



ECDC **CORPORATE**

Sammendrag af nøglepublikationer 2009

ECDC **CORPORATE**

Sammendrag af nøglepublikationer 2009



Stockholm, januar 2010.

© Det Europæiske Center for Forebyggelse af og Kontrol med Sygdomme, 2010.

Eftertryk tilladt med kildeangivelse.

Indholdsfortegnelse

Indledning.....	1
Tekniske rapporter.....	2
1. Risk assessment guidelines for infectious diseases transmitted on aircraft (vejledning til risikovurdering af smitsomme sygdomme, der overføres på fly).....	2
2. Surveillance and studies in a pandemic in Europe (overvågning og undersøgelser af pandemi i Europa).....	3
3. Guide to public health measures to reduce the impact of influenza pandemics in Europe: "The ECDC Menu" (vejledning til folkesundhedsforanstaltninger til reduktion af influenzapandemiers indvirkning i Europa: "ECDC-menuen").....	4
4. Migrant health series: Access to HIV prevention, treatment and care for migrant populations in EU/EEA countries (serien om migranternes sundhed: adgang til hiv-forebyggelse, -behandling og -pleje for indvanderpopulationer i EU/EØS-lande).....	11
5. Migrant health series: Epidemiology of HIV and AIDS in migrant communities and ethnic minorities in EU/EEA countries (serien om migranternes sundhed: hiv- og aidsepidemiologi i indvandrersamfund og etniske minoriteter i EU/EØS-lande).....	14
6. Mapping of HIV/STI behavioural surveillance in Europe (kortlægning af adfærdsovervågning af hiv/STI i Europa).....	17
7. The bacterial challenge: time to react (ECDC/EMEA Joint Technical Report) (den bakterielle udfordring: tid til handling (ECDC/EMEA's fælles tekniske rapport).....	19
8. Effectiveness of behavioural and psychosocial HIV/STI prevention interventions for MSM in Europe (effektiviteten af adfærdsmæssige og psykosociale forebyggelsesforanstaltninger i Europa mod hiv/STI for MSM).....	23
Vejledende rapporter.....	24
9. Chlamydia control in Europe (klamydiakontrol i Europa).....	24
10. Public health use of influenza antivirals during influenza pandemics (sundhedssektorens anvendelse af antivirale stoffer mod influenza under influenzaepidemier).....	26
11. Use of specific pandemic influenza vaccines during the H1N1 2009 pandemic (anvendelse af specifikke pandemiske influenzavacciner under H1N1 2009-pandemien).....	29
Overvågningsrapporter.....	31
12. Tuberculosis surveillance in Europe – 2007 (tuberkuloseovervågning i Europa – 2007).....	31
13. Annual epidemiological report on communicable diseases in Europe – 2009 (årlig epidemiologisk rapport om smitsomme sygdomme i Europa – 2009).....	33
14. HIV/AIDS surveillance in Europe 2008 (forekomst af hiv/aids i Europa 2008).....	40
Bilag: ECDC-publikationer i 2009.....	42

Indledning

I 2009 offentliggjorde Det Europæiske Center for Forebyggelse af og Kontrol med Sygdomme (ECDC) 43 videnskabelige dokumenter. De vigtigste er:

- *Annual epidemiological report on communicable diseases in Europe 2009*, tredje udgave af ECDC's årlige publikation indeholdende et omfattende sammendrag af overvågningsdata i 2007 og truslerne, som blev overvåget i 2008;
- *Tuberculosis surveillance in Europe 2007* og *HIV/AIDS surveillance in Europe 2008*, der begge blev præsenteret i samarbejde med WHO's regionalkontor for Europa (WHO EURO), og som beskriver situationen i Den Europæiske Union (EU) og EØS-landene samt de øvrige 23 lande i WHO EURO-regionen;
- lanceringen af *Migrant health series*, en samling af sygdomsspecifikke publikationer, der præsenterer dataanalyse, evidenssammendrag, fortolkning af og vejledning i foranstaltninger på området for migration og udvalgte smitsomme sygdomme. De to første sygdomsspecifikke dokumenter, der blev offentliggjort i 2009, omhandler hiv/aids;
- *The bacterial challenge: time to react*, en teknisk rapport om gabet mellem forekomsten af infektioner på grund af multiresistente bakterier og udviklingen af nye antibiotika til håndtering af problemet, der blev præsenteret i samarbejde med Det Europæiske Lægemiddelagentur; og
- *Mapping of HIV/STI behavioural surveillance in Europe*, en omfattende analyse af den aktuelle situation med hensyn til adfærdsovervågningsprogrammer for hiv og seksuelt overførte infektioner (STI) i EU og landene i Den Europæiske Frihandelssammenslutning (EFTA).

Der er udarbejdet sammendrag af udvalgte ECDC-dokumenter som ovenstående for at gøre dem tilgængelige for de politiske beslutningstagere på alle EU-sprog, samt islandsk og norsk. De afspejler ånden i de oprindelige dokumenter, men visse vigtige nuancer kan være gået tabt i processen. Læsere, som ønsker en mere detaljeret beskrivelse, bør læse dokumenterne i deres helhed. Disse findes på: www.ecdc.europa.eu.

Bilaget indeholder en liste over alle ECDC's publikationer i 2009. De kan alle hentes via ovennævnte link med en kort beskrivelse af deres indhold. Udvalgte rapporter fås også i trykt version og kan rekvireres ved at sende en e-mail til publications@ecdc.europa.eu.

Tekniske rapporter

1. Risk assessment guidelines for infectious diseases transmitted on aircraft (vejledning til risikovurdering af smitsomme sygdomme, der overføres på fly)

(Offentliggjort i juni 2009)

Den nationale og internationale lufttrafik har oplevet en støt stigning i passagerantallet i de seneste år. Internationale lufthavne modtager millioner af passagerer hver dag, og det er muligt for personer at rejse kloden rundt på nogle timer. Samtidig kan ændrede rejsevaner give anledning til nye trusler: I de moderne flys lukkede kabinemiljø kan passagererne eksponeres for forskellige infektionssygdomme, som deres medrejsende lider af.

Forekomsten af den svære, akutte respiratoriske sygdom (SARS) i 2003 viste risikoen for, at en ny sygdom pludseligt kan dukke op og spredes globalt via luftfarten. Tidlig sporing af infektionssygdomme ombord på fly er sammen med rettidig risikovurdering af afgørende betydning for iværksættelse af et folkesundhedsberedskab. Når der spores en risiko for folkesundheden, er kontaktsporing af passagerer, der blev eksponeret under flyveturen, et væsentligt trin i retning af inddæmning – hvilket stiller sundhedsfagligt personale i hele verden over for store udfordringer.

I RAGIDA-projektet ("risk assessment guidelines for infectious diseases transmitted on aircraft") kombineres evidens fra videnskabelig litteratur med ekspertviden med henblik på at tilvejebringe bæredygtige valg for beslutningstagerne. RAGIDA kan tilvejebringe værdifuld hjælp ved bestemmelse af triggere, og når man står over for at skulle træffe en beslutning om eventuel kontaktsporing af flyrejsende og besætninger, der har været eksponeret for infektionssygdomme under en flyvetur.

I forbindelse med RAGIDA-projektet er eksperter fra Robert Koch Institute og ECDC nået til enighed om 12 sygdomme: tuberkulose (TB), influenza, SARS, meningokok-sygdom, mæslinger, røde hunde, difteri, hæmoragisk Ebola-feber, hæmoragisk Marburg-feber, Lassa-feber, koppper og miltbrand. Over 3 700 peer-review-artikler og grå litteraturkilder blev systematisk gennemgået for at evaluere de nøjagtige omstændigheder, der førte til overførsel af disse infektionssygdomme ombord på fly. Der blev endvidere foretaget en systematisk søgning efter retningslinjer om risikovurdering og risikostyring i forbindelse med disse infektionssygdomme hos internationale luftfartsstyrelser og nationale eller internationale folkesundhedsorganer. For supplerende input blev 73 eksperter fra 38 lande kontaktet og spurgt til råds.

Resultaterne af den foretagne systematiske litteratursøgning indikerer, at tuberkulose, influenza, SARS, meningokok-sygdom og mæslinger relativt ofte overføres ombord på fly. Antallet af artikler, der rapporterede om bekræftede overførsler af disse sygdomme ombord på fly, var imidlertid overraskende lavt, især i betragtning af det store antal potentielle kontakter. I lyset af disse resultater er det samlede antal hændelser med overførsel ombord på fly sandsynligvis ligeledes forholdsvis lavt. Selvom det er vanskeligt at drage konklusioner om antallet af infektioner, der forekommer via overførsel ombord på fly, forekommer det sandsynligt, at potentialet for spredning af infektionssygdomme ombord på fly ikke er højere end på jorden.

Vi er samlet set overbevist om, at risikovurdering og beslutning om kontaktsporing bør være specifik for hver hændelse og tage højde for faktorer, såsom muligheden for epidemiologisk spredning, indekspatienternes smitteevne og sygdomsfremkaldende evne, ventilationssystemernes funktion om bord, kontaktintensitet og nærmere detaljer om flysædernes placering – som foreslået i denne tekniske rapport.

2. Surveillance and studies in a pandemic in Europe (overvågning og undersøgelser af pandemi i Europa)

(Offentliggjort i juni 2009)

Overvågning og undersøgelser af pandemi er et komplekst emne, der, som defineret her, indbefatter fire særskilte komponenter:

- 1) tidlig sporing og undersøgelse
- 2) omfattende tidlig vurdering
- 3) overvågning og
- 4) hurtig undersøgelse af modforanstaltningers effektivitet og indvirkning (herunder sikkerheden af farmaceutiske modforanstaltninger) på bekæmpelsen.

Det er usandsynligt, at der vil udbryde en pandemi i Europa, og derfor vil tidlig sporing og undersøgelse sandsynligvis ske andetsteds, men Europa vil være nødsaget til at iværksætte de tre andre processer. Laboratoriebaseret (mikrobiologisk) overvågning vil være væsentlig for samtlige komponenter, men vil normalt indgå som en del af den epidemiologiske og kliniske overvågning. Tidlig vurdering (komponent 2) er vital på grund af antallet af vigtige parametre for den næste pandemi, der ikke kan foregribes. Der er imidlertid ikke behov for at iværksætte en tidlig vurdering i samtlige lande. Det vil være optimalt, hvis vurderingen foretages af de europæiske lande, der rammes først, med støtte fra Det Europæiske Center for Forebyggelse af og Kontrol med Sygdomme (ECDC) og Verdenssundhedsorganisationen (WHO), og begrænses til bestemmelse af de "strategiske parametre". Disse parametres værdier vil afgøre, hvilke folkesundhedsmæssige og kliniske foranstaltninger, der sandsynligvis vil være succesfulde. Resultaterne fra nogle få lande vil derefter øjeblikkeligt blive overført til samtlige andre lande.

Et estimat over pandemiens alvorlighedsgrad vil indgå i den tidlige vurdering. Det vil blive vanskeligt, men det er essentielt, idet nogle europæiske lande påtænker at iværksætte mere adfærdsregulerende foranstaltninger i tilfælde af en alvorlig pandemi. WHO forventes at stå i spidsen for denne vurdering. De nærmere enkeltheder vil imidlertid kræve en europæisk indfaldsvinkel til en risikovurdering, idet opfattelsen af alvorlighedsgraden gør det vanskeligt at begrænse sig til en enkelt foranstaltning. Samtlige europæiske lande vil være nødsaget til at iværksætte overvågning (komponent 3) med henblik på at forvalte deres egne sundhedssystemer og andre tilbud korrekt. De centrale myndigheder i landene har sandsynligvis en lang række krav til de oplysninger, de skal bruge i forbindelse med overvågningen, men disse bør begrænses til det absolut nødvendige for, at der kan træffes beslutninger og gennemføres central kommunikation. Det skal undersøges, om overvågning kan gennemføres i influenzasæsoner, samtidig med at det skal overvejes, hvordan normale overvågningsystemer vil ændres eller ophøre med at fungere under en pandemi. International overvågning (indberetning til WHO og europæiske myndigheder) skal foregå så simpelt som muligt, da mange lande vil have svært ved at levere rutinemæssige informationer til internationale organer, samtidig med at de iværksætter interne processer. Det er heller ikke alle lande, der vil være i stand til at levere oplysninger i den detaljeringsgrad, som europæiske myndigheder måtte ønske sig. Undersøgelser af folkesundhedsforanstaltningernes indvirkning (og sikkerheden ved farmaceutiske modforanstaltninger) (komponent 4) er en anden proces, der kun behøver at blive gennemført i nogle lande. Det er usandsynligt, at det vil vise sig, om sundhedsforanstaltningerne har været effektive under selve pandemien og i givet fald hvilke.

WHO og ECDC har samarbejdet med EU's medlemsstater om at udvikle procedurer og "modelprotokoller" for komponent 2, den tidlige vurderingsproces, og disse skal efter planen afprøves for godkendelse i øvelser, og der skal gennemføres feltforsøg i influenzasæsonen 2009–2010. Forekomsten af den nye influenza A(H1N1) indebærer, at disse procedurer og protokoller vil blive afprøvet mod en egentlig pandemistamme. Der gennemføres i øjeblikket pilotforsøg i Europa, der skal afprøve metoder til estimering af influenzavaccinens effektivitet (del af komponent 4). Det er vigtigt, at myndighederne i de enkelte lande planlægger, hvordan de vil iværksætte komponenterne 2 til 4, herunder samarbejde med universiteter og akademisk personale, og hvordan de mest realistisk anvender disse ressourcer under selve pandemien.

3. Guide to public health measures to reduce the impact of influenza pandemics in Europe: "The ECDC Menu" (vejledning til folkesundhedsforanstaltninger til reduktion af influenzapandemiers indvirkning i Europa: "ECDC-menuen")

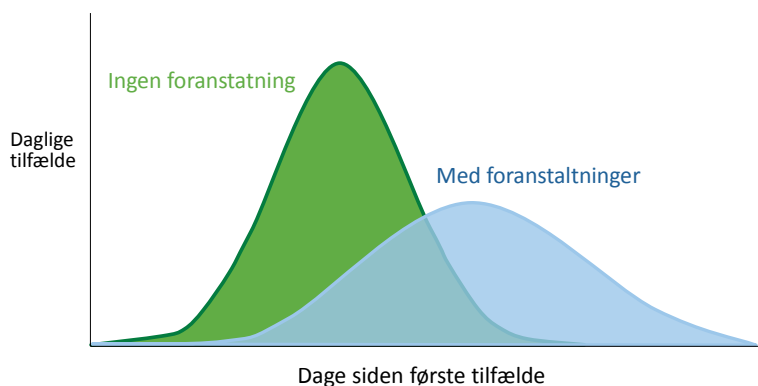
(Offentliggjort i juni 2009, opdateret i oktober 2009)

Anvendelsen af folkesundhedsforanstaltninger (se oversigtsskemaer side 6) vil i en vis udstrækning nedbringe antallet af personer, der smittes, der har behov for lægebehandling, og som dør under en influenzapandemi. Foranstaltningerne vil sandsynligvis ligeledes reducere antallet, der rammes af alvorlige epidemier af sæsoninfluenza. Ved at sænke og måske udskyde toppunktet for en pandemikurve (figur 3.1) kunne foranstaltningerne ligeledes afbøde de sekundære konsekvenser af pandemier, der opstår, når mange bliver syge samtidigt, dvs. massefraværet i kritiske samfundsfunktions, f.eks. inden for sundhedspleje og opretholdelse af fødevarerforsyningen, distribution af brændstof og andre forsyninger osv. Sundhedsforanstaltninger kan endog udskyde epidemikurvens toppunkt for en pandemi indtil et tidspunkt, der ligger nærmere på tidspunktet, hvor en pandemivaccine bliver tilgængelig, og derved sandsynligvis reducere antallet af smittede. De kan endvidere teoretisk udskyde toppunktet, indtil influenzasmitten falder naturligt i sommermånederne.

Figur 3.1 Mål for anvendelse af folkesundhedsforanstaltninger under en pandemi

Mål for reduktion af influenzasmitte i samfundet

- Udsættelse og udfladning af epidemisk peak
- Reduktion af konsekvens for sundhedssystem og trussel
- Nogen reduktion af samlet antal tilfælde
- Køb lidt tid



Der er blevet foreslået en række foranstaltninger (se oversigtsskemaerne), bl.a. personlige forholdsregler, såsom vask af hænder og brug af ansigtsmaske, samt farmaceutiske foranstaltninger, såsom antivirale lægemidler, fugleinflenzavacciner til mennesker (der ligeledes kaldes præpandemiske vacciner), og sent i pandemien specifikke vacciner samt foranstaltninger med nedsat fysisk kontakt. Mange mener, at kombinationer af foranstaltningerne vil være endnu mere effektive end enkeltstående foranstaltninger, såkaldt "dybdeforsvar" eller "lagdelte foranstaltninger". Såvel modelarbejde som almindelig sund fornuft viser, at tidlige indgreb vil være mere effektive end at afvente spredningen af en pandemi.

Det er vanskeligt at forestille sig, at foranstaltninger, som under kategorien nedsat fysisk kontakt, ikke skulle have en positiv indvirkning ved at reducere spredningen af en human luftvejsinfektion fra menneske til menneske via dråber og indirekte kontakt. Evidensgrundlaget til støtte for hver enkeltstående foranstaltning er imidlertid ofte svagt. Det står ligeledes uklart, hvordan en række af dem vil påvirke hinanden. Vil effekten af nedsat fysisk kontakt specifikt være kumulativ? Denne manglende gennemskuelighed skyldes i nogle tilfælde manglende forskning. Det skyldes oftere, at foranstaltningerne er vanskelige at evaluere med en eksperimentel tilgang, og når foranstaltninger er gennemført i konkrete situationer, er de anvendt kombineret. Derfor er den absolutte positive virkning og de forskellige foranstaltningers relative styrker ekstremt vanskelige at bedømme. Også indvirkningens

styrke kunne meget vel variere i forhold til pandemiens egenskaber. F.eks. kunne indsatser i forhold til børn have været ganske effektive under 1957-pandemien, hvor overførsel i yngre aldersgrupper synes at have været specielt omfattende, men de ville have været mindre effektive under pandemiene i 1918–19 og 1968. Det vil som følge heraf ikke være muligt at have faste planer, der passer til enhver pandemi. Endvidere vil effektiviteten og gennemførligheden af og omkostningerne ved foranstaltninger med nedsat fysisk kontakt sandsynligvis variere i de europæiske lande eller endog inden for de enkelte lande (f.eks. tætbebyggede byområder sammenlignet ved landområder).

Erfaringerne fra tidligere pandemier og tilsvarende begivenheder, f.eks. SARS viser, at folkesundhedsforanstaltninger i en vis udstrækning anvendes i overensstemmelse med lokale regler og sædvaner. I USA var foranstaltningerne under pandemien i 1918–19 organiserede og ofte proaktive, mens de i Europa under pandemier og i forbindelse med SARS ofte var mere reaktive.

Der er derfor gode argumenter for at have standardplaner (planer, der er blevet afprøvet under øvelser, og som skal gennemføres i mangel af andre oplysninger). WHO har faktisk opstillet regler for denne situation, og mange europæiske lande har udarbejdet planer. Disse planer bør imidlertid med ovennævnte overvejelser in mente være betydeligt fleksible og have kommando- og kontrolstrukturer, der vil gøre det muligt at foretage hurtige ændringer, når der fremkommer nye data og erfaringer.

Alle folkesundhedsforanstaltninger er forbundet med omkostninger, og mange har også sekundære virkninger. For de fleste foranstaltningers vedkommende kan de sekundære virkninger være betydelige, og mange vil kræve omhyggelige overvejelser. De mere drastiske samfundsforanstaltninger, der er blevet foreslået (f.eks. proaktive skolelukninger og rejserestriktioner), har betydelige omkostninger og konsekvenser, der i sig selv vil variere alt efter, hvordan de er struktureret. De er ligeledes vanskelige at opretholde. Som følge heraf kunne deres anvendelse og især deres tidlige anvendelse i forbindelse med en almindelig sæsoninfluenza eller en mild pandemi være mere skadelig, end hvis man blot lod infektionen gå sin naturlige gang og behandlede mere alvorligt syge mennesker.

Nogle af foranstaltningerne er relativt enkle at gennemføre og anbefales allerede ved endog en mild sæsoninfluenza (f.eks. regelmæssig vask af hænder og tidlig frivillig isolation ved sygdom med feber). De har ligeledes den fordel, at de inddrager den enkelte og giver ham eller hende nyttige råd i en vanskelig tid med bekymringer. Andre vil være vanskeligere eller for dyre at gennemføre (f.eks. rettidig massiv brug af antivirale lægemidler til de syge) og andre har potentielt store konsekvenser for samfunksfunktioner og er vanskelige at opretholde (f.eks. lukning af grænser, interne transportrestriktioner). Alle foranstaltninger kræver derfor omhyggelig planlægning, forberedelse og udførelse.

Spørgsmålet om dyre foranstaltninger med store konsekvenser er vigtigt. Under en pandemi med mindre alvorlig sygdom og færre sygdomstilfælde, som ved pandemiene i 1957 og 1968, kan nogle mulige samfundsforanstaltninger (proaktive skolelukninger, arbejde hjemmefra osv.), selvom de sandsynligvis reducerer smitten, være dyrere og have større konsekvenser end virkningerne af selve pandemien. Sådanne foranstaltninger giver måske som følge heraf kun en nettogevinst, hvis de gennemføres under en alvorlig pandemi, f.eks. en pandemi med et højt antal hospitalsindlæggelser eller en dødelighed, der kan sammenlignes med den "spanske syge" i 1918–19.

Af disse årsager vil en tidlig vurdering af en pandemis kliniske alvorlighedsgrad globalt og i europæiske miljøer være af afgørende betydning. Selvom tidlig gennemførelse af foranstaltninger er logisk, vil en for tidlig indsats af mere indgribende foranstaltninger koste dyrt og være vanskelig at opretholde på sigt.

En række europæiske lande overvejer nu, hvilke politiske muligheder de har i forbindelse med disse foranstaltninger. På grund af Europas mangfoldighed er der ikke nogen enkelt kombination af foranstaltninger, der vil passe til ethvert europæisk land: Der findes ikke én enkelt standardløsning, der passer i alle situationer. Fælles drøftelser af foranstaltningerne vil imidlertid være nyttige og bidrage til en mere effektiv beslutningsproces. Nogle lande har endvidere allerede iværksat et betydeligt relevant forskningsarbejde, som dette dokument har hentet inspiration fra, og som alle europæiske lande kan drage fordel af sammen med inspiration fra andre lande.

Formål

I lyset af ovenstående betragtninger, og da ECDC's mandat snarere er at give videnskabelige råd end at foreskrive tiltag, er formålet med dette dokument at præsentere en menu af mulige foranstaltninger med folkesundhedsmæssige og videnskabelige oplysninger om, hvad der er kendt, eller hvad der kan siges om deres sandsynlige effektivitet, (direkte og indirekte) omkostninger, accept, offentlighedens forventninger og andre mere praktiske overvejelser. Formålet er at bistå EU's medlemsstater og institutioner, individuelt eller samlet, med at beslutte, hvilke foranstaltninger de vil anvende. Når det er sagt, er der nogle foranstaltninger, der enten er så indlysende eller så ineffektive, at det vil være let at træffe en politisk beslutning blot på grundlag af den fremlagte dokumentation.

Målgruppe

Den primære målgruppe er politiske beslutningstagere, og de sekundære målgrupper er dem, der er berørt af influenza, offentligheden og mediernes. Mediernes forståelse af foranstaltningerne og deres begrænsninger vil være af afgørende betydning for, om de vil kunne anvendes under en pandemi med held.

Anvendelsesområde

Dette dokument finder anvendelse ved spredning af pandemien i Europa i WHO's fase 5 eller 6, og ligeledes ved sæsoninfluenzaepidemier. Det berører ikke de forskellige omstændigheder ved fase 4, de unikke behov ved den første forekomst af en putativ pandemistamme (WHO Rapid Containment Strategy), eller den komplekse planlægning og de politiske problemstillinger, der opstår omkring opretholdelse af centrale samfundsfunktioner under en pandemi (beredskabsplan for en pandemi). Sidstnævnte ligger under alle omstændigheder uden for ECDC's ansvarsområde.

Dokumentet bør læses i sammenhæng med den tidligere vejledning, som ECDC har offentliggjort om personlige beskyttelsesforanstaltninger. Den er sammenfattet i teksten og skemaerne. Relevant videnskabelig vejledning om (præpandemiske) fugleinfluenza H5N1-vacciner til mennesker er blevet offentliggjort, og der refereres hertil i teksten. Vejledningen bør læses i sammenhæng med 2005 WHO-vejledningen og den nye WHO-vejledning om modforanstaltninger (offentliggjort i 2009).

Bemærk, at dette er en foreløbig vejledning, idet der vil komme nye forskningsresultater, og det er muligt, at der vil fremkomme nye modforanstaltninger. Menuen vil derfor løbende blive opdateret.

Oversigtsskemaer Egenskaber ved potentielle indgreb, der mindsker transmission i fase 6 af en pandemi/alvorlig sæsoninfluenzaepidemi

Internationale rejser (grænselukninger, indrejserestriktioner, rejsevejledning)

Foranstaltning	Kvalitet af dokumentation ¹	Effektivitet (fordele)	Direkte omkostninger	Indirekte omkostninger og risici ²	Accept i Europa	Praktiske og andre forhold
1. Rejsevejledning	B	Minimal	Små	Meget omfattende	God	Den internationale rejseaktivitet vil sandsynligvis falde kraftigt under alle omstændigheder
2. Screening ved indrejse	B, Bm	Minimal	Høje	Høje	Kan forventes af fastboende befolkning	Den internationale rejseaktivitet vil sandsynligvis falde under alle omstændigheder
3. Grænselukninger eller stramme rejserestriktioner	B, Bm	Minimal, med mindre næsten fuldstændig	Meget omfattende	Meget omfattende	Variabel, men kan forventes af nogle i den fastboende befolkning	Den internationale rejseaktivitet vil sandsynligvis falde under alle omstændigheder

Personlige beskyttelsesforanstaltninger

¹ Dokumentation for effektivitet: A, B og C repræsenterer stærke, rimelige eller svage evidensbaserede henstillinger.

Klasse A: Systematiske analyser med henvisning til diverse primære studier (ikke primært arbejde med modeller), veldefinerede epidemiologiske undersøgelser eller især eksperimentelle undersøgelser (randomiserede, kontrollerede forsøg).

Klasse B: Repræsenterer dokumentation baseret på veldefinerede epidemiologiske undersøgelser, væsentlige observationsundersøgelser eller eksperimentelle undersøgelser med 5 til 50 forsøgspersoner, eller eksperimentelle undersøgelser med andre begrænsninger (for eksempel uden influenza som endepunkt). Koden Bm indikerer arbejde med modeller med vægt på undersøgelser med gode tilgængelige primære data. Kvaliteten kan derfor både være Bm og C.

Klasse C: Repræsenterer dokumentation baseret på casereports, mindre, dårligt kontrollerede observationsundersøgelser, dårligt underbyggede større undersøgelser, anvendelse af viden om overførselsmåde, smitteperiode osv. Cm refererer til arbejde med modeller med få primære data eller primære data af ringe kvalitet.

² Undertiden betegnet virkninger af anden eller tredje grad – f.eks. lukning af grænser, der medfører afbrydelse af samhandel og udveksling af varer og arbejdstagere.

Foranstaltning	Kvalitet af dokumentation	Effektivitet (fordele)	Direkte omkostninger	Indirekte omkostninger og risici	Accept i Europa	Praktiske og andre forhold
4. Regelmæssig vask af hænder	B	Reducerer sandsynligvis smitte	Små	Ingen	God, men efterlevelse er ukendt	Moderat ³
5. God luftvejshygiejne (anvendelse og bortskaffelse af papir)	B	Ukendt, men antages	Små	Små	God, men efterlevelse er ukendt	Små
6. Generel anvendelse af ansigtsmaske uden for hjemmet	C, Cm	Ukendt	Meget omfattende	Små	Ukendt, men mindre begrænset anvendelse af masker i de fleste lande	Massive – vanskeligheder med instruktion, levering og masketyper, bortskaffelse og affald. Mulighed for utilsigtede virkninger af misbrug og genbrug
7. Anvendelse af ansigtsmaske i hospitalsmiljøer⁴	C	Ukendt	Moderate	Små	Praktiseres allerede i vid udstrækning	Moderate – vanskeligheder med instruktion, definition af højrisikosituationer, levering og masketyper, især respiratorer
8. Anvendelse af ansigtsmaske i andre højrisikosituationer⁵	C	Ukendt	Moderate	Små	Ukendt, men kan tænkes	Moderate – vanskeligheder med instruktion, definition af højrisikosituationer, levering og masketyper
9. Anvendelse af ansigtsmaske til personer med luftvejsinfektioner	C	Ukendt, men antages	Moderate	Kan gøre det muligt for syge og smittefarlige stadig at bevæge sig omkring og smitte andre	Ukendt, men kan tænkes. Udvider eksisterende vejledning i hospitalsmiljøer til hjemmet og offentlige rum.	Vanskelighed med at definere, hvem der skal efterleve, og levering af maskerne. Ligeledes efterlevelse for personer med åndedrætsbesvær som følge af luftvejsinfektion
10. Tidlig frivillig isolation af syge⁶	C	Ukendt, men antages	Moderate	Moderate ⁷ Øget risiko for plejepersonale – vil ikke møde på arbejde	Allerede standardvejledning i mange lande	Behov for instruktion og udstyring af udsatte plejere i hjemmet Problem med lønkomensation og aftale med arbejdsgiverne
11. Karantæne⁸	C	Ukendt	Meget omfattende	Meget omfattende på grund af tab af produktivitet	Uklar	Meget vanskeligt at få til at fungere retfærdigt og problem med lønkomensation

³ Behov for at gøre håndvask meget mere tilgængelig i daglige rammer, f.eks. på offentlige pladser, steder med salg af fast-food osv.

⁴ Personer med direkte kontakt med mange andre.

⁵ Personer med direkte kontakt med mange andre i offentlige transportmidler i myldretiden.

⁶ Sædvanligvis i hjemmet hos en person, der begynder at blive utilpas og får feber.

⁷ Personerne kræver pleje i hjemmet – og de og deres plejere går ikke på arbejde.

⁸ Isolation hjemme i nogle dage for tilsyneladende raske personer, der anses for at have været udsat for smitte.

Foranstaltninger med nedsat fysisk kontakt

Foranstaltning	Kvalitet af dokumentation	Effektivitet (fordele)	Direkte omkostninger	Indirekte omkostninger og risici	Accept i Europa	Praktiske forhold
12. Interne rejserestriktioner	Cm, C	Mindre forsinkende effekt antydnet	Større	Meget omfattende, herunder social uro ⁹	Ukendt	Nøglefunktioner truet. Problem med ansvar og hjemmel ¹⁰
13. Reaktive skolelukninger	Bm, C	Kan have en større effekt end anden nedsat social kontakt	Moderate	Meget omfattende, da børnene skal passes i hjemmet ¹¹	Ukendt, det sker sjældent i Europa	Børn, der ikke er i skole, skal holdes væk fra andre børn. Problem med ansvar og hjemmel ^{10, 12} Vanskeligheder med timing, bæredygtighed og genåbning
14. Proaktive skolelukninger	Bm, C	Kan have en større effekt end anden nedsat social kontakt og kan være bedre end reaktive	Moderate	Som ovenfor ¹¹	Som ovenfor	Som ovenfor, men endnu flere vanskeligheder med timing (kan lukke for tidligt), bæredygtighed og genåbning ^{10,12}
15. Reaktive lukninger af arbejdspladser	Cm	Ukendt ⁹	Større	Større	Ukendt, kompensationsproblemer af afgørende betydning ¹⁰	Problem med ansvar, kompensation og hjemmel, ligeledes med bæredygtighed og genåbning. Ikke muligt for kernefunktioner ¹³
16. Arbejde hjemmefra og reduceret mødeaktivitet	Cm,C	Ukendt	Moderate	Moderate	Sandsynligvis acceptabelt	Mindre muligt for kernefunktioner ¹³
17. Aflysning af offentlige forsamlinger, internationale begivenheder osv.	C	Ukendt	Meget omfattende ¹⁰	Meget omfattende ¹⁰	Afhænger sandsynligvis af kompensation og forsikringsdækning ⁹ Kan måske forventes af offentligheden	Problem med ansvar og retslydighed. Problem med definition af offentlig forsamling eller internationalt møde og tidspunkt for ophævelse af forbud

Anvendelse af antivirale lægemidler: tidlig behandling

Foranstaltning	Kvalitet af dokumentation	Effektivitet (fordele)	Direkte omkostninger	Indirekte omkostninger og risici	Accept i Europa	Praktiske forhold
18. Alle med symptomer	A (alene smitte og sygdommens varighed), Bm	Forventes at være moderat, men dokumentation herom er svag ¹⁴	Meget omfattende	Moderate	Forventes af offentligheden i de fleste lande	Betydelige logistiske omkostninger og vanskeligheder med at definere, hvem der har influenza, med udlevering i tide til alle, der kan drage fordel heraf (under 24 eller 48 timer), og afbalanceret styring af lagre ¹⁵

⁹ En fordel herved og ved visse andre foranstaltninger er, at det på en planlagt måde medfører, hvad der sandsynligvis vil ske på et senere tidspunkt.

¹⁰ Spørgsmål om hvem der skal yde kompensation i tilfælde af økonomisk tab på grund af offentligt (statsligt) indgreb.

¹¹ Børn kræver pleje i hjemmet og deres plejere går ikke på arbejde.

¹² Det antages i forbindelse med foranstaltninger rettet mod børn, at disse især spiller en væsentlig rolle i smittespredningen, hvilket måske ikke er tilfældet ved enhver epidemi.

¹³ Det er en kompleks proces at skelne mellem *kernefunktioner* og *ikke-kernefunktioner*, hvilket er vigtigt, men det ligger uden for dette dokumentets anvendelsesområde.

¹⁴ Dokumentation fra forsøg viser, at tidlig behandling ved sæsoninfluenza reducerer sygdommens varighed med én eller to dage og endvidere reducerer smitten. Estimaterne af den positive effekt af hospitalsindlæggelse og dødelighed er baseret på observationer, er begrænsede og meget svagere.

¹⁵ Der findes en række større praktiske problemer med bestemmelse af, hvem der har influenza, hvordan de antivirale lægemidler skal udleveres osv.

19. Social- og sundhedspleje eller udsatte medarbejdere i centrale funktioner	A	Lille ¹⁵	Større	Små	Betragtes som en del af personalebeskyttelsen og vigtig for personale, der bliver ved med at arbejde	Vanskeligheder med at definere, hvem der er sundhedspersonale eller udsatte medarbejdere i centrale funktioner ¹⁵
--	---	---------------------	--------	-----	--	--

Anvendelse af antivirale lægemidler: profylakse efter et tilfælde

Foranstaltning	Kvalitet af dokumentation	Effektivitet (fordele)	Direkte omkostninger	Indirekte omkostninger og risici	Accept i Europa	Praktiske forhold
20. Familie	B, Bm	Moderat	Meget omfattende	Moderate	Sandsynligvis acceptabel	Vanskeligheder med påvisning af tilfælde, definition af familier, udleveringstempo, sikkerhed og håndtering af beredskabslager ¹⁶
21. Familie og sociale kontakter	B, Bm	Moderat	Meget omfattende+	Moderate	Ukendt, men problem med personer, der tilsyneladende nægtes behandling	Som ovenfor med problemer med definition af afgrænsning af grupper
22. Familie og geografiske kontakter	B, Bm	Moderat	Meget omfattende+	Moderate	Ukendt, men problem med personer, der tilsyneladende nægtes behandling	Som ovenfor med endnu flere problemer med definition af afgrænsning af grupper

Anvendelse af antivirale lægemidler: kontinuerlig profylakse

Foranstaltning	Kvalitet af dokumentation	Effektivitet (fordele)	Direkte omkostninger	Indirekte omkostninger og risici	Accept i Europa	Praktiske forhold
23. Social- og sundhedspleje eller medarbejdere i centrale funktioner	C	Moderat	Meget omfattende	Moderate	Uklart – sundhedspersonale tager dem måske slet ikke, eller bliver ikke ved med at tage dem	Vanskeligheder med at definere sundhedspersonale eller medarbejdere i centrale funktioner. Problem med hvor længe antivirale lægemidler kan tilbydes

¹⁶ Der er behov for at overveje, hvordan tidlige indberetninger om plausible bivirkninger let og effektivt kan undersøges.

Vacciner: human fugleinfluenzavaccine¹⁶

Foranstaltning	Kvalitet af dokumentation	Effektivitet (fordele)	Direkte omkostninger	Indirekte omkostninger og risici	Accept i Europa	Praktiske forhold
24. Hele befolkningen	B, Bm	Uklar, afhænger af pandemiens antigen-typebestemmelse ¹⁷	Meget omfattende	Større ^{16,18}	Ukendt ¹⁹	Problemer med grupper, der bør prioriteres
25. Social- og sundhedspersonale eller medarbejdere i centrale funktioner	B, Bm	Som ovenfor	Meget omfattende	Som ovenfor	Som ovenfor, plus uklart, om disse grupper vil acceptere	Vanskeligheder med at definere sundhedspersonale eller medarbejdere i centrale funktioner.
26. Børn vaccineret først	B, Bm	Som ovenfor	Meget omfattende	Som ovenfor	Uklart om forældre vil acceptere, især hvis sygdommen er mildere for børnene og kommer andre til gode. Sikkerhedsprofil ikke veletableret ²⁰ .	Kræver planlægning

Vacciner: specifik pandemivaccine

Foranstaltning	Kvalitet af dokumentation	Effektivitet (fordele)	Direkte omkostninger	Indirekte omkostninger og risici	Accept i Europa	Praktiske forhold
27. Pandemivaccine	B, Bm	Minimal i første bølge	Meget omfattende og kræver forudgående investering	Små	Sandsynligvis yderst acceptabel ²⁰	Problem med beslutning om oprindeligt prioriterede grupper ¹⁶

¹⁷ Det antages, at den næste pandemi er baseret på et H5-antigen. Der kan drages fordel af eksperimentelle serologiske svar, men der kan imidlertid ikke indsamles observationsdata eller udføres forsøg mod pandemistammen, før smitten starter og før fase 3. Forsøg kan derefter blive betragtet som uetiske.

¹⁸ Finansiell risiko for, at den næste pandemi har en antigen stamme og ikke den aktuelle højpatogene fugleinfluenza (A/H5).

¹⁹ Intet land har nogensinde forsøgt at tilbyde vaccination med en så lav forventet effektivitet til sin befolkning, - der er derfor større kommunikationsmæssige udfordringer.

²⁰ Der er behov for at overveje, hvordan tidlige indberetninger om plausible bivirkninger let og effektivt kan undersøges.

4. Migrant health series: Access to HIV prevention, treatment and care for migrant populations in EU/EEA countries (serien om migranternes sundhed: adgang til hiv-forebyggelse, -behandling og -pleje for indvandrerbefolkninger i EU/EØS-lande)

(Offentliggjort i juni 2009)

Denne rapport sammenfatter resultaterne af en undersøgelse af adgang til hiv-forebyggelse, -behandling og -pleje blandt migranter i Den Europæiske Union (EU), der er udført i perioden fra maj til september 2008. Undersøgelsen var bestilt af Det Europæiske Center for Forebyggelse af og Kontrol med Sygdomme (ECDC) og skal indgå i en større serie af rapporter om migration og infektionssygdomme i EU.

Denne rapport sigter, på baggrund af oplysninger indsamlet ved hjælp af en undersøgelse af respondenter i de 27 EU-medlemsstater og tre EØS-lande og via en litteraturgennemgang, mod at tilvejebringe et overblik over den aktuelle situation og materiale til kommende politik, forskning og tjenester, der tager sigte på at forbedre indvandrerbefolkningernes adgang til hiv-tjenester. Omkring to tredjedele af respondenterne repræsenterede ikke-statslige organisationer (ngo'er), og den resterende tredjedel var repræsentanter for statslige organisationer. Resultaterne og de foreslåede tiltag afspejler derfor ikke nødvendigvis holdningerne hos EU-landenes nationale myndigheder.

Afsnit 1 beskriver kort undersøgelsens baggrund og metoder. I afsnit 2 sættes der fokus på de primære resultater omkring migranter og hiv, især på faktorer, der øger deres sårbarhed over for hiv, og som forhindrer dem i at opnå adgang til forebyggelse, behandling og pleje, og på den måde, hvorpå EU og medlemsstaterne imødekommer migranternes behov i forbindelse med hiv. Afsnit 3 ser nærmere på vejen frem og sammenfatter de udfordringer og tiltag, som respondenterne har foreslået med henblik på en forbedret adgang til hiv-tjenester for migranter i EU. Nedenfor sammenfattes de vigtigste konklusioner, udfordringer og foreslåede tiltag.

Vigtigste konklusioner

- EU har taget vigtige skridt med hensyn til migration og sundhed generelt og specielt migration og hiv. *Dublin Declaration on Partnership to Fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia* i 2004 og efterfølgende deklARATIONER har sat hiv højere på den europæiske dagsorden. Lissabonkonferencen og opfølgingsmøder samt rapporter i 2007 stillede skarpt på problemet med migration, sundhed og hiv. Begge har påvirket EU's politiske engagement, således som det fremgår af de politiske og retlige instrumenter, der er beregnet til at sikre migranter adgang til sundhedsvæsenet, herunder til hiv-forebyggelse, behandling og sundhedspleje. Der er imidlertid væsentlig forskelle i de enkelte EU-medlemsstater med hensyn til de politiske og juridiske rammebetingelser og hiv-forebyggelse, behandling og sundhedspleje for migranter.
- De indvandrerbefolkninger, der er mest relevante med hensyn til hiv, kommer fra de afrikanske lande syd for Sahara, Østeuropa og Asien og i nogle europæiske lande fra Latinamerika og Caribien. De vigtigste delpopulationer er asylansøgere og flygtninge, indvandrere uden arbejds- og opholdstilladelse, sexarbejdere og MSM (mænd, der har sex med mænd). Sprogbarrierer, marginalisering og social udstødelse samt retlige hindringer blev indberettet som de mest almindelige faktorer, der bidrager til migranternes sårbarhed over for hiv. Også kulturelle holdninger, religion, frygt for forskelsbehandling og begrænset kendskab til hiv i indvandrersamfund blev anført.
- Faktorer, der hindrer migranternes adgang til tjenester, vedrører politikker og love, levering af ydelser, indvandrersamfundene selv og samfundet i bred forstand. Politikker til spredning af migranter i de enkelte lande er blevet indberettet som en begrænsning af adgang til forebyggelse og behandling. Juridisk status – manglende opholdsstatus og sundhedsforsikring – blev oftest nævnt som en hindring for hiv-behandling, især af respondenter i de nye EU-medlemsstater. Mangel på kulturelt følsomme oplysninger på relevante sprog, på fagfolk med passende uddannelser og tilbud, der tilpasset til migranternes specifikke behov, var hindringer inden for alle tre tjenesteområder. Inden for indvandrersamfundene forhindrer kultur, religion, frygt for forskelsbehandling og begrænset viden om de tilgængelige tjenester adgangen til tjenesterne. I samfundet i bred forstand hindrer stigmatisering og forskelsbehandling af indvandrere adgang til forebyggelse og især sundhedspleje; migranternes sociale vilkår blev nævnt som en specifik hindring for adgang til behandling.
- Næsten samtlige lande rapporterer om hiv-foranstaltninger, der tager sigte på indvandrersamfund og delpopulationer. Nogle lande, især lande med en lang indvandringshistorie, har en bred vifte af tilbud

gennem statslige instanser, ngo'er og organisationer i lokalsamfundene. I andre eksisterer der kun få tilbud, om nogen overhovedet. Indvandrersamfund er involveret i gennemførelsen af foranstaltninger i de fleste lande, men med få markante undtagelser er deres inddragelse i politik begrænset. Problemet med migration og hiv blev imidlertid rapporteret af respondenterne som lavt prioriteret i en stor del af de 30 deltagende lande. Der er en højere prioritering i lande, hvor hiv-prævalensen blandt indvandrerpopulationer er relativt høj.

Vigtigste udfordringer

- Politiske og juridiske rammer er en udfordring for levering af hiv-tjenester til migranter. Uoverensstemmelser mellem sundheds- og immigrationspolitikker kan være til skade for folkesundheden. Adgangen til hiv-behandling for migranter uden opholds- og arbejdstilladelse og uden forsikring er et problematisk område. Tilsvarende udgør de manglende klare og konsistente juridiske rammer en udfordring for migranternes rettigheder inden for sundhedspleje.
- Samtidig eksisterer der en informationskløft, der udgør en udfordring. Manglende standardisering i dataindsamlingen i landene gør det vanskeligt at sammenligne migranternes situation inden for EU. På trods af den betydelige forskning, der er udført, findes der en informationskløft, f.eks. med hensyn til migration og hiv i de nye EU-medlemsstater; om hiv-risikoadfærd, migranternes behov inden for sundhed og hiv; og kulturens og religionens betydning for indstillingen til sundhed, holdninger og sundhedssøgende adfærd inden for indvandrersamfund.
- På niveauet for levering af ydelser er der fortsat retlige, administrative og kulturelle barrierer, der skal behandles i nogle lande. Det er ligeledes en udfordring at sikre, at statslige agenturer og ngo'ers lokalt baserede forebyggelses- og plejeforanstaltninger tildeles en passende og bæredygtig finansiering.
- Omfattende tiltag til bekæmpelse af negative sociale holdninger over for migranter, der yderligere forværres af negativ mediedækning, og initiativer til at imødekomme migranternes bredere sociale, økonomiske og retlige behov, er en udfordring, da dette kræver en fælles indsats fra beslutningstagere, social- og sundhedspersonale og civilsamfundet.

Vigtigste foreslåede tiltag

- Der er til indsamling af præcise og sammenlignelige overvågningsdata og udvikling af konsistente og passende politikker og foranstaltninger behov for en fælles definition i EU af begrebet "migrant". Respondenterne foreslog ligeledes specifikke EU- og nationale tiltag omkring politik, finansiering, forskning, netværksdannelse og tjenester.
- Der blev fremsat forslag til klare politiske og juridiske rammer til beskyttelse af migranternes rettigheder, især migranter uden opholds- og arbejdstilladelse og uden forsikring, i forbindelse med hiv-behandling, som en prioritet på EU-plan og nationalt plan. Andre forslag til tiltag omfattede håndtering af politiske uoverensstemmelser, bevidstgørelse af beslutningstagerne om problemer vedrørende hiv og migration og en større grad af involvering af indvandrersamfundet i politiske processer. Ligeledes blev der som et prioriteret område sat fokus på finansiering af europæiske netværk og projekter, der arbejder med migration og hiv-problemer, og af ngo'er, der tilvejebringer hiv-tilbud til indvandrerbefolkninger.
- Der blev foreslået adskillige forskningsområder. På europæisk plan blev der blandt andre tiltag foreslået undersøgelser til forbedring af forståelsen af migrationsmønstre, de europæiske loves og politikkers indvirkning på adgangen til behandling og evalueringer af omkostninger og fordele ved fri adgang til behandling og af foranstaltningernes konsekvenser. På nationalt plan blev der foreslået forbedret epidemiologiske information, en bedre forståelse for indvandrersamfundene – herunder hiv-relateret viden, holdninger og adfærd og kulturens og religionens rolle – samt en analyse af lovgivningens virkning på og foranstaltningernes effektivitet for indvandrersamfund.
- De foreslåede prioriterede tiltag til dannelse af netværk omfattede EU-støtte til et netværk af organisationer i hele EU, der arbejder med migration og hiv, og andre mekanismer til udveksling af ressourcer, erfaring og god praksis, og stærkere forbindelser og samarbejde mellem sammenslutninger af ansatte i social- og sundhedssektoren, indvandrer- og menneskerettighedsorganisationer på EU-plan og nationalt plan.
- Med hensyn til levering af tjenester fremhævede de fleste respondenter behovet for kulturelt egnede materialer og foranstaltninger, uddannelse af social- og sundhedspersonale i disse emner og større involvering af indvandrersamfundet i leveringen af tilbud. Der blev foreslået initiativer på lokalt niveau til hiv-testning, f.eks. opfølgende arbejde, og omfattende initiativer til behandling og pleje, sammen med en større indsats for at informere indvandrersamfundene om eksisterende behandlings- og plejetilbud med henblik på at forbedre dækning og udbredelse heraf.

5. Migrant health series: Epidemiology of HIV and AIDS in migrant communities and ethnic minorities in EU/EEA countries (serien om migranternes sundhed: hiv- og aidsepidemiologi i indvandrersamfund og etniske minoriteter i EU/EØS-lande)

(Offentliggjort i juni 2009)

Baggrund, begrundelse og mål

Den globale hiv/aids-pandemi afspejler de store samfundsøkonomiske og sundhedsmæssige forskelle mellem industrialiserede og ikke-industrialiserede lande. UNAIDS anslår, at 33 mio. mennesker i 2007 var smittede med hiv/aids; mere end 96 % af nye tilfælde af hiv-smitte forekom i lav- og mellemindkomstlande. Af samtlige personer, der er smittede med hiv/aids, lever 22,5 mio. i landene syd for Sahara, hvor hiv-prævalensen blandt voksne er 5 %, hvilket er betydeligt højere end de 0,8 %, der skønnes på verdensplan. Caribien med 1 % prævalens er det næst hårdest ramte område, og Østeuropa med 0,9 % prævalens kommer ind på tredjepladsen.

I henhold til Den Internationale Organisation for Migration (IOM) var ca. 192 mio. mennesker (3 % af verdens befolkning) i 2006 internationale migranter, hvoraf 95 mio. var kvinder. Ifølge De Forende Nationers definition forstås ved international migrant enhver person, der skifter sædvanligt opholdsland. Den mest almindelige årsag til migration er ønsket om bedre økonomiske forhold, og størstedelen af migranterne rejser derfor fra udviklingslande til udviklede lande. Lande med den største udvandring i 2006 var Kina, Indien og Filippinerne, mens USA, Rusland, Tyskland, Ukraine og Frankrig var de fem lande, der modtog flest migranter. EU, der er ét af de rigeste områder i verden, har modtaget 64 mio. (8,8 %) migranter. Dog er der væsentlige forskelle mellem landene indbyrdes. EU er ligeledes stolt over at være én af de regioner i verden, der har den længste tradition med respekt for menneskerettighederne. Migranter, der lever i EU, står som i mange andre af verdens regioner over for alvorlige integrationsproblemer. Migration og social udstødelse gør migranter yderst sårbare over for hiv/aids og de komplikationer, der er forbundet hermed.

Hiv-epidemien er et stort folkesundhedsproblem i EU; antallet af hiv-smittede er steget uafbrudt siden systemerne til indberetning af hiv kom på plads omkring 1999. Hovedsmittetilfældet er heteroseksuel kontakt (53 % af nye hiv-indberettede i 2006), efterfulgt af MSM (37 %) og intravenøse stofmisbrugere (9 %). Især er det værd at nævne, at der i 2006 blev indberettet 204 tilfælde af hiv-smitte ved mor til barn-smitte. Sundhedsmæssige forskelle, herunder forskelle efter migrantstatus, bør overvåges, således at der kan iværksættes passende forholdsregler. Siden 2000 har det tidligere EuroHIV indsamlet informationer om indberetningernes geografiske oprindelse. En væsentlig og stigende del af aids- og hiv-smitte erhvervet ved heteroseksuelt samleje forekom hos personer med en anden geografisk oprindelse end indberetningslandet, i stor udstrækning fra landene syd for Sahara. Andre grupper af migranter kan imidlertid ligeledes være uforholdsmæssigt smittede med hiv/aids, selvom der mangler data om disse grupper. Det absolutte og relative bidrag fra migranter til nationale hiv-epidemier er uensartet i EU og afhænger af migrationsmønstre, kolonihistorie, status på hiv-epidemierne i oprindelses- og destinationslandene samt sundhedsmæssige og sociale forholdsregler. Det stod siden starten af epidemien klart, at sikring af hiv-/aids-smittedes rettigheder var ét af hovedproblemerne; det var ingen tvivl om, at videnskab, menneskerettigheder og en folkesundhedsstrategi var de centrale elementer i den henseende.

I 2007 valgte det portugisiske EU-formandskab migration og sundhed som sit hovedtema. I konklusionerne vedtaget af Rådet i december 2007 blev ECDC anmodet om at aflægge en rapport om migration og infektionssygdomme. Som svar på denne anmodning påbegyndte ECDC en række rapporter, der vil udgøre ECDC's rapport om migration og smitsomme sygdomme i EU. Målene med den aktuelle rapport, *Epidemiology of HIV and AIDS in migrant communities and ethnic minorities* (hiv- og aidsepidemiologi i indvandrersamfund og etniske minoriteter), var at bestemme byrden af hiv-smitte i indvandrerbefolkninger og dens bidrag til hiv-epidemiologien i perioden 1999–2006.

Metoder

Der blev anvendt både globale og landespecifikke data fra ECDC/det tidligere EuroHIV, og absolutte tal og procentsatser for aids- og hiv-tilfælde blev undersøgt efter geografisk oprindelse og år (1999–2006) og stratificeret efter køn og smittekategorier. Hvis ECDC ikke var i besiddelse af oplysninger, blev de centrale kilder kontaktede direkte. Antallet af registrerede migranter efter køn og år blev hentet fra offentlige europæiske databaser, Eurostat og nationale statistiske kontorer i hvert af de deltagende lande, enten ved at konsultere deres websteder eller ved at skrive direkte til dem.

Resultater

Der blev i 2006 indberettet 6 746 aids-tilfælde i de 27 EU-lande, plus Norge og Island. Det største antal migranter blev registreret blandt de heteroseksuelt overførte tilfælde; af personer med kendt geografisk oprindelse kom 1 373 (50 %) fra et andet land end det land, der indberettede tilfældet, 77 % kom fra landene syd for Sahara. Af de 57 aids-tilfælde på grund af mor-til-barn-smitte med kendt geografisk oprindelse kom 23 % fra landene syd for Sahara. Tæt ved 20 % af aids-tilfældene for MSM var migranter; de mest almindelige oprindelser var Latinamerika (106) og andre vesteuropæiske lande (52). Blandt de 1 545 tilfælde af intravenøse stofmisbrugere var 7 % migranter, primært fra Vesteuropa, Nordafrika og Mellemøsten. Antallet af aids-tilfælde i regionen er faldet med 42 % fra 1999–2006 blandt den oprindelige befolkning og migranter fra Vesteuropa. Der blev registreret et stigende antal aids-tilfælde i 1999–2006 hos migranter fra Østeuropa (200 %), landene syd for Sahara (89 %) og Latinamerika (50 %). Aids-tilfælde er meget mere almindeligt forekommende i EU blandt mænd end blandt kvinder, selvom forholdet mellem mænd og kvinder er faldende. Det absolutte antal mænd og kvinder der blev indberettet i 2006 fra landene syd for Sahara blandt aids-tilfældene, var hhv. 602 og 623, men deres andel af det samlede antal aids-smittede mænd og kvinder udgjorde hhv. 12 % og 33 %.

I 2006 blev der indberettet 26 712 tilfælde af hiv-smitte i de 27 EU-lande, plus Norge og Island, hvoraf de 29 % var uden angivelse af geografisk oprindelse. Det største antal migranter, både udtrykt i absolutte og i relative tal, blev registreret blandt tilfældene med heteroseksuelt overført smitte. Af personer med kendt geografisk oprindelse kom 65 % af de 8 354 hiv-smittede fra et andet land end det, der indberettede tilfældet. Størstedelen (5 046) heraf stammede fra landene syd for Sahara. Af de 169 hiv-tilfælde på grund af mor til barn-smitte med kendt geografisk oprindelse kom 41 % fra landene syd for Sahara. 18 % af de 5 048 hiv-smittede MSM, med kendt geografisk oprindelse, var migranter. De mest almindelige regioner var Latinamerika (215) og Vesteuropa (247). Blandt 1 590 hiv-smittede intravenøse stofmisbrugere med kendt geografisk oprindelse var 86 % den oprindelige befolkning og 14 % migranter i overvejende grad fra Vesteuropa (63) og Østeuropa (64). Antallet af indberettede hiv-smittede i Europa er steget markant i 1999–2006 både blandt den oprindelige befolkning og blandt migranter. Denne stigning skal fortolkes inden for rammerne af hiv-indberetningens gennemførelse i EU, der endnu ikke er fuldstændig.

Hiv-smitte i EU er samlet set meget mere almindeligt forekommende blandt mænd end blandt kvinder, selvom forholdet mellem mænd og kvinder er faldende. Det absolutte antal mænd og kvinder fra landene syd for Sahara blandt de hiv-smittede, der blev indberettet i 2006, var hhv. 1 764 og 2 989. Da det samlede antal hiv-smittede mænd og kvinder fra den oprindelige befolkning var hhv. 7 891 og 2 028, var forholdet mellem smittede mænd fra landene syd for Sahara og fra den oprindelige befolkning 0,1 og mellem kvinder fra landene syd for Sahara og fra den oprindelige befolkning 1,5. Antallet af indberettede hiv-smittede kvinder fra landene syd for Sahara overstiger næsten antallet blandt kvinder fra den oprindelige befolkning med 1 000 smittede, selvom 2 910 hiv-smittede kvinder var af ukendt geografisk oprindelse. Antallet af kvinder fra landene syd for Sahara overstiger antallet af mænd fra landene syd for Sahara med over 1 000. Efter landene syd for Sahara tegner Vesteuropa sig for den største gruppe (539) efterfulgt af Latinamerika (456). De mest almindelige oprindelseslande for hiv-smitte blandt kvindelige indvandrere, med undtagelse af landene syd for Sahara, adskilte sig fra mændenes, idet kvinder fra Sydøstasien og Caribien tegnede sig for hhv. 179 og 161 smittetilfælde, mens kvinderne fra Vesteuropa og Østeuropa samt Latinamerika hver tegnede sig for 85 og 111 tilfælde.

Der er en meget stor uensartethed mellem landene indbyrdes med hensyn til forholdet af migranter blandt tilfældene af hiv-smittede. Blandt lande med en hiv-forekomst under 20 tilfælde pr. million, primært Centraleuropa, er migranternes bidrag til epidemien lavt. For lande med en hiv-forekomst på mellem 21–49 tilfælde pr. million, med undtagelse af Litauen, er andelen af migranter blandt de indberettede tilfælde af hiv-smitte fra 2006 over 40 %. På grund af de forskellige befolkningsstørrelser varierer tallene fra 24 tilfælde af hiv-smittede hos migranter i Cypern til 258 diagnosticerede i Sverige. For lande med en hiv-forekomst på 50–99 tilfælde pr. million er andelen af migranter, med undtagelse af Grækenland, blandt de indberettede hiv-smittede 40 % i Nederlandene og Tyskland, tæt på 60 % i Norge, omkring 65 % i Irland og Frankrig og 70 % i Belgien. I lande med en hiv-forekomst på 100–199 tilfælde pr. million er andelen af migranter blandt de indberettede hiv-smittede omkring 30 % i Østrig, 71 % i Det Forenede Kongerige og helt op til 80 % i Luxembourg. I Portugal, der er landet med den højeste hiv-forekomst i EU, er andelen af migranter blandt de indberettede hiv-smittede ca. 20 %.

I perioden 1999–2006 blev der indberettet 16 222 tuberkulose-tilfælde som initial aids-definerende tilstand, hvoraf 8 028 blev diagnosticeret blandt migranter, 3 883 fra landene syd for Sahara og 2 684 af ukendt oprindelse. Der var en stor uensartethed i andelen af tuberkulose og aids-definerende tilstand efter geografisk oprindelse. De lavere andele sås hos nordamerikanere (8 %) og oprindelige befolkninger (16 %) og var højest hos personer fra landene syd for Sahara (40 %), Østeuropa (40 %), Sydøstasien (32 %) og Latinamerika (30 %).

Ud af de ca. 495 mio. registrerede i de nationale folkeregistre i de 27 EU-lande, plus Norge, Island og Liechtenstein, var omkring 32,5 mio. (6,5 %) registreret som udenlandske borgere. Oplysninger om disse personers nationalitet er tilgængelig for de 30 lande i denne undersøgelse, med undtagelse af Bulgarien, Estland, Frankrig og Luxembourg. Ud af disse 32,5 mio. registrerede migranter var halvdelen fra Europa (6,5 mio. er fra

Vesteuropa, 7,4 fra Centraleuropa, 2,3 mio. fra Østeuropa), efterfulgt af Latinamerika (2,31 mio.) og Caribien (261 000), Syd- og Sydøstasien (2,25 mio.), Nordafrika og Mellemøsten (2,19 mio.) og landene syd for Sahara (1,32 mio.).

Diskussion og begrænsninger

Indvandrerbefolkninger, primært fra landene syd for Sahara, tegner sig for en væsentlig og stigende andel af de indberettede tilfælde i 1999–2006 af både aids og hiv i de 27 EU-lande, plus Norge og Island. Selvom andelen af migranter fra landene syd for Sahara blandt de indberettede tilfælde af smitte for heteroseksuelle og mor-til-barn-smitte er meget høj, er en væsentlig procentdel af diagnoserne for MSM, ligeledes relateret til indvandrere, primært fra Vesteuropa og Latinamerika og Caribien, hvilket understreger behovet for at anerkende den seksuelle mangfoldighed blandt migranter, der er smittet med hiv/aids. Migranternes bidrag til hiv- og aidsepidemien er markant højere blandt de indberettede kvinder, hvilket understreger feminiseringen af hiv/aids-epidemien blandt migranter i EU. Kvindernes sårbarhed over for hiv-smitte er både socialt og biologisk betinget. Disse tal opfordrer til handling i de nationale kønsspecifikke forebyggelses- og behandlingspolitikker for hiv. Den høje forekomst af hiv-smitte hos kvinder fra landene syd for Sahara er tæt forbundet med den meget høje andel af migranter fra landene syd for Sahara blandt de indberettede tilfælde af mor til barn-smitte i EU. Selvom faldet i perinatal hiv-smitte i EU er godt nyt for folkesundheden, resterer der fortsat væsentlige udfordringer, navnlig blandt indvandrermodre.

Der er en kolossal forskel i andelen af hiv-smittede migranter i de forskellige lande. For landene i Østeuropa og for nogle af landene fra Centraleuropa er denne andel under 10 %, mens den for de fleste nordlige lande er over 40 %. For de fleste lande i Vesteuropa ligger andelen af migranter blandt de hiv-smittede mellem 20 % og 40 %. Dette mønster er i overensstemmelse med migrationstendenserne, idet lande, hvor andelen af migranter blandt hiv-tilfældene er højere, samtidig også er de lande, hvor andelen af migranter i den generelle befolkning ligeledes er højere, hvilket i væsentligt omfang kan tilskrives tidligere kolonihistorie og aktuel socialøkonomisk og demografisk uligevægt. Der er ligeledes en væsentlig og bekymrende andel af tilfælde med ukendt oprindelse, navnlig i Det Forenede Kongerige, Frankrig, Belgien og Tyskland.

De aktuelle data tillader ikke en skelnen mellem hiv-smitte erhvervet inden for eller uden for EU. Andre rapporter peger på, at de fleste tilfælde af hiv-smitte hos personer fra landene syd for Sahara sandsynligvis er pådraget i oprindelseslandene ved sammenligning af opholdets gennemsnitlige varighed i Europa med værdien af CD4-celletællingen ved hiv-diagnosen. Der er imidlertid ligeledes dokumentation for, at personer fra landene syd for Sahara er smittet med hiv i EU-lande. For andre geografiske oprindelser findes der kun få data om, hvor smitten fandt sted, selvom dokumentation for intravenøse stofmisbrugere, der er migranter, taler for, at hiv-smitten er erhvervet i Europa. Selvom en diskussion af, i hvilket land smitten måtte være sket, er yderst kontroversiel – da det desværre har givet anledning til racistiske reaktioner – har en forståelse af, hvor hiv-smitten og aids-udviklingen har fundet sted, vigtige konsekvenser set fra et folkesundhedsmæssigt synspunkt, idet en manglende forståelse kan skyldes en fejlslagen primær hiv-forebyggelse, sekundær hiv-forebyggelse eller begge dele.

Sen hiv-diagnose udgør et stort problem i EU og USA, og data indikerer, at dette problem er endnu større for den hiv-positive indvandrerbefolkning af ikke-vestlig oprindelse. Antallet af indberettede aids-tilfælde i de fleste EU-lande er faldet markant fra midten af 1990'erne og frem, hvilket i vidt omfang kunne tilskrives det forhold, at man fik adgang til den højaktive antiretrovirale behandling (HAART) for befolkningen. Dette fald gør sig imidlertid ikke gældende for de fleste migranter, hvilket afspejler den sene diagnose af hiv-smitte og den dårligere adgang til og udbredelse af HAART, og kan have en negativ indvirkning på dødeligheden hos hiv-positive migranter i EU. Også en passende hiv-behandling er en strategi til forebyggelse af hiv-smitte, da personer, der får HAART, har færre infektioner. Behandlings- og forebyggelsesstrategien omfatter ligeledes tuberkulose, idet hurtig hiv-testning med sikkerhed ville reducere hiv-relateret tuberkulose. Som det er fastslået, er behandling af tuberkulose ensbetydende med forebyggelse af tuberkulosesmitte og dermed af sekundære tilfælde.

En fortolkning af migranternes bidrag til hiv-epidemiologien har begrænsninger på grund af den forskelligartede gennemførelse af hiv-indberetningssystemerne og den mangelfulde udfyldelse af variabelen "geografisk oprindelse" i EU-medlemsstaterne. På grund af det meget store antal manglende værdier i denne kategori er det nødvendigt at tage forbehold ved fortolkningen af tal, der peger i retning af en øget hiv-overvågning i EU for at sikre de krævede kvalitetsstandarder.

Det kan sammenfattende konstateres, at tallene i denne rapport ikke kommer som nogen overraskelse for dem, der arbejder inden for området, især når man ser på den globale hiv-epidemiologi og de globale migrationstendenser, der begge i vidt omfang drives af global ulighed. En kontrol af hiv/aids-epidemien burde nedbryde hindringer for hiv-forebyggelse og -behandling af migranter i EU. De data, der tilvejebringes og analyseres i denne rapport, bekræfter, at der sker svigt i både den primære og sekundære hiv-forebyggelse, og at der er behov for at gribe håndfast ind.

6. Mapping of HIV/STI behavioural surveillance in Europe (kortlægning af adfærdsovervågning af hiv/STI i Europa)

(Offentliggjort i september 2009)

Baggrund

Epidemier, der kan tilskrives det humane immundefekte virus (hiv) og andre seksuelt overførte infektioner, er fortsat et væsentligt folkesundhedsmæssigt problem i Europa. Det Europæiske Center for Forebyggelse af og Kontrol med Sygdomme (ECDC) blev etableret i 2005 med det mål at styrke Den Europæiske Unions (EU) evne til at forebygge og kontrollere infektionssygdomme, hvor hiv og andre seksuelt overførte infektioner er blandt de prioriterede sygdomme. Overvågning er en vigtig opgave i denne forbindelse, og ECDC har et stærkt mandat til at opretholde og koordinere databaser til overvågning af smitsomme sygdomme i hele EU.

Andengenerationsovervågning refererer til overvågning, der både kombinerer overvågning af biologiske (nye tilfælde af hiv/aids og STI) og adfærdssindikationer (f.eks. seksuel adfærd, anvendelse af beskyttelse). Denne tilgang er vigtig både ved udformningen af den politiske udvikling og evalueringen af dens resultat.

ECDC bad i 2008 et internationalt team af eksperter om at udfærdige en omfattende analyse af den aktuelle standard med hensyn til overvågningsprogrammer relateret til hiv og seksuelt overførte infektioner i de europæiske lande og at udvikle et forslag til rammer for gennemførelse af et centralt sæt af adfærdssindikatorer, der er relateret til hiv og seksuelt overførte infektioner i Europa. I denne rapport præsenteres en kortlægning af de systemer til adfærdsovervågning, der er relateret til hiv og seksuelt overførte infektioner i EU's medlemsstater og landene inden for Det Europæiske Frihandelsområde (EFTA). Overvågningen undersøges i følgende populationer: den generelle befolkning, unge, intravenøse stofmisbrugere, MSM, personer, der både er smittet med hiv/aids, sexarbejdere, klinikkunder med seksuelt overførte infektioner, indvandrere og etniske minoriteter.

Metoder

Der blev sendt et spørgeskemasæt til samtlige EU- og EFTA-lande. Det bestod af ni særskilte spørgeskemaer: ét om det nationale system for adfærds- og andengenerationsovervågning som helhed og et spørgeskema for hver specifik population. I spørgeskemaet vedrørende overvågningssystemet som helhed blev der anmodet om oplysninger om forekomst og definition af:

- et nationalt eller regionalt system til adfærdsovervågning
- funktionen af andengenerationssystemet på nationalt eller regionalt niveau og
- potentielle eller opfattede hindringer for etablering af bæredygtige andengenerationsovervågningssystemer.

I spørgeskemaerne vedrørende de enkelte populationer blev der først spurgt om, hvorvidt der var etableret et overvågningssystem for denne population, og der blev derefter anmodet om oplysninger om eksistensen af adfærdundersøgelser (eller andre typer af dataindsamling), der er foretaget i de forskellige populationer af interesse siden 1985, vedrørende:

- de anvendte metoder i hver undersøgelse eller hvert dataindsamlingssystem
- de væsentligste indikatorer, der følges nu, og
- publikationer i den forbindelse.

Spørgeskemaet blev sendt pr. e-mail til kontaktpunkterne for hiv-overvågning i hvert land; disse personer havde mulighed for at lade relevante specialister i det pågældende land udfyldte hvert populationsspecifikt spørgeskema. De ansvarlige personer indsamlede derefter spørgeskemaerne og returnerede dem til ekspertholdets analyse. Der blev i februar 2009 drøftet et rapportudkast på *Behavioural Surveillance Expert Meeting* i Montreux (Schweiz), og det blev ligeledes fremsendt til godkendelse i de kontaktpunkter for hiv-overvågning i hvert land, der oprindeligt havde samordnet spørgeskemaerne for deres land.

Resultater

28 af de 31 adspurgte lande udfyldte og returnerede spørgeskemasættet (Lande, der ikke svarede: Bulgarien, Rumænien og Portugal). Kortlægningen af adfærdsovervågningsaktiviteter i EU/EFTA-landene viser betydelige forskelle i landene med hensyn til udviklingen af adfærdsovervågning: 15 lande rapporterede, at de havde etableret et system for adfærdsovervågning af hiv/STI (Belgien, Cypern, Danmark, Estland, Finland, Det Forenede Kongerige, Frankrig, Letland, Litauen, Polen, Schweiz, Slovenien, Spanien, Sverige og Tyskland). Yderligere ét land (Nederlandene) rapporterede, at der var etableret overvågning inden for flere specifikke populationer, men ikke et formelt generelt adfærdsovervågningssystem på nationalt plan.

Graden af formalisering af adfærdsovervågning i et "system" varierer meget inden for landene. Blandt de 16 lande, der rapporterede om adfærdsovervågning, meldte kun otte tilbage om, at der findes et dokument, der beskriver dette system eller formaliserer dets eksistens. I mange lande, der rapporterer om et adfærdsovervågningsystem, er dette system blevet opbygget gradvis med tilføjelse af nye undersøgte populationer over tid, undertiden uden et klart mål for overvågningen. Der er endvidere i mange lande, selv i lande med formaliseret adfærdsovervågning, ofte ingen etableret regelmæssighed eller rutine i timingen af adfærdsovervågningen af de forskellige populationer. Også tilrettelæggelsen af adfærdsovervågningen er forskellig: I lande med en formaliseret adfærdsovervågning ligger tilrettelæggelsen og koordineringen hos sundhedsministeriet, et nationalt sundhedsagentur eller et universitet. I lande med mindre formaliserede systemer sker den uformelle koordination gennem et netværk af institutioner, herunder statslige agenturer, universiteter, ikke-statslige organisationer (ngo'er) osv. For så vidt angår systemets tilstrækkelighed (dvs. den populationstype, der indgår i overvågningen), er der i mange tilfælde ikke sket nogen identifikation og overvågning af risikogrupper i populationen, eller identifikationen og overvågningen er ufuldstændige. De mest undersøgte populationer er den generelle befolkning, unge, MSM, og intravenøse stofmisbrugere. Adfærdsovervågning af sexarbejdere og deres kunder, migranter og etniske minoriteter, personer, der er smittet med både aids og hiv, samt klinikpatienter med seksuelt overførte infektioner sker kun i få lande.

Med hensyn til andengenerationsovervågningssystemer rapporterer 13 lande blandt de 16 lande, der rapporterer om adfærdsovervågning, ligeledes om eksistensen af andengenerationsovervågning, to andre rapporterer kun om andengenerationsovervågning i én enkelt population. Der findes en formel tilrettelæggelse af dette system med en ledelses- eller koordinationsenhed i seks lande.

For hver af de betragtede populationer er der færre lande, der har givet oplysninger om deres prioriterede indikatorer, end lande, der har anført, at de indsamler oplysninger om de tilsvarende emner. Det skyldes sandsynligvis, at kun lande, der opererer inden for et overvågningsparadigme, har truffet specifikke valg med hensyn til de indikatorer, der skal indsamles regelmæssigt, og er i stand til at definere dem præcist. Med hensyn til generelt overvågede emner er niveauet af enighed om de prioriterede emner forholdsvist højt i populationerne; dette kan være en ledetråd for valget af fælles indikatorer for landene og de overvågede populationer. Da der stadig er stor forskellighed, bør harmoniseringsprocessen for indikatorer, der er specifikke for hver population, fortsætte på europæisk plan. I de populationer, hvor adfærdsovervågning gennemføres eller burde gennemføres ved anvendelse af tjeneste- eller kohortebaseret prøvetagning, bør der indledes drøftelser med aktørerne om etablering af adfærdsovervågning i sådanne miljøer.

De steder, hvor der allerede er europæisk konsensus, bør der foreslås indikatorer, der allerede er opnået enighed om, og de valgte indikatorer bør kunne "overføres" til indikatorer, der er international enighed om. Der foreslås ud fra den generelle analyse kerneindikatorer, der er fælles for samtlige populationer. Disse relaterer til antallet af sexpartnere, anvendelse af kondom ved sidste samleje, gennemførelse af hiv-test, købesex og hiv-viden. Kerneindikatorer bør ligeledes systematisk behandle uddannelsesniveau, nationalitet/etnisk oprindelse og seksuel orientering.

7. The bacterial challenge: time to react (ECDC/EMA Joint Technical Report) (den bakterielle udfordring: tid til handling (ECDC/EMA's fælles tekniske rapport))

(Offentliggjort i september 2009)

Vigtigste resultater

Der er et gab mellem forekomsten af infektioner på grund af multiresistente bakterier og udviklingen af nye antibiotika til løsning af problemet.

- Antibiotikaresistensen er høj blandt Gram-positive og Gram-negative bakterier, der forårsager alvorlige infektioner hos mennesker og når op på 25 % eller flere i adskillige EU-medlemsstater. Resistensen er stigende i EU blandt visse Gram-negative bakterier, således som det for nylig blev observeret for *Escherichia coli*.
- Hvert år dør omkring 25 000 patienter i EU af en infektion med de udvalgte multiresistente bakterier.
- Infektioner forårsaget af disse udvalgte multiresistente bakterier i EU medfører hvert år ekstra sundhedsomkostninger og produktivitetstab på mindst 1,5 mia. EUR.
- Der blev udpeget 15 systemisk administrerede antibakterielle stoffer med ny virkningsmekanisme eller rettet mod et nyt bakteriemål, som var under udvikling, og som havde potentialet til at tage udfordringen med multiresistens op. De fleste af disse var i den tidlige udviklingsfase og blev primært udviklet over for bakterier, som der allerede findes tilgængelige behandlingsmuligheder for.
- Der mangler specielt nye stoffer med nye mål eller virkningsmekanismer mod multiresistente Gram-negative bakterier. Der blev identificeret to sådanne stoffer med nye eller eventuelt nye mål og dokumenteret aktivitet. De er begge i den tidlige udviklingsfase.
- Der er et presserende behov for en europæisk og global strategi til udligning af dette gab.

I 2007 indledte Det Europæiske Center for Forebyggelse af og Kontrol med Sygdomme (ECDC), Det Europæiske Lægemiddelagentur (EMA) og det internationale netværk *Action on Antibiotic Resistance* (ReAct) drøftelser om behovet for at dokumentere gabet mellem frekvensen af multiresistente bakterieinfektioner i EU og udviklingen af nye antibiotika. Der blev som følge heraf nedsat en fælles arbejdsgruppe med ECDC/EMA i 2008, der skal redegøre for fakta og tal, der kunne muliggøre rimelige forudsigelser om gabets omfang i de kommende år.

Nedenstående antibiotikaresistente bakterier blev udvalgt, fordi de ofte er ansvarlige for infektioner i blodbanen, og fordi egenskaben ved den forbundne antibiotikaresistens i de fleste tilfælde er en markør for multiresistens over for antibiotika:

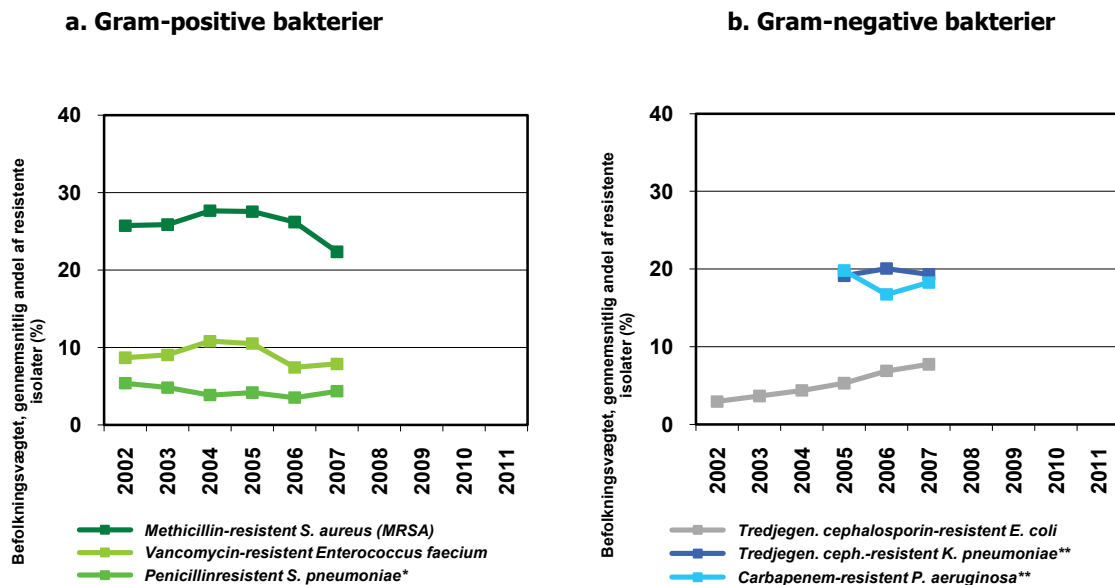
- *Staphylococcus aureus*, methicillin-resistens (MRSA);
- *S. aureus*, vancomycin intermediær resistens og vancomycin-resistens (VISA/VRSA);
- *Enterococcus* spp. (f.eks. *Enterococcus faecium*), vancomycin-resistens (VRE);
- *Streptococcus pneumoniae*, penicillin-resistens (PRSP);
- Enterobacteriaceae (f.eks. *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*), tredje generationscephalosporin-resistens;
- Enterobacteriaceae (f.eks. *K. pneumoniae*), carbapenem-resistens og
- Non-fermentative Gram-negative bakterier (f.eks. *Pseudomonas aeruginosa*), carbapenem-resistens.

Tendenser og forekomst af infektioner forårsaget af multiresistente bakterier i EU

Der fandtes for hvert år i perioden 2002–2007 data om disse udvalgte antibiotikaresistente bakterier i invasive infektioner (primært infektioner i blodbanen) fra det europæiske overvågningssystem for antimikrobiel resistens (EARSS) for EU-medlemsstaterne, Island og Norge .

Tendenserne i andelen af antibiotikaresistente isolater blandt blodisolaterne fra de udvalgte bakterier, der hyppigt er ansvarlige for infektioner i blodbanen, i Europa, vises i figur 7.1.

Figur 7.1 Befolkningsvægtet, gennemsnitlig andel af resistente isolater blandt blodisolater fra bakterier, der hyppigt er ansvarlige for infektioner i blodbanen, i EU-medlemsstater, Island og Norge, 2002–2007.



* *S. pneumoniae*: undtagen Grækenland, der ikke indberettede data om denne bakterie til EARSS.

** *K. pneumoniae* og *P. aeruginosa*: undtagen Belgien og Slovakiet, der ikke indberettede data om disse bakterier til EARSS.

I 2007 var den gennemsnitlige andel af blodisolater af *Staphylococcus aureus*, der udviste resistens over for methicillin (% MRSA), den højeste andel af antibiotika-resistente isolater i EU blandt de udvalgte bakterier, der hyppigt forårsager infektioner i blodbanen. Denne andel har imidlertid været faldende de senere år (figur 7.1). Dette skyldes de faldende MRSA-tendenser i flere medlemsstater, der sandsynligvis kan tilskrives handlingsplaner på nationalt plan, som dokumenteret for Frankrig, Slovenien og Det Forenede Kongerige. Den gennemsnitlige andel af MRSA har nået et niveau, der ligger tæt på niveauet for de udvalgte antibiotika-resistente Gram-negative bakterier.

Andelen af blodisolater af *S. aureus*, der udviste intermedier resistens over for vancomycin (VISA), var meget lav (under 0,1 %) i EU-medlemsstaterne, Island og Norge. EARSS modtog ikke indberetninger om vancomycin-resistente *S. aureus*-isolater i 2007 (data ikke vist i figur 7.1).

Til gengæld har den gennemsnitlige andel af tredjegerationscephalosporin-resistente blodisolater af *Escherichia coli* - den mest almindelige Gram-negative bakterie, der er ansvarlig for infektioner hos mennesker - været støt stigende.

Der var samtidigt intet tegn på faldende resistens over for tredjegerationscephalosporiner hos *Klebsiella pneumoniae* eller over for carbapenemer hos *Pseudomonas aeruginosa* (figur 7.1).

I 2007 var andelen af *K. pneumoniae*-blodisolater fra EU-medlemsstater, Island og Norge, der udviste resistens over for carbapenemer, generelt meget lav (median = 0 %) med undtagelse af Grækenland, hvor den nåede op på 42 % (data ikke vist i figur 7.1).

Den menneskelige og økonomiske byrde ved antibiotikaresistente bakterier kunne kun anslås for følgende fem antibiotikaresistente bakterier: MRSA, vancomycin-resistent *Enterococcus faecium*, tredjegerationscephalosporin-resistent *E. coli* og *K. pneumoniae* samt carbapenem-resistent *P. aeruginosa*.

Undersøgelsen bekræftede, at MRSA var den mest almindelige, enkeltstående multiresistente bakterie i EU. Summen af tilfælde af almindelige, antibiotikaresistente Gram-positive bakterier (primært MRSA og vancomycin-resistent *Enterococcus faecium*) kunne imidlertid sammenlignes med summen af almindelige, antibiotikaresistente Gram-negative bakterier (tredjegerationscephalosporin-resistent *E. coli* og *K. pneumoniae* samt carbapenem-resistent *P. aeruginosa*).

Det blev generelt anslået, at ca. 25 000 patienter i EU, i Island og i Norge, døde i 2007 af en infektion forårsaget af én af de fem udvalgte antibiotikaresistente bakterier. Infektioner forårsaget af én af de udvalgte

antibiotikaresistente bakterier resulterede endvidere i ca. 2,5 mio. ekstra indlæggelsesdage og i yderligere omkostninger i forbindelse med hospitalsindlæggelser på over 900 mio. EUR.

Efterfølgende blev der foretaget et skøn over tabt produktivitet på grund af disse infektioner. Baseret på data fra 2007 blev omkostningerne til ambulans behandling anslået til ca. 10 mio. EUR og tabt produktivitet på grund af de smittede patienters fravær fra arbejdspladsen blev anslået til over 150 mio. EUR årligt. Tabt produktivitet på grund af patienter, der døde af infektionen, blev anslået til ca. 450 mio. EUR årligt. Samfundets omkostninger til infektioner forårsaget af de udvalgte antibiotikaresistente bakterier blev anslået til i alt ca. 1,5 mia. EUR årligt.

Der er mange årsager (f.eks. begrænset omfang af omfattede bakterier, infektioner hos ambulante patienter, der ikke medregnes, gennemsnitlige omkostninger til hospitalsindlæggelse, der ikke tager højde for særlig patientpleje, såsom intensiv pleje) til støtte for en konklusion om, at disse tal udgør et underestimat af den menneskelige og økonomiske byrde ved infektioner forårsaget antibiotikaresistente bakterier.

Forskning og udviklingspipeline af antibakterielle stoffer

Til vurdering af status for udviklingspipeline af antibakterielle lægemidler blev der søgt i to kommercielle databaser (Adis Insight R&D og Pharamprojects) efter antibakterielle stoffer under klinisk udvikling på verdensplan. Det blev besluttet, at der ikke skulle foretages en omfattende undersøgelse af stoffer, der endnu ikke er nået frem til kliniske forsøg, på grund af den høje tabsfrekvens under den prækliniske afprøvning og manglen på tilgængelige data til gennemgang.

Når det var muligt, blev stoffer identificeret ved søgningen, vurderet for antibakteriel aktivitet over for de udvalgte bakterier på basis af de aktuelle data, der var tilgængelige i databaserne eller litteraturen. I mangel af aktuelle in vitro-data tog undersøgerne ligeledes højde for rimelige antagelser om nogle stoffers aktivitet på baggrund af tilsvarende stoffers egenskaber (dvs. stoffer fra samme klasse eller med en fælles virkningsmekanisme) med henblik på at opbygge et "best-case scenario".

Undsøgerne blev endvidere for hvert stof anmodet om at anføre, om det var fra en ny antibiotikaklasse eller hørte til en eksisterende klasse, og til at angive, om det:

- virkede på samme mål og på samme måde som mindst ét tidligere godkendt, antibakterielt stof
- virkede via en kendt virkningsmekanisme på et nyt mål, eller
- virkede via en ny virkningsmekanisme.

De vigtigste resultater fra denne analyse er følgende:

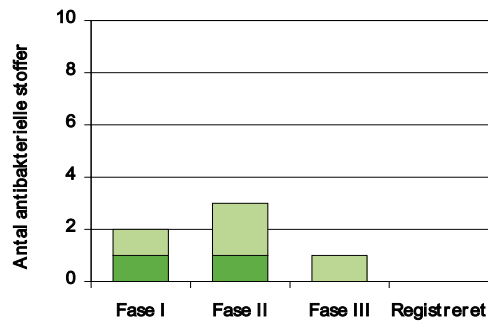
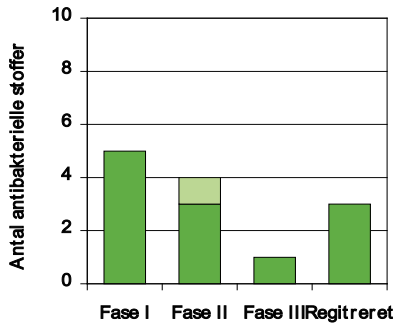
- Ud af 167 stoffer, der blev identificeret ved søgningerne, var der 90 antibakterielle stoffer med in vitro-aktivitet i et best-case scenario (baseret på aktuelle data eller formodet baseret på virkningsmekanismers klasseegenskaber) mod mindst én organisme i panelet af bakterier, der var udvalgt på grund af deres betydning for folkesundheden.
- Ud af disse 90 stoffer var 24 nye præsentationer af godkendte antibakterielle stoffer, og 66 var nye aktive stoffer.
- Ud af de 66 nye aktive stoffer blev kun 27 vurderet som enten med et nyt mål eller en ny virkningsmekanisme, hvilket således gjorde dem mere fordelagtige end eksisterende antibiotika.
- Ud af disse 27 stoffer var der 15, der kunne administreres systemisk.
- Ud af de 15 stoffer med systemisk administration blev otte anset for at virke mod mindst én af de udvalgte Gram-negative bakterier.
- Ud af de otte, der virker mod Gram-negative bakterier, havde fire en virkning, der er baseret på aktuelle data, og fire havde en formodet virkning baseret på kendte klasseegenskaber eller virkningsmekanismer.
- Ud af de fire, der virker mod Gram-negative bakterier på baggrund af aktuelle data, virkede to på nye eller sandsynligvis nye mål og ingen via nye virkningsmekanismer.

Figur 7.2 viser oplysningerne om disse 15 antibakterielle stoffer. Især skal bemærkes, at kun fem ud af disse stoffer gik videre til kliniske forsøg for bekræftelse af den kliniske virkning (fase 3 eller senere i den kliniske udvikling).

Figur 7.2 Nye systemiske antibakterielle stoffer med et nyt mål eller en ny virkningsmekanisme og in vitro-aktivitet baseret på aktuelle data (mørke søjler) eller formodet in vitro-aktivitet baseret på klasseegenskaber eller virkningsmekanismer (lyse søjler) mod de udvalgte bakterier (best-case scenario), efter udviklingsfase (n=15).

a. Gram-positive bakterier

b. Gram-negative bakterier*



Bemærk: In vitro-aktivitet baseret på aktuelle data er afbildet i bunden af hver søjle med en mørkere farve. Formodet in vitro-aktivitet baseret på klasseegenskaber eller virkningsmekanismer (i de relevante tilfælde) er afbildet i en lysere farve i toppen af hver søjle.

* To carbapenemer er undladt i figur 7.2b, da de ikke er mere aktive end tidligere carbapenemer mod Gram-negative bakterier. Disse midlers relative nyhed var baseret på en bedre aktivitetsprofil i forhold til antibiotikaresistente Gram-positive bakterier og er derfor medtaget i figur 7.2a.

Problemet med bakterieresistens i EU er allerede omfattende og vil sandsynligvis stige. Det forventes på baggrund af de aktuelle data, at der vil opstå særlige problemer i de kommende år på grund af resistens blandt Gram-negative bakterier.

Der er samtidigt meget få antibakterielle stoffer med nye virkningsmekanismer under udvikling til at tage udfordringen med multiresistens op. Der er særlig mangel på nye stoffer til at behandle infektioner forårsaget af multiresistente Gram-negative bakterier.

Der er i denne rapport konstateret et gab mellem forekomsten af infektioner forårsaget af multiresistente bakterier og udviklingen af nye antibakterielle stoffer til løsning af problemet. Der er et presserende behov for en europæisk og global strategi til udligning af dette gab. Der er behov for gennemførelse af foranstaltninger, der ansporer til udvikling af lægemidler.

8. Effectiveness of behavioural and psychosocial HIV/STI prevention interventions for MSM in Europe (effektiviteten af adfærdsmæssige og psykosociale forebyggelsesforanstaltninger i Europa mod hiv/STI for MSM)

(Offentliggjort i november 2009, ændret i december 2009)

Baggrund

I mangel af en effektiv og prismæssigt overkommelig vaccine og de eksisterende antiretrovirale behandlings ikke-kurative virkninger står adfærdsmæssig og psykosocial forebyggelse med det formål at begrænse seksuel risikoadfærd fortsat i centrum af indsatsen for at reducere hiv-smitte/STI blandt MSM, mænd, der har sex med mænd. I lyset af programplanlæggeres og beslutningstageres ønske om beskrivelser af specifikke indgreb og kvantitative skøn over indgrebenes virkninger, således at de bliver i stand til at træffe kvalificerede beslutninger om finansieringen af forebyggelse og forskning, er der et behov for en systematisk gennemgang, der opdaterer den aktuelle videnbase om forebyggende foranstaltninger i Europa mod hiv/STI målrettet mod MSM.

Mål

Målet var at sammenfatte og vurdere effektiviteten af forebyggelse af hiv og seksuelt overførte infektioner for MSM, og som lever i Europa, og identificere foranstaltningens egenskaber i forbindelse med effektivitet samt potentielle mangler i evidensbasen.

Metoder

Der blev foretaget en systematisk søgning efter relevant litteratur i otte internationale databaser og i referencelister fra relevante revisioner og undersøgelser i forbindelse hermed. Undersøgelserne blev udvalgt efter forud definerede kriterier og vurderet for risiko for misvisninger. Resultaterne blev sammenfattet ved anvendelse af tabeller, og der blev beregnet effektestimater for seksuelle adfærdresultater.

Resultater

Resultaterne blev udledt af data fra seks kontrollerede undersøgelser med deltagelse af i alt 4 111 respondenter at entry fra fire forskellige europæiske lande. Resultaterne viste, at der var en "høj" eller "uklar" risiko for misvisninger inden for ét eller flere af de vurderede områder i samtlige undersøgelser. Det samlede effektestimater for de fire foranstaltninger, for hvilke der var tilgængelige data, viste, at MSM, som deltager i forebyggelsesinitiativer mod hiv/STI, kan være mindre tilbøjelige til at indberette ubeskyttet analt samleje. Evidensbasen var utilstrækkelig til undersøgelse af egenskaberne ved de foranstaltninger, der er tættest forbundet med virkningsomfanget. Meget få undersøgelsesdeltagere var af ikke-hvid oprindelse og kun en undersøgelse anvendte biologisk måling af STI som et ændringsindeks.

Diskussion

Selv om hiv-epidemien nu har varet i lang tid, er der kun få og spredte håndfaste evalueringer af resultaterne af enhver form for adfærdsmæssige tiltag til bekæmpelse af hiv/STI over for MSM. Resultaterne indikerer, at tiltagene muligvis har virkning på den korte bane, som det kommer til udtryk i det færre antal MSM, der har ubeskyttet analt samleje, men de sparsomme kontrollerede undersøgelser indikerer, at der er brug for forskning på dette område. Det videnskabelige samfund burde overveje mulighederne for sammenlignelige foranstaltninger og allerhelst udføre omfattende procesforskning, før der lanceres et nyt program.

Konklusion

Der er en generel mangel på evalueringer af resultaterne af foranstaltninger i Europa, der tager sigte på at ændre MSM's risikoadfærd i forbindelse med hiv/STI. Udformning af adfærdregulerende forebyggelsesstrategier i forbindelse med hiv/STI med det formål at afværge nye infektioner og evalueringen af sådanne forebyggelsesprogrammer for MSM er et vigtigt element i en omfattende inddæmningsstrategi for hiv/STI i et sammenhængende forebyggelses- og plejeforløb.

Vejledende rapporter

9. Chlamydia control in Europe (klamydiakontrol i Europa)

(Offentliggjort i juni 2009)

Grunden til, at klamydia er et folkesundhedsproblem

Chlamydia trachomatis er én af de mest almindelige seksuelt overførte bakterieinfektioner i Europa. Forekomsten hos seksuelt aktive unge ligger almindeligvis mellem 5 % og 10 %. Antallet af diagnosticerede tilfælde er stigende i mange europæiske lande, til dels på grund af den stigende testning og anvendelsen af mere følsomme test. Personer med genital klamydia kan opleve symptomer med inflammation i det genitale område, herunder urethrit og cervicit, men størstedelen er symptomfrie. Klamydia er et væsentligt folkesundhedsproblem, da ubehandlet klamydia kan føre til underlivsbetændelse, subfertilitet og dårlige reproduktive resultater hos nogle kvinder. Klamydia kan også give hiv-smitte. Omkostningerne ved behandling af subfertilitet på grund af klamydia er høje, da der kræves tubakirurgi og in-vitro-fertilisering. Selvom billig og effektiv behandling er tilgængelig, er kontrol af klamydia en udfordring, idet de fleste personer ikke fremviser symptomer.

Klamydiakontrolaktiviteter i Europa

En systematisk undersøgelse af klamydiakontrolaktiviteter i 29 europæiske lande viste en stor variation i tilrettelæggelsen af klamydiakontrol. Næsten halvdelen af landene rapporterede, at der ikke var en organiseret indsats, og der blev kun identificeret nationale kontrolprogrammer i to lande.

Gennemførelse af klamydiakontrol

Det første skridt til et omfattende og effektivt kontrolprogram er vedtagelse af en strategi for klamydiakontrol, der er baseret på bred inddragelse af de vigtigste aktører. Strategien kunne tage højde for specifikke nationale muligheder og begrænsninger sammen med en gennemgang af dokumentationen for de omfattede indgreb og foranstaltninger. Strategien kan baseres på den trinvis tilgang, der er skitseret i denne vejledning.

Den trinvis tilgang anbefales for at sikre, at der forefindes en nøje tilrettelagt forebyggelse af seksuelt overførte infektioner og patientbehandling, før man går i gang med at overveje mere komplekse foranstaltninger, f.eks. screening.

Der er skitseret fire niveauer for klamydiakontrolprogrammer:

- Niveau A, primær forebyggelse: Det omfatter sundhedsfremme og -oplysning, skoleprogrammer og uddeling af kondomer.
- Niveau B, case management: Det bygger på niveau A med tilføjelse af rutinemæssig overvågning af tilfælde, præcise diagnostiske klamydiatjenester, kliniske tjenester og tjenester for patientbehandling og partnerstyring. Hver af disse kræver klare, evidensbaserede retningslinjer og løbende revision.
- Niveau C, opportunistisk testning: Det bygger på niveau B med tilføjelse af testning, der rutinemæssigt tilbydes én eller flere grupper af personer, der tilses af andre kliniske tjenester, med det formål at påvise tilfælde, f.eks. identificere asymptomatiske tilfælde.
- Niveau D, screeningprogram: Det bygger på niveau C med tilføjelse af et tilrettelagt tilbud om regelmæssig klamydiatestning, der skal omfatte en væsentlig del af en defineret population med det formål at reducere klamydiaprævalens i populationen.

Der findes kun i begrænset omfang dokumentation for niveau C- og D-programmernes virkning, og de skal derfor, når de er gennemført, omhyggeligt evalueres, så de kan indgå i kommende politikker. Specielt skal sådanne programmets virkning på klamydiakontrollen i populationen overvåges og evalueres. Indførelsen af et screeningprogram for klamydia skal nøje overvejes på samme måde som ethvert andet screeningprogram, hvor samtlige potentielle fordele, ulemper og omkostninger vurderes.

En effektiv fordeling af midler og gennemførelse af nationale klamydiakontrolstrategier kræver, at de politiske beslutningstagere på sundhedsområdet udviser lederskab og vilje. Hvilke nationale strategier, der er bedst egnede, vil sandsynligvis variere fra land til land, og der bør udvikles nationale strategier i samråd med professionelle sundhedsorganisationer, bidragsydere og leverandører af sundhedstjenester og diagnostiske tjenester.

Evaluering af klamydiakontrolprogrammer

Kontrolprogrammerne sigter mod at reducere prævalensen af klamydia, men den er vanskelig at overvåge, da det kræver periodiske befolkningsundersøgelser. Der findes imidlertid mange andre indikatorer for effektivitet, der kunne indbygges i et hvilket som helst program fra starten.

På nationalt plan bør programmerne overvåge indikatorer vedrørende programmets politikker og retningslinjer, gennemførelse og processer samt programmets udfald. Disse skal baseres på specifikke mål, der er passende for gennemførelsesniveauet.

Hvis lande skifter fra ét kontrolniveau til det næste, skal de træffe beslutninger baseret på en streng vurdering af dokumentationen med henblik på effektivitet, omkostningseffektivitet og skadevirkninger. Det vil blive gjort lettere, hvis landene sikrer, at samtlige aktiviteter er fuldt evalueret og resultaterne deles med andre i Europa. Derved vil investeringer, der foretages i programmer nu, styrke evidensgrundlaget for klamydiakontrol og lette fremtidige beslutninger samt forbedre befolkningens sundhedstilstand.

På europæisk plan bør målet være at reducere andelen af de lande, der rapporterer om ingen organiseret aktivitet.

Formålet med dette dokument

Dette dokument opstiller retningslinjer for beslutningstagere på sundhedsområdet i EU om nationale strategier for klamydiakontrol. Det opstiller ikke nogen specifikke kliniske eller diagnostiske retningslinjer, men snarere rammer for udvikling, gennemførelse eller forbedring af nationale strategier til forebyggelse eller kontrol af klamydia. Der bør tages udgangspunkt i de seneste systematiske undersøgelser for sådanne detaljerede retningslinjer.

Sundhedspolitikker, såsom kliniske retningslinjer, bør baseres på den bedst tilgængelige dokumentation. Der er imidlertid generelt mindre klarhed om, hvad disse politiske beslutninger skal baseres på. Formålet med denne vejledning er at lette udviklingen af lokale evidensbaserede retningslinjer inden for rammerne af sunde, nationale klamydiastراتيجier. Sådanne strategier skal ikke alene tage højde for kliniske og epidemiologiske faktorer (såsom prævalensens af klamydia i befolkningen), men også for lokale systemer for levering af ydelser på sundhedsområdet, infrastruktur og finansiering.

Vejledningen er udarbejdet af en teknisk ekspertgruppe med afsæt i dokumentation indsamlet i ECDC's rapport "Review of chlamydia control activities in EU countries", en undersøgelse af klamydiakontrolaktiviteter, der blev overvejet sammen med nye systematiske undersøgelser af klamydiascreening og -kontrol.

Denne vejledning dækker den almindelige form for seksuelt overført *Chlamydia trachomatis* (serotype D til K), men dækker ikke *Lymphogranuloma venereum* eller trachom.

10. Public health use of influenza antivirals during influenza pandemics (sundhedssektorens anvendelse af antivirale stoffer mod influenza under influenzaepidemier)

(Offentliggjort i juni 2009, opdateret i august 2009)

Dette baggrundsdokument er tænkt som en ressource for organer i EU og EØS/EFTA-området, der formulerer politikker og praksis for anvendelsen af antivirale influenzapræparater, især i forbindelse med influenzapandemier. Dokumentet er baseret på videnskabelig dokumentation, WHO's retningslinjer, ekspertudtalelser (bl.a. fra ECDC's rådgivningsforum) og henstillinger i de europæiske, nationale pandemiberedskabsplaner. Det fokuserer på de muligheder, der findes for anvendelse af antivirale lægemidler i forbindelse med en influenzapandemi.

Den eksisterende dokumentation om antiviral effektivitet for enten behandling eller profylakse og konsekvent anvendelse i forbindelse med folkesundhed under en pandemi stammer fra undersøgelser, der er foretaget i perioder med sæsoninfluenza blandt raske voksne og i mindre udstrækning i én af højrisikogrupperne (ældre) samt blandt nogle ældre børn.

Denne dokumentation viser, at visse antivirale lægemidler, især neuraminidasehæmmere (oseltamivir og zanamivir), giver nogle behandlingsfordele ved at reducere influenzasygdommens varighed med normalt 1–2 dage og ligeledes reducerer komplikationer og de smittedes behov for antibiotika. Denne effekt begrænses af behovet for lægemidler, der skal gives tidligt (inden for 48 timer efter symptomernes start). Der findes endvidere en svag dokumentation fra observationsundersøgelser på, at lægemidler kan reducere sygelighed og endog dødelighed blandt sygere patienter, selvom de gives efter 48 timer. Der indberettes hyppigt mindre bivirkninger, især kvalme og endog undertiden opkastning, med det orale præparat (oseltamivir). Producenten anbefaler derfor, at medicinen indtages i forbindelse med et måltid.

Forsøg med raske voksne indikerer, at infektion kan forebygges med en profylaktisk behandling med en 70 % til 90 % effektivitetsrate, forudsat at lægemidlet indtages som foreskrevet. Dokumentationen for folkesundhedsmæssige fordele for højrisikogrupper og -miljøer er mindre stærk, men der synes at forekomme en vis infektionsreduktion, f.eks. ved udbrud af sæsoninfluenza i lukkede miljøer, såsom plejehjem. Det tyder på, at sådanne lægemidler kan have en indvirkning på omfanget af virusoverførsel og bidrage til forebyggelse af infektion.

Ved enkelte lejligheder kan influenzavira med primær resistens over for ét eller flere antivirale lægemidler opstå naturligt som følge af genetisk mutation eller ved naturlig blanding med naturlige vira ("reassortment"). Det skete i sæsonen 2007–08 i Europa, da der opstod et oseltamivir-resistent influenzavirus. Det var ikke relateret til antiviral anvendelse, og denne eventuelitet burde ikke påvirke standardpolitikker om anvendelse af antivirale midler under en pandemi. Muligheden for et hidtil ukendt virus, der er resistent over for antiviral behandling, er imidlertid en reel bekymring, og det kan kræve hurtige ændringer af antivirale politikker, specielt for profylakse, hvis et sådant virus opstår under en pandemi. Dette må ikke forveksles med den sekundære antivirale resistens, der meget hyppigere opstår ved anvendelse af antivirale lægemidler. Det resulterer almindeligvis i et virus, der ikke kan overføres fra menneske til menneske, og det er derfor ikke et folkesundhedsmæssigt problem.

Der findes en række forskellige strategier for anvendelse af antivirale stoffer. Disse strategier afhænger af de generelle mål for folkesundheden, som myndighederne ønsker opfyldt, tilgængeligheden af antivirale stoffer og andre praktiske hensyn. Målene kan omfatte behandling af sygere personer, behandling eller beskyttelse af mere udsatte personer, behandling af samtlige tilfælde, reduktion af smitteniveauet eller beskyttelse af ansatte i sundhedssektoren eller andre personer i centrale funktioner. ECDC har foreslået en prioritering.

Der er under pandemier på grund af det høje antal og infektionens potentielle sværhedsgrad væsentlige praktiske udfordringer forbundet med at opfylde det potentielle behov for antivirale lægemidler, både til behandling af smittede og til forebyggelse af infektion (profylakse). Mange lande har opbygget beredskabslagre af antivirale lægemidler specielt til anvendelse under en pandemi. Beredskabslagrene af antivirale lægemidler i de europæiske lande forekommer for tiden at variere fra dækning af nogle få procent af befolkningen til over 50 % af befolkningen. Det kan imidlertid ikke undgås, end ikke med etablerede beredskabslagre, at efterspørgslen efter antivirale lægemidler vil overstige udbuddet under en pandemi. Det er derfor vigtigt, at der foretages en avanceret, strategisk og logistisk planlægning for at optimere de eksisterende beredskabslagres anvendelighed. Et vigtigt princip er, at beredskabslagre kun er af begrænset værdi uden de mål, der er opnået enighed om, og uden tilknyttede protokoller, administrations- og udleveringssystemer.

Fastsættelse af klare mål som en del af planlægningsaktiviteterne ved en pandemi vil være afgørende for at kunne gøre optimal brug af beredskabslagrene af antivirale lægemidler. Denne planlægning skal tage højde for de antivirale lægemidlers samlede mængde og tilgængelighed, den underliggende epidemiologi (forventede attack

rates osv.), udbruddets omfang og varighed og befolkningsgruppernes størrelse. Udarbejdelse af modeller kan ligeledes være et vigtigt redskab til ekstrapolering af forskellige antivirale strategiers virkninger under en pandemi, men udarbejdelse af sådanne modeller er ikke ligetil. ECDC foreslår på basis af eksisterende dokumentation nedenstående prioriteringsstrategi for anvendelse af antivirale lægemidler:

1. **Personer med alvorligere sygdom.** Første prioritet er at behandle personer med svær influenza selv efter 48-timers vinduet for symptomernes start, når det vurderes, at antivirale lægemidler vil være effektive. Det er imidlertid endnu vigtigere for disse patienter, at der er passende leverancer af egnede antivirale lægemidler tilgængelige til behandling af sekundære infektioner, samt andre væsentlige lægemidler.
2. **Personer med størst risiko for alvorlig sygdom.** Blandt disse bør personer med størst risiko for at udvikle alvorlig sygdom prioriteres. Med hensyn til sæsoninfluenza er det de personer, som anbefales vaccineret mod sæsoninfluenza: ældre, personer med eksisterende kroniske sygdomme og sundhedspersonale med direkte patientkontakt. Dette skal imidlertid modificeres under en pandemi til at omfatte de personer, der er mest sårbare over for pandemistammen. Når både pandemiske og sæsonbetingede vira cirkulerer, er det nødvendigt at kombinere højrisikogrupperne for begge vira. Nogle lande kan overveje profylakse i husstande med udsatte personer, selvom gennemførelsen af denne politik vil blive kompliceret.
3. **Alle i sygdommens indledende fase.** Efter de mere alvorlige tilfælde kunne antivirale lægemidler prioriteres til personer i sygdommens indledende fase (inden 48 timer efter de første symptomer), da disse lægemidler er mest effektive på det tidspunkt.
4. **Anvendelse til profylakse.** Lande med større lagre af antivirale lægemidler kan ligeledes overveje at give dem profylaktisk. Kandidatgrupperne er: persongrupper i tæt kontakt med tilfælde, familiekontakter og nøglepersoner i forbindelse med beredskabet. Private beredskabslagre kan ikke anbefales, da leverancerne er begrænsede, selvom nogle personer kan forventes at anmode deres læge herom, som det skete i forbindelse med fugleinfluenzaen.
5. **Sundhedspersonale** med direkte patientkontakt er et særligt tilfælde. Dette personale skal være beskyttet i rimeligt omfang med personlige værnemidler. Hvis medlemmer af sundhedspersonalet bliver syge, skal de straks have ordineret antivirale lægemidler og blive hjemme fra arbejde. Lande med større lagre kan overveje profylakse for nogle personalegrupper.

De organisatoriske aspekter ved udlevering af antivirale lægemidler afføder endnu større udfordringer. Nemlig den dokumentation, der viser, at antiviral behandling måske kun har begrænset effekt, hvis den iværksættes inden 48 timer efter symptomernes start. Det vil være særdeles kritisk under en pandemi. Hvis antivirale lægemidler skal være effektive til infektionsbehandling, skal der stilles ressourcer til rådighed til udarbejdelse af protokoller og systemer til sikring af hurtig udlevering og administration.

Det arbejde, der er udført af ECDC og WHO's regionalkontor for Europa sammen med medlemsstaterne, viser, at følgende operationelle punkter i forbindelse med udlevering og forvaltning af nationale antivirale lægemidler og andre strategiske beredskabslagre skal overvejes nøje inden en pandemi:

1. Det skal i en pandemis startfase besluttes, om infektionens alvorlighedsgrad på det individuelle patientniveau er tilstrækkelig til, at alle med symptomer skal tilbydes antivirale lægemidler, eller om det endog skal forsøges at forsinke eller inddæmme pandemien.
2. Det skal sikres, at der altid er antivirale lægemidler til disposition for læger til behandling af de mest syge.
3. Der skal kunne udleveres antivirale stoffer rettidigt til personer med behov herfor, da antivirale stoffer skal gives inden 48 timer efter symptomerne for at være effektive.
4. De centrale grupper, der bør modtage antivirale lægemidler som en prioritering, skal identificeres på basis af forud aftalte kriterier (standardindstilling).
5. Prioriteringerne skal kunne ændres, hvis det ser ud til, at de mest udsatte personer ikke er de forventede personer baseret på erfaringerne med sæsoninfluenza.
6. Det skal sikres, at de først ramte områder ikke udtømmer nationale forsyninger, og ressourcerne skal kunne flyttes ressourcer rundt i landet.
7. Der skal være en politik over for borgere, der forsøger at opbygge private beredskabslagre, og virksomheder, der forsøger at beskytte deres egne ansatte.
8. Der skal overvåges for antiviral resistens, især primær resistens, og det skal være muligt at ændre nationale behandlingsstrategier, hvis det ser ud til, at leverancerne slipper op, eller der opstår antiviral resistens (især hvis lægemidlerne anvendes profylaktisk).

9. Det primære behandlingspersonale må ikke overbelastes ved at skulle uddele antivirale lægemidler til lettere eller moderat syge, når personalet er hårdt presset med behandling af mere syge personer. Derved undgås det ligeledes, at eventuelt smittede samles ét sted for at få udleveret antivirale lægemidler (f.eks. i køer eller venteværelser) og således yderligere spreder infektionen.
10. Det skal sikres, at der er rigelige lagre af lægemidler, især, men ikke alene, egnede antibiotika.
11. Det skal påses, at reglerne efterleves, især af lettere syge personer og personer, der behandles profylaktisk.
12. Mildere bivirkninger af oseltamivir skal foregribes, navnlig en smule kvalme, og man skal være bevidst om, at der kan komme indberetninger om mindre hyppige, men mere alvorlige bivirkninger.
13. Der skal forefindes undervisningsmateriale og strategier for lettere anvendelse af zanamivir-inhalatorer, især for personer, der måtte have svært ved at bruge dem.
14. Der skal overvejes strategier for særlige grupper, f.eks. gravide kvinder og små børn.
15. Der skal forefindes robuste, pålidelige og afprøvede kommunikationsstrategier for fagfolk og offentligheden vedrørende alt ovenstående som en del af mere generelle meddelelser under en pandemi.

ECDC foreslår endvidere, at nogle praktiske systemer kan operere på EU-plan:

16. Medlemsstaterne skal kunne rapportere via EWRS-systemet om deres standardpolitikker og derefter om væsentlige ændringer.
17. Der skal forefindes systemer, der kan registrere indberetninger og forlydender om negative virkninger, samt en mekanisme sammen med EMEA og ECDC, der kan sættes ind i forhold hertil, når disse virkninger uundgåeligt vil dukke op.
18. Sammen med ECDC, skal EU's fællesskabsnet af referencelaboratorier og WHO overvåge forekomsten af resistens over for antivirale lægemidler.
19. Den uundgåelige opståen af direkte internetsalg af antivirale lægemidler og anden medicin fra uregulerede kilder skal foregribes.

Arbejdet kræver en række forsknings- og udviklingsprioriteringer, herunder et behov for at beslutte, hvorvidt antivirale lægemidler er gavnlige eller ej, når de gives efter 48-timers-vinduet, især ved behandling af alvorligere syge. En anden prioritering er oprettelse af systemer i medlemsstaterne, der i realtid kan beslutte, om antivirale lægemidler aktuelt er effektive mod et hvilket som helst pandemisk virus; og systemer til tidlig sporing af en reel trussel og profylaksesvigt, der kan være en indikation for udvikling af resistens.

11. Use of specific pandemic influenza vaccines during the H1N1 2009 pandemic (anvendelse af specifikke pandemiske influenzavacciner under H1N1 2009-pandemien)

(Offentliggjort i august 2009)

En ny stamme af human influenza A(H1N1) blev identificeret og karakteriseret i april 2009. Attack rates for denne A(H1N1) pandemiske stamme forventes at blive højere end for de sæsonbetingede stammer på grund af de lavere allerede eksisterende immunitetsniveauer i befolkningen (bortset fra ældre, hvoraf mange synes at have en vis grad af immunitet). Derfor vil det faktiske antal influenzatilfælde, som sundhedstjenesterne præsenteres for, inden for et kort tidsrum sandsynligvis blive større end tilfældene af sæsoninfluenza.

Vaccination med en stammespecifik pandemisk vaccine overvejes som én af de mest effektive modforanstaltninger til beskyttelse af enkeltpersoner i tilfælde af en pandemi. Specifikke pandemivacciner vil imidlertid ikke være tilgængelige med det samme, leverancerne fra producenterne vil nødvendigvis finde sted med tidsforskydning, og der vil ligeledes forekomme problemer i forbindelse med distributionen. Det vil blive vanskeligt at sikre vaccineleverancer inden for en rimelig tidshorizont. Strategisk anvendelse af vacciner efter omhyggelig prioritering mellem forskellige befolkningsgrupper vil være vigtig for at få størst mulig gavn af de tilgængelige doser.

De generelle vaccinationsmål bør specificeres, inden der træffes beslutning om, hvem der skal tilbydes vaccine, og hvordan målgrupperne blandt populationerne skal prioriteres. Disse kan helt legitimt være forskellige fra land til land og fra region til region. De vil specielt adskille sig med hensyn til tilgængelige ressourcer, vaccinemængder, antallet af sprøjter etc. samt praktiske spørgsmål vedrørende distribution og udlevering. Disse forskelle mellem landene vil skabe kommunikationsproblemer, når de optræder, hvilket der skal tages højde for.

Målene for en pandemisk vaccinationsstrategi kan anskues i to brede kategorier, der på ingen måde gensidigt udelukker hinanden: a) afhjælpning, for at beskytte enkeltpersoner, der er mest udsat for alvorlig sygdom; og b) beskyttelse af vigtige tjenester.

Influenza A(H1N1)v er et hidtil ukendt virus, og pandemier i moderne tider har alle adskilt sig fra hinanden og fra almindelig sæsoninfluenza. Risikogrupper (grupper med større risiko for alvorlig sygdom) kan derfor adskille sig fra risikogrupperne for sæsoninfluenzastammer. Forskellige strategier kan ligeledes finde anvendelse med større vægt på behovet for at opretholde de væsentligste tjenester ved immunisering. Målgrupperne (grupper, der tilbydes vaccine eller som eventuelt kan være i risikogrupperne) kan som følge heraf være forskellige.

I henhold til den eksisterende dokumentation om A(H1N1) 2009-pandemien kan følgende befolkningsgrupper identificeres som risikogrupper:

- personer under 65 år med kroniske lidelser, navnlig:
 - kroniske luftvejssygdomme
 - kroniske hjerte-kar-sygdomme
 - kroniske stofskifteforstyrrelser (navnlig diabetes)
 - kroniske nyre- og leversygdomme
 - personer med immundefekter (medfødte eller erhvervede)
 - kroniske neurologiske eller neuromuskulære sygdomme
 - enhver anden tilstand, der nedsætter en persons immunitet eller skader vejrtrækningen
- små børn (især under 2 år)
- gravide kvinder.

Denne liste adskiller sig noget fra de grupper, som mange lande anbefaler sæsoninfluenzaimmunisering til, især med hensyn til personer på 65 år og derover. Ældre synes generelt at være mindre udsatte for infektionsrisikoen – sandsynligvis på grund af eksisterende immunisering – men der er ligeledes indikationer for, at de, hvis de smittes, rammes hårdere end yngre voksne.

Der er endvidere to andre grupper, der kan tilbydes immunisering, selvom de ikke er mere udsatte for alvorlig sygdom (målgrupper). Der er grund til at tilbyde vaccination til børn, da de oplever høje attack rates (uagtet mild sygdom) og kan spille en stor rolle i spredningen af lokale udbrud. Der er ligeledes gode grunde til at tilbyde alt sundhedspersonale immunisering. Det sker både for at forhindre, at personer i risikogrupper smittes af sundhedspersonalet og for at beskytte sundhedspersonalet mod smittede patienter, for derved at opretholde sundhedstjenesterne. Der er fordele ved at tilbyde immunisering til personer, der plejer andre eventuelt uden effektiv immunisering (f.eks. personer under behandling med immunosuppressive stoffer). Babyer under seks måneder kan på nuværende stadi ikke immuniseres på grund af manglende data om immunogenitet og sikkerhed, og der er derfor gode grunde til at tilbyde vaccination til de personer, der er i tættest kontakt med dem. Andre potentielle målgrupper er personer, der er vigtige for indsatsen mod pandemien.

Denne vejledning er baseret på det aktuelle scenarie af influenzapandemien A(H1N1) 2009. Der er beskrevet og drøftet flere usikkerhedsmomenter. Dette dokument vil blive opdateret, i takt med at flere data, mere dokumentation og flere udtalelser bliver tilgængelige, sammen med ECDC's risikovurdering, som det er forbundet med.

Der præsenteres tre andre scenarier baseret på erfaringerne fra tidligere pandemier, hvor virussets sygdomsfremkaldende egenskaber og overførbarhed blev øget over tid. Der er ligeledes bilag, der sammenfatter dokumentationen for vaccination af særlige risikogrupper mod sæsoninfluenza og den aktuelle pandemiske influenza, og som giver omtrentlige vurderinger af risikoens og målgruppernes størrelse. Beregningsgrundlaget er anført tilstrækkeligt detaljeret til, at personer i medlemsstaterne kan anvende metoderne til deres egen befolkning eller sammenligne med allerede anvendte metoder.

Overvågningsrapporter

12. Tuberculosis surveillance in Europe – 2007 (tuberkuloseovervågning i Europa – 2007)

(Offentliggjort i marts 2009)

Siden 1. januar 2008 har Det Europæiske Center for Forebyggelse af og Kontrol med Sygdomme (ECDC) og WHO's regionalcenter for Europa i fællesskab koordineret overvågningen af tuberkulose (TB) i Europa. Det er deres mål at sikre en høj kvalitet af standardiserede tuberkulosedata, der dækker alle 53 lande i WHO's europæiske region.

I 2007, indberettede de 51¹ lande fra WHO's europæiske region plus Liechtenstein² 477 327 tilfælde af tuberkulose. Den generelle anmeldelsesfrekvens var i gennemsnit 54 tilfælde pr. 100 000 med en bred spredning mellem landene og en gradvist stigende hældning fra vest mod øst, som er kommet til udtryk i de seneste år. Denne repræsenterer en stigning på 54 497 tilfælde fra 2006 og en stigning i den generelle anmeldelsesfrekvens på 13 % (fra 48/100 000 til 54/100 000), der primært kan tilskrives Ruslands registrering af tidligere ikke-indberettede genbehandlede tilfælde efter udvidelsen af dækningen af landets anmeldelsessystem og forbedret patientadgang til pleje. Anmeldelsesfrekvensen for tidligere ikke-behandlede tilfælde i hele regionen faldt med 2,5 % (fra 36,6 til 35,7 pr. 100 000). De senere år har dødeligheden af tuberkulose generelt afspejlet de generelle anmeldelsesfrekvenser i deres geografiske fordeling i regionen (median overall rate: 0,6/100 000, landeinterval: 0,0–22,3). Middelniveauet af primær multiresistent tuberkulose (MDR TB) var 1,5 % i de 22 lande, der indberettede data om dødelighed af tuberkulose. Den gennemsnitlige succesrate for behandling var 73 % med 11 % af tilfældene lost to follow-up, 8 % døde og 7 % med manglende virkning af behandlingen.

Lande i Europæiske Union (EU) og Det Europæiske Økonomiske Samarbejdsområde (EØS)/Den Europæiske Frihandels-sammenslutning (EFTA) (30 lande)

De 27 lande i EU og de tre EØS/EFTA-lande (Island, Norge og Liechtenstein) indberettede 84 917 tilfælde af tuberkulose i 2007. Anmeldelsesfrekvenserne for tuberkulose (17/100 000 generelt) var højest i Rumænien (118), Bulgarien (40) og i de baltiske lande (36–71). Mellem 2003 og 2007 faldt de generelle anmeldelsesfrekvenser med 4 % årligt, hvilket afspejler et fald i de tidligere ubehandlede tilfælde af tuberkulose. Der blev imidlertid konstateret væsentlige stigninger på Malta (+61 %) og Island (+37 %), en vis stigning i Sverige (+5 %) og i Det Forenede Kongerige og i Cypern (begge +3 %), primært hos personer af fremmed oprindelse. I 2007 forekom 21 % af tilfældene (landeinterval: 0–78 %) hos personer af fremmed oprindelse, hvoraf næsten to tredjedele stammede fra Asien eller Afrika og 6 % fra østeuropæiske ikke-EU-lande og centralasiatiske lande. Hiv-prævalensen blandt tilfældene af tuberkulose steg mellem 2001 og 2007 i Estland og Letland (fra < 1 % til henholdsvis 11 % og 4 %) og fordobledes i Det Forenede Kongerige i 2000–2003 (fra 4 % til 8 %). I de resterende lande, der indberettede data, var hiv-prævalensen blandt tilfældene af tuberkulose 1 % eller lavere i fem lande, 2–5 % i syv andre lande og 14 % i Portugal. Multiresistens (MDR) var stadig hyppigere i de baltiske lande (kombineret MDR: 10–21 %) end i de andre lande (0–4 %), hvor den generelt var mere almindelig hos personer af fremmed oprindelse. 21 lande rapporterede om data for overvågning af behandlingsresultater (TOM) for sikre tilfælde af lungetuberkulose i 2006. For de tilfælde, der indgik i TOM-kohorter, blandt tidligere ubehandlede tilfælde fik 80 % et vellykket resultat. Loss to follow-up var hyppigere blandt lungetilfældene hos personer af fremmed oprindelse end blandt nationale (henholdsvis 35 % vs. 16 %), mens der mindre hyppigt blev indberettet dødsfald (8 % vs. 4 %). Dødeligheden af tuberkulose lå fra 0,0–10,9/100 000 (29 lande, seneste tilgængelige data 2001–2006).

¹ Ingen data fra Monaco og San Marino.

² Liechtenstein er medtaget i rapporten, men præsenteres kun som et EØS/EFTA-land – det tilhører ikke WHO's europæiske region.

I den vestlige del (ikke-EU) (5 lande)

Der blev i 2007 indberettet 881 tilfælde af tuberkulose fra tre lande – Andorra, Israel og Schweiz – med frekvenser fra 5,6 til 7,3/100 000. Frekvenserne var generelt lave og størstedelen af de indberettede tilfælde af tuberkulose forekom hos personer af fremmed oprindelse. Schweiz og Israel indberettede data om overvågningen af resistens over for lægemidler med deres MDR TB-prævalens for samtlige testede tilfælde på henholdsvis 2,3 % og 6,7 %. Israel indberettede behandlingsresultater for tilfælde registreret i 2006 med en succesrate på 74 % for nye bekræftede lungetilfælde.

Balkan (7 lande)

Balkan-landene indberettede 26 296 tilfælde i 2007, hvoraf 75 % alene blev indberettet af Tyrkiet (Kosovo-provinsen under FN's administration indberettede 930 ekstra tilfælde). Den samlede anmeldelsesfrekvens for tuberkulose var i 2007 29/100 000 og højere i Bosnien og Hercegovina (62) end i Albanien, Kroatien, Den Tidligere Jugoslaviske Republik Makedonien, Montenegro, Serbien og Tyrkiet (interval: 14–28). Hiv-prævalensen blandt tilfældene af tuberkulose var 0,0–0,4 % i landene med data (Albanien, Bosnien og Hercegovina, Den Tidligere Jugoslaviske Republik Makedonien, Montenegro og Serbien). Kombineret og erhvervet MDR var hhv. 0–0,6 % og 9,7–34,6 % i de fire lande med indberettede MDR-data (Albanien, Montenegro, Den Tidligere Jugoslaviske Republik Makedonien og Serbien). Succesraten for nye bekræftede lungetilfælde i 2006 var 80–97 % i fem lande og lavere i to andre, der indberettede data (35–70 %). Dødeligheden af tuberkulose lå fra 0,25 til 21/100 000 (fem lande, seneste tilgængelige fuldstændige data 2001–2006).

Den østlige del (12 østlige ikke-EU-lande og centralasiatiske lande)

I 2007 indberettede den østlige del 365 233 tilfælde af tuberkulose, heraf 59 % i Rusland. Anmeldelsesfrekvenserne for tuberkulose i 2007 (131/100 000 i alt) var højest i Kasakhstan (258), Republikken Moldova (178), Den Russiske Føderation (151), Georgien (135) og Kirgisistan (125) efterfulgt af Armenien, Aserbajdsjan, Hviderusland, Tadsjikistan, Turkmenistan, Ukraine og Usbekistan (59–119). Den årlige gennemsnitlige stigning mellem 2002 og 2007 var den samme som observeret over årene 1998–2002 (+6 %). Antallet af nye tilfælde faldt mellem 2006 og 2007 i seks lande. Hiv-prævalensen blandt tilfælde af tuberkulose var 1 % eller lavere i fem lande i de senere år, men var højere i Den Russiske Føderation og Ukraine (henholdsvis 7 % og 6 % blandt nye tilfælde i 2007). Nationale og regionale data om resistens over for lægemidler fra en række lande peger på en udbredt høj prævalens for MDR. Den kombinerede MDR TB-prævalens lå fra 14 % til 57 %, selvom dataenes repræsentativitet varierede blandt landene. I landene, der indberetter udfald af nye smear-positive tilfælde af lungetuberkulose (2006), var den gennemsnitlige succesrate 64 % (interval: 58–86 %). Lav succes, forbundet med høje manglende virkninger (gennemsnit: 3–16 %), skyldtes primært prævalensen af primær MDR og loss to follow-up (gennemsnit: 13 %, interval 4–35 %). Dødeligheden af tuberkulose lå fra 3,0 til 22,3/100 000 (alle lande undtagen Turkmenistan, med komplette data, senest tilgængelige for et år mellem 2003 og 2006).

Konklusioner

De østeuropæiske tredjelande og de centralasiatiske lande er fortsat den regionale prioritet for tuberkulosekontrol. I disse lande kompliceres situationen ofte af lav specificitet eller dårlig informationskvalitet og mangel på ressourcer, der er nødvendige for den bedst egnede indsats, og/eller utilstrækkelig anvendelse af de eksisterende ressourcer. Der eksisterer yderligere mod vest en række forskellige tuberkulosemønstre. Industrialiserede lande, der sigter mod udryddelse af tuberkulose, anerkender i stigende grad forværringen af tilfælde blandt specielt sårbare populationer. I landene med mellemstor forekomst, såsom de baltiske stater, er prævalensen af MDR TB fortsat høj. En række overvågningsanbefalinger til støtte for en styrkelse af tuberkulosekontrollen kan udledes af analysen af data, der indbefatter:

- standardisering af definitionen af tilfælde, der anvendes i regionen, og redskaberne til datahåndtering
- integrering af tuberkulose i den generelle overvågning af smitsomme sygdomme
- vægt på anvendelsen af kohorteanalyse til overvågning af behandlingsresultater
- udvikling af bedre indsigt i samtidig tuberkulose/hiv-epidemi og
- omhyggelig vurdering af prævalens og tendenser for MDR TB på nationalt og regionalt plan.

13. Annual epidemiological report on communicable diseases in Europe – 2009 (årlig epidemiologisk rapport om smitsomme sygdomme i Europa – 2009)

(Offentliggjort i oktober 2008)

Baggrund

I 2007 foreslog ECDC, at der hvert tredje til femte år udarbejdes en omfattende årlig epidemiologisk rapport, der indgående dækker samtlige områder under ECDC's overvågning. Det blev støttet af ECDC's rådgivningsforum. Den nuværende udgave er således en bred sammenskrivning af situationen med hensyn til smitsomme sygdomme i EU, men den giver kun en omfattende analyse af et enkelt område: sygdomme, der kan forebygges ved vaccination. Den tilvejebringer data om forekomst af sygdomme 2007 i standardtabeller og grafer med begrænsede kommentarer og vurderer sygdomstrusler i 2008.

Smitsomme sygdommes større konsekvenser for folkesundheden

De største trusler i forhold til smitsomme sygdomme i EU har ikke ændret sig væsentligt fra den foregående udgave af rapporten og omfatter følgende:

- antibiotikaresistens
- hospitalsinfektioner
- sygdomme, der kan forebygges ved vaccination med særlig vægt på pneumokokinfektioner
- luftvejsinfektioner med særligt fokus på influenza (pandemisk potentiale samt årlige sæsonepidemier) og tuberkulose
- hiv-smitte.

Sammendrag af overvågning af smitsomme sygdomme 2007

I kapitel 3 samles og præsenteres samtlige indberettede tilfælde for 2007 fra de 27 EU-medlemsstater plus de tre EØS/EFTA-lande, Island, Liechtenstein og Norge. Som det påpeges i mange af de individuelle sygdomsafsnit i dette kapitel, skal sammenligninger mellem landene foretages med forsigtighed. Overvågningssystemerne er forskellige, og forholdet mellem indberettede og aktuelle forekomster varierer fra land til land for mange sygdommes vedkommende. Det er i de fleste tilfælde mere relevant at fokusere på sammenligninger af tendenser over tid, idet det er et mere stabilt kendetegn ved et overvågningssystem.

Derfor sammenfattes nogle af de primære resultater fra overvågning af smitsomme sygdomme i hele EU nedenfor for de primære sygdomsgrupper og/eller tilstande, der vækker bekymring.

Antimikrobiel resistens og infektioner i tilknytning til sundhedspleje

I 2007 var methicillin-resistent *Staphylococcus aureus* (MRSA) fortsat et væsentligt problem over hele Europa. Det så ikke desto mindre ud til, at MRSA-andelene i nogle af de højendemiske lande stabiliseredes, og der blev reelt observeret faldende tendenser i nogle få lande.

Penicillin-resistent *Streptococcus pneumoniae* (PNSP) udviste et heterogent billede i Europa, idet de fleste nordeuropæiske lande indberettede lave niveauer, og de sydeuropæiske lande og Middelhavslandene indberettede relativt høje niveauer. Niveauerne for penicillin-resistens og erythromycin-resistens forblev dog generelt stabile i de fleste lande.

Med spredningen af klonalt kompleks 17 opstod der fortsatte udbrud af vancomycin-resistent *Enterococcus faecium* på flere hospitaler i forskellige lande.

Resistens over for fluoroquinoloner, aminopenicillin, aminoglycosid og tredje generationscephalosporiner i *Escherichia coli* er steget væsentligt de senere år i næsten samtlige indberettende lande. Det er en vigtig observation, da det signalerer en udvikling i retning af tiltagende multiresistente Gram-negative bakterier og endog i retning af totalt resistente stammer.

Den faldende tendens til kirurgiske sårinfektioner efter hofteproteseoperationer blev bekræftet i 2007, hvilket illustrerer overvågningens vigtige rolle, herunder risikostyret sammenligning mellem hospitaler, i HCAI-forebyggelse og kontrol.

Sygdomme, der kan forebygges ved vaccination

I 2007 forblev anmeldelsesfrekvensen for invasiv *Haemophilus influenza*-sygdom stabil i Europa og pænt under 1 pr. 100 000. Hib-vaccinen havde fortsat en væsentlig indvirkning på forekomsten af denne sygdom i samtlige lande, hvor den var blevet indført.

Den totale anmeldelsesfrekvens for invasiv meningokok-sygdom i 2007 var én pr. 100 000, svarende til frekvensen i 2006, og serogruppe B (77 %) og C (16 %) forblev den primære årsag til invasiv meningokok-sygdom i Europa. Den almindeligt anvendte vaccine dækker kun serogruppe C.

Der var i 2007, sammenlignet med det foregående år, væsentlige stigninger i antallet af bekræftede tilfælde af invasive pneumokoksygdomme (IPD) indberettet af Østrig og Slovenien, sandsynligvis på grund af nylige forbedringer i disse landes overvågningssystemer. Anmeldelsesfrekvenserne var generelt vanskelige at sammenligne i medlemsstaterne på grund af den store uensartethed i systemerne til IPD-overvågning i EU. Den heptavalente konjugate pneumokokvaccine (PCV7) blev godkendt i EU i 2001, men anvendelse af denne vaccine varierer fra land til land.

Der blev i 2007 indberettet et lavere antal tilfælde af mæslinger i EU- og EØS/EFTA-landene end i 2006, men mæslinger forblev et prioriteret område inden for folkesundheden med 2 795 bekræftede tilfælde, herunder ét fatalt tilfælde og to tilfælde af hjernebetændelse. Kun fire lande har været fri for mæslinger de sidste tre år.

I 2007 havde fåresyge, der kan forebygges ved vaccination, én af de højeste anmeldelsesfrekvenser i Europa, men den generelle faldende tendens fortsatte, og anmeldelsesfrekvensen for fåresyge i 2007 var reelt den lavest indberettede siden 1995.

I lighed med situationen i 2006 var der i 2007 et lavt antal indberettede tilfælde af røde hunde.

Luftvejsinfektioner

Influenzasæsonen 2007–08 i Europa var kendetegnet ved en moderat klinisk aktivitet med et peak for influenza A(H1N1)-spredning efterfulgt af et peak for influenza B. Der var kun få isolerede A(H3N2)-stammer.

Et nyt vigtigt fænomen var fremkomsten af den første sæsonbetingede influenzavirusstamme, der er resistent over for det antivirale lægemiddel oseltamivir, A(H1N1-H247Y). Denne stamme kunne fuldt ud overføres fra menneske til menneske, men dens fordeling varierede meget i regionen – fra godt over halvdelen af de isolerede stammer i nogle lande til blot et par procent i andre. Forekomsten og spredningen af dette resistente virus kunne ikke forklares med forudgående anvendelse af antivirale lægemidler.

Der blev som i 2006 indberettet en række udbrud af en yderst patogen fugleinfluenza i Europa, især hos tamfjerkræ, men der blev ikke indberettet tilfælde hos mennesker. Der var et udbrud af en lavpatogen fugleinfluenza A(H7N2) hos dyr i Det Forenede Kongerige i maj 2007 med adskillige forbundne tilfælde af influenzalignende sygdom og/eller conjunctivitis hos mennesker.

Anmeldelsesfrekvensen for legionærsyge i EU og EØA/EFTA-landene i 2007 forblev stabil på 1,1 pr. 100 000 personer. Antallet af indberettede tilfælde af rejserelateret legionærsyge var stigende sammenlignet med 2006, hvilket sandsynligvis kan tilskrives bedre overvågning og indberetning; omvendt var antallet af rejserelaterede klynger faldende, hvilket kan afspejle indvirkningen af retningslinjerne fra EWGLINET (European Working Group for Legionella Infections) for kontrol af legionærsyge.

Der er for tuberkulose siden 2003 indberettet støt faldende tendenser i anmeldelsesfrekvensen i 25 lande. 20 % af de samlede tilfælde var hos personer af fremmed oprindelse, primært, som i 2006, fra Asien eller Afrika. Multiresistensen (MDR) forblev hyppigere i de baltiske lande end i de andre lande; og generelt mere almindelig hos personer af fremmed oprindelse. Data afspejler fortsat tuberkulosesituationens uensartethed med lande med lav forekomst, hvor tilfælde diagnosticeres i stigende grad hos populationer født i andre lande, andre lande med moderate til høje anmeldelsesfrekvenser, men hvor MDR TB stadig er usædvanlig, og lande med relativt høje anmeldelsesfrekvenser og en høj andel af MDR TB-tilfælde. I 2007 indberettede EU- og EØS/EFTA-landene i alt 141 205 bekræftede tilfælde af tuberkulose (8,2 pr. 100 000).

Hiv, STI, og hepatitis B og C

I 2007 var hiv-smitte fortsat af stor sundhedsmæssig betydning i Europa uden tegn på et fald i antallet af nye indberettede diagnosticerede tilfælde. Antallet af diagnosticerede aids-tilfælde faldt imidlertid stadig, bortset fra i nogle øst- og centraleuropæiske lande. Hovedsmittekilden varierede fra land til land og fra geografisk region, hvilket illustrerer den store spredning i hiv-epidemiologien i Europa.

I 2007 var *Chlamydia trachomatis*-infektion fortsat den hyppigst indberettede seksuelt overførte sygdom (og den mest almindelige indberetningspligtige sygdom i Europa generelt). Der blev indberettet over en kvart million bekræftede tilfælde af *C. trachomatis*-infektion af 22 af EU- og EØS/EFTA-landene, hvilket blev omsat til en samlet frekvens på 122,6 pr. 100 000. Klamydia ramte fortsat primært unge mellem 15 og 24 år. Den reelle forekomst af *C. trachomatis*-infektion var sandsynligvis højere, og anmeldelsesfrekvenserne afspejlede sandsynligvis snarere screeningpraksis og testvolumenet end den reelle forekomst.

Det er bemærkelsesværdigt, at Sverige indberettede en 45 % stigning i antallet af tilfælde fra 2006, sandsynligvis på grund af nye testmetoder til sporing af den nye variant af *C. trachomatis*, der først blev indberettet i Sverige i november 2006. En undersøgelse i hele EU afslørede, at spredningen af denne variant var begrænset til Sverige eller til svenskeres sexpartnere i andre lande.

De fleste europæiske lande har overvågningssystemer for hepatitis B og C, men på grund af deres forskelle, især i systemstrukturer, indberetningspraksis, dataindsamlingsmetoder og anvendte definitioner af tilfælde, er overvågningsdataene vanskelige at sammenligne på tværs af landene.

Fødevarer- og vandbårne sygdomme og zoonoser

Campylobakteriose forblev den mest almindeligt indberettede årsag til gastrointestinal sygdom i EU og EØS/EFTA, og i 2007 steg anmeldelsesfrekvensen med over 15 % sammenlignet med 2006. De meget varierende indberetningssystemer i landene kombineret med en høj grad af underrapportering, der vides at forekomme i visse lande, vanskeliggør direkte sammenligninger mellem disse.

I 2007 forblev anmeldelsesfrekvensen for salmonellose høj i EU og EØS/EFTA-landene, men den faldende tendens, der har været observeret siden 2004, fortsatte.

Der blev samlet indberettet 13 952 bekræftede tilfælde af hepatitis A af 29 af EU- og EØS/EFTA-landene i 2007, og det epidemiologiske billede af hepatitis A varierede meget i regionen. Der var et udbrud af hepatitis A i Letland i november 2007.

Sygdomme, der hidrører fra miljøet og vektorbårne sygdomme

I august 2007 indberettede Italien et udbrud af chikungunya-feber med 217 laboratoriebekræftede tilfælde. Lokal overførsel af chikungunya-virus fulgte efter dets indførsel via en enkelt person, der vendte tilbage fra et besøg i Indien, og indikerede, at *Aedes albopictus*-myggen reelt er en vektor, der er i stand til at overføre virusset effektivt på EU's breddegrader.

I 2007 blev der samlet indberettet 637 bekræftede Q-feberinfektioner fra 22 af EU- og EØS/EFTA-landene, hvilket svarer til tallet fra 2006 (583). Der er indberettet udbrud af Q-feber i Nederlandene og Slovenien med hhv. 168 og 86 tilfælde.

Syv medlemsstater har samlet indberettet 40 bekræftede tilfælde af viral hæmorrhagisk feber, primært hantavirusinfektioner.

Sammendrag af trusler 2007

Siden starten på de epidemiske overvågningsaktiviteter i juli 2005 har ECDC overvåget 696 trusler frem til udgangen af 2008. I 2008 overvågede ECDC 250 trusler, hvoraf 227 (91 %) startede i 2008, 14 (6 %) var overført fra 2007 og ni (4 %) repræsenterer tilbagevendende trusler. De tilbagevendende trusler var relateret til fugleinfluenza på verdensplan og i den europæiske region, chikungunya-feberens situation på verdensplan, børnelammelse, dengue-feber, kolera og mæslinger samt den nye variant af Creutzfeldt-Jakobs sygdom og multiresistent tuberkulose.

Nogle af de overvågede trusler omfattede mere detaljeret:

- oseltamivir-resistente influenza A(H1N1)-vira i 21 medlemsstater, varierende fra under 1 % i Italien op til 68 % i Norge;
- fem udbrud af hepatitis A, der gav anledning til international bekymring, blev overvåget i 2008, hvilket tegnede sig for en væsentlig stigning i forhold til de foregående år;
- et udbrud af *Shigella sonnei*, der smittede mere end 140 ansatte i Sverige efter eksponering i deres kantine;
- 85 klynger af legionærsyge registreret i 2008;
- 11 mæslingeudbrud indberettet i 2008 i EU og EØS/EFTA, hvilket resulterede i sekundære tilfælde i andre medlemsstater på trods af faldet i forekomsten af mæslinger i Europa siden 2006. Dette repræsenterede en stigning i indberettede udbrud sammenlignet med 2007 (elleve) og 2006 (to);

- elleve evaluerede tuberkuloserelaterede trusler i 2008. Hændelserne var alle forbundet med tuberkulosepatienters rejser: elleve via flyrejser og tre relateret til rejse med skib; dødelig Marburg-virusinfektion hos en turist, der vendte tilbage til Nederlandene fra Uganda i juli 2008;
- det første tilfælde af Crimean-Congo-hæmorrhagisk feber (CCHF) bekræftet i det nordlige Grækenland i juli 2008.

Konklusioner

Vi kan på baggrund af sammendraget af nøgletallene og tendenserne konkludere, at prioriteringerne for forebyggelse af og kontrol med smitsomme sygdomme i EU og EØS/EFTA ikke er væsentligt ændret siden den forrige udgave af den årlige epidemiologiske rapport, men at skal lægges vægt på flere punkter.

Data fra 2007 viser, at antimikrobiel resistens udgør en stigende fare for folkesundheden i Europa. Internationale rejser og handel fremmer spredningen af antimikrobiel resistens. Problemet kræver internationalt samarbejde – og en samlet indsats på nationalt plan – for at inddæmme og forebygge forekomsten af antimikrobiel resistens.

Der er i forbindelse med infektioner i tilknytning til sundhedspleje behov for en punktprævalensundersøgelse i hele EU til evaluering af forekomsten af samtlige infektionstyper i sundhedsfaciliteter i Europa. Udarbejdelsen af en europæisk standardiseret protokol til denne prævalensundersøgelse indgår nu i ECDC's arbejdsprogram og vil give mulighed for tilpasning af forskellige nationale prævalensprotokoller om hospitalsinfektioner og dermed muliggøre internationale sammenligninger.

Inden for området med sygdomme, der kan forebygges ved vaccination, er der fortsat anledning til bekymring om muligheden for, efter introduktion af vaccinen, at serotyper, der dækkes af den konjugate pneumokokvaccine, kan erstattes af serotyper, der ikke dækkes, hvilket man allerede har observeret i USA. I denne henseende kan en forbedret overvågning, der ligeledes indbefatter laboratorieovervågning, være nødvendig i EU.

Som forventet var næsten 90 % af tilfældene af mæslinger i EU og EØS/EFTA ikke-vaccinerede; et tegn på, at mæslinger stadig er et problem for befolkningsgrupper med lav vaccinationsdækning. Samtlige fatale eller komplicerede tilfælde opstod hos ikke-vaccinerede personer. Som følge heraf er et bedre dækningsniveau i Europa fortsat en prioritet for folkesundheden, selvom en eliminering nok ikke vil kunne opnås i 2010.

Der forekommer undertiden fåresyge hos personer, der har modtaget to doser MFR-vaccine, hvilket skal undersøges nærmere.

Medlemsstaterne skal med få undtagelser gøre en større indsats for at bekræfte samtlige tilfælde af røde hunde, der indberettes. En forbedring af sensitiviteten og specificiteten for overvågning af røde hunde er yderst vigtig i forhold til WHO's mål om udryddelse i 2010.

Det usædvanlige kendetegn ved influenzasæsonen 2007–08 var forekomsten af det oseltamivir-resistente influenza A(H1N1)-virus. Det var den første observation nogensinde af et humant sæsoninflenzavirus, der er resistent over for en neuraminidasehæmmer, og som fuldt ud kan overføres fra menneske til menneske. Ved overvågningen af antiviral resistens blandt sæsoninflenzavira bør der fortsat ske en overvågning af mulige nye udbrud af resistente stammer.

Inden for tuberkulosekontrol – i det heterogene epidemiologiske område i EU- og EØS/EFTA-landene – forblev antallet af lande med høj/mellemhøj tuberkuloseforekomst det samme, og til trods for deres fremskridt med en bremsning af epidemien er en stor opmærksomhed påkrævet ud fra et kontrolsynspunkt, herunder en optimering af overvågningen. I nogle lande med lav forekomst viste dataene et fortsat fald i nationale tilfælde og et tydeligt skift for epidemien til mere sårbare populationer, såsom indvandrerbefolkninger. Indberetning af tuberkulose/hiv-saminfektioner forblev ufuldstændig, dækningen af test for følsomhed skal udvides yderligere, såvel som indberetning og analyse af resistens over for andetvalgspræparater.

Udviklingen og gennemførelsen af øget overvågning af hepatitis B og C er prioriteter for ECDC. Bedre overvågningsdata er vigtige for tilvejebringelsen af de nødvendige oplysninger for overvågning af tendenserne, for forståelsen af forskellene i epidemiologi og evalueringen af forebyggelsesprogrammer i EU. Begge sygdommes kroniske karakter gør det imidlertid vanskeligt at udrede forekomst fra prævalens – som for hiv-smitte – og der findes ingen let løsning på dette problem.

Endelig vil det i kommende rapporter inden for fødevarer- og vandbårne sygdomme blive forsøgt at foretage en tydeligere adskillelse af data om vero-/shigatoxin-producerende *Escherichia coli*- (VTEC) serogruppe O157 og ikke-O157, da disse prioriteres meget forskelligt i landenes systemer og derfor har en forskellig dækning – hvor O157 tydeligt er bedre dækket end de andre serogruyper.

Skema A. Oversigt over den generelle tendens, EU's anmeldelsesrate og primære aldersgrupper ramt af smitsomme sygdomme, der er indberettet i EU og EØS/EFTA i 2007. Antal indberettende lande (n=30)

Sygdom	Generel 10-års tendens	EU's anmeldelsesrate pr. 100 000 (2007)	Primære ramte aldersgrupper (2007)
Luftvejsinfektioner			
Influenza	↔	Ingen data	Utilstrækkelige data
Fugleinfluenza	↑	0	Ingen tilfælde
Legionærsyge (legionellose)	↑	1,1	65+
Tuberkulose	↓	8,2	25-44
Hiv, seksuelt overførte infektioner og blodbårne virusinfektioner			
Klamydiainfektion	↑	122,6	15-24
Gonorré	↔	9,5	15-24
Hepatitis B	↓	1,5	25-44
Hepatitis C	↑	6,9	25-44
Hiv	↑	6,0	25-44
Aids	↓	1,2	25-44
Syfilis	↑	4,4	25-44
Fødevarer- og vandbårne sygdomme og zoonoser			
Miltbrand	↔	<0,01	Utilstrækkelige data
Botulisme	↔	<0,1	25-44
Brucellose	↓	0,1	25-64
Campylobakteriose	↑	46,7	0-4
Kolera	↓	<0,01	25-44
Cryptosporidiose	↓	2,4	0-4
Echinokokkose	↓	0,2	45-64
Verocytotoxin-producerende <i>Escherichia coli</i> (VTEC/STEC)	↔	0,6	0-4
Giardiasis	Utilstrækkelige data	61,7	0-4
Hepatitis A	↓	2,8	5-14
Leptospirose	↔	0,2	45-64, 25-44
Listeriose	↑	0,4	65+
Salmonellose	↓	34,3	0-4
Shigellose	↓	2,1	0-4
Toxoplasmose	↓	0,8	5-14
Trichinose	↔	0,2	25-44
Tularæmi	↔	0,3	45-64
Tyfus/paratyfus	↓	0,2	0-4
Variant Creutzfeldt-Jakobs sygdom	Utilstrækkelige data	<0,01	15-24
Yersiniose	↑	2,9	0-14

Sygdom	Generel 10-års tendens	EU's anmeldelsesrate pr. 100 000 (2007)	Primære ramte aldersgrupper (2007)
Nye og vektorbårne sygdomme			
Malaria	↔	1	25–44
Pest	Utilstrækkelige data	0	Ingen tilfælde
Q-feber	↓	0,2	15–24, 45–64
Svært akut respiratorisk syndrom (SARS)	Utilstrækkelige data	0	Ingen tilfælde
Kopper	Utilstrækkelige data	0	Ingen tilfælde
Virale hæmorrhagiske febre (VHF)	Utilstrækkelige data	Utilstrækkelige data	Utilstrækkelige data
Chikungunya-feber	Utilstrækkelige data	<0,01	Utilstrækkelige data
West Nile-feber	Utilstrækkelige data	<0,01	> 15
Gul feber	Utilstrækkelige data	0	Ingen tilfælde
Sygdomme, der kan forebygges ved vaccination			
Difteri	↓	<0,01	45–64, 5–14
Invasiv <i>Haemophilus influenza</i> -infektion	↔	0,5	65+, 0–4
Invasiv meningokok-sygdom	↓	1,0	0–4
Invasiv pneumokok-infektion	↔	6,3	65+, 0–4
Mæslinger	↓	0,6	0–4
Fåresyge	↓	4,3	5–14
Kighoste	↓	4,4	5–14
Børnelammelse	Utilstrækkelige data	0	Ingen tilfælde
Rabies	Utilstrækkelige data	<0,01	Utilstrækkelige data
Røde hunde	↓	1,2	0–4
Tetanus	↓	<0,1	65+
Antimikrobiel resistens og infektioner i tilknytning til sundhedspleje			
AMR	↑	Ikke relevant	Ingen data
Nosokomielle infektioner	↑	Ikke relevant	Ingen data

14. HIV/AIDS surveillance in Europe 2008 (forekomst af hiv/aids i Europa 2008)

(Offentliggjort i december 2008)

Hovedpunkter

Hiv-smitte er fortsat af stor folkesundhedsmæssig betydning i Europa, og der er tegn på stigende hiv-smitte i flere europæiske lande. Overordnet set er antallet af indberettede nye tilfælde af hiv-smitte i 2008 trods den ufuldstændige indberetning steget, mens antallet af påviste aids-tilfælde fortsat faldt i WHO's europæiske region generelt, selvom der i den østlige del fortsat er en stigning i antallet af aids-tilfælde.

- I 2008 blev der diagnosticeret og indberettet 51 600 hiv-tilfælde fra 48 af de 53 lande i WHO's europæiske region og Liechtenstein (ikke tilgængelige data fra Danmark, Liechtenstein, Monaco, Rusland, Tyrkiet eller Østrig). De højeste forekomster er indberettet fra Estland, Letland, Kasakhstan, Moldova, Portugal, Ukraine og Det Forenede Kongerige.
- Der blev indberettet 7 565 aids-tilfælde af 47 lande (data ikke tilgængelige fra Danmark, Sverige, Kasakhstan, Liechtenstein, Monaco, Rusland og Tyrkiet).
- I 2008 blev der indberettet 25 656 nye diagnosticerede tilfælde af hiv-smitte af landene i Den Europæiske Union og Det Europæiske Økonomiske Samarbejdsområde (EU/EØS) (data ikke tilgængelige fra Østrig, Danmark eller Liechtenstein). I EU/EØS-landene blev de højeste forekomster indberettet fra Estland, Letland, Portugal og Det Forenede Kongerige.
- I EU/EØS er hovedsmitekilden for hiv-infektion sex mellem mænd efterfulgt af heteroseksuel kontakt. Omkring 40 % af de tilfælde, som indberettes erhvervet ved heteroseksuel kontakt, blev fundet hos personer, som stammer fra lande med generaliserede hiv/aids-epidemier.
- I de tre geografiske/epidemiologiske områder varierer hovedsmitekilden efter område, hvilket illustrerer den store spredning i hiv-epidemiologien i Europa. I øst er intravenøst stofbrug fortsat den største kilde til smitteoverførsel, mens den dominerende smittekilde for hiv i den centrale del er sex mellem mænd efterfulgt af heteroseksuel kontakt. I den vestlige del er hovedsmitekilden sex mellem mænd efterfulgt af heteroseksuel kontakt, når tilfælde hos personer, som stammer fra lande med generaliseret epidemi, udelukkes.
- Hyppigheden af indberettede nye tilfælde af hiv pr. million indbyggere er mere end fordoblet fra 2000 fra 44 pr. million i 2000 til 89 pr. million i 2008. Dette baseres på de 43 lande, som løbende har indberettet hiv-overvågningsdata.
- Blandt de 46 lande, der konsekvent har indberettet aids-data for 2000–08, er antallet af indberettede aids-diagnoser faldet fra 12 072 tilfælde (19/million) til 7 564 tilfælde (12/million).
- De præsenterede data har visse begrænsninger på grund af ufuldstændig indberetning og manglende data fra den række lande, og fordi dataene er genstand for indberetningsforsinkelser. Det begrænser de konklusioner, som kan drages med hensyn til hiv- og aids-epidemiens omfang i Europa. Hvis dataene skal korrigeres for disse begrænsninger, ville det samlede antal hiv-smittede sandsynligvis være fordoblet for 2008. Det indberettede antal for 2008 forventes at blive opdateret i de kommende år på grund af indberetningsforsinkelsen i adskillige lande.

Henstillinger vedrørende overvågning af hiv/aids

Hiv/aids-overvågningsdata er afgørende for at kunne overvåge tendensen i hiv-epidemien og evaluere sundhedsvæsenets respons. Derfor bør alle lande i Europa:

- indføre casebaserede nationale indberetningssystemer for hiv- og aids-tilfælde og sikre, at de er fuldstændige og rettidige, og
- forbedre kvaliteten af de indberettede data, især med hensyn til mulige smitteveje.

Henstillinger vedrørende folkesundheden

Foranstaltninger til kontrol af epidemien skal være evidensbaserede og tilpasses landet og det geografiske område. Ud fra overvågningsdataene er det rimeligt at anbefale følgende:

- For landene i øst: Foranstaltninger til at kontrollere hiv blandt intravenøse stofmisbrugere bør være hjørnестenen i hiv-forebyggelsesstrategierne. Der skal også ske en styrkelse af foranstaltningerne til forebyggelse af heteroseksuel smitteoverførsel målrettet personer med højrisikopartnere.
- For landene i den centrale del: Forebyggelsen skal tilpasses det enkelte lands forhold for at begrænse epidemien til dens nuværende lave niveau. Da smitten blandt MSM er stigende, bør foranstaltningerne til kontrol af hiv i denne gruppe styrkes som en prioritet.
- For landene i vest: Foranstaltninger til kontrol af hiv blandt mænd, som har sex med mænd, bør være hjørnестenen i hiv-forebyggelsesstrategierne og omfatte innovative programmer til denne gruppe. Foranstaltninger til forebyggelse, behandling og pleje skal tilpasses, således at de når ud til indvandrerbefolkningerne.
- Hiv-rådgivning og hiv-testning skal generelt fremmes for at sikre tidlig diagnose og adgang til behandling og rådgivning for at forebygge eller mindske smitteoverførslen og forbedre de langsigtede behandlingsresultater for de berørte personer. Der skal sikres lige adgang til hiv-behandling og -pleje for alle befolkningsgrupper med behov, således at landene kan opfylde det globale mål om fri adgang til forebyggelse, behandling og pleje.

Bilag: ECDC-publikationer i 2009

Denne liste indeholder kun officielle ECDC-publikationer i 2009. De kan alle findes på centrets webportal (www.ecdc.europa.eu), og mange af dem fås også i trykt version. Nogle af dem er blevet opdateret i løbet af året, eller der er kommet andenudgaver af dem – nedenstående liste refererer til den nyeste udgave.

ECDC's personale har i løbet af året offentliggjort eller samarbejdet om mange videnskabelige artikler og andre publikationer, herunder *Eurosurveillance*, der ikke er opført her. Centret har ligeledes præsenteret et stort antal korte kommunikationsmaterialer vedrørende influenzapandemien, samt risikovurderinger og beredskabsforudsætninger. Disse materialer findes elektronisk, men er ikke opført her.

Tekniske rapporter

Maj

Development of *Aedes albopictus* risk maps

Juni

Risk assessment guidelines for infectious diseases transmitted on aircraft

Guide to public health measures to reduce the impact of influenza pandemics in Europe – 'The ECDC Menu'

Surveillance and studies in a pandemic in Europe

Juli

Migrant health series: Background note

Migrant health series: Epidemiology of HIV and AIDS in migrant communities and ethnic minorities in EU/EEA countries

Migrant health series: Access to HIV prevention, treatment and care for migrant populations in EU/EEA countries

September

Mapping of HIV/STI behavioural surveillance in Europe

The bacterial challenge: time to react (ECDC/EMEA Joint Technical Report)

November

Effectiveness of behavioural and psychosocial HIV/STI prevention interventions for MSM in Europe

ECDC-vejledning

Maj

Interim ECDC public health guidance on case and contact management for the new influenza A(H1N1) virus infection

Juni

Chlamydia control in Europe

Mitigation and delaying (or 'containment') strategies as the new influenza A(H1N1) virus comes into Europe

Public health use of influenza antivirals during influenza pandemics

August

Use of specific pandemic influenza vaccines during the H1N1 2009 pandemic

November

Scientific panel on childhood immunisation schedule: Diphtheria-tetanus-pertussis (DTP) vaccination

Risk assessment guidelines for diseases transmitted on aircraft – Part 2: Operational guidelines for assisting the evaluation of risk for transmission by disease

Overvågningsrapporter

Marts

Tuberculosis surveillance in Europe – 2007

Juni

Analysis of influenza A(H1N1)v individual data in EU and EEA/EFTA countries

Preliminary report on case-based analysis of influenza A(H1N1) in EU and EEA/EFTA countries

Oktober

Annual epidemiological report on communicable diseases in Europe – 2009

December

HIV/AIDS surveillance in Europe – 2008

Møderapporter

Marts

Expert meeting on chikungunya modelling (April 2008)

Consultation of the ECDC Competent Bodies for preparedness and response (October 2008)

Consultation on Crimean-Congo haemorrhagic fever prevention and control (September 2008)

Training strategy for intervention epidemiology in the European Union (October 2008)

ECDC workshop on social determinants and communicable diseases (March 2009)

April

Technical meeting on hepatitis A outbreak response (November 2008)

Maj

European pandemic influenza planning assumptions (January 2009)

Juni

Expert consultation on rabies post-exposure prophylaxis (January 2009)

Scientific Consultation Group – second meeting (December 2008)

August

Surveillance and studies in a pandemic: Fourth meeting of the SSiaP working group (July 2009)

Expert consultation on West Nile virus infection (April 2009)

Oktober

First meeting of ECDC Expert Group on Climate Change (September 2009)

November

Ensuring quality in public health microbiology laboratories in the EU: Quality control and areas in need of strengthening (September 2009)

December

Joint ECDC/EUPHA meeting on health communication for innovation in the EU: a focus on communicable diseases (May 2009)

Tekniske dokumenter

Juli

Web service technical documentation, TESSy, Version 1.1

Transport Protocol Specification XML – Extensible Markup Language, TESSy, Version 2.6

Transport Protocol Specification CSV – Comma Separated Value, TESSy

September

Overview of surveillance of influenza 2009/2010 in the EU/EEA

November

Protocols for cohort database studies to measure influenza vaccine effectiveness in the EU and EEA Member States

Protocols for case-control studies to measure influenza vaccine effectiveness in the EU and EEA Member States

December

Protocol for cluster investigations to measure influenza vaccine effectiveness in the EU/EEA

Corporate-publikationer

Kvartalsvis (marts, juni, september, december)

ECDC Insight

Executive Science Update

Juni

Annual Report of the Director – 2008

Summary of key publications

August

Annual Report of the Director: Summary – 2008