með eyðniþrófi og meðferð þungaðra kvenna. Snemmgreining HIV er því mikill kostur bæði fyrir einstaklinginn og samfélagið og er mikilvægt forgangsverkefni í tengslum við lýðheilsu.

Grundvallaratriði varðandi áætlanir fyrir eyðniþróf á landsvísu

Eyðniþróf ættu að vera valkvæð, trúnaðarmál og framkvæmd með upplýstu samþykki

Allir ættu að eiga kost á að gangast undir valkvætt próf með aðgengilegum hætti og sérstakar ráðstafanir verða að vera gerðar til að tryggja að þetta sé í boði fyrir þann hóp sem er í mestri hættu og berskjaldaður fyrir eyðni (HIV). Hér undir fellur fólk sem er falið eða í minnihluta í þjóðfélaginu og ætti það að vera hvatt til að fara í próf án þvingunar eða trúnaðarbrotar.▶

Tryggja aðgang að meðferð, umönnun og forvarnarþjónustu

Besti kostur eyðniþrófs er aðgangur að meðferð. Að veita aðgang að meðferð og umönnun, forvarnar- og stuðningsþjónustu um allan heim, með skýru tilvísunarferli, verður að vera hornsteinn í áætlunum varðandi eyðniþróf á landsvísu.

Sýna pólitíska skuldbindingu

Ríkisstjórn verður að setja áætlanir fyrir eyðniþróf í forgang svo að þetta hafi tilætluð áhrif. Fjárstuðningur verður að vera fyrir hendi, ásamt stjórnun sem tryggir að sjóðir séu notaðir á skilvirkan hátt.

Minna smánarblettinn

Smánarbletturinn sem er enn fastur við eyðni (HIV) er hindrun fyrir próf, einkum í samfélögum sem eru sjálf brennimerkt og meðal heilbrigðisstarfsmanna. „Samræmingar“próf t.d. að gera ferlið líkara öðrum skimunar – og greiningarprófum, getur aðstoðað við að sigrast á þessu, þótt prófin verði áfram að verða valkvæð.

Fjarlægja lagalegar og fjárhagslegar hindranir

Áætlanir með próf þurfa að finna leiðir til að sigrast á lagalegum og fjárhagslegum hindrunum fyrir prófun. Slíkar hindranir fela í sér stefnumið vegna ákæra í sakamálum vegna eyðnismita og kröfurnar til að greiða fyrir meðferð þegar viðkomandi hefur ekki efni á því. Fyrir utan próf þegar um er að ræða blóð- og vefjagjöf, ætti að ihuga löggjöf og stefnumið sem banna mismunun til að koma í veg fyrir skyldupróf fyrir ákveðna hópa.

Gera aðgang að eyðniþrófum að óaðskiljanlegum hluta landsáætlunar

Hvers kyns landsáætlun til að koma í veg fyrir eyðni (HIV) og meðferð á því, öðrum kynsmitsjúkdóma (STIs), lifrabólgu sem orsakast af veiru, berkla og aðra sjúkdóma sem benda til eyðni skal innihalda eyðniþróf, með viðeigandi markmið sem lyklatríði. Tækifæri til að auka aðgang að og taka upp valkvætt eyðniþróf þar sem fulls trúnaðar er gætt ætti einnig að vera innan viðeigandi landsáætlana, eins og þeirra sem eiga við um þungaðar konur, eiturlyfjanoftkun, kynlífsvinnu eða heilbrigðisþjónustu í fangelsum.

Þróa og innleiða áætlanir fyrir eyðniþróf með þátttöku hagsmunaaðila

Notið tiltækar lands- og svæðisupplýsingar um HIV og tengt efni til að skýra hvað þurfi að ná fram og setja í forgang. Setið þetta saman í stefnu- og markmiðsáætlanir, þannig að allir sem eru tengdir eða þetta varðar hafi sameiginlegan skilning á málefninu. Að þróa áætlun krefst þátttöku allra helstu hlutaðeigandi aðila til að byggja bandalag í kringum sameiginleg markmið, þar á meðal fólk með eyðni, fulltrúar þeirra samfélaga sem málefnið snertir mest, borgaralegt samfélag, forvarnarskrifstofur, sérfræðingar með sérþekkingu á eyðniþrófum og öðrum sem taka þátt í að innleiða áætlunina.

Próa áætlun fyrir eyðniþróf á landsvísu

Hvern á að prófa?

Þekktu faraldurinn og berðu kennslu á helstu áhættuhópa Virk aðferðafræði fyrir eyðniþróf á landsvísu mun hvíla á skilningi á faraldrinum bæði svæðisbundið og á landsvísu. Prófunaráætlanir eiga að miða að því að ná til þeirra sem eru í hættu á að smitast og forgangsraða þeim sem eru í mestri hættu.

Farðu yfir eftirlitsgögn og aðrar viðeigandi upplýsingar þar á meðal upplýsingar um ógreind eyðnitilfelli og greiningu á síðari stigum, til að öðlast skilning á faraldrinum og þróun miðað við tíma á svæðum og á landsvísu. Sumir hópar eru í sérstakri hættu á að fá eyðni, þar á meðal karlmenn sem stunda kynmök við aðra karlmenn; sprautufiklar; innflytjendur, einkum frá löndum þar sem útbreiðsla er mikil; kynlífsfélagar einstaklinga í öllum þessum hópum; og börn mæðra sem greindar eru með HIV. Slikir þjóðfélags hópar og/eða áhættur þeirra eru oft faldar og brennimerktar. Gera þarf sérstakar kannanir til að komast að ástandi eyðnismits innan þessara hópa, hlutfall eyðniþrófa þeirra, og viðeigandi þekkingu, viðhorfiog háttsemi til að geta gripið inn í, veitt þeim upplýsingar og hvatt til aukinna eyðniþrófa.

Einnig ætti að skoða viðbótargögn um aðra kynsjúkdóma (STIs), kynlífshegðun og sprautumenningu í samfélaginu almennt, sem og í hópum sem eru í hættu á að fá eyðni.

Hvar á að prófa?

Skoðaðu hvar best sé að veita þjónustuna

Gerðu áætlun um hvernig eyðniþrófsáætlanirnar muni verða innleiddar og finndu lausn á því hvar best sé að veita þjónustu. Þetta tekur meðal annars til hvernig heilbrigðiskerfi eru skipulögð, hvort um sé að ræða endurgjaldslausan aðgang að heilsugæslu, viðbúnað samfélagsþjónustu, ráðgjöf og stuðning, hvernig eigi að tryggja að HIV meðferðir séu til staðar, og hvernig hægt sé að tryggja trúnað.

Gera próf aðgengileg á ýmsum stöðum

Notaðu þekkingu á faraldrinum og áhættuhópum til að taka upplýsingar ákvarðanir varðandi það hvar skuli vera boðið upp á eyðniþróf. Hafðu einnig í huga hverjir séu að fá aðgang að eyðniþrófunum og þá undir hvaða kringumstæðum. Vegna þeirra fjölbreyttu þarfa og hindrana í tengslum við próf, ætti að bjóða margvíslega þjónustu og tryggja góðan og greiðan aðgang að henni. Berðu kennsl á þær aðgerðir sem eru nauðsynlegar til að setja á fót nýja þjónustu eða breyta núverandi starfsemi á heilsugæslum eða í samfélagsþjónustu. Meta skal hvort hægt sé að slaka á reglugerðum sem kunna að virka sem hindrun við prófunum innan samfélagsins, þar á meðal prófanir í nærsamfélögum eða kröfur um að aðeins ákveðnir sérfræðingar geti framkvæmt próf, án þess að stefna gæðum prófanna í hættum.

Markmið með því að bjóða eyðniþróf

- Sérhæfð eyðniþrófsþjónusta til að veita auðveldan og öruggan aðgang að eyðniþrófum eingöngu eða ásamt öðrum prófum.
- Aðstæður þar sem eyðniþróf ættu alltaf að vera í boði: þjónusta fyrir fólk í hættu (kynsjúkdómameðferðir, sprautufiklameðferðir); mæðravernd; þjónusta fyrir læknisgreiningu og stjórnun á tilvikum sem benda til eyðni; og aðrir staðir þar sem tíðni ógreindra eyðnitilfella er þekkt eða talin vera há.
- Allir aðrir staðir sem sinna heilsugæslu, þar sem fólk ætti að geta óskað eftir eyðniþrófi eða þar sem sérfræðingar ættu að geta boðið upp á það og vita hvenær þess sé þörf.
- Staðir í samfélaginu þar sem próf fara fram, þar með taldar fjarlægjar hjálparstöðvar, til að ná til einstaklinga sem eru í mikilli hættu vegna eyðni sem kann að vera falin eða á jaðarmörkum og ekki í sambandi við almenna heilbrigðisþjónustu. Slíka þjónustu skal stofnsetja í samstarfi við viðkomandi þjóðfélagshóp.

Hvenær á að prófa?

Veita ráðgjöf um hversu oft eigi að framkvæma próf

Regluleg próf eru ráðlögð fyrir þá sem stunda áframhaldandi áhættuhegðun. Til dæmis mæla sum ríki með því að karlmenn sem stunda kynlíf með öðrum karlmonnum ættu að fara í próf árlega eða oftar vegna kynlífsháttsemi sinnar. Núverandi leiðbeiningar Eftirlitssmiðstöðvar Evrópu með lyfjun og lyfjafíkn (EMCDDA) mælir með því að sprautufiklum sé reglulega boðið upp á próf í hið minnsta á sex til 12 mánaða fresti.

Hvernig á að prófa?

Efla almenningsvitund

Til að leitast eftir og samþykka eyðniþróf, þarf almenningur og einkum þeir hópar sem eru í aukinni áhættu á eyðnismiti, að skilja kosti þess. Þörf er stefnumiðuðum samskiptaaðferðum þar sem notaðar eru margvíslegar boðleiðir. Sýnilegur og mikill stuðningur skoðanagjafa, þar á meðal stjórnámálanna, forystumanna innan

samfélagsins og þekktra einstaklinga, og jákvæð og nákvæm fjölmiðlaumfjöllun, getur hjálpað til við að efla almenningsvitund.

Tryggja trúnað

Trúnaður er grundvallarregla innan heilbrigðisþjónustu en vegna þess smánarblettis sem er tengdur eyðni og þeirrar háttsemi sem eyðni smitast við, er hann sérstaklega mikilvægur í tengslum við eyðniþróf. Fylgja ber viðeigandi fagleiðbeiningum og kröfum í landslöggjöf. Trúnaðarskortur kann að virka sem hindrun við að nálgast eyðniþróf. Skýr stefnumið um trúnað og kynning á þessum stefnumiðum um aðstæður er varða prófin, getur aðstoðað við að sigrast á þessari hindrun. Eyðniþróf skulu ætíð vera boðin og rædd í einrúmi. Nafnlaus próf skulu ætíð vera í boði.

Efla vitneskju meðal sérfræðinga og þjálfara starfsfólkið

Hægt er að efla vitund, trúnað og hæfni sérfræðinga til að bjóða eyðniþróf. Hvaða fagmenntaði og hæfi heilbrigðisstarfamaður sem er getur framkvæmt eyðniþróf, og aukin útbreiðsla eyðniþrófa mun krefjast starfsfólks sem gætir trúnaðar og er hæft til að veita þá þjónustu. Með viðeigandi þjálfun og gæðamati, geta aðilar sem eru ekki heilbrigðisstarfsmenn einnig boðið upp á eyðniþróf. Starfsfólk þarf að skilja kosti eyðniþrófa og sigrast á þeim hindrunum sem koma í veg fyrir hæfni þeirra og getu til að bjóða upp á þau. Þetta nær yfir trúnaðarskort, erfiðleika að ræða um kynlíf eða brennimerkta háttsemi, kvíða um að fá jákvæða niðurstöðu og viðhorf sem fela í sér mismunum gagnvart einstaklingum sem eru í hættu á að fá eyðni eða eru þegar smitaðir.

Umræða fyrir próf

Stutt umræða fyrir próf, þar sem kostir prófs eru ræddir og hagkvæmni þess að gangast undir prófið og fá niðurstöður, hefur reynst vera vel tekið og áhrifarík til að fá fólk til að gangast undir próf. Megin tilgangurinn er að tryggja upplýst samþykki, sem ætti að vera skjalfest en þarf ekki að fela í sér skriflegt samþykki. Þetta er í samræmi við aðrar læknisrannsóknir og er hluti af stöðlun eyðniþrófa. Nákvæmrar sögu varðandi kynlífsháttsemi og sprautunoktun er ekki krafist áður en boðið er upp á eyðniþróf. Hins vegar getur stutt áhættumat eða viðtækari ráðgjöf á undan prófi verið ráðlögð, fyrir nánar tilgreinda einstaklinga eða á stöðum þar sem kynlífsfræðsla og/eða eiturlyfjafnotkun er hluti af þjónustunni, t.d. þegar um er að ræða áframhaldandi hættu á smiti. Þetta skal ætíð vera í boði og starfsfólk skal þekkja til hægja ráðgjafa til að vísa á.

Notið viðeigandi prófunartækni

Skilgreindu hvaða próf eru í boði og þú skalt meta kosti hvers og eins í mismunandi samhengi, þar á meðal hraðpróf (fyrir prófanir í nærumhverfi sjúklinga). Prófunartækni er sifellt að þróast og leita skal sérfræðiráðgjafar til að endurskoða reglulega þá möguleika sem eru í boði varðandi próf. Öll hvarfgjörn próf skulu vera staðfest og fylgja skal leiðbeiningarreglum WHO hvað þetta varðar. Viðmiðunarreglur á landsvísu varðandi lágmarkskröfur gæðatrygginga fyrir greiningarpróf eru nauðsynlegar til að tryggja góðar starfsvenjur og aðferðafræðilega stöðlun og áreiðanleika.

Veitið ávallt niðurstöður

Ætíð skal gera allt sem mögulegt er til að tryggja að þeir einstaklingar sem hafa farið í eyðniþróf fái að vita niðurstöðurnar, hvort heldur sem þær eru jákvæðar eða neikvæðar. Þegar jákvæð niðurstaða fæst, tryggðu að starfsfólk sé til staðar til að veita ráðgjöf eftir próf og einnig til að veita upplýsingar um viðeigandi HIV meðferð og ráðgjafarþjónustu sem er til staðar. Einstaklingar í mikilli hættu að smitast af HIV og fá neikvæða niðurstöðu úr prófi geta einnig haft gott af ráðgjöf og upplýsingum um viðeigandi forvarnarþjónustu.

Tryggja aðgang að HIV meðferð, umönnun og forvarnarþjónustu

Aðgangur að meðferð gegn retróveirum

Það er nauðsynlegt að allar áætlanir sem ná til eyðniþrófa séu með skýrt kerfi til að tryggja að þeir einstaklingar sem fá jákvæða niðurstöðu úr prófum séu skráðir í HIV meðferð og aðhlyningu. Það ætti að vera aðgangur fyrir alla að meðferð gegn retróveirum um alla Evrópu. Það að geta ekki átt fyrir kostnaði meðferðar ætti ekki að koma í veg fyrir að hljóta meðferð, og finna þarf lausnir til að sigrast á þessari hindrun og veita öllum aðgang. Áframhaldandi úrræði ættu að vera tiltæk á öllum þeim stöðum sem framkvæma eyðniþróf til að tryggja að einstaklingar fái sérfræðiráðgjöf um leið og þeim er tjáð að niðurstaða prófs þeirra hafi verið jákvæð. Í slíkri ráðgjöf skal vera mat á því hvenær meðferð gegn retróveirum skuli hafin og þörf á annarri heilbrigðis- og félagsþjónustu og stuðningi.

Aðgengi að sálarlegum stuðningi og forvarnarþjónustu

Sálarlegur stuðningur skal vera í boði strax í kjölfar jákvæðrar niðurstöðu. Fyrir þá einstaklinga sem reynast jákvæðir, ætti tilvísun á sérfræðiþjónustu að fela í sér aðgang að forvarnaaðgerðum til að koma í veg fyrir frekari HIV smit. Fyrir þá sem reynast neikvæðir, ætti aðgangur að ráðgjöf og stuðningi hvað varðar forvarnir gegn HIV smitum einnig að vera fyrir hendi þar sem um er að ræða talsverða áframhaldandi hættu á smiti eða að ósk viðkomandi.

Eftirfylgni: eftirlit og mat

Eftirlit og mat (M&E) er nauðsynlegur þáttur í áætlun fyrir eyðniþróf og tryggir að áætlunin þjóni tilgangi sínum og veiti fullnægjandi eyðniþróf. Einnig mun vel hannað eftirlits- og matskerfi veita upplýsingar vegna stefnumiða, bæta gæði og virkni inngripa og þar með vera leiðbeinandi um framtíðarráðstöfun fjármagns í áætluninni. Gógn úr eftirliti á landsvísu fela í sér nýjar greiningar og hlutfall þeirra einstaklinga sem eru greindir seint. Mat á þeim sem eru ógreindir er mikilvægt til að stýra áhrifum áætlunarinnar. Að bjóða próf á fleiri stöðum mun krefjast öflugs eftirlits og mats til að tryggja fullnægjandi eyðniþróf. Árangur staðbundinna aðgerða til að efla eyðniþróf getur verið metinn á grundvelli fimm viðmiðanna: Hagkvæmni (Easibility); Aðgengileika (Aceptability) ; skilvirkni og kostnaðarhagkvæmni (effectiveness and Cost-effectiveness); Náð er til markhópa innan þjóðfélagsins (Target populations are reached); og Sjálfbærni (Sustainability) (FACTS). Skýrir, vel skilgreindir og mælanlegir vísar geta hjálpað til við að hafa eftirlit með þessum atriðum sem og hefðbundið tilkynningarferli niðurstaðna á staðarvísu, á landsvísu og á alþjóðavísu.

Eftirlitsskýrslur

5 Berklaeftirlit 2008

(Gefið út í mars, 2010)

Frá 1. janúar, 2008 hafa Sóttvarnarstofnun Evrópu (ECDC) og svæðisskrifstofa WHO í Evrópu í sameiningu samhæft berklaeftirlit í Evrópu. Markmið þeirra er að tryggja áreiðanleg gögn um berklaeftirlit sem gilda um öll 53 ríkin sem eru undir Evrópusvæði WHO og Liechtenstein.

Evrópusvæði WHO

Árið 2008 var tilkynnt um 461 645 berkatilfelli (52.2 á 100.000 íbúa þjóðfélag) í þeim 50 af 54 ríkjum innan Evrópusvæðisins ², og standa þau fyrir um 6% tilkynntra tilfella til WHO á heimsvísu. Heildarhlutfall tilkynntra berkatilfella á Evrópusvæðinu hefur haldið áfram að hækka frá 2007. Hins vegar lækkaði hlutfall tilkynntra berkatilfella í 18 forgangsríkjum (HPC) ³ frá árinu áður um 3.9% í 87.6% og á öllu svæðinu fækkaði tilkynningum um 26% á milli 2007 og 2008. Fækkun tilkynntra nýgreindra berkatilfella um 4% frá 2007 gefur til kynna að útbreiðsla berkla hafi minnkað innan svæðisins. Hlutfalla þeirra tilfella sem hafa áður verið meðhöndluð hefur einnig lækkað frá 2007 úr 31.7% í 29.8%.

Sá aldurshópur sem er með hæstu tilkynntu tölu nýrra berkatilfella (42.0%) innan svæðisins er 25-44 ára.

Fjöldi tilkynntra eyðnismitaðra sem eru einnig með berklasmit næstum tvöfaldaðist, úr 5828 árið 2006 í 11 395 árið 2008, vegna aukinna prófa sem hluta af aukinni eyðniþjónustu fyrir berklasjúklinga í forgangsríkjunum (HPC). Það var engin veruleg aukning í fjölda tilfella eyðnismitaðra sem eru einnig eru með berkla fyrir utan forgangsríkin (HPC) á þessu tímabili.

Um allt svæðið, hefur heildartala tilkynntra fjöllyfjaónæmra berkatilfella (MDR TB) árið 2008 tvöfaldast frá fyrra ári vegna framfara í lyfjanæmnisprófum (DST) og útbreiðsla fjöllyfjaónæmra berkatilfella (MDR TB) meðal nýgreindra berkatilfella var 11.1%. Hæsta tíðni fjöllyfjaónæmra berkatilfella (MDR TB) á svæðinu er í forgangsríkjunum (HPC), með tíðni upp á 13.8% meðal nýgreindra tilfella, fimm sinnum hærra en tilkynnt útbreiðsla innan ESB/EES, og meira en 50% áður meðhöndlaðra tilfella, hlutfall sem er meira en tvöfalt hærra en innan ESB/EES.

Árangur meðferðar á nýgreindum og staðfestum berkatilfellum árið 2007 hefur minnkað niður í 70.7% (miðað við 73.1% fyrir tilfelli skráð árið 2006); 9.0% tilkynntra tilfella voru þar sem meðferð bar ekki árangur, 8.4% létust, og 6.9% mættu ekki í meðferð. Árangur meðferðar í löndum utan EU/EEA er lakari en innan EU/EEA.

67.5% borin saman við 79.5%, í þeirri röð sem áður var getið. Í forgangsríkjunum 18 (HPC), bar meðferð árangur aðeins í 69.2% nýgreindra berkatilfella sem voru greind á rannsóknarstofu, sem er langt frá 85% markmiðum átaksins um að stöðva berkla.

Dánartíðni vegna berkla hefur minnkað um 45% úr 9.0 á hverja 100.000 íbúa árið 2005 í 5.0 á hverja 100.000 íbúa árið 2007. Svipuð hlutfallsleg lækkun var innan ESB/EES sem og í forgangsríkjunum (HPC). Hins vegar hefur dánartíðni í forgangsríkjunum (HPC) haldist nærri 15 sinnum hærri en í ESB/EES.

Evrópusambandið og Evrópska efnahagssvæðið⁴

Árið 2008 tilkynntu 26 aðildarríki Evrópusambandsins (ESB) (öll nema Austurríki) og tvö önnur ríki innan Evrópska efnahagssambandsins (EES) (Ísland og Noregur) 82 611 berkatilfelli og sýnir það fækkun um 615 tilfelli í samanburði við árið 2007. Yfir 80% tilfella voru í átta ríkjum sem tilkynntu um 3000 tilfelli eða meira hvert um sig (Búlgaría, Frakkland, Þýskaland, Ítalía, Pólland, Rúmanía, Spánn og Bretland).

Heildarfjöldi tilkynninga árið 2008 var 16.7 á hverja 100.000, þar sem hlutföll lægri en 20 á hverja 100.000 voru tilkynnt frá 21 ríki og fleiri en 20 á hverja 100.000 í Rúmeníu (115.1), í Eystrasaltsríkjum - Litháen (66.8), Lettlandi (47.1), Eistlandi (33.1) - Búlgaríu (41.2), Portúgal (28.2) og Póllandi (21.2). Alls var fjöldi tilkynninga

² Engin gögn frá Mónakó, San Marínó, Austurríki eða Liechtenstein; Liechtenstein er í þessari skýrslu en er aðeins greint sem EES ríki þar sem það er ekki aðildarríki Evrópusvæðis WHO.

³ Armenia, Azerbajjan, Hvíta Rússland, Eistland, Georgía, Kazakhstan, Kyrgyztan, Lettland, Liháen, Moldóva, Rúmenía, Rússland, Tajikistan, Tyrkland, Turkmenistan, Úkranía, Uzbekistan.

⁴ 27 aðildarríki ESB, Ísland, Liechtenstein og Noregur.

1.2% lægri en árið 2007 (hvað varðar þau 28 ríki sem sendu inn tilkynningar), og endurspeglar niðursveiflu í 17 ríkjum.

Hins vegar kom fram talsverð hækkun á Möltu (28.8%), Íslandi (19.8%) og Kýpur (12.2%) og einhver hækkun var í Svíþjóð (4.9%) og í Bretlandi (2.8%), einkum hvað varðar tilfelli sem eiga uppruna sinn erlendis. Árið 2008, voru 22.4% tilfella (eftir löndum: 0-88%) í fangelsum þar sem fangar eru af erlendu bergi brotnir, meira en tveir þriðju einstaklinga komu frá Asíu eða Afríku.

Eyðnieftirlit meðal berklatilfella jókst á árunum 2006 og 2007 í Eistlandi (úr 9.0% í 9.9%), Lettlandi (3.4% í 6.7%) og á Möltu (3.7% í 9.4%). Í hinum ríkjunum sem gögn bárust frá, var útbreiðsla eyðni meðal berklatilfella 1% eða minna í sex ríkjum, 2-5% í þremur, 5-8% í tveimur ríkjum og 14.6% í einu ríki.

Fjölyfjaónæmi hélt áfram að vera algengast í Eystrasaltsríkjunum (samantekið fjölyfjaónæmi (MDR): 15.6% - 21.3%) og næst kom Rúmenía sem veitti niðurstöður í fyrsta sinn (14.7%). Önnur ríki tilkynntu lægri hlutföll fjölyfjaónæmis (MDR) (0%-5%) þar sem almennt var um að ræða tilfelli erlendis frá. Af þeim 14 ríkjum sem tilkynntu um öflugt lyfjaónæmi (XDR), var Rúmenía með hæstu töluna (alls 54 tilfelli), á meðan Lettland og Eistland voru með hæstu prósentutölu XDR tilfella meðal MDR tilfella (14.7 og 12.2%, í þeirri röð) og Lettland sýndi skyndilega aukningu XDR tilfella í samanburði við 2007, frá 6 í 19, (6.1% í 14.7%).

Tuttugu og tvö ríki skýrðu frá meðferðarniðurstöðum eftirlitsgagna vegna ótvíræðra lungnaberklatilfella árið 2007. Meðal áður ómeðhöndlaðra lungnaberklatilfella, sannreindra með ræktun, voru 79.5% meðhöndluð á árangursríkan hátt. Árangursríkar niðurstöður voru talsvert færri meðal áður meðhöndlaðra berklatilfella (51.8%) og meðal fjölyfjaónæmis lungnaberklatilfella (MDR TB) sannreindra með ræktun eftir 24 mánuði (30.9%).

6 Eftirlit með influensu í Evrópu 2008/09 – frá 40. viku / 2008 til 39. viku / 2009

(Gefið út í maí, 2010)

Inflúensutímabilið 2008/09 í Evrópu hófst í 48.viku ársins 2008, stóð í um 10 vikur í hverju ríki sem influensan náði til og lauk í 16. viku ársins 2009 eftir að hámarki hafði verið náð um alla álfuna frá vestri til austurs. Vikulegt úrtak fyrir sérstaka influensustofna sýndi að tveir toppar skoruðust á, það er að segja upphaflegi influensu stofninn A(H3N2) sem hefur núna verið yfirtekinn af influensu B stofni sem mest útbreiddi influensu vírusinn eftir viku 8/2009. Fundið var út að influensan í útbreiðslu A(H3N2) og A(H1N1) vírusinn væru með svipaða ónæmisvökun og þeir sem voru í 2008/09 norðuhvels influensu bóluvefninu, hins vegar var einangraði B vírusinn af Viktoríu ættleggnum og samsvaraði hann því ekki við B bóluvefningu stofninn, sem kom frá ættlegg Yamagata vírusins. Þar sem útbreiðsla B vírusins var hlutfallslega lítil þetta tímabil, ætti misræmið ekki að hafa mikil áhrif á lýðheilsu almennt. Þar sem útbreiðsla B vírusins var tiltölulega lítil þetta tímabil, er þetta misræmi ólíklegt til að hafa haft áhrif á heilsu almennings að verulegu leyti.

Fyrstu tilfelli heimsfaraldurs fuglaflensunnar A(H1N1) byrjuðu að koma fram í Evrópu á 16.viku ársins 2009. Í 39.viku voru staðfest tilfelli sem voru tilkynnt orðin 53 658 frá öllum aðildarríkjum ESB, Íslandi, Liechtenstein og Noregi, og þar af voru 175 dauðsföll í 14 löndum. Upplýsingarnar sem grundvallast á raundæmum sýna að sjúklingar voru á aldursbilinu 0 – 90 (miðgildi: 19 ára), 78% yngri en 30 ára, og skólabörn á aldrinum 5 -19 ára voru 47% allra tilfella. Yfirgnæfandi meirihluti tilfella (96%) voru ekki með þekkta undirliggjandi sjúkdóma. Meðal þeirra sem voru með undirliggjandi sjúkdóma, voru langvinnir lungnasjúkdómar þeir algengustu sem tilkynntir voru sem undirliggjandi sjúkdómar og voru um 30% slíkra tilfella. Lungnabólga var nefnd í 0.6% tilfella sem aukaverkun influensumitsins, heildarinnlagir á sjúkrahús voru 13% og 0.03% tilfella voru tilkynningar um andlát.

Samtvinnaða evrópska eftirlitskerfið með árstíðarbundinni influensu (EISN) reyndist áhrifaríkt fyrir tímanlega greiningu í upphafi influensutímabilsins 2008/09, í stjórnun þess og í greiningu á helstu veirufræðilegu sérkönnunum. Fyrstu vírusar heimsfaraldsinfluensunnar árið 2009 greindir í sjúklingum í og utan vísbendihópa voru staðfestir innan fyrstu viku og þriðju viku, eftir að fyrstu einstaklingarnir í Evrópu höfðu veikst. Hins vegar greindi eftirlit með vísbendihópunum vegna flensueinkenna (ILI) og bráðra öndunarferasmita (ARI) aðeins augljósa aukningu innan 10 vikna. Jafnvel í 39.viku 2009, þegar öll aðildarríki ESB, Ísland, Liechtenstein og Noregur höfðu tilkynnt um tilvik af influensu heimsfaraldurinum, hafði ILI/ARI svörun yfir meðallagi aðeins komið fram í níu af þeim 29 ríkjum sem tilkynna til EISN.

Á meðan aukin næmni myndi krefjast fleiri lækna fyrir vísbendihópa, þarf einnig að taka á öðrum kerfisbundnum annmörkum. Þær breytingar sem lagðar eru til fyrir eftirlitskerfið innan Evrópu vegna influensunar eru:

- að efla enn frekar staðlað tilkynningarkerfi um umfang, landfræðilega útbreiðslu og stefnur hjá ILI og ARI;
- að auka ILI og ARI eftirlit með eftirliti á alvarlegum bráða öndunarferasýkingum (SARI);
- að kynna stöðluð viðmið fyrir útbreiðslu farsóttá hjá ILI/ARI eftirlitinu með vísbendihópum;
- að þróa nánar eftirlit með öllum mögulegum dánarorsökum innan Evrópu og að gera reglulegar úttektir aðgengilegar fyrir almenning.

7 Eftirlit með ágengum bakteríusjúkdómum í Evrópu 2007

(Gefið út í október, 2010)

Í þessari skýrslu er litið á farsóttarfræðina fyrir ágenga bakteríusjúkdóma vegna *Haemophilus influenzae* og *meningokokka* innan aðildarríkja Evrópusambandsins (ESB) árið 2007. Þar til gerðar landsstöðvar voru beðnar um að skila inn gögnum með því að nota endurnýjaða útgáfu af gagnastaðlinum fyrir ágenga bakteríusjúkdóma (IBI) sem var þróaður árið 2008, á grundvelli fyrri EU-IBIS gagnagrunnsins. Þetta gagnasafn *inniheldur breytur sem eru grundvallaðar á raundæmum úr farsóttarfræði og upplýsingum frá rannsóknarstofum, og er skipt niður í aðalsafn af breytum fyrir alla sjúkdóma innan ESB og viðbótar gagnasafn af breytum sérstaklega gert fyrir ágengan *Haemophilus influenzae* sjúkdóm og ágengan *meningococcal* sjúkdóm. Til að auðvelda miðlun upplýsinga, hlutu aðildarríkin þjálfun á netinu í júní 2008 og einnig voru gerð þjálfunarmyndbönd og annað efni og gert aðgengilegt áður en upplýsingar skyldu afhentar.*

Af 30 aðildarríkjum ESB/EES, sendu 27 þeirra inn upplýsingar um ágengan *Haemophilus influenzae* sjúkdóm og 29 sendu inn upplýsingar um ágengan *meningococcal* sjúkdóm.

Ágengi *Haemophilus influenzae* sjúkdómurinn

- Alls voru tilkynnt 20 58 tilfelli ágengs *Haemophilus influenzae* sjúkdómsins árið 2007. Hlutfall tilkynnta tilfella var breytilegt á milli aðildarríkja og hlutföllin á Norðurlöndunum voru hærrí í samanburði við aðra hluta Evrópu, með áframhaldandi þróun í þá átt. Hins vegar voru flest ríki með færri en 1 tilfelli á hverja 100.000 íbúa. Hæsta hlutfall tilkynnta tilfella voru meðal ungbarna yngri en eins árs (3 á hverja 100.000, 118 tilfelli). Á meðan veruleg fækkun varð hjá ungbörnum með sermigerð B frá 1999 til 2007 (úr 3 á 100.000 til 1 á 100.000), jókst fjöldi tilfella vegna hjúplausra stofna, frá 1.5 prósentum á 100.000 upp í 2.5 prósent á 100.000 á sama tímabili.
- Sextíu og sjö prósent allra tilkynnta ágengra H. Inflúensu tilfella árið 2007 voru vegna hjúplausra stofna. Nýgengi í skráðum tilvikum fyrir hjúplausa stofna sem hafa verið að aukast undanfarið ár kunna að vera rekjanleg til aukinnar vissu og næmni í eftirlitskerfinu sem slíku, sem hafa einnig verið skráð í mörgum aðildarríkjum. Hins vegar hefur verið greind veruleg aukning í fjölda þekktra sermigerða sem bóluefnið hefur ekki náð til (án b og hjúplausra) innan ESB undanfarið ár. Tilkoma H. Inflúensugerðar b (Hib) blandaðra sýklalyfja hefur leitt til hærri hlutfalls smita af ágengri H. Inflúensu sem er rekjanleg til stofna án sermigerðar sem tilkomnir eru vegna færri tilfella af Hib sjúkdómnum. Hins vegar, ólíkt blönduðu pneumókokk sýklalyfjaáætluninni, er ekkert sem styður það að almenn bólusetning meðal ungbarna fyrir Hib hafi valdið sermigerða umbreytingu, hvorki hvað varðar útbreiðslu né sjúkdóminn sjálfan. Nýlegt matsskal Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar (WHO) um Hib blandaða sýklalyfið, kemst að þeirri niðurstöðu að „fram til þessa hafi umbreyting á stofni baktería ekki verið áberandi sérkenni fyrir almenna Hib ónæmisaðgerð“.
- Hvað varðar öll tilkynnt tilfelli, virðist sem aukning sé meðal eldri aldurshópa. Fjörtíu og sex prósent allra tilkynnta tilfella árið 2007 voru hjá fullorðnum eldri en 65 ára; þessi niðurstaða er í samræmi við bandaríska rannsókn sem undirstrikar aukinn fjölda ágengra H. influenzae tilfella frá 1996 til 2004. Farsóttareinkenni H. Inflúensu breyttust einnig úr sjúkómi sem var aðallega greindur hjá börnum og með ráðandi sermigerð b yfir í sjúkdóm sem er aðallega greindur hjá fullorðnum og með ráðandi óskilgreindan stofn.
- Árið 2007, áttu allt að 60% tilfella sér stað í bólusetnum einstaklingum, sem er algengt í þjóðfélögum þar sem flestir eru bólusettir. Meðal þeirra bólusetta, var meirihlutinn börn á aldrinum 1ns - 4ra ára á meðan tilfelli barna yngri en 1ns árs voru um 27%. Með þeim gögnum sem fyrir eru, er ekki hægt að meta hvort tilfelli sem fylgst var með þýði að skilgreina megi bólusetninguna sem misheppnaða og nánari upplýsinga er þörf til að kanna þessar niðurstöður enn frekar. Einhverjar viðbótar upplýsingar hafa fengist með rannsókn á vegum EU-IBIS sem greindi mistök í Hib bóluefni sem uppgötvuðust með upplýsingum hjá eftirlitskerfi á landsvísi á árunum 1996 og 2001 í Evrópu, Ísrael og Ástralíu og greindu frá klínískum einkennum og einkennum á rannsóknarstofu í fjölmönnum og fjölbreyttum þjóðfélögum með ólíkar áætlanir varðandi ónæmisaðgerðir.

Endurkoma Hib sjúkdómsins vegna mistaka í bólusetningu hefur einnig ítrekuð verið tilkynnt frá Bretlandi.

Ágengir *meningococcal* sjúkdómar

- Árið 2007, voru tilkynnt 5 583 tilfelli vegna ágengrar N. meningitidis sýkingar innan ESB/EES, og alls voru tilkynnt 1.12 tilfelli á hverja 100.000 íbúa. Hlutföll tilkynnta tilfella voru mismunandi innan aðildarríkjanna og voru hærrí á Írlandi og Bretlandi (UK) í samanburði við önnur lönd í Evrópu, þótt í báðum ríkjum hafi verið samfelld fækkun tilfella. Fyrir utan þessu tvö lönd, voru sex önnur aðildarríki sem höfðu hlutfall

- tilkynnta tilfella yfir 1 prósent á hverja 100.000 íbúa (Belgía, Danmörk, Holland, Spánn, Litháen og Malta). Ungabörn og börn voru enn með flest tilkynnt tilfelli ágengra meningococcal sjúkdóma, þar af voru 50% tilfella sem tilkynnt voru hjá börnum yngri en 10 ára. Hæsta hlutfall tilkynnta tilfella hjá ungbörnum yngri en eins árs var hjá Írlandi og Bretlandi, þar sem hlutföllin voru 74.5/100000 og 46.6/100000, í þeirri röð.
- Hvað varðar H.inflúensu, þá kann misleitnin í tilkynntum tilfellum eiga rætur að rekja til ýmissa ástæðna: endurbóta á næmi eftirlitskerfanna; mismunandi ástæður heimsóknna á heilbrigðisstofnanir hjá þeim sem eru undir eftirliti (þ.e. blóðeitrun eða heilahimnubólga eða hvoru tveggja) í hverju aðildarríki fyrir sig; misræmi í notkun á skilgreiningum; ólík geta rannsóknarstofa; eða mismunur í framkvæmd meðal heilbrigðisstofnana í að tryggja blóðsýnatöku fyrir ræktun. Á þessum tímavarki hefur Sóttvarnarstofnun Evrópu (ECDC) ekki enn gott yfirlit yfir helstu ástæður að baki þessa mismunar og ráðleggur því að varúðar sé gætt þegar borin eru saman tilkynnt tilfelli innanlands eftir sermihópi og aldri.
 - Hlutfall þeirra tilfella þar sem skortur er á upplýsingum um sermihópa heldur áfram að vera hátt, einkum í austur Evrópuríkjum. Hins vegar hefur greining sermihópa batnað í gegnum árin, þar sem fjöldi óþekktra hópa hefur minnkað talsvert síðustu fimm ár úr 1 448 árið 2003 í 559 tilfelli árið 2007. Árið 2007 var sermihópur B algengasti sermihópurinn sem tilkynntur var sem olli ágengum meningococcal sjúkdómi í Evrópu, eða um 90% allra tilkynnta sermihópa meðal barna yngri en fjögurra ára. Í löndum sem framkvæma bólusetningu við meningococcal C (MCC) eru B tilfelli yfirgnæfandi í öllum aldurshópum og, einkum í aldurhópnum frá eins árs til fjögurra ára (73 og 81% tilfella, í þeirri röð), hópnum sem er almennt markhópurinn fyrir bólusetningu gegn sermihópi C.
 - Í ríkjum sem framkvæma MCC bólusetningu, hefur hlutfall tilfella vegna sermihóps C lækkað til muna á þeim fáeinum árum frá því að bóluefnið var sett inn á landsáætlun, einkum hvað varðar markhópa áætlunar fyrir bólusetningu. Hlutfall tilfella sermihóps C virðist aukast með aldri, sem er sennilega vegna fárra bólusetninga meðal eldri aldurshópa sem og minni virkni bóluefnisins árin eftir að fyrsta bólusetning fór fram.
 - Upplýsingum um sermihóp og undirflokkastofna fer fjölgandi í kjölfar notkunar á sameindatækni í fleiri og fleiri ríkjum. Hins vegar helst fjöldi sýnitaka sermihópa og sermiundirflokka lágur og aðgát skal höfð við túlkun niðurstaðna. Frakkland, Bretland og Belgía tilkynntu mestan fjölda sýnitaka fyrir sermiundirflokka.

Helstu niðurstöður

Á heildina litið heldur tíðni beggja sjúkdóma að lækka, einkum meðal ungra bara sem eru markhópur bólusetningarherferða. Hins vegar hefur fjöldi tilfella vegna sermittegunda og sermihópa sem ekki er tekið á með bólusetningum á evrópskum vettvangi aukist og hefur það einnig áhrif á ung börn og takast þarf á við þessa þróun með virkum hætti.

Þar sem umfang bólusetningar er mikið hvað varðar bæði bóluefnin, eiga tilfelli sér einnig stað meðal bólusettra einstaklinga. Því miður eru ekki til næg gögn til að meta með greinargóðum hætti möguleg mistök með bóluefnið eða hafa afskipti af hlutfalli þeirra tilfella sem áttu sér stað meðal bólusettra einstaklinga í löndum þar sem bólusetning fór fram og ríkjum sem framkvæmdu engar bólusetningar. Þetta er vegna þess að hlutfallslega vantar margar stærðir til að meta stöðu bólusetninga og ekki voru tiltækar upplýsingar um fæðingardag, fjölda skammta sem gefnir voru og dagsetningu síðustu skömmtunar. Auk þess eru allar þær upplýsingar sem nauðsynlegar eru til að tilgreina að um sé að ræða mistök með bóluefni ekki til staðar í gagnsafninu (eins og fæðingardagur, og fjöldi og dagsetning skammta sem gefnir eru).

Til að bæta samanburð gagna á milli þátttökuríkja, er þörf á nánari stöðluðum á rannsóknaraðferðum til að greina tilfelli og staðbundna innleiðingu á sameiginlegum skilgreiningum tilfella fyrir eftirlit. Arfgerðargreiningar aðferðir munu verða í auknum mæli mögulegar innan Evrópuríkja og mun það bæta skilning á gögnum úr eftirliti; þetta krefst þó náninnar samvinnu rannsóknarstofa og farsóttamiðstöðva á landsvísi sem og á evrópskum vettvangi. Í samræmi við þetta, var boð um að leggja fram tilboð samþykkt árið 2008 sem bar nafnið „Eftirlit rannsóknarstofa og ytra gæðaeftirlit (EQA) með ágengum bakteríusjúkdómum innan ESB“ og var veitt hópi evrópskra stofnana sem Háskólinn í Würzburg, Þýskalandi leiðir og verkefnið er núna á sínu öðru ári í framkvæmd. Það einblínir ekki einungis á EQAs og þjálfun heldur einkum á að efla og samræma getu rannsóknarstofa í aðildarríkjunum og styrkja samvinnu rannsóknarstofa og lýðheilsustofnana innan ESB. Eitt af helstu verkefnum hópsins er að efla notkun aðferða er byggja á sameindagreiningu í reglubundnu eftirliti

8 Árleg farsóttarskýrsla smitsjúkdóma í Evrópu 2010 Þol gegn sýklalyfjum og spítalasykingar

(Gefið út í nóvember, 2010)

Þessi skýrsla greinir gögn sem bárust árið 2008 frá 27 aðildarríkjum ESB og þremur EES/EFTA ríkjum: Íslandi, Liechtenstein og Noregi. Helsta markmið þessarar skýrslu er að veita einhverjar vísbendingar, grundvallaðar á fyrirbyggjandi gögnum, hvar helst sé að finna smitsjúkdóma innan Evrópusambandsins. Á þessum svæðum, er þörf á samrýmdum aðgerðum til að minnka núverandi og framtíðarbyrði á þjófélagið, á lýðheilsu og heilbrigðiskerfi, og að lina mannlegar þjáningar.

Þessi gögn eru hluti af verkefni Sóttvarnarstofnunarinnar (ECDC) að útvega upplýsingar til grundvallar við framkvæmd, að aðstoða við að greina og deila starfsvenjum, og að koma með tillögur að aðferðum við eftirfylgni vegna inngripa stofnunarinnar.

Þótt miklar framfarir hafi orðið í að bæta gæði og samanburð gagnanna, er lesandinn enn varaður við að gera beinan samanburð á tilkynningarfjölda á milli ríkja. Eftirlitskerfin eru afar óík og tengslin á milli tilkynnta tilfella og raunverulegra tilfella eru breytileg frá einu ríki til annars varðandi ýmsa sjúkdóma.

Í fyrsta sinn er árleg greining á ógnum sem eftirlit er haft með innan ESB kynnt sérstaklega⁵.

Þol gegn sýklalyfjum og spítalasykingar

Helstu sjúkdómar er Evrópu stafar hættu af eru tilkomnir vegna örvera sem hafa orðið ónæmar fyrir sýklalyfjum. Árið 2008, tilkynntu 900 rannsóknarstofu sem sinna yfir 1500 sjúkrahúsum gögn sín um þol gegn sýklalyfjum (AMR) fyrir sjö leiðandi örveruhópa. Þetta sýndi að mikla aukningu innan Evrópu innan allra sýklalyfjaflokka undir eftirliti vegna Gram-neikvæðrar bakteríu sem veldur blóð- og þvagfærasýkingum, *Escherichia coli*. Sum ríki tilkynntu um lækkan hlutfalls metíclín-þols *Staphylococcus aureus* (MRSA), þótt hlutföll MRSA héldust yfir 25% í einum þriðja hluta ríkjanna. Vaxandi ógn á þoli gagnvart mörgum lyfjum (þol gegn ýmsum sýklalyfjum í almennri notkun), sem í ríkari mæli gerir vart við sig meðal Gram-neikvæðra baktería eins og *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae* og *Pseudomonas aeruginosa*, heldur áfram að valda áhyggjum.

Á sama ári voru skráð eftirlitsgögn vegna 306 621 skurðaðgerða á 1 422 sjúkrahúsum, sem og gögn frá 654 sjúkrahúsum um 9 129 tilfelli lungnabólgu hjá bráðamóttökum (ICU) og 4 077 tilfelli blóðsýkingar á bráðamóttökum. Fækkun tilvika voru greind vegna skurðstofusýkinga við aðgerðir á mjaðmaliðum voru staðfest 2008. Dreifing á örverum er tengjast bráðamóttökum er stór hluti af þriðju kynslóðar cephalosporín-þolna Enterobacteriaceae, og þá sérstaklega meðal *Klebsiella* spp. og *Enterobacter* spp.

Sjúkdómar með smitferjum og úr umhverfinu

Skráð útbreiðsla Q hitasóttar í Hollandi sem átti sér stað frá mars til desember 2007, kom aftur upp árið 2008. Flest tilfelli voru yfir sumartímann og var toppnum náð í 25. - 28. viku (miðjum júní - miðs júlí). Önnur Evrópuríki eins og Þýskaland hafa einnig tilkynnt breytingar á stefnumiðum varðandi Q hitasótt og aukningu tilfella árið 2008, en í minna mæli þó.

Af þeim smitsjúkdómum sem tilheyra þessum flokki og eru með alvarlegri afleiðingar, eins og þeir sem eru með blæðingarsótt, Krímskaga-Kingó blæðandi hitasótt (CCHF), þá hafa þeir farið út fyrir hin hefðbundnu landlægu svæði á Balkanskaga. Grikkland tilkynnti sitt fyrsta smit á milli manna vegna CCHF í júní 2008 í norðurhluta landsins nálægt þekktu svæði þar sem sjúkdómurinn er landlægur. Hins vegar sýndi aukið eftirlit á Ítalíu eftir að 217 tilfelli chikungunya hitasóttar voru staðfest á tilraunastofu, að autochthonous chikungunya hitasóttin tók sig ekki upp aftur, þar sem þau fáeinu tilfelli sem tilkynnt voru til ESB/EES komu öll erlendis frá.

Sjúkdómar sem berast með mat eða drykk og sjúkdómar sem smitast á milli manna og dýra

Margir þeirra sjúkdóma sem berast með mat eða drykk eru gjarnan ótilkynntir vegna ólíkra einkenna þeirra. Kampýlóbaktería var það sem helst var tilkynnt um hvað varðar maga- og garnasjúkdóma innan ESB og EES/EFTA þar sem hlutfallið árið 2008 (44.1 á hverja 100.000 íbúa) var meira og minna það sama og árinu áður. Þetta er

5 ECDC. Ársskýrsla um ógnun 2009. Sóttvarnarstofnun Evrópu, Stokkhólmi; 2010. Fáanleg á: http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/surveillance_reports/Pages/index.aspx

einkennandi dæmi sjúkdóms sem er vanmetinn, þar sem þessi sýking er einkum þekkt fyrir að valda engum eða litlum einkennum sem leiðir til margra ótilkynnta tilfella.

Heildarhlutfall VTEC/STEC sýkinga hefur einnig verið að mestu óbreytt undanfarin fimm ár (0.66 á 100.000). Hins vegar fylgjaði tilkynntum tilfellum blóðlýsupvageitrunarheilkenna árið 2008 í samanburði við árið á undan. Hvað varðar salmonellu og blóðsött, voru börn undir fimm ára aldri með hæsta hlutfall tilkynnta tilfella VTEC/STEC sýkinga (4.72 tilfelli á hverja 100.000 íbúa), sennilega vegna hærri heimsóknatíðna í heilbrigðisstofnanir í þessum aldurshópi og meiri líkur á spítalainnlögn með þessar sýkingar.

Það hefur verið stöðug fækkun salmonellutilfella undanfarin þrjú ár, þótt *salmonella* hafi haldið áfram að valda fjölda sjúkdóma sem berast með mat eða drykk erlendis, innanlands og innan ákveðinna svæða árið 2008. Vegna breyttra aðferða við skráningu gagna, sýnir þessi skýrsla hærra hlutfall taugaveiki en á árinu áður, en þetta eru frekar tilbúnar endurbætur á niðurstöðum heldur en raunveruleg fjöldun tilfella. Meirihluti taugaveikistilfella eru enn tilkomin vegna ferðamanna sem snúa heim eftir að hafa verið á svæðum þar sem sjúkdómurinn er landlægur.

Árið 2008 var heildarhlutfall lifrabólgu A (3.34 á 100 000 íbúa) aðeins hærra en árið 2007 (2.75 á hverja 100 000 íbúa). Hlutfall tilkynnta tilfella í Lettlandi jókst úr 0.66 árið 2007 í 123 á hverja 100 000 íbúa, aðallega vegna útbreiðslu um landið allt sem hófst meðal sprautufikla og lágtekjufólks sem bjó við aðstæður þar sem hreinlæti var af skornum skammti, en það breiddist síðar út í samfélagið. Svipað átti sér stað í Tékklandi þegar lifrabólga A breiddist út og herjaði í fyrstu á sprautufikla og breiddist síðar út til almennings.

HIV, kynsmitsjúkdómar, lifrabólga B og C

HIV smit er enn ein helsta heilsuógn innan Evrópu hvað varðar smitsjúkdóma. HIV hélt áfram að aukast um 33% meðal þeirra tilfella sem tilkynnt voru um HIV smit, úr 4.2 á hverja 100 000 árið 2000 (13 265 tilfelli) í 5.6 á hverja 100 000 (18 019 tilfelli) árið 2008. Þessi þróun er enn meira áhyggjuefni þegar tillit er tekið til þess að innan ESB/EES er talsverður fjöldi (áætlað um 30%) sem vita ekki að þeir séu með HIV. Gögn sýna að hæsta hlutfall HIV tilfella var greint meðal karlmanna sem hafa átt kynmök við karlmenn (40%) en aukning HIV smita meðal gagnkynhneigðra (29%) jókst í nokkrum Evrópuríkjum. Talsverður hluti nýgreindra HIV smita innan ESB voru hjá innflytjendum þar sem almenn útbreiðsla HIV er til staðar (aðallega í ríkjum sunnan Sahara í Afríku). Á móti kemur að þrátt fyrir ákveðna annmarka á gögnunum, virðist fjöldi greindra AIDS tilfella hafa minnkað, nema á Balkanskaga.

Klamýdía heldur áfram að vera algengasti kynsmitsjúkdómurinn innan ESB/EES með um 335 329 tilkynnt tilfelli (150 á hverja 100 000 íbúa). Sönn tíðni klamydíu er sennilega hærri þar sem þessi sýking á það til að vera ótilkynnt. Hún hefur haldið áfram að aukast undanfarin 10 ár. Þetta heldur áfram að vera sjúkdómur ungs fólks þar sem heildarhlutfall tilkynnta tilfella einstaklinga á aldrinum 15 til 24 ára er 976 á hverja 100 000 íbúa; ungur konur smitast oftast en ungir karlmenn.

Þótt staða lifrabólgu C sé frekar stöðug og hlutfall lifrabólgu B virðist hafa lækkað í samanburði við fyrri ár, eru ákveðnir annmarkar hvað þessi gögn varðar. Tulkun á þessari þróun takmarkast við afar ólík eftirlitskerfi, nýlegar breytingar á tilkynningum, fjölmörg ógreind tilfelli, mismunandi skilgreiningar notaðar fyrir tilfelli (þ.e. ólík notkun og/eða túlkun á einkennum lifrabólgu B) og ófullnægjandi tilkynningarkerfi í sumum ríkjum. Auk þess greina sum ríki ekki á milli skýrslna um bráð tilfelli og langvinn tilfelli lifrabólgu B og C og þetta, auk fjölda einkennalausra tilfella, valda ruglingi í gögnum sem ekki er auðveldlega hægt að bera saman á milli landa. Sóttvarnarstofnunin (ECDC) er að vinna að því að bæta eftirlit með þessum veirusýkingum, þar á meðal að bæta samhæfingu eftirlits með lifrabólgu B og C á evrópskum vettvangi.

Sýkingar í öndunarvegi

Sérhvern vetur verða hundruðir þúsunda manna innan ESB alvarlega veikir eða látast vegna árstiðarbundinnar influensu. Inflúensutímabilið 2008/09 í Evrópu hófst í 48. viku árið 2008, varði í um 10 vikur á þeim svæðum þar sem hún herjaði og lauk í 16. viku árið 2009, eftir að hápunktur hafði verið náð um alla álfuna frá vestri til austurs og síðan suðvesturs. Tímabilið 2008/09 var fyrst undirlagt af flensunni A(H3N2) og síðar í minna mæli af influensu B, þar sem A(H3N2) vírusinn var oftast greindur. Meirihluti influensu vírusa B sem voru að ganga þessuðu ekki við stofn B í influensubóluefninu sem notað var í norður Evrópu 2008/09. Þar sem útbreiðsla B vírusins var tiltölulega lítil þetta tímabil, er þetta misræmi ólíklegt til að hafa haft áhrif á heilsu almennings að verulegu leyti. Í 19. viku árið 2009, við lok „venjulegs tímabils“, var fyrsti virus fuglaflensunnar A(H1N1) fundinn í vísbendihópi sem síðar varð að heimsfaraldri. Í kjölfarið kom vor/sumarbylgja heimsfaraldursins.

Árið 2008, varð aftur útbreiðsla á afar meinvaldandi fuglaflensu og lítt meinvaldandi fuglaflensu tilkynnt innan ESB en þau voru færri en árið 2007. Ekki var tilkynnt um nein smit hjá mönnum í tengslum við þessa faraldra.

Hlutfall tilkynninga á hermannaaveiki (legionellosis) innan ESB og EES/EFTA ríkjum helst stöðugt við 1.2 á 100 000 íbúa. Hápunktur tilkynnta tilvika í júlí á fyrri árum varð lengra árið 2008, náði frá júní til september. Fjöldi tilkynnta tilfella ferðatengdrar hermannaaveiki var lægri en árið 2007, sem og fjöldi ferðatengdra klasamyndana.

Það hefur verið varanleg meðaltals fækkun árlega á fjölda berklatilfella síðustu fimm ár, þótt 28 ESB og EES/EFTA ríki hafi tilkynnt 82 611 berklatilfelli (hlutfall tilkynninga 16.7 á hverja 100 000 íbúa) árið 2008. Innan ESB eru berklar algengari meðal innflytjenda, heimilisláusra, fátæks fólks í miðborgum, fanga, eyðnismitaðra, og eiturlyfjanotenda, en gögn frá 2008 staðfesta misleita mynd, með þremur viðtækum farsóttarfræðilegum flokkum:

- ríki með litla útbreiðslu, þar sem tilfelli aukast meðal íbúa af erlendum uppruna og stundum tilkynnt um aukningu tilfella.
- ríki með meðal eða hátt hlutfall tilkynninga þar sem um er að ræða fækkun, og fá tilfelli fjöllyfjaónæmra berklatilfella; og
- ríki með tiltölulega hátt hlutfall tilkynninga og hátt hlutfall fjöllyfjaónæmra berklatilfella, en á móti með lækkandi hlutfall berkla þegar á heildina er litið.

Auk þess hefur fjöllyfjaónæmum berklatilfellum fjölgað úr 4% í 6% á milli 2007 og 2008, einkum vegna ófullnægjandi eða illra hannaðra meðferðaráætlana. Útkoma vel heppnaðra meðferða við fjöllyfjaónæmum berklatilfellum helst einnig afar lág eða við 30.9% fyrir 2006 árganginn. Þótt bæta megi gæðin, hversu einkennandi og heilstæð annars stigs ónæmis gögnin eru, staðfesta tölurnar að XDR TB hefur náð fóstfestu innan landamæra ESB:

Sjúkdómar sem hægt er að koma í veg fyrir með bólusetningu

Nokkrum alvarlegum sjúkdómum, sem hægt er að koma í veg fyrir með bólusetningu (eins og lómunarveiki, barnaveiki eða stífkrampi), hefur nú verið nánast útrýmt innan ESB/EES. Einnig hefur mikill árangur náðst í nærri öllum ESB ríkjum með því að nota Hib bóluefnið í ónæmisaðgerðaráætlunum á landsvisu. Hvað varðar aðra sjúkdóma sem hægt er að koma í veg fyrir með bólusetningu, er það enn vandamál að ná betur til þeirra hópa þjóðfélagsins sem almennt er erfitt að ná til. Einnig hefur óréttmætur vafi um öryggi bólusefnis hindrað markmið varðandi einhverjar þessara sýkinga, og veldur það útbreiðslu sem hefði verið hægt að koma fyllilega í veg fyrir.

Einn þeirra sjúkdóma eru mislingar. Heildarfjöldi mislingatilfella innan ESB og EFTA ríkjanna var talsvert hærri árið 2008 en 2007. Þetta var vegna mikillar útbreiðslu í nokkrum löndum, og voru flest tilfelli í Sviss, á Ítalíu, í Austurríki, Þýskalandi, Frakklandi og í Bretlandi. Þörf er á aukinni pólitískri festu til að snúa þessari uggandi þróun við.

Hins vegar fækkaði tilkynntum og staðfestum tilfellum frá tilraunstofum vegna rauðra hunda á árunum 2007 og 2008. Þrátt fyrir gríðarmikla fækkun tilfella á ásköpuðum sýkingum rauðra hunda, sem kom til vegna nýrrar bólusetningar, koma tilfelli upp slitrótt í Evrópu. Ónæg útbreiðsla bóluefnis fyrir mislingum-hettusótt-rauðum hundum getur valdið efasemdum hjá mörgum, sem leiðir til fleiri tilfella þessara sjúkdóma, þar á meðal áskapaðra sýkinga rauðra hunda.

Heildarhlutfall tilkynntra ágengra lungnabólugusýkinga (IPD) var 5.2 fyrir hverja 100 000 íbúa árið 2008, eitt hæsta hlutfall þeirra sjúkdóma sem hægt er að koma í veg fyrir með bólusetningu. Það er mikil misleitni í eftirliti með IPD innan ESB, einkum hvað varðar þau eftirlitskerfi sem eru í notkun, umfang þeirra og þær skilgreiningar á tilfellum sem notaðar eru; á meðan sum ríki eru með ekkert eftirlitskerfi. Sóttvarnarstofnunin (ECDC) er að kynna öflugra eftirlit innan ESB sem felur einnig í sér eftirlit með rannsóknarstofum til að geta betur haft eftirlit með þróun mála vegna sermigerða, einkum þeirra sem ekki er til bóluefni við.

Niðurstöður

Þessi samantekt yfir gögn og þróun mála fyrir árið 2008 gefur til kynna að forgangsroðun ESB varðandi forvarnir smitsjúkdóma og stýringu hefur ekki efnislega breyst síðustu ár. Hvað varðar ákveðna sjúkdóma þá hefur verið einhver minnkun útbreiðslu og fækkun tilfella þar sem sameiginleg forvörn og stýring er til staðar af hálfu aðildarríkjanna (jafnvel þótt tíðnin sé enn há innan ákveðinna þjóðfélagsþópa og áhættuþópa). Hins vegar eru enn fyrir hendi nokkur smitsjúkdómavandamál, þar sem þau helstu eru:

- þol gegn sýklalyfjum;
- spítalásýkingar;
- kynsmitsjúkdómar, einkum vegna eyðni (HIV) og klamydíu;
- sýkingar í öndunarferum vegna influensu (í kjölfar heimsfaraldurs sem og ártíðarbundinna faraldra),

Hvað varðar suma þessara sjúkdóma þá gæti enn frekari samvinna (þ.e. með bólusetningum og svipuðum aðferðum fyrir stýringu á þeim) leitt til þess að ESB, og að lokum Evrópa, myndi verða „laus“ við sjúkdómum, eins og á við um nokkra sjúkdóma sem hægt er að koma í veg fyrir með bólusetningu. Aðildarríki ESB eru þó enn langt frá því að ná þeim markmiðum sem þegar hafa verið sett með áætlunum sem miða að því að útrýma sjúkdómum, einkum hvað varðar mislinga þar sem slík tilfelli eru farin að aukast á ný. Sama á við um næmi og eftirlit með rauðum hundum sem mikilvægt er að bæta samkvæmt stefnumarkmiði WHO 2010. Hvað varðar lungnabólgu sýkingar, þá er það enn áhyggjuefni vegna þess möguleika að í kjölfar þess að bóluefni var sett á markað fyrir sermihópa sem valda lungnasýkingu kunnir þau að hafa vikið fyrir öðrum sermihópi sem sé ónæmur fyrir bóluefninu, eins og þegar hefur verið fylgst með í Bandaríkjunum.

Gögnin frá 2008 sýna áfram fram á að þol gegn syklalyfjum valdi aukinni hættu hvað varðar lýðheilsu í Evrópu. Þetta vandamál kallar á alþjóðlega samvinnu – sem og samræmdar aðgerðir á landsvísu – til að hafa hemil á og koma í veg fyrir að þol gegn syklalyfjum eigi sér stað. Einnig eru spítalasykingar vandamál sem er að aukast og þarfnast samræmdra forvarna og eftirlitsaðgerða. Stefnumótendur munu njóta góðs af því að hafa undir höndum áreiðanlegri gögn á grundvelli endurbætts eftirlitskerfis sem eru aðallega staðsett á sjúkrahúsum eða á stöðum þar sem um langtímadvöl er að ræða.

Þótt heildartíðni bekla sé nú á niðurleið, þá heldur tíðni fjölyfjaónæmra berklartilfella og eyðni (HIV) með berklum áfram að hækka. Með sama hætti, fer heildartíðni eyðni (HIV) hækkandi. Bryn þörf er á að báðum þessum sýkingum sé veitt athygli til að viðhalda strangri forvarnar- og eftirlitsstarfsemi innanlands sem og á alþjóðavísu, þar á meðal með auknu eftirliti. Tilkynningar um berkla/HIV samsýkingar halda áfram að vera óviðunandi þótt til staðar séu áætlanir til að bæta stöðuna.

Inflúensa sýnir hversu óútreiknanleg árstíðarbundin útbreiðsla getur verið, þar sem tiltölulega alvarlegt tímabil var þegar A(H3N2) vírusinn gekk sem leiddi til A(H1N2) faraldursins sem átti upptök sín í Bandaríkjunum.

Tafla A: Yfirlit yfir almenna hneigð, tilkynningarhlutfall ESB og helstu aldurshópa sem smituðust af smitsjúkdómum innan ESB árið 2008.

Sjúkdómur	Almenn hneigð	Tilkynningarhlutfall fyrir hverja 100 000 íbúa innan ESB (2008)	Helstu aldurshópar sem verða fyrir áhrifum (2008)
Sýkingar í öndunarvegi			
Inflúensa	↔	Engin gögn	0–14
Fuglaflensa	Ónógar upplýsingar	0	Ónógar upplýsingar
Hermannaveiki	↑	1.2	≥ 65
Berklar	↓	16.7	25–44
HIV, kynsmitsjúkdómar og veirusýkingar sem berast með blóði			
Klamýdusmit	↑	149.9	15–24
Lekandi	↓	8.6	15–24, 25–44
Lifrabólga B	↓	1.3	25–44
Lifrabólga C	↑	9.0	25–44
HIV	↑	5.7	25–44
AIDS	↓	1.1	40–49
Sárasótt (sýfilis)	↔	4.2	25–44
Sjúkdómar sem berast með mat eða drykk og mannsmitanlegir dýrasjúkdómar			
Miltisbrandur	↓	< 0.01	Ónógar upplýsingar
Bótulismi	↔	< 0.1	25–44
Brúsellósa	↓	0.2	45–64, 25–44
Kampýlóbaktería	↑	44.1	0–4
Kólera	↓	<0.01	Ónógar upplýsingar
Launsporasyki	↔	2.4	0–4
Echinococcosis	↔	0.2	45–44, ≥ 65
Verocytotoxin-framleiðandi Escherichia coli (VTEC/STEC))	↔	0.7	0–4
Gíardusýki	↓	59.6	0–4
Lifrabólga A	↓	3.3	5–14
Mjógrymasótt	↔	0.2	45–64
Listeria	↔	0.3	≥ 65
Salmonellusýkingar	↓	29.8	0–4

Sjúkdómur	Almenn hneigð	Tilkynningarhlutfall fyrir hverja 100 000 íbúa innan ESB (2008)	Helstu aldurshópar sem verða fyrir áhrifum (2008)
Sigellusýki	↔	1.8	0–4
Bogfrymilssótt	↓	0.8	15–24
Trikinuveiki	↔	0.1	25–44
Hérasótt	↔	0.2	45–64
Taugaveiki/taugaveikisótt	↔	0.3	0–4, 5–44
CJD afbrigði	Ónógar upplýsingar	< 0.01	Ónógar upplýsingar
Rauðmunnaveiki	↑	2.7	0–14
Nýir sjúkdómar og sjúkómar sem smitast með smitberum			
Malaria	↔	1.2	25–44
Svartidaði	Ónógar upplýsingar	0	Ónógar upplýsingar
Q hitasótt	↔	0.4	45–64
Heilkenni alvarlegrar bráða lungnabólgu (HABL)	Ónógar upplýsingar	0	Ónógar upplýsingar
Bólusótt	Á ekki við	0	Ónógar upplýsingar
Chikungunya hitasótt	Ónógar upplýsingar	< 0.01	45–64
Dengue hitasótt	Ónógar upplýsingar	0.1	25–44
Hantavirus sýking	Ónógar upplýsingar	1.4	25–44, 45–64
Vestur Nil hitasótt	Ónógar upplýsingar	< 0.01	Ónógar upplýsingar
Gulusótt	Ónógar upplýsingar	0	Engin tilfelli
Sjúkómar sem hægt er að koma í veg fyrir með bólusetningu			
Barnaveiki	↓	<0.01	5–14, 45–64
Ágeng <i>Haemophilus influenzae</i> smit	↓	0.5	≥ 65, 0–4
Ágengir meningococcal sjúkdómar	↓	0.9	0–4
Ágengar pneumokokkasýkingar	↓	5.2	≥ 65, 0–4
Mislingar	↔	0.9	0–4
Hettusótt	↓	2.8	5–14
Kíghósti	↔	5.3	5–14
Lömunarveiki	Ónógar upplýsingar	0	Ónógar upplýsingar
Hundaæði	↓	< 0.01	Ónógar upplýsingar
Rauðir hundar	↓	0.6	0–4
Stífkrampi	↓	< 0.1	≥ 65
Þol gegn sýklalyfjum og spítalasykingar			
Þol gegn sýklalyfjum	↑	Á ekki við	Ónógar upplýsingar
Spítalasykingar	↑	Á ekki við	Ónógar upplýsingar

9 Eftirlit í Evrópu með þoli gegn sýklalyfjum 2009

(Gefið út í nóvember, 2010)

Þetta er fyrsta ársskýrsla evrópska eftirlitsnetsins með þoli gegn sýklalyfjum (EARSNet) eftir að evrópska eftirlitskerfinu með þoli gegn sýklalyfjum (EARSS) var breytt í Sóttvarnastofnun Evrópu (ECDC) 1. janúar, 2010. Þessi skýrsla er framhald af ársskýrslum EARSS sem hafa verið gefnar úr frá 2001 og verið hátt skrifaðar.

Síðastliðinn áratug hefur þol gegn sýklalyfjum jafnt og þétt öðlast mikilvægari sess innan lýðheilsu í Evrópu. Eftirlit með þoli gegn sýklalyfjum sem EARSS framkvæmdi áður, og EARS-Net sér nú um, hefur spilað veigamikil hlutverk í að útvega gögn varðandi tilfelli og útbreiðslu þols gegn sýklalyfjum, sem og að auka vitneskju um vandamálið á vettvangi stjórn mála, meðal þeirra sem sjá um lýðheilsu og innan vísindasamfélagsins.

Á grundvelli gagna um þol gegn sýklalyfjum sem 28 ríki tilkynntu til EARS-Net árið 2009, og á grundvelli niðurstaðna greiningar á gögnum m.a. frá EARSS frá undanförunum árum, er staða þols innan Evrópu afar breytileg eftir gerð sýkils, efni sýklalyfja og landfræðilegum svæðum.

Þær niðurstöður sem voru helst sláandi árið 2009 vörðuðu skyndilegt minnkandi þol *Escherichia coli* við nánast öllum innihaldsefnum sýklalyfja sem féllu undir eftirlit EARS-Net nema carbapenems, og mikið þol *Klebsiella pneumoniae* við þriðju kynslóðar cephalosporin, flourkinólón og aminoglycoside. Hjá helmingi þeirra ríkja sem sendir inn tilkynningar, er hlutfall fjölyfjaónæmra *K. pneumoniae* einangurs (í samanburði við ónæmi þriðju kynslóðar cephalosporin, flourkinólón og aminoglycoside) yfir 10% og nokkur ríki eru núna einnig að tilkynna hátt ónæmishlutfall við carbapenems. Þessi sýklalyf hafa víða verið notuð í fjölmörgum ríkjum vegna aukins hlutfalls breiðvirkra betalaktamasa (ESBL) sem valda Enterobacteriaceae sem hefur áhrif á nýmyndun á carbapenemase framleiðslu (VIM, KPC og NDM-1), einkum hjá *K. pneumoniae*.

Hæsta ónæmishlutfall í *E. coli* voru tilkynnt varðandi aminopenicillin sem náði allt upp í 66%. Án tillits til háðs ónæmisstigs, heldur hlutfallið áfram að aukast jafnvel í ríkjum þar sem ónæmisstigið er nú þegar vel yfir 50%. Þol við þriðju kynslóðar cephalosporin hjá *E. coli* hefur einnig aukist talsvert undanfarin fjögur ár hjá rúmum helmingi þeirra ríkja sem senda inn tilkynningar. Þetta ónæmi er tengt beint við hátt hlutfall (85-100%) jákvæðra ESBL meðal ónæmra einangra í ríkjum sem tilkynntu um ESBL árið 2009.

Aðrar stefnur sem tilkynnar voru til EARS-Net í tengslum við ónæmi, vekja von um að tilraunir innanlands sem miða að því að stýra sýkingum og tilraunir til að einangra ónæmistilfellin, geti í sumum tilfellum bundið enda á ónæmisþróunina, eða jafnvel umbylt óæskilegri ónæmisþróun, eins og synt var með þróun *Staphylococcus aureus* (MRSA) sem var ónæmt fyrir meticillin. Jafnvel þótt hlutfall MRSA meðal *Staphylococcus aureus* sé enn yfir 25% í 10 af 28 ríkjum, eru MRSA tilfelli að verða stöðugri eða þeim fer fækkandi í sumum ríkjum og varanleg minnkun hefur verið greind í Austurríki, Frakklandi, á Írlandi, í Lettlandi og Bretlandi.

Auk þess hefur Bretland sýnt fram á samræmda minnkun ónæmishlutfalls hjá *K. pneumoniae* varðandi alla þá sýklalyfjaflokka sem eru undir eftirliti, og í nokkrum ríkjum (Grikklandi, Þýskalandi, Ítalíu og Frakklandi) virðast tilraunir til að stýra ónæmi við glycopeptide hjá *Enterococcus faecium* vera árangursríkar og leiða til áframhaldandi fækkunar ónæmra einangra. Á meðan virðist hátt ónæmishlutfall aminoglycoside hjá *Enterococcus faecalis* vera stöðugt á frekar háu stigi. Meirihluti ríkja tilkynnti hlutfall ónæmra einangra á milli 30% og 50%.

Hvað varðar *Streptococcus pneumoniae*, er ónæmi við pensilíni almennt stöðugt í Evrópu og ónæmi við macrolides hefur minnkað í sex ríkjum en ekkert ríki hefur tilkynnt um fjölgun tilfella. Hvað varðar *Pseudomonas aeruginosa*, þá hafa mörg ríki tilkynnt hátt ónæmishlutfall við flourkinólón, carbapenems og fjölyfjaónæmi, einkum í suður og austur Evrópu.

Hvað varðar nokkrar örverueyðandi og sýklasamsetningar, t.d. ónæmi við flourkinólón hjá *E. coli*, *K. pneumoniae*, *P. aeruginosa* og hjá MRSA, þá er um að ræða augljósa fækkun allt frá norður til suður Evrópu.

Almennt eru lægri ónæmishlutföll tilkynnt í norður Evrópu og hærri hlutföll í suður Evrópu, og enduspeglar það líklega ólíkar sýkingavarnir, löggjöf sem er til staðar eða vantar varðandi lyfseðla fyrir sýalyf log aðra þætti sem þekktir eru til að hafa áhrif á hlutföllin.

Hins vegar hefur einnig verið tekið eftir auknu ónæmi hjá *K. pneumoniae* fyrir ákveðnum flokki sýklalyfja sem og fjölyfjaónæmi í ríkjum norður Evrópu, á borð við Danmörku og Noreg, sem eru þekkt fyrir skynsamlega notkun sýklalyfja.

Auk hins almenna yfirlits stefnugreiningar og stöðu, leggur þessi EARS-Net skýrsla fyrir 2009 fram nýjan kafla með ítarlegri greiningu á *E. coli* og MRSA. Þessar greiningar eru eingöngu byggðar á gögnum frá rannsóknarstofum sem tilkynnt hafa verið með reglulegum hætti í nokkur ár. Ítarleg greining staðfestir stöðuga aukningu í fjölyfjaónæmi og sýnir staðfasta og talsverða minnkun í næmi við sýklalyfjum hjá *E. coli* í nokkur ár. Hvað varðar MRSA, þá endurspeglar minnkunin sennilega áhrif aðgerða í tengslum við sykingaeftlit á sjúkrahúsum, og kann jafnvel að vekja vonir um að hægt sé að beita afmörkuðum úrræðum á öðrum sviðum með áhrifaríkum hætti.

Að lokum, þau gögn sem þátttökuriki sendu til EARS-Net árið 2009 veita þekkingargrundvöll hvað varðar þol gegn sýklalyfjum í Evrópu og skjálsetja mögulegar sýklalyfjameðferðir gegn helstu sjúkdómum af völdum baktería sem því miður ná ekki tilætluðum árangri og fer sífellt fækkandi.

10 Eftirlit með eyðni (HIV/AIDS) í Evrópu 2009

(Gefið út í nóvember, 2010)

Lykilatriði

Eyðnismit (HIV) er enn mikilvægur þáttur hvað varðar lýðheilsu Evrópu, og orðið hefur vart við aukna útbreiðslu eyðni (HIV) í Evrópu. Þrátt fyrir ófullnægjandi skýrslugjöf almennt, eru engar skýrar vísbendingar um fækkun þeirra tilfella sem eru greind á ári hverju. Frá 2004, hefur hlutfall nýgreindra eyðnitilfella (HIV) sem tilkynnt eru á hverja 100 000 íbúa aukist um nærri 30%, úr 6.6 á hverja 100 000 íbúa árið 2004 í 8.5% á hverja 100 000 íbúa árið 2009. Fjöldi greindra AIDS tilfella hefur haldið áfram að fara fækkandi innan Evrópusvæðis WHO, nema í austri, þar sem fjöldi AIDS tilfella hefur aukist. Meðal þeirra 48 ríkja sem senda reglulega inn tilkynningar með upplýsingum um AIDS árin 2004-09, lækkaði hlutfall greindra AIDS tilfella úr 2.0 á hverja 100 000 íbúa í 1.0 á hverja 100 000.

- Árið 2009, voru 53 427 eyðnitilfelli (HIV) greind og tilkynnt hjá 49 af 53 ríkjum innan Evrópusvæðis WHO (engar upplýsingar bárust frá Austurríki, Mónakó, Rússlandi eða Tyrklandi). Tilkynnt var um hæstu tíðnina frá Eistlandi, Moldóvíu, Úkraníu og Úzbekistan.
- Tilkynnt var um 6 568 AIDS tilfelli frá 48 ríkjum (engar upplýsingar bárust frá Austurríki, Svíþjóð, Mónakó, Rússlandi eða Tyrklandi).
- Árið 2009, tilkynntu ríki innan Evrópusambandsins og Evrópska Efnahagssvæðisins (ESB/EES) um 25 917 nýgreind tilfelli eyðnismits (HIV) (engar upplýsingar bráust frá Austurríki). Innan ESB/EES var hæsta tilkynningarhlutfall frá Eistlandi, Lettlandi, Portúgal og Bretlandi.
- Innan ESB/EES, eru algengustu smitleiðir eyðnisýkingar (HIV) kynmök milli karlmannna og því næst kynmök á milli einstaklinga af gagnstæðu kyni. Um 38% tilfellanna, sem tilkynnt var um að væru til komin vegna kynmaka milli einstaklinga af gagnstæðu kyni, höfðu smitast við kynmök gagnkynhneigðra, voru greind í fólki sem á uppruna sinn í löndum þar sem almennur eyðnifaraldur (HIV) geisar.
- Á hinum þremur landfæðilegu/farsóttarlegu svæðum, eru ráðandi smitleiðir mismunandi eftir svæðum, sem sýnir hinn mikla fjölbreytileika í farsóttarfræði eyðni (HIV) í Evrópu. Þótt þau gögn sem fyrir eru gefi til kynna að smit við kynmök gagnkynhneigðra hafi orðið algengasta smitleiðin í austri, myndi meðaltal tilfella frá Rússlandi, sem eru ekki tiltæk fyrir þessa skýrslu, hækka hlutfall þeirra tilfella sem smitast við sprautunotkun eiturlýfjaneytenda. Fíkniefni sem sprautuð eru í líkamann myndu því vera ein helsta ástæða smits innan svæðisins alls og einkum í austurhlutanum. Í mið-Evrópu, er algengasta smitleið eyðni (HIV) kynmök milli karlmannna og því næst kynmök á milli einstaklinga af gagnstæðu kyni. Sama er að segja um vestur Evrópu, þar sem algengasta smitleiðin eru kynmök milli karlmannna og því næst kynmök á milli einstaklinga af gagnstæðu kyni, þegar útilokuð eru tilfelli þar sem um er að ræða smit frá löndum þar sem almennur faraldur geisar.
- Gögnin sem birt eru hér eru háð nokkrum takmörkunum, vegna ófullkominna tilkynninga og skorts á gögnum frá fjölda ríkja og vegna þess að tafir verða á að gögn séu tilkynnt. Niðurstöðurnar sem hægt er að komast að með tilliti til stærðar og umfangs HIV og AIDS faraldursins í Evrópu eru því takmarkaðar. Ef gögnin væru leiðrétt miðað við þessar takmarkanir, myndi heildarfjöldi HIV smita líklega meira en tvöfaldast fyrir árið 2009.

Ráðleggingar varðandi eftirlit með HIV/AIDS

Eftirlitsgögn í tengslum við HIV/AIDS eru mikilvæg til að fylgjast með núverandi stöðu og stefnum HIV faraldursins og leggja mat á viðbrögð við honum á sviði lýðheilsu. Því ættu öll Evrópuríki að:

- koma á tilkynningarkerfum á landsvísi sem taka til hvers HIV og AIDS tilfellis fyrir sig og tryggja að slík kerfi séu fullbúin og virki tímanlega;
- bæta gæði þeirra gagna sem gefin eru upp, einkum varðandi líklegar smitleiðir og CD4 frumtalningu.

Ráðleggingar á sviði lýðheilsu

Inngrip til að verjast faraldrinum ættu að styðjast við sönnunargögn og aðlöguð að viðkomandi ríki og stöðu faraldursins þar. Miðað við þau eftirlitsgögn sem nú eru aðgengileg er rétt að mæla með eftirfarandi aðgerðum:

- Fyrir lönd í austri: íhlutanir til að hafa stjórn á HIV meðal sprautufíkla, þar á meðal aðgerðir til að draga úr skaða, ætti að vera hornsteinn HIV forvarnaráætlana. Úrræði ættu einnig að vera styrkt til að koma í veg fyrir smit með gagnkynhneigðu kynlífi með því að miða að þeim sem eiga maka sem er í miklum áhættuhóp.
- Fyrir lönd í mið-Evrópu: forvarnir ættu að vera aðlagðar að aðstæðum hvers ríkis til að halda faraldrinum í því lága stigi sem hann nú er. Hins vegar í ljósi þess að faraldurinn meðal karla sem stunda kynkök með körlum er á uppleið, ætti það að vera forgangsmat að efla HIV forvarnir hjá þessum hópi.

- Fyrir ríki í vestri: íhlutanir til að hafa stjórn á HIV meðal karla sem stunda kymök með körlum ætti að vera hornsteinn HIV forvarnaráætlana, þar með talið nýjungargjörn verkefni fyrir þennan hóp. Íhlutanir sem forvarnir, meðferð og umönnun verða að vera aðlagðar svo þær nái til innflytjenda.
- Almenn ætti að hvetja til HIV ráðgjafar og prófa til að tryggja snemmbúna greiningu og aðgang að meðhöndlun og ráðgjöf til að stuðla að því að hindra eða draga úr frekara smiti til að fækka þeim sem greinast seint og bæta árangur langtímameðferðar fyrir þá einstaklinga sem eiga í hlut. Tryggja skal jafnan aðgang að HIV meðferð og umönnun fyrir alla þjóðfélagshópa sem þurfa á því að halda svo að ríkjum takist að ná alheimsmarkmiði um heimsaðgang að forvörnum, meðferð og umönnun til að ná þeim markmiðum sem sett eru í samskipta- og aðgerðaráætlun framkvæmdastjórnar ESB „Barátta við HIV/AIDS innan ESB og nágrannaríkja, 2009-2013“.

Sérstakar skýrslur

11 Innleiðing Dublinar yfirlýsingarinnar um samstarf til að berjast gegn HIV/AIDS í Evrópu og mið-Asíu; Framvinduskýrsla 2010

(Gefið út í september, 2010)

Í febrúar 2004, hittust fulltrúar Evrópuríkja og ríkja í mið-Asíu í Dublin og gáfu út yfirlýsingu sem miðar að því að flýta fyrir innleiðingu skuldbindingaryfirlýsingar sem ríki gerðu á sérstöku þingi Sameinuðu þjóðanna (UNGASS) um HIV/AIDS árið 2001.

Hver hefur framvindan verið? Það er áhersla þessarar skýrslu. Hún leitast við að skrásetja árangur, með því að nota landsskýrslur, á móti völdum mælistikum sem hafa hlutfallslegt vægi fyrir lönd heimshlutanna. Hún notar þau gögn sem eru til staðar, þar sem við á, og byggir á fyrri starfsemi, almennt, og einkum skýrslunni sem svæðisskrifstofur WHO og UNAIDS í Evrópu gáfu út árið 2008. Sérniðnir spurningalistar voru sendir til 55 ríkja og svör bárust frá 49.

Stjórnmalaleg forysta og samstarf

Nánast öll ríki sögðust hafa stefnumiðað skipulag fyrir svör sin hvað varðar HIV (92%) og stjórnunar/samhæfingarstofnun (84%). Átta ríki sögðust hafa þróað sitt stefnumiðaða skipulag undanfarin fimm ár, þ.e. frá Dublinar yfirlýsingunni. Það er hins vegar óljóst hvort þessar almennu aðgerðir séu fullnægjandi staðgenglar fyrir pólitíska forystu varðandi HIV á svæðinu. Aðgerðir sem væru frekar viðeigandi gætu verið:

- að hversu miklu leyti fjárhagslegur stuðningur fyrir forvarnir gegn HIV er nýttur rétt, eins og fyrir sprautufikla (IDU), karlmenn sem stunda kynmök við aðra karlmenn (MSM) og þeir sem hafa kynlíf að atvinnu;
- að hvaða leyti ríki eru að innleiða mikilvægar aðgerðir, eins og áætlanir til að minnka skaða fyrir IDU og forvarnaráætlanir fyrir MSM með fullnægjandi hætti; og
- að hvaða leyti ríki hafa tekist á við erfið en nauðsynleg stefnumál í tengslum við jaðar- og áhættuhópa, eins og ákvæði um áætlanir um að lágmarka áhættu fyrir IDU í fangelsum og aðgang að þjónustu fyrir innflytjendur frá löndum þar sem viðurkennt er að HIV faraldur sé fyrir hendi.

Almennt séð er sterkur grundvöllur fyrir því að borgaralegt samfélag sé viðurkennt í að spila lykilhlutverk í viðbrögðum við HIV á svæðinu og að það vegi þungt í þeim viðbrögðum. Til dæmis hafa nærri öll ríkin (98%) sagst hafa látið borgaralega samfélagið að einhverju leyti taka þátt í þeirra stefnumótandi skipulagi. Í samræmi við niðurstöður fyrstu framvinduskýrslu Dublinar yfirlýsingarinnar, hafa bæði ríkisstjórnir og borgaralegt samfélag sagst hafa notið góðs af því að leyfa borgaralegu samfélagi að taka þátt í aðgerðum við HIV, og hið borgaralega samfélag sagði að aðstæður vegna þátttöku sinnar í aðgerðum hafi batnað á árunum 2005 og 2007. Formleg þátttaka innan einkageirans hvað varðar aðgerðir vegna HIV virðast vera mun takmarkaðri.

HIV faraldrar í Evrópu og mið Asíu eru að miklu leyti bundnir við ákveðna þjóðfélagshópa. Það eru gögn til um það að sum ríki á svæðinu séu með virkum hætti að einblína á að safna fé í forvarnir innan þeirra þjóðfélagshópa sem hafa orðið verst úti. Að gera slíkt í ríkari mæli myndi ekki aðeins tryggja að meira fengist fyrir aurinn heldur myndi það veita mun fleiri áhrifarík úrræði. Þótt fjármagn fyrir HIV úrræði á landsvísi á svæðinu sé í auknum mæli að koma frá innlendum aðilum, er aukin þörf á áframhaldandi fjárstuðningi fyrir HIV úrræði í ríkjum innan svæðisins sem eru með litlar eða miðlungs tekjur. Að stofna sjálfbært kerfi til að útvega þennan fjárstuðning þarf að vera forgangsríði í öllum ríkjum svæðisins

Það hefur verið mikil aukning á sjóðum sem eru tiltækir fyrir úrræði á heimsvísu hvað varðar HIV frá því að Dublinar yfirlýsingin kom til. Áður en yfirlýsingin kom til, voru auðlindir sem voru fyrir hendi 2002 fyrir HIV úrræði á heimsvísu 1.2 milljarðar bandaríkjadala. Þetta óx meira en sexfalt í 7.7 milljarða bandaríkjadala árið 2008. Þessi aukning er tilkomin vegna Bandaríkjanna og nokkurra Evrópuríkja, bæði í gegnum tvihlöð og fjölfjöðleg úrræði. Árið 2008, komu 40% allra gjafagreiðslna vegna alþjóðlegrar AIDS aðstoðar frá aðildarríkjum Evrópusambandsins (ESB), ríkjum Fríverslunarsamtaka Evrópu (EFTA) og framkvæmdastjórn Evrópu. Á grundvelli núverandi fjármálakreppu í heiminum og samkeppni um fjármögnun, er mikilvægt að ríki svæðisins takist á við þá áskorun að viðhalda og auka enn frekar fjármögnunarstigið og tryggja að fjármagnið sé notað á sem bestan hátt.

Forvarnir

Ahrifaríkar vísbendingar eru fyrir hendi um að ákveðnir þjóðfélagshópar verði sérstaklega fyrir áhrifum HIV í Evrópu og mið Asíu. Áframhaldandi áskorun er að tryggja að þessi samfélög hafi aðgang að nauðsynlegri HIV forvarnarþjónustu sem uppfyllir kröfur. Fyrsta áfangaskýrsla Dublinar yfirlýsingarinnar tilgreindi mikilvægi þess að auka og efla viðeigandi HIV úrræði til að minnka ranglætið og þetta málefni heldur áfram að vera mikilvægt innan svæðisins.

Það er vel þekkt að sprautufíklar eru einkar viðkvæmir fyrir HIV smiti og þetta á sannarlega við um allt svæðið. Það er einnig ljóst að hægt er að stjórna HIV smiti meðal IDU ef viðeigandi þjónusta er veitt með fullnægjandi hætti. Helstu mælikvarðar eru meðal annars fjöldi nála/sprautna sem dreift er til hvers IDU á hverju ári og prósentu IDU sem fá lyfjaskiptimeðferð við ópíumfíkn. Það er þörf á að öll ríki sækist eftir háleitum útbreiðslu markmiðum sem hefur nú þegar tekist hjá sumum ríkjum.

Það er einnig vel þekkt að MSM hafi orðið fyrir einkar miklum áhrifum HIV í sumum ríkjum og svæðum, þar á meðal svæðum innan Evrópu. MSM verða fyrir sérstaklega miklum áhrifum HIV ekki aðeins á vesturhluta svæðisins, heldur eru einnig vísbendingar um að þeir verði fyrir meiri áhrifum en áður var talið innan annarra hluta svæðisins. Þessar vísbendingar renna stoðum undir niðurstöður fyrstu framvinduskýrslunnar um að fyrir hendi sé falinn HIV faraldur meðal MSM. Í sumum ríkjum, heldur smíthlutfall innan þessa hóps áfram að hækka. Ástæður þessa eru hins vegar óljósar og kunna að vera breytilegar frá einu ríki til annars. Þörf er á frekari gögnum um þetta og ættu að fást með áframhaldandi evrópsku MSM internet rannsókninni (EMIS). Þótt það sé ekki ljóst hvernig umfang áætlana fyrir MSM geti verið mælt með nákvæmum hætti, er engu að síður hægt að sjá að umfangið helst lágt í mörgum ríkjum og hlutfall óvarðra endaþarms- og kynmaka helst óásættanlega hátt. Það koma einnig vísbendingar frá sumum ríkjum um að erfiðara sé að ná til ákveðinna hópa MSM – hinna ungu, fyrir utan höfuðborgirnar, þeirra sem eru lítið menntaðir og þeirra sem skilgreina sig sem tvíkynhneigða – hvað varðar HIV áætlanir.

Þótt þeir sem stunda kynlíf að atvinnu hafi verið taldir vera í sérstakri hættu á HIV smiti um allan heim, eru fáar vísbendingar um að slíkt sé að ræða á svæðinu. Til dæmis, er hlutfall HIV meðal þeirra sem stunda kynlíf að atvinnu tiltölulega lágt í mörgum ríkjum innan svæðisins. Hins vegar á þetta ekki við um alla sem stunda kynlíf að atvinnu. Sumir flokkar þeirra sem stunda kynlíf að atvinnu eru með hærra hlutfall HIV smits, þar á meðal þeir sem einnig sprauta í sig eiturlyfjum, karlmenn og kynskiptingar sem stunda kynlíf að atvinnu, þeir sem koma frá ríkjum þar sem faraldur er til staðar og þeirra sem vinna á götunni. Meðal allra þeirra sem stunda kynlíf að atvinnu, er tilkynnt notkun á smokkum í vændi tiltölulega há og sennilega henta betur þær vísbendingar en almennir mælikvarðar um þá sem stunda kynlíf að atvinnu.

Innflytjendur frá ríkjum þar sem HIV faraldur er til staðar verða sérstaklega fyrir áhrifum HIV.. Þótt sum ríki hafi áhyggjur af öðrum innflytjendahópum, er fátt sem styður það að þessir hópar verði ekki sýktir af HIV, óháð öðrum áhættuþáttum á borð við sprautunotkun í tengslum við eiturlyfjaneyslu. Málefni sem varða innflytjendur eiga ekki aðeins við um forvarnaraðgerðir gegn HIV heldur einnig um ráðstafanir er snerta meðferð og umönnun. Það eru ákveðin málefni, í mörgum ríkjum, er varða aðgang óskráðra innflytjenda að nauðsynlegri þjónustu, eins og að fá lyfjameðferð gegn veirunni (ART).

Fangar, einkum þeir sem eru sprautufíklar, eru einnig afar viðkvæmir gagnvart HIV smiti innan svæðisins. Þótt fyrir hendi sé viðurkennd þörf fyrir fanga og samfélagið til að hafa aðgang að sömu HIV þjónustu, er það ekki til staðar í mörgum ríkjum svæðisins. ESB/EFTA ríkin hafa sýnt tryggja forystu í að veita lyfjameðferð gegn ópíum í fangelsum, en sú leið hefur ekki verið tekin upp í mörgum öðrum ríkjum svæðisins. Þessi forysta hefur ekki verið sérlega samræmd hvað varðar skilyrði um sóttthreinsun á sprautubúnaði í fangelsum.

Það að ungt fólk sé berskjaldað gagnvart HIV smiti í ríkjum svæðisins heldur áfram að vera viðfangsefni þessarar samantektar. Augljóslega getur ungt fólk ekki verið talið samleitur hópur í tengslum við HIV hættu. Engu að síður eru sumir í hættu, t.d. ungir IDU og ungir MSM, og einhverjar vísbendingar eru um það að erfiðara sé að koma áætlanaúrræðum til þessara hópa heldur en til eldri aldurs hópa. Þótt meira en þrjú fjórðu hlutar ríkja hafi tilkynnt að HIV fræðsla sé hluti af námsskrá menntaskóla, er það áhyggjuefni að ítarleg kynlífsfræðsla sé ekki tiltæk fyrir öll ungmenni á svæðinu, einkum hvað varðar þau yngstu, þ.e. í grunnskólum.

Að lifa með HIV

Öll ríki með tiltæk gögn sem gátu sýnt þróun mála tilkynntu aukningu á fjölda fólks á ART frá því að Dublinar yfirlýsingin var innleidd.

Hins vegar er áhyggjuefni að mörg þessara ríkja byrjuðu með afar lítil meðferðarskilyrði og hvort allir þeir sem þurfa á meðferð að halda hafi fengið hana tafarlaust. Helsta viðfangsefnið varðandi skjótan aðgang að meðferð fyrir þá sem þurfa á henni að halda er ekki tengt því að veita þeim meðferð sem vitað er til að þurfi á henni að halda, t.d. með CD4 af < 350 frumum/mm³. Viðfangsefnið er frekar að hvaða leyti PLHIV á þessu svæði sem þurfa á meðferð að halda séu ekki meðvitaðir um hvort þeir hafi HIV eða ekki, þ.e. þeir hafa ekki verið greindir. Gögn Sóttvarnarstofnunarinnar (ECDC) sýna að í 21 ríki sem veittu upplýsingar um CD4 talningu á greiningartíma, var

meira en helmingur þeirra sem gekkst undir CD4 talningu með fjölda CD4 undir 350 frumur/mm³ við greiningu. Þessar tölur valda miklum áhyggjum því þær sýna að talverður fjöldi fólks á svæðinu hefur ART síðar en mælt er með.

Nærri öll ríki (84%) segja að tekið sé á stimplun og mismunun í landsáætlunum og framkvæmdaáætlunum sem ná til HIV og AIDS, en þetta kemur ekki fram með samræmdum hætti í stefnumiðum og áætlanagerðum. Það eru einnig sterkar vísbendingar um að enn séu viðhorf við líði sem fela í sér mismunun og stimplun í ríkjum innan svæðisins og hvað sé gert til að sigra þessa stimplun og mismunun er enn óljóst. Þessi staða hefur ekki batnað mikið frá því að fyrsta framvinduskýrsla Dublínar yfirlýsingarinnar var gerð.

Að hafa eftirlit með Dublínar yfirlýsingunni

Ein af skuldbingum Dublínar yfirlýsingarinnar var að fylgjast með innleiðingu hennar. Framkvæmdastjórn Evrópu veitti ECDC það ábyrgðarhlutverk. Þessi skýrsla er afrakstur ferlis sem ECDC stóð fyrir til að uppfylla þá skyldu. Hún grundvallast á framlögum frá fjölmörgum einstaklingum og samtökum. Gögnin í skýrslunni eru einkum tilkomin frá þeim 49 ríkjum sem tóku þátt í gerð þessarar samantektar.

Tvær þeirra meginreglna sem fylgt var við gerð þessarar samantektar voru að nota þau gögn sem til eru og mælistikur þar sem því er við komið, og að tryggja að mælistikur væru tengdar viðkomandi aðstæðum í ríkjum Evrópu og mið Asíu. Stundum togast þessar meginreglur á, einkum í tengslum við mælistikur og gögn frá UNGASS sem hægt var að nota í vinnsluferlinum. Mælistikur UNGASS hafa verið notaðar þar sem hægt er. Þetta hefur verið notað þegar ríki hafa áður afhent gögn til UNGASS. Gögn bárust frá 12 ríkjum sem afhentu UNGASS ekki skýrslur árið 2008. Samantektin gaf ríkjum sérstakt færi á að afhenda tiltæk gögn fyrir ákveðin viðfangsefni jafnvel þótt þau pössuðu ekki beint við mælistikur UNGASS. Auk þess hefur upplýsingum verið safnað varðandi ákveðna þjóðfélagshópa sem eru ekki tilgreindir í mælistikum UNGASS, þ.e. fanga og innflytjendur frá ríkjum þar sem faraldur er þekktur. Þessi samantekt kemst að þeirri niðurstöðu að hægt væri að fá hærra svarhlutfall hjá UNGASS frá ríkjum innan svæðisins ef:

- mælistikur ættu betur við um svæðið;
- að kostir alþjóðlegrar skráningar væri kynntir með skýrari hætti;
- að tilkynningarskylda ríkja væri minnkuð með því að hafa eitt samhæft alþjóðlegt tilkynningarferli

Að fara skjótt í þessi mál var atriði sem ríkin sem tóku þátt í þessari samantekt létu sig strax varða. ECDC mun leggja sig alla fram um að hafa leiðandi hlutverk vegna þessara staðbundnu vinnsluferla..

12 Fuglaflensufaraldur A(H1N1) í Evrópu 2009 – Samantekt um reynsluna

(Gefið út í nóvember, 2010)

Þessi viðamikla skýrsla miðar að því að veita viðtæka samantekt um farsóttar- og veirupplýsingar fyrir faraldurinn 2009 innan ríkja Evrópusambandsins og Evrópska efnahagssvæðisins (ESB/EES) (27 aðildarríki ESB og Noregur og Ísland). Veittar eru viðeigandi grundvallar upplýsingar um farsóttir og heimsfaraldra influensu, breytileika þeirra og ófyrirsjáanleika. Helstu stefnur og upplýsingar eru dregnar af greiningum og túlkun gagna um farsóttir og veirufræði sem og öðrum greiningum frá hinu evrópska eftirlitskerfi (TESSy) á vegum Sóttvarnarstofnunar Evrópu (ECDC) í gegnum evrópska eftirlitsnetið með influensu (EINS).

Þessar upplýsingar og greiningar sýna, í kjölfar upphafsins í norður Ameríku, að vírusinn sem olli heimsfaraldri byrjaði að smitast til Evrópu í kringum 16. viku ársins 2009. Þessi vírus uppfyllti ákveðin viðmið fyrir heimsfaraldur í Evrópu sem og annars staðar. Eftirlit sem hentar heimsfaraldri var skyndilega þróað og samþykkt af hálfu ECDC og aðildarríkja ESB/EES, með tillögum frá alþjóðaheillbrigðisstofnuninni (WHO) og ríkjum utan Evrópu sem höfðu þegar orðið fyrir faraldrinum. Þetta var byggt á kerfum sem þegar voru fyrir hendi, en fólu í sér nýja þætti til að stýra ástandinu meðal þeirra sem verst urðu úti vegna vírusins sem olli heimsfaraldrinum. Auk þess var beitt vitneskju um faraldra og ákveðnum aðferðum vísindavaktar til að ákveða, eins fljótt og hægt væri, nauðsynlega þætti til að fá upplýst áhættumat, aðlaga spár og veita upplýsingar um gagnaðgerðir.

Evrópska eftirlitskerfið með influensu tilkynnti við upphaf vor/sumar smitbylgju sem kom fram í flestum ríkjum, en varð einungis mjög alvarleg í nokkrum ríkjum, einkum í Bretlandi. Hlutfall smita dvínaði stuttlega sem leið á sumarið, en jókst aftur snemma hausts rétt eftir að skólar hófu starfsemi á ný. Á þessum tíma hafði sjúkdómurinn áhrif í öllum ríkjum, sem haust/vetrarbylgja er færðist yfir alla heimsálfuna frá vestri til austurs. Alþjóðaheilsbrigðismálastofnunin lýsti því opinberlega yfir að faraldrinum væri lokið í 32. viku ársins 2010.

Í flestum ríkjum var haust/vetrar smitbylgjan ansi hörð, stóð yfir í um 14 vikur og í kjölfarið kom svipuð bylgja spítalainnlagna og andláta. Hins vegar var misleitni í alvarleika sjúkdómsins þar sem hann var breytilegur frá einum stað til annars, jafnvel innan ríkja. Alls bárust 2900 opinberar tilkynningar um andlát frá ríkjum ESB/EES á fyrstu 12 mánuðunum þegar aðildarríkin lögðu sig sérstaklega fram við að safna þessum upplýsingum. Það er hins vegar víðurkennt að þetta sé aðeins brot af öllum þeim andlátum sem urðu vegna heimsfaraldursins. Fjöldi allra dánartilfella hjá skólabörnum var kannaður. Þótt um hefði verið að ræða influensu vírus sem ekki hafði þekkt áður, tryggði útbreiðsla á influensu vírus, sem sennilega var með svipaða ónæmisvaka og gekk um miðjan sjötta áratuginn, að margt eldra fólk í Evrópu var með eitthvað ónæmi fyrir vírusnum. Þetta, sem ekki einstakt fyrir faraldurinn 2009, skýrir tvenns konar eftirtektarverðan mismun á tímabilum á milli influensufaraldra eða árstíðarbundinnar influensu: yfir heildina lægri dánartíðni og hversu þungt sjúkdómurinn leggst á ungmenni, í ríkara mæli en búist var við, sem og dánartíðni meðal ungmenna er hærri en áætlað var. Þótt margt eldra fólk virtist vera varið gegn smiti, reyndust þeir sem voru það ekki vera með hæsta dánarhlutfallið meðal allra aldurshópa.

Vírusinn sem olli heimsfaraldrinum kom í stað faraldurs influensu A sem hafði áður gengið í Evrópu á tímabili á milli faraldra; þótt influensuvírus B væri enn að koma upp í vægum mæli seint á tímabilinu. Aðeins lítið hlutfall faraldsvirusa reyndust vera ónæmir fyrir oseltamivir og af þeim voru afar fáir sem virtust geta borist á milli manna. Þótt faraldsvirusar séu ekki nákvæmlega eins, eru litlar vísbendingar um ákveðnar stefnur eða upptök nýrra ráðandi vírusa í dag. Eitt afbrigði – A(H1N1)-D222G – hefur verið talið tengjast fleiri alvarlegum sjúkdómum, þótt orsakatengsl hafi ekki verið staðfest.

Þótt vísbendingar sem grundvallast á frásögnum benda til vægari og einkennalausra tilfella í samanburði við influensu á tímabilum á milli faraldra, var nægur fjöldi tilfella bráðra öndunaeinkenna (ARDS) - ástands sem er afar sjaldgæft þegar um er að ræða influensu á tímabilum á milli faraldra – til að leggja áherslu á gjörgæslu á mörgum stöðum. Hæsta hlutfall sjúkdómsins var meðal ungra barna, og landsskýrslur sýna að hæsta hlutfall sýkinga var meðal barna á skólaaldri. Þessi háu hlutföll veikinda leggja ákveðnar kvaðir á grundvallarþjónustu, barnalæknaþjónustu á sjúkrahúsum og einkum gjörgæsludeildir á sumum stöðum.

Einhverjar takmarkaðar upplýsingar sem koma úr sermifræðilegum könnunum eru nú að verða tiltæk og styðja efirlitsgögn sem gefa til kynna hærra hlutfall smita heldur en gert var ráð fyrir á grundvelli klínískra greininga. Þær eru þó ekki fullnægjandi til að veita áreiðanlegar spár varðandi hvað muni gerast næsta vetur (2010/2011) og því hefur reynsla suðlægar Evrópulanda yfir sumartímann veitt bestu vísbendingarnar.

Í byrjun var heimsfaraldurinn ekki eins hættulegur og óttast hafði verið. Lögð var áhersla á þetta í áhættumati ECDC⁶, sem var gert snemma, WHO skýrslum og yfirlitum sem ECDC gerði fyrir yfirvöld á landsvísu sem og innan Evrópu. Þar sem forföll voru fátið, hafði hann einnig litil áhrif á aðrar atvinnugreinar en heilbrigðisgeirann. Þetta auk annarra þátta þýddi að þetta væri að öllum líkindum mun vægari faraldur en Evrópa hefði getað vonað.

Þar sem heimsfaraldurinn 2009 var mun minni ógn heldur en það sem mörg ríki höfðu undirbúið sig undir, þá reyndi þetta á sveigjanleika þeirra áætlana sem fyrir eru. Þetta átti sér stað þegar greiningarpróf voru gerð tiltæk með skjótum hætti, sem og lyf sem veittu vörn eins og veirulyf - sem hafa lítið þol gegn neuraminidase hindrunum en nánast fullt þol gegn eldri adamantanes lyfjum- og víðeigandi bóluefni sem var þróað á skemmri tíma en nokkru sinni fyrr. Hver þessara þróana hafði þó í för með sér sína galla og upp komu nýjar áskoranir og óvæntar uppkomur. Eins og áður var minnst á, var hlutfall ARDS hærra en áætlað var þegar margar gjörgæslur voru þá þegar undir miklu álagi, án þess að aðrir hlutar sjúkráðsins væru undir álagi. Annað sem var óvænt en gleðilegt var að bóluefni við faraldurinn sem þróuð voru á mettima sýndu fram á góðan árangur gegn vírusnum þannig að oft var einn skammtur nægur fyrir fullorðna. Einnig hafa þau verið áhrifarík og örugg, þótt enn þurfi að viðhalda eftirliti með þeim eftir að þau komu á markað til að ákveða með vissu hversu örugg þau eru. Þegar bóluefni komu á markað var áhuginn meðal heilbrigðisstarfsfólks mismikill varðandi bólusetningu þeirrar stéttar. Áreiðanlegar heildarupplýsingar á vettvangi ESB eru ekki enn tiltækar, en talið er að þær muni vera afar breytilegar um alla Evrópu, þar sem aðeins sum ríki hafi umfangsmiklar upplýsingar meðal alls þjóðfélagsins eða varðandi ákveðna áhættuhópa.

Skortur á heildarsamþykki fyrir þessu bóluefni er meðal annars vegna erfiðleika við að koma skilaboðum á framfæri til fólks um hættu þess að smitast, það er að segja í meginatriðum að hættan á að verða alvarlega veikur væri afar litil nema viðkomandi tilheyrði áhættuhópi (ung börn, fólk með langvinna sjúkdóma og þungaðar konur). Sökum þess að 25-30% allra opinberra dauðsfalla varð hjá fólki undir 65 ára aldri sem hafði verið heilbriggt áður, voru hin skilaboðin hins vegar þau að hættan á alvarlegum veikindum og andláti í kjölfar faraldursins væri litil en væri þó til staðar hjá heilbrigðum fullorðnum einstaklingum og börnum. Áhættan að umgangast mögulega smitbera var því talsverð.

Á móti er sennilega sanngjarnt að segja að ESB/EES hafi tekist með góðum hætti að takast á við heimsfaraldurinn með aðgerðum. Ekkert ríki fór fram úr aðgerðum til að takast á við ástandið, en kerfið sem framkvæmdastjórnin, WHO og ECDC þróuðu fyrir umræður og upplýsingamiðlun og greiningu reyndist óbugandi og gagnlegt. EISN eftirlitskerfið sem er grundvallað á veirufræði og grundvallarþjónustu reyndist vel og var notað til að bæta við gögn ECDC um vitneskju á farsóttum og ákveðnum aðferðum vísindavaktar. Samnýting greininga frá þeim ríkjum sem urðu fyrst fyrir áhrifum heimsfaraldursins var ekki eins gagnleg og það var gæfulegt að upplýsingar og greiningar voru fljótlega fáanlegar frá norður Ameríku og suður hlutanum. Þrátt fyrir hinar fjölmörgu samantektir og skólabókarstarfsemi í burðarliðnum, voru nokkur almenn atriði sem hafa nú þegar orðið augljós:

- samþykkar skilgreiningar á alvarleika heimsfaraldursins eru nauðsynlegar til að bæta sveigjanleika viðbragðsáætlana;
- reglubundið eftirlitskerfi sem stofnað er til áður en heimsfaraldurinn skellur á mun tryggja að mun færri breytingar þurfi að gera þegar hættuástand skellur á, eða jafnvel heimsfaraldur;
- fyrir hendi ætti að vera betra reglubundið eftirlit með „alvarlegum tilfellum“ einstaklinga á sjúkrahúsum og dauðsföllum;
- í framtíðinni þarf samnýting fyrstu greininga frá sýktum svæðum að ganga betur fyrir sig;
- mikil vinna, þar á meðal rannsóknir og þróun, þarf að fara fram til að sermifaraldsfræði sé tiltæk á rauntíma;
- þegar heimsfaraldur geisar þarf aðgerðaráætlun að vera betur tengd stefnumótun og aðgerðum um alla Evrópu, ekki aðeins í einu eða tveimur ríkjum.

Nú þarf að fara aftur yfir aðgerðaráætlanir fyrir heimsfaraldur þar sem þessi heimsfaraldur útilokar ekki þann möguleika að annar heimsfaraldur kunni að verða í framtíðinni; eins og til dæmis H5 eða H7 heimsfaraldur. Næsta liður í áætlanagerð þarf að fela í sér meiri sveigjanleika til að bregðast við misalvarlegum tilfellum og ólíkri samsetningu ECDC um „hið þekkta óþekkta“ í tengslum við heimsfaraldra. Þetta væri auðveldara í framkvæmd ef einhverri einingu um evrópskt viðhorf á því að meta alvarlega væri náð, og samstæðar viðbragðsaðgerðir við ólíkum stigum og einkennum gerðar. Næstu áætlanir verða einnig að gera ráð fyrir samningu og sjálfbærni eftirlits með influensu sem ætlað er að mæta þeim þörfum sem koma í heimsfaraldri; einkum alvarlegum og bráðum öndunarferissýkingum, rekjanleg dauðsföll og, að lokum, eftirlit með sermifaraldri. Þetta eftirlitsstarf verður að setja í forgang, auk réttra úrræða og þeim lofað að þróast og vera prófuð á meðan tímabili á milli influensufaraldra stendur, þannig að þau verði seigari og áhrifaríkari þegar næsta hættuástand kemur.

⁶ Fáanlegt hér:

13 Framfarir í átt að útrýmingu berkla - Eftirfylgni með rammaáætlun um aðgerðir gegn berklum innan Evrópusambandsins

(Gefið út í nóvember, 2010)

Inngangur

Árið 2008 setti Sóttvarnastofnun Evrópu (ECDC) af stað rammaáætlun um aðgerðir gegn berklum innan Evrópusambandsins. Á grundvelli beiðni frá framkvæmdastjóra heilbrigðismála ESB um að þróa rammaáætlun um eftirlit til að styðja við áætlunina, hefur ECDC nú sett á laggirnar eftirfylgni með rammaáætlun um aðgerðir gegn berklum. Markmið eftirfylgni með rammaáætluninni eru: að veita yfirsýn yfir núverandi umhverfi fyrir stefnumiðaðar aðgerðir vegna berkla innan ESB og tilgreina hvernig þetta tengist stöðu mála í heiminum; og, að lýsa aðgerðarramma varðandi stýringu á farsóttum og aðgerðum sem myndu aðstoða við að meta útrýmingu á berklum innan ESB.

Stefnumiðað umhverfi á evrópskum og alheimsvettvangi

Núverandi staða berklafaraldurs innan ESB kallar á ákveðnar aðgerðaráætlanir sem, með beinum hætti, eiga við um farstóttarfræðilegt umhverfi í Evrópu og auðvelt er að innleiða í aðildarríkjunum. Því krefst þróun aðgerðaráætlunar fullkomins skilnings á því farsóttar og stefnumiðaða umhverfi sem fylgjast á með. Því veitir þessi skýrsla um eftirfylgni samantekt á núverandi umhverfi innan ESB og á heimsvísu, og staðfestir þörfina á alhliða aðgerðum til að ná tökum á berklum vegna berklafaraldurs í heiminum.

Að framkvæma rammaáætlunina um aðgerðir

Þessi skýrsla leggur til ýmsar farsóttarfræðilegar og stefnumiðaðar mælistikur og markmið sem óaðskiljanlegan hluta eftirlitskerfisins. Þessir vísar og markmið eru í samræmi við það sem er nú þegar fyrir hendi sem hluti af núverandi alheims- og svæðasamvinnu, og geta almennt verið byggð á upplýsingum sem þegar hefur verið safnað og ríki hafa lagt fram. Helstu vísar eftirfylgninnar eru allir sérstaklega tengdir við aðgerðarsvæðin átta í rammaáætluninni um aðgerðir svo hægt sé að meta framfarir á hverju þessara svæða fyrir sig.

Farsóttarfræðilegar mælistikur

- 1 Stefnur varðandi hlutfall tilkynntra tilfella
- 2 Stefnur varðandi hlutfall tilkynntra MDR-tilfella
- 3 Stefnur varðandi hlutfall tilkynntra tilfella hjá börnum og fullorðnum
- 4 Stefnur varðandi meðalaldur þeirra sem smitast af berklum

Stefnumiðaðar mælistikur

- 1 Aðgengi að eftirlitsáætlunum varðandi berkla á landsvísu
- 2 Aðgengi að leibeiningum fyrir innleiðingu eftirlitsáætlana fyrir berkla á landsvísu
- 3 Hlutfall rannsóknarstofa fyrir berkla á landsvísu (á við um ERLN-TB) sem fá með fullnægjandi hætti að taka þátt í áætluninni um ytri gæðatryggingu.
- 4 Aðgengi að áætlun til að kynna og innleiða nýjar leiðir við berklaeftirlit.
- 5 Hlutfall nýrra lungnatilfella í tengslum við berkla sem staðfest eru með ræktun og hlutfall tilfella þar sem lyfjanæmispróf (DST) eru notuð fyrir fyrsta stigs lyf
- 6 Prósentu aðildarríkja sem tilkynna hlutfall árangursríkra meðferða
- 7 Hlutfall árangursríkra meðferða
- 8 Hlutfall berklasjúklinga sem eru greindir með HIV

Viðauki: Rit gefin út af Sóttvarnarstofnun Evrópu (ECDC) á árinu 2010

Tækniskýrslur

Maí

Risk assessment on Q fever

Júní

Core functions of microbiology reference laboratories for communicable diseases

September

Hepatitis B and C in the EU neighbourhood: prevalence, burden of disease and screening policies

Október

Surveillance and prevention of hepatitis B and C in Europe

Nóvember

External quality assurance scheme for Salmonella typing

Evidence synthesis for Guidance on HIV testing

Desember

Fostering collaboration in public health microbiology in the European Union

Leiðbeiningar Sóttvarnarstofnunar Evrópu (ECDC)

Október

Public health management of sporadic cases of invasive meningococcal disease and their contacts

HIV testing: increasing uptake and effectiveness in the European Union. [Also 'In brief']

Desember

Risk assessment guidelines for diseases transmitted on aircraft (RAGIDA). Part 2: Operational guidelines. Second edition

Eftirlitsskýrslur

Mars

Tuberculosis surveillance in Europe 2008

Maí

Influenza surveillance in Europe 2008/09

Október

Annual Threat Report 2009

Surveillance of invasive bacterial diseases in Europe 2007

Nóvember

Annual Epidemiological Report on Communicable Diseases in Europe 2010

Antimicrobial resistance surveillance in Europe 2009. Annual report of the European Antimicrobial Resistance Surveillance Network (EARS-Net)

HIV/AIDS surveillance in Europe 2009

Sérstakar skýrslur

Júlí

Implementing the Dublin Declaration on Partnership to Fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia: 2010 Progress Report: Summary

September

Implementing the Dublin Declaration on Partnership to Fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia: 2010 Progress Report

Nóvember

The 2009 A(H1N1) pandemic in Europe, a review of the experience

Progressing towards TB elimination. A follow-up to the Framework Action Plan to Fight Tuberculosis in the European Union

Fundarskýrslur

Janúar

First annual meeting of the invasive bacterial infections surveillance network in Europe

Febrúar

Expert forum on communicable disease outbreaks on cruise ships

Mars

Training strategy for intervention epidemiology in the European Union

Apríl

Second annual meeting of the European Food- and Waterborne Diseases and Zoonoses Network

Maí

Annual meeting of the European Influenza Surveillance Network (EISN)

Júní

First annual meeting of the European Reference Laboratory Network for Tuberculosis

Expert consultation on healthcare-associated infection prevention and control

Júlí

Surveillance in EU and EEA/EFTA countries

Desember

Developing health communication research: a focus on communicable diseases—challenges and opportunities

Verkefnaskýrslur

Febrúar

Almenningsráðgjöf og framþróun heilbrigðiskerfis Makedóníu

Október

West Nile virus infection outbreak in humans in Central Macedonia, Greece – July–August 2010

Tækniskjöl

Mars

Climate change and communicable diseases in the EU Member States: Handbook for national vulnerability, impact and adaptation assessments

Joint European pandemic preparedness self-assessment indicators⁷

⁷ Útgefið af WHO.

September

Conducting health communication activities on MMR vaccination

Fyrirtækisrit

Summary of key publications 2009

Annual Report of the Director 2009

Strategies for disease-specific programmes 2010–2013

ECDC Insight

Executive Science Update

Almennar útgáfur

Weekly/bi-weekly influenza surveillance overview (42 issues in 2010)

Influenza virus characterisation, summary Europe (9 issues in 2010)