



ECDC **CORPORATE**

Sammendrag af nøglepublikationer 2010

ECDC CORPORATE

Sammendrag af nøglepublikationer 2010



Forslag til henvisning: Det Europæiske Center for Forebyggelse af og Kontrol med Sygdomme. Sammendrag af nøglepublikationer 2010. Stockholm: ECDC, 2011.

Stockholm, april 2011

© Det Europæiske Center for Forebyggelse af og Kontrol med Sygdomme
Gengivelse af indholdet heri er tilladt med kildeangivelse.

Indhold

Indledning.....	v
Tekniske rapporter	1
1 Risikovurdering for Q-feber	1
2 Overvågning og forebyggelse af hepatitis B og C i Europa	3
ECDC-vejledning	5
3 Håndtering i sundhedsvæsenet af sporadiske tilfælde af invasiv meningokoksygdom og smittede personers kontakter	5
4 Hiv-testning: Større gennemslagskraft og øget effektivitet i Den Europæiske Union	7
Overvågningsrapporter	11
5 Tuberkuloseovervågning i 2008	11
6 Influenzaovervågning i Europa 2008/2009 – uge 40/2008 til uge 39/2009	13
7 Overvågning af invasive bakterielle sygdomme i Europa 2007.....	14
8 Epidemiologisk årsrapport om overførbare sygdomme i Europa 2010	16
9 Overvågning af antimikrobiel resistens i Europa i 2009.....	21
10 Overvågning af hiv/aids i Europa i 2009	23
Specialrapporter	25
Gennemførelse af Dublin-erklæringen om partnerskab om bekæmpelse af hiv/aids i Europa og Centralasien: Statusrapport fra 2010.....	25
12 A(H1N1)-pandemien i Europa i 2009 – en gennemgang af forløbet	28
13 Udviklingen hen mod udryddelse af TB – en opfølgning på rammehandlingsplanen for bekæmpelse af tuberkulose i Den Europæiske Union	30
Bilag: ECDC-publikationer i 2010	31
Tekniske rapporter	31
ECDC-vejledninger.....	31
Overvågningsrapporter	31
Specialrapporter	32
Mødereferater	32
Rapporter fra tjenesterejser	32
Tekniske dokumenter	32
Corporate udgivelser.....	33
Regelmæssige publikationer	33

Indledning

I 2010 offentliggjorde Det Europæiske Center for Forebyggelse af og Kontrol med Sygdomme (ECDC) i alt 35 faglige dokumenter. Særligt bør nævnes::

- *Annual epidemiological report on communicable diseases in Europe 2010 (Årlig rapport om smitsomme sygdomme i Europa 2010)*, den fjerde udgave af ECDC's årlige publikation med et samlet resumé af overvågningsdata for 2008
- *"Tuberculosis surveillance in Europe 2008"* (Overvågning af tuberkulose i Europa) og *"HIV/AIDS surveillance in Europe 2009"* (*Overvågning af hiv/aids i Europa 2009*), der begge er udarbejdet i fællesskab med Verdenssundhedsorganisationens regionale kontor for Europa og dækker overvågningsdata for de to sygdomme i Den Europæiske Union (EU) og i landene i Det Europæiske Økonomiske Samarbejdsområde (EØS) samt yderligere 23 lande i det område, der hører under Verdenssundhedsorganisationens regionale kontor for Europa.
- *Implementing the Dublin Declaration on Partnership to Fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia: 2010 Progress Report (rapport 2010 om gennemførelsen af Dublin-erklæringen om partnerskab til bekæmpelse af hiv/aids i Europa og Centralasien)*, en gennemgang af resultaterne frem til 2010 baseret på data fra 49 lande.
- "Antimicrobial resistance surveillance in Europe 2009 (Overvågning af antimikrobiel resistens i Europa 2009) årlig rapport fra European Antimicrobial Resistance Surveillance Network (EARS-Net)", den første årsrapport fra det europæiske netværk til overvågning af antimikrobiel resistens (EARS-Net), efter at Det europæiske overvågningssystem for antimikrobiel resistens (EARSS) overgik til ECDC den 1. januar 2010, indeholder europæiske referencedata om antimikrobiel resistens med henblik på anvendelse inden for sundhedsvæsenet.
- *"The 2009 A(H1N1) pandemic in Europe, a review of the experience"* (en gennemgang af erfaringerne fra A(H1N1) –influenzapandemien i 2009, en omfattende oversigt over epidemiologien og virologien for influenzapandemien i EU- og EØS-landene.

Der er udarbejdet resumeer af udvalgte ECDC-dokumenter, som de ovenstående, til brug for de politiske beslutningstagere på alle EU's sprog samt islandsk og norsk. De afspejler ånden i de oprindelige publikationer, men vigtige nuancer kan være gået tabt i sammenfatningsprocessen. For at få et mere detaljeret billede, bør man læse dokumenterne i deres fulde ordlyd, som findes på: www.ecdc.europa.eu.

En liste over alle ECDC's publikationer i 2010 er vedhæftet som bilag. De er alle tilgængelige i elektronisk form på ovenstående link sammen med en kort beskrivelse af indholdet. Udvalgte rapporter foreligger desuden i trykt form. Du kan rekvirere en hvilken som helst af dem som papirkopi ved at sende en e-mail til publications@ecdc.europa.eu.

Tekniske rapporter

1 Risikovurdering for Q-feber

(Offentliggjort i maj 2010)

På anmodning af Europa-Kommissionen blev der udført en **risikovurdering** af spørgsmål knyttet til Q-feber og sygdommens overførsel gennem blod, de helbredsmæssige konsekvenser forbundet med kronisk Q-feber og risiko for gravide kvinder. Med henvisning til det nuværende udbrud i Holland blev ECDC desuden anmodet om at se nærmere på spredning over landegrænserne og behovet for bedre overvågningssystemer. Risikovurderingen blev udført efter principperne for evidensbaseret metodik ved at definere søgekriterier for hvert spørgsmål og inklusions- og eksklusionskriterier for de fundne undersøgelser samt ved at vurdere dokumentationens kvalitet. En gennemgang af den bedste foreliggende dokumentation blev fremlagt for og drøftet med et ekspertpanel med repræsentanter fra Nederlandene, Frankrig, Tyskland, Det Forenede Kongerige og USA. Arbejdet har fundet sted samtidig og koordineret med en risikovurdering vedrørende Q-feber fra Den Europæiske Fødevarsikkerhedsautoritet.

Akut Q-feber er typisk en mild, selvbegrænsende, influenzalignende sygdom, men fremtræder undertiden med lungebetændelse, leverbetændelse og andre symptomer. Sædvanligvis giver behandling med en to-ugers doxycyclin-kur gode resultater.

Coxiella burnetii er en obligat intracellulær bakterie, der kan overføres gennem **blod og væv**. Risikoen for overførsel er ringe, og i litteraturen er kun omtalt et tilfælde heraf. Under et udbrud bør det endemiske område fastlægges, og der bør overvejes sikkerhedsforanstaltninger som aktiv overvågning blandt blod- og vævsrecipienter, screening af donorer og screening af blod- og vævsprodukter. For tilrejsende, der vender tilbage fra området inden for et tidsrum svarende til inkubationsperioden, og som har asymptomatisk bakteræmi (fem til syv uger), kan det overvejes at udsætte tapning af blod indtil denne periode er slut. En antibiotikakur kan overvejes for særligt udsatte blodrecipienter, f.eks. patienter med hjerteklapfejl. Donorer, der har haft en akut infektion med Q-feber, bør vente med at give blod indtil to år efter bekræftet helbredelse for den akutte infektion. Fordelene ved sådanne forholdsregler må nøje afvejes mod eventuelle negative virkninger på blodforsyningen i området. Der bør udformes en strategi for risikokommunikation.

Kronisk Q-feber er en alvorlig komplikation til akut infektion med Q-feber. Den udvikles hos godt 2 % af de akutte symptomgivende tilfælde og har en dødelighed på mellem 5 % og 50 %. Kronisk Q-feber er årsag til endokarditis i risikogrupper som patienter med tidligere hjerteklapsygdom, kunstig hjerteklap eller vaskulært transplantat. Kræftpatienter og immunkompromitterede patienter har ligeledes forhøjet risiko. Kronisk Q-feber kræver behandling mindst en gang årligt, i nogle tilfælde hele livet, med flere forskellige antibiotika. Kirurgisk udskiftning af beskadigede hjerteklapper kan være nødvendig.

Effektiv diagnosticering og behandling af akut Q-feber er den bedste strategi til at undgå kroniske tilfælde. Der beskrives tre mulige strategier: (1) oplysning blandt sundhedspersonale og i offentligheden, således at risikogrupperne nås, (2) aktiv opfølgning med serologi hos kendte risikogrupper med henblik på tidlig diagnose og behandling af akutte infektioner med Q-feber, og (3) henvisning af alle kendte tilfælde af akut Q-feber til ekkokardiografi med henblik på aktiv påvisning og opfølgning.

Der er brug for at iværksætte gode, prospektive kohorteundersøgelser og kontrollerede forsøg (når disse er etisk forsvarlige) for at få bedre viden om, hvordan udbrud af Q-feber i befolkningen kan forebygges og begrænses, og hvordan den kroniske sygdom skal diagnosticeres og behandles på klinisk niveau.

For Q-feber under graviditet findes der kun meget begrænset dokumentation, der hovedsagelig stammer fra iagttagelser og forskning hos husdyr og forsøgsdyr, seroprævalensundersøgelser, kasuistik og en enkelt række tilfælde omfattende 53 gravide kvinder gennem en 15-årig periode. Risikoen for et negativt udfald ved Q-feber hos gravide kvinder i forhold til risikoen hos den almindelige (kvindelige) befolkning kan ikke opgøres kvantitativt på grundlag af de aktuelt tilgængelige data. Der er beskrevet flere tilfælde af infektion med *Coxiella burnetii* under graviditet med negativ indvirkning på graviditetsresultatet. I visse af tilfældene blev *Coxiella burnetii* påvist i placenta og i det føtale væv. *Coxiella* er desuden påvist i modermælk, men der findes ingen validerede tilfælde af overførsel til det brystammede barn.

Der er visse tegn på, at antibiotisk langtidsbehandling med cotrimoxazol har potentiale til at forebygge negative graviditetsresultater, men dette bygger på en serie tilfælde uden randomisering og uden kontrol for eventuel fejl og skævheder. Så længe der ikke foreligger anden dokumentation fra behandlingsundersøgelser af høj kvalitet, bør gravide kvinder, der har fået diagnosticeret infektion med Q-feber, behandles med antibiotika i hele den resterende graviditetsperiode. Det videnskabelige grundlag for denne anbefaling er imidlertid svagt, og ECDC anbefaler kraftigt, at der udføres randomiserede kontrollerede forsøg for at skaffe mere pålidelig dokumentation.

Gravide kvinder bør frarådes at besøge landbrug i de berørte områder. ECDC fraråder ikke amning bortset fra kroniske tilfælde, hvor langtidsbehandling af moderen er nødvendig.

I Australien er en formalininaktiveret vaccine af helcelletypen mod Q-feber godkendt og i produktion. Vaccinen er effektiv, men prævaccinationstest er nødvendig på grund af den høje reaktogenicitet hos personer, der tidligere har været smittet med *Coxiella burnetii*, hvorfor vaccinen egner sig bedre til bestemte risikogrupper end til et generelt vaccinationsprogram.

Den foreliggende dokumentation tyder på, at den effektive radius for luftbåren spredning af *Coxiella burnetii* er mindre end 5 km. Risikoen for luftbåren spredning fra Holland er derfor begrænset til nabostaterne (dvs. Tyskland og Belgien) og til områderne tæt på kilderne til udbruddet. Aktiv overvågning eller påvisning af tilfælde af akut Q-feber i mulige risikogrupper (dvs. gravide kvinder, patienter med sygdomme i hjerteklapper eller kar) og i et nærmere bestemt tidsrum er en metode, der er rapporteret at være gennemført og effektiv til påvisning af akutte infektioner. I områderne omkring det sted, hvor epidemien udspiller sig (≤ 5 km fra kilden) bør der iværksættes oplysningskampagner blandt sundhedspersonalet. Omfatter disse områder også andre medlemsstater, bør de ansvarlige sundhedsmyndigheder underrette deres kolleger i nabolandet. Deling af information mellem sundheds- og veterinærmyndigheder vil fremme tidlig opdagelse af et udbrud. Endvidere bør sundheds- og veterinærmyndigheder på nationalt og lokalt plan træffe de nødvendige foranstaltninger for at standse et udbrud.

2 Overvågning og forebyggelse af hepatitis B og C i Europa

(Offentliggjort i oktober 2010)

Område

Hensigten med undersøgelsen var at kortlægge de eksisterende nationale overvågningssystemer og forebyggelsesprogrammer for hepatitis B og C i EU/EØS.

Hepatitis B

Overvågning i Europa

Alle lande angav at have et passivt, obligatorisk indberetningssystem for hepatitis B (HBV). I 15 lande var der kun ét specifikt overvågningssystem, mens fire lande havde flere overvågningssystemer. Den nationale målsætning for overvågningen er meget ens i de forskellige lande, men definitionen af tilfælde var ikke altid i overensstemmelse med målsætningen; otte lande angav, at de anvendte EU-definitionen af tilfælde fra 2008, mens tre anvendte EU-definitionen fra 2002. I alt anvendte 21 lande en definition af tilfælde, der lå tæt op ad EU-definitionen. Baseret på de forskellige definitioner af tilfælde rapporteres bekræftede tilfælde af 28 lande, og 27 medtager akutte tilfælde af hepatitis B. Kroniske tilfælde medtages i rapporterne af 17 lande, asymptomatiske tilfælde udelades ofte. 26 lande oplyste, at de indsamlede tilfælde-baserede data på nationalt plan, men analysehyppigheden varierer mellem landene. I 26 lande indsamles et grundlæggende sæt oplysninger, (alder, køn, bopæl, sygdommens indsættelse, indberetningsdato), men ofte mangler der detaljerede oplysninger om den epidemiologiske risiko forbundet med sygdommen og sygdommens virkninger.

Epidemiologi i Europa

Antallet af nyrapporterede tilfælde pr. 100 000 indbyggere i 2007 var ifølge rapporteringen fra 27 lande mellem 0 og 15,0 og i gennemsnit 1,5 (Annual Epidemiological Report on Communicable Diseases in Europe 2009. Stockholm: ECDC; 2009). Antallet af HBV-tilfælde pr. 100 000 indbyggere i EU-/EØS-staterne faldt fra 6,7 til 1,5 mellem 1995 og 2007. Det kan være vanskeligt at følge udviklingen og sammenligne mellem landene, da overvågningssystemerne er temmelig forskellige, og da senere ændringer kan påvirke de fremlagte data.

Prævalensen af HBV i befolkningen som helhed varierer meget fra land til land. Antallet af HBsAg-bærere er således lavt til mellemhøjt i Slovakiet (1,6 %), Italien (1 %), Belgien og Frankrig (omkring 0,6 %), Finland, Ungarn og Det Forenede Kongerige (alle under 0,5 %) samt Bulgarien (3,8 %). Screening for HBV hos gravide udføres i 24 lande, men ikke i Belgien, Bulgarien, Litauen, Luxembourg eller Rumænien. Prævalensen hos gravide kvinder varierer fra 1,15 % i Grækenland til 0,14 % i Finland. Der er desuden screeningsprogrammer for stiknarkomaner (15 af 29 lande), fængselsindsatte (11 lande), klienter på klinikker for seksuelt overførte sygdomme (ni lande) og personer med mange seksualpartnere (to lande). Otte lande oplyste, at prævalensen af HBV blandt stiknarkomaner var højere end i befolkningen som helhed. Prævalensen blandt stiknarkomaner er meget forskellig og varierer fra 0,5 % i Norge til 50 % i Danmark. I Danmark og Tyskland var prævalensen hos sundhedspersonale den samme som i befolkningen som helhed.

Screening og vaccination

Almene vaccinationsprogrammer for spædbørn, børn og unge blev gennemført i 22 lande. Syv lande (Danmark, Finland, Island, Norge, Sverige, Nederlandene og Det Forenede Kongerige) har gennemført selektive vaccinationsprogrammer for risikogrupper. Yderligere forebyggelsesprogrammer for andre risikogrupper var sædvanligvis rettet mod personer med øget risiko for HBV som følge af erhvervs-mæssig eksponering. Derudover er der en række vaccinationsprogrammer for meget forskellige risikogrupper. Kun halvdelen af lande med et alment vaccinationsprogram angav uensartet dækning, men hos små børn (et til to år) synes dækningen at være over 95 % (bortset fra Østrig, Malta og Frankrig).

Hepatitis C

Overvågning i Europa

Alle EU-/EØS-lande angav at have indført et rapporteringssystem for hepatitis C (enten på nationalt plan eller målrettet mod en bestemt befolkningsgruppe). I 14 lande var der ét specifikt overvågningssystem, mens 15 lande oplyste at anvende flere forskellige overvågningssystemer for hepatitis C (HCV). De nationale målsætninger for overvågningen er meget ensartede i de forskellige lande, men definitionerne af tilfælde synes ikke altid at svare til målsætningen. 11 lande angav, at de har indført EU-definitionen af tilfælde fra 2008, mens fire lande anvender EU-definitionen af tilfælde fra 2002. Alligevel er der store forskelle i, hvordan definitionen af tilfælde anvendes i medlemsstaterne, navnlig ved klassificeringen af tilfælde. Alle lande medtog bekræftede akutte tilfælde i

overvågningssystemerne¹, og 8 lande medtog desuden kroniske tilfælde. Nogle lande angav at indsamle en blanding af tilfælde, og at der ikke forelå serologiske markører til at skelne mellem akut og kronisk hepatitis C. Dette vanskeliggør fortolkningen af de foreliggende data på tværs af landene. 26 lande angav at indsamle tilfælde-baserede data på nationalt plan, men analysehyppigheden varierer mellem landene. Foruden den kliniske rapportering indsamler 19 lande laboratoriedata som led i overvågningssystemet, mens 10 lande ikke medtager laboratorierapportering. I 26 lande indsamles et grundlæggende sæt oplysninger (alder, køn, bopæl, sygdommens indsættelse, rapporteringsdato), men ofte mangler der detaljerede oplysninger om den epidemiologiske risiko forbundet med sygdommen og sygdommens virkninger. Underrapportering synes at være almindeligt forekommende på grund af sygdommens asymptomatiske karakter.

Epidemiologi i Europa

Antallet af nyrapporterede tilfælde pr. 100 000 indbyggere i 2007, som blev indberettet af 27 medlemsstater, er mellem 0 og 36 med en gennemsnitlig forekomst på 6,9 tilfælde pr. 100 000 indbyggere (AER, ECDC 2009). Det rapporterede antal HCV-tilfælde pr. 100 000 indbyggere i EU-/EØS-staterne er steget fra 4,5 til 6,9 mellem 1995 og 2007. Grafisk afbildning af tendenserne og sammenligning af data staterne imellem er vanskelig og må ske med forsigtighed, da overvågningssystemerne er ret forskellige, og da senere ændringer kan påvirke de fremlagte data. For HCV vanskeliggøres fortolkningen yderligere af sygdommens asymptomatiske natur, som bevirker, at de indberettede tal muligvis snarere afspejler testpraksis end den sande forekomst, samt det forhold, at der ikke kan skelnes mellem akut og kronisk sygdom.

Prævalensdata for HCV i befolkningen som helhed er ret sparsomme. Prævalensen varierer fra 2,6 % i Italien i 2007 til 0,12 % i Belgien i 2003. En forholdsvis høj prævalens blev rapporteret af Bulgarien (1,2 %) og Slovakiet (1,56 %). For stiknarkomaner rapporterede 11 medlemsstater en prævalens på mellem 25 % og 75 %. I 2006-07 har Italien indberettet den laveste prævalens (10,8 % - 25,6 %) og Norge den højeste (70 %). Prævalensdata for HCV er baseret på serologiske markører for hepatitis C, men det fremgår ikke, hvor stor en del af befolkningen, der er bærere af sygdommen og dermed kan smitte andre.

Epidemiologi i Europa

Halvdelen af landene angav at have iværksat screeningsprogrammer for risikogrupper: 16 lande har programmer for stiknarkomaner, 11 for fængselsindsatte. Det er stadig uklart, hvor mange lande der har indført programmer til overvågning af infektionsraten hos sundhedspersonale. Der synes at være behov for flere screeningsprogrammer både for grupper, der har forhøjet risiko eller er vanskelige at nå, og for befolkningen som helhed, men inden sådanne foranstaltninger føres ud i livet, bør der gennemføres en grundig undersøgelse baseret på en analyse af omkostningseffektivitet og tilgængeligheden af effektiv behandling.

Konklusion

Rapporten bygger på data fra 29 EU-/EØS-lande vedrørende overvågnings- og forebyggelsesprogrammer for hepatitis B og C. Alle landene har systemer til dataindsamling på nationalt plan, men systemerne er forskellige med hensyn til den anvendte definition af tilfælde og anvendelsen af de indsamlede data.

Da viral hepatitis er en hyppig og ofte underrapporteret sygdom, tager rapporten sigte på at sammenfatte de nyeste foreliggende prævalensdata på EU-plan. I de nærmeste år bliver det en stor opgave at harmonisere de foreliggende overvågningsdata, så sammenligneligheden mellem landene bliver bedre.

¹ Bekræftede akutte tilfælde af hepatitis C i Frankrig blev kun overvåget i 2006 og 2007, og kun for særlige populationer, f.eks. hiv-smittede mænd, der dyrker sex med andre mænd.

ECDC-vejledning

3 Håndtering i sundhedsvæsenet af sporadiske tilfælde af invasiv meningokoksygdom og smittede personers kontakter

(Offentliggjort i oktober 2010)

Neisseria meningitidis er en almindeligt forekommende kommensal bakterie i menneskers svælgslimhinde. Den kan medføre svær invasiv meningokoksygdom (IMD), sædvanligvis i form af meningitis og/eller septikæmi. Uheldigvis er der store forskelle i den måde, sundhedsvæsenet i Europa håndterer sporadisk IMD på, hvilket delvis kan tilskrives usikkerheden omkring effektiviteten af forebyggende foranstaltninger.

Formålet med dokumentet er at give evidensbaseret vejledning om god praksis i sundhedsvæsenets behandling af sporadiske tilfælde af meningokoksygdom og de personer, de har kontakt med. Derudover er formålet at bistå lande i hele Europa med at træffe beslutning om egnede foranstaltninger til at begrænse og forebygge meningokoksygdom på nationalt og subnationalt plan. Vejledningen forventes at kunne bistå de europæiske lande med at gennemgå deres egne politikker for, hvordan meningokoksygdom håndteres af sundhedsvæsenet og diagnosticeres mikrobiologisk. De her fremlagte resultater omfatter ikke vejledning i behandling af eksponeret sundhedspersonale eller håndtering af udbrud, men dækker følgende relevante områder:

- Laboratorieprøver, som bekræfter diagnosen IMD.
- Anvendelse af antibiotika ved udskrivning fra hospital.
- Kemoprofylakse til nære kontakter under forskellige scenarier.
- Valg af antibiotika til kemoprofylakse til forskellige grupper (voksne, børn, gravide kvinder).
- Anvendelse af meningokokvaccine i tilslutning til kemoprofylakse.

Foruden kvaliteten af den videnskabelige dokumentation tages der i konklusionerne hensyn til mulige gavnlige og skadelige virkninger, værdier, byrder og omkostninger.

Resultater

Konklusionerne bygger på en systematisk gennemgang og kritisk vurdering af den på nuværende tidspunkt bedste foreliggende dokumentation. For en mere omfattende oversigt henvises til dokumentets hoveddel.

1. Hvilke laboratorieprøver tilrådes anvendt for at stille en præcis (følsom, specifik) og hurtig diagnose af IMD?

Spørgsmål: Hvad er de mest følsomme og specifikke laborietest til bekræftelse af diagnosen IMD?

- Som diagnostiske test bør polymerasekædereaktion (PCR) og dyrkning foretrækkes, baseret på dokumentation af moderat kvalitet. Mikrobiologiske laboratorier, der diagnosticerer meningokoksygdom, bør have mulighed for at anvende PCR-test, hvis det er logistisk og økonomisk muligt. Er antimikrobiel behandling allerede iværksat, fås bedre følsomhed af diagnosen hos patienter med hudlæsioner ved at anvende PCR-test af hudbiopsi/aspirat som supplement til blod/cerebrospinalvæske (CSF) – baseret på dokumentation af lav kvalitet.

2. Bør der ved udskrivning af en patient med IMD fra hospitalet gives antibiotika ud over dem, der er anvendt i den kliniske behandling?

Spørgsmål: Er det mere effektivt at give antibiotika til eradikation af bærertilstand hos en IMD-patient med henblik på at undgå sekundære tilfælde ved udskrivning fra hospital end at lade være?

- Dokumentationen for eller imod administration af antibiotika til en IMD-patient ved udskrivning fra hospital er af meget lav kvalitet. Der findes dog dokumentation (af moderat kvalitet) for effektiviteten af kemoprofylakse til nære kontakter. På baggrund af de forholdsvis lave omkostninger ved denne intervention bør antibiotika derfor tilbydes til eradikation af bærertilstand, hvis sådan behandling ikke i forvejen gives.

3. Bør kemoprofylakse gives til personer i samme husholdning eller med tilsvarende grad af kontakt med en patient med IMD?

Spørgsmål: Hvor effektiv er kemoprofylakse til personer i samme husholdning som en IMD-patient til at forhindre nye tilfælde blandt disse kontakter?

- Personer, der er i kontakt med en IMD-patient bør tilbydes kemoprofylakse med et antibiotisk regime, der medfører eradikation af bærertilstand. Dette er baseret på dokumentation af moderat kvalitet fra observationsundersøgelser.

4. Bør kemoprofylakse gives til børn eller studerende, der går i samme børneinstitution, skole eller lærestanst som en patient med IMD?

Spørgsmål: Hvor effektiv er administration af kemoprofylakse til en IMD-patients kontakter i børneinstitutioner, skoler eller lærestanst til at forebygge nye tilfælde blandt disse kontakter?

- En risikovurdering bør afgøre, om kemoprofylakse skal tilbydes børn, der går i samme børneinstitution som en patient med IMD. Dette er baseret på dokumentation af lav kvalitet. At gå i samme skole eller lærestanst som en IMD-patient bør i sig selv ikke være en indikation for kemoprofylakse.

5. Bør kemoprofylakse gives til personer, der har delt glas eller kop med en IMD-patient?

Spørgsmål: Hvor effektiv er kemoprofylakse af personer, der har delt glas eller kop (eller har haft tilsvarende kontakt, f.eks. delt cigaret, delt spisebestik) med en IMD-patient, til at forebygge nye tilfælde blandt disse kontakter?

- At have delt glas, kop, cigaret eller haft tilsvarende kontakt med en IMD-patient bør ikke i sig selv være en indikation for kemoprofylakse. Dette er baseret på dokumentation af lav kvalitet.

6. Bør kemoprofylakse gives til personer, der har delt transportmiddel (f.eks. fly, båd, bus, bil) med en IMD-patient?

Spørgsmål: Hvor effektiv er kemoprofylakse til kontakter, der har delt transportmiddel med en IMD-patient, til at forebygge nye tilfælde blandt disse kontakter?

- Den foreliggende dokumentation er af meget lav kvalitet. Risikoen for overførsel af sygdommen kan ikke vurderes kvantitativt ud fra denne dokumentation. Der er ikke beskrevet bekræftede sekundære tilfælde i dette scenarie. At dele transportmiddel med en IMD-patient bør derfor ikke i sig selv være en indikation for kemoprofylakse.

7. Hvilket antibiotisk behandlingsregime bør anvendes til kemoprofylakse hos voksne, børn og gravide kvinder?

Spørgsmål: Hvilket antibiotisk behandlingsregime er mest effektivt til eradikation af bærertilstand hos voksne, børn og gravide kvinder?

- Rifampicin, ciprofloxacin, ceftriaxon, azithromycin og cefixim kan anvendes til profylakse hos voksne og børn. Dette er baseret på dokumentation af moderat til høj kvalitet. Intet regime synes at være overlegent, men ciprofloxacin, azithromycin og ceftriaxon kan gives som en enkelt dosis. Resistensudvikling er beskrevet ved brug af rifampicin.

8. Bør meningokokvaccination tilbydes til en IMD-patients kontakter, som i forvejen får kemoprofylakse?

Spørgsmål: Hvor effektiv er vaccination i tilslutning til kemoprofylakse af personer, der deler husholdning med en IMD-patient, til at forebygge nye tilfælde blandt disse kontakter?

- Kvaliteten af den foreliggende dokumentation er meget ringe, og følgende konklusioner er baseret på indirekte vidnesbyrd: Er meningokoksygdommen forårsaget af en bakteriestamme, som der findes en godkendt effektiv vaccine mod, bør de øvrige personer i husholdningen tilbydes vaccination i tilslutning til kemoprofylakse, medmindre de anses for allerede at være immune.

4 Hiv-testning: Større gennemslagskraft og øget effektivitet i Den Europæiske Union

(Offentliggjort i oktober 2010)

Vejledningens område og formål

Hensigten med denne evidensbaserede vejledning er at give information til udvikling, overvågning og evaluering af nationale strategier eller programmer til hiv-testning i landene i Den Europæiske Union (EU) og Det Europæiske Økonomiske Samarbejdsområde (EØS).

Hvorfor er det vigtigt at teste for HIV?

Antallet af hiv-smittede stiger fortsat i Europa som helhed, og mange lande melder om problemer med for sent stillet diagnose. Der er solid dokumentation for, at tidligere behandling giver lavere morbiditet og mortalitet, men mange med hiv er udiagnosticerede indtil et sent tidspunkt i infektionsforløbet. Da hiv-infektion kan være næsten asymptomatisk i mange år, er testning den eneste måde hvorpå der kan opnås tidlig diagnose og tidlig henvisning af patienten til behandling og pleje. Personer, der har fået stillet diagnosen tidligt, har desuden muligvis mindre sandsynlighed for at overføre virus til andre, både på grund af deres lavere smittefarlighed som følge af behandlingen og på grund af ændret seksuel adfærd og injektionspraksis. Smitteoverførsel fra moder til barn kan effektivt forebygges ved at teste og behandle den gravide for hiv. Tidlig diagnose af hiv har således store fordele både for individet og samfundet og bør prioriteres højt i sundhedsvæsenet.

Hovedprincipper for nationale strategier for hiv-testning

Hiv-testning bør være frivillig og fortrolig og foretages med informeret samtykke

Der bør være nem adgang til frivillig testning for alle, og der bør gøres en særlig indsats for at sikre dette for de grupper, der har størst risiko og er mest sårbare for hiv. Hertil hører personer, der er skjult eller marginaliseret i samfundet, og som bør tilskyndes til testning uden tvang eller brud på fortroligheden.

Sikring af adgang til behandling og forebyggelse

Den største fordel ved hiv-testning er adgangen til behandling. Forebyggende og støttende tjenester med klare henvisningsmuligheder og almindelig adgang til behandling skal være en hjørnesten i de nationale hiv-testningsstrategier.

Vis politisk engagement

Regeringerne må prioritere hiv-testningsprogrammet, for at det skal få virkning. Det må gives økonomisk støtte kombineret med overvågning, der sikrer omkostningseffektiv udnyttelse af midlerne.

Mindsk stigmatiseringen

Den stigmatisering, der fortsat råder i forbindelse med hiv, er en barriere for testning, navnlig blandt grupper, der selv er stigmatiseret, og blandt sundhedspersonalet. Det kan modvirkes ved at "normalisere" testningen, så testforløbet minder mere om andre screenings- og diagnosetest, men stadig således, at testning er frivillig.

Fjern juridiske og økonomiske barrierer

Testningsstrategierne skal være således udformet, at man overvinder negative incitamenter til testning af juridisk og økonomisk art. Sådanne negative incitamenter kan være strafferetlig forfølgning for overførsel af hiv eller uoverkommelige krav om betaling for behandlingen. Bortset fra den obligatoriske testning af doneret blod og væv bør det haves for øje, at lovgivning og politikker følger antidiskriminationsprincippet om, at man under ingen omstændigheder påtvinger nogen gruppe at lade sig teste.

Lad adgang til hiv-testning være en integreret del af den nationale strategi

I nationale strategier til forebyggelse og behandling af hiv, andre seksuelt overførte infektioner (STI), viral hepatitis, tuberkulose og andre indikatorsygdomme for hiv skal hiv-testning af passende målgrupper altid være et hovedelement. Øget adgang til og udbredelse af frivillig og fortrolig hiv-testning bør desuden indgå i andre relevante nationale strategier, bl.a. dem, der fokuserer på gravide kvinder, stofmisbrug, sexarbejde og sundhedspleje i fængsler.

Opstil og gennemfør en strategi for hiv-testning med deltagelse af de berørte parter

Brug den tilgængelige information om hiv og de tilknyttede spørgsmål både nationalt og lokalt til at klarlægge, hvilke behov der bør imødekommes og prioriteres. Saml dette i en strategisk målsætning, så alle de inddragede eller berørte parter har en fælles forståelse. For at få udformet strategien må alle de mest berørte parter gå sammen om en fælles målsætning, herunder de personer, der lever med hiv, repræsentanter for de mest berørte samfund, civilsamfundet, forebyggelsestjenester, fagfolk inden for hiv-testning og andre, som bidrager til gennemførelsen af strategien.

Opstil en national strategi for hiv-testning

Hvem skal testes?

Få indsigt i epidemien, og udpeg grupper med størst risiko. En effektiv national tilgang til hiv-testning forudsætter indsigt i den pågældende epidemi på lokalt og nationalt plan. Testningsprogrammerne bør være fokuseret på personer med smitterisiko og prioritere dem, der har den højeste risiko.

Gennemgå overvågningsdata og andre relevante data, herunder oplysninger om udiagnosticeret og sent diagnosticeret hiv, for at få indsigt i epidemien og udviklingen på regionalt og nationalt plan. Nogle grupper har særligt høj risiko for hiv; dette gælder således mænd, der har sex med mænd, stiknarkomaner, indvandrere, især fra lande med højere prævalens, seksualpartnere til personer i alle disse grupper samt børn af hiv-positive mødre. Sådanne undergrupper og/eller de risici, de løber, er ofte skjult og stigmatiseret. For at få grundlag for tiltag til øget hiv-testning er der brug for særlige undersøgelser til klarlæggelse af omfanget af hiv-smitte i disse grupper, deres hiv-testfrekvens og relevante viden, holdninger og adfærd.

Desuden må man se på supplerende oplysninger om andre seksuelt overførte infektioner, foruden seksuel adfærd og forekomsten af stik-narkomani i befolkningen som helhed såvel som i hiv-risikogrupper.

Hvor skal der testes?

Tag logistikken i betragtning

Planlæg, hvordan hiv-testningsprogrammet skal gennemføres, og find løsninger på de logistiske udfordringer. Dette kan omfatte måden, sundhedsydelserne leveres på, om der er gratis adgang til sundhedsydelser, de pågældende tjenesters beredskab, rådgivning og støtte, og hvordan man kan sikre adgang til behandling for hiv og garantere fortrolighed.

Giv mulighed for testning i en række forskellige scenarier

Udnyt kendskabet til epidemien og risikogrupperne til at træffe informerede afgørelser om, hvor der skal tilbydes hiv-testning. Se også på, hvem der på nuværende tidspunkt lader sig teste for hiv og i hvilke scenarier. Forskelligartede behov og barriererne for testning gør det nødvendigt at tilbyde en række forskellige ydelser for at sikre maksimal adgang. Fastlæg, hvilke tiltag der er nødvendige for at indføre nye ydelser eller ændre praksis i den eksisterende sundhedspleje eller andre samfundsytelser. Vurder, om der er administrative bestemmelser, der stiller sig i vejen for testning, herunder krav om at testning sker i primærsektoren eller udføres af bestemte faggrupper, og om der i så fald kan lempes på sådanne krav uden negative følger for testningens kvalitet.

Tilstræb at tilbyde hiv-testning

- Dedikerede hiv-testningstjenester, der giver nem og sikker adgang til hiv-testning alene eller kombineret med andre test.
- Scenarier, hvor hiv-testning bør tilbydes alle: Tjenester for personer i risikogrupperne (klinikker for hud- og kønssygdomme og for stiknarkomaner), svangreklinikker, tjenester til klinisk diagnosticering og behandling af hiv-indikator sygdomme, samt andre miljøer med formodet eller kendt høj prævalens af udiagnosticeret hiv.
- Alle andre sundhedsmiljøer, hvor man bør kunne anmode om at blive testet, eller hvor der er behov for, at sundhedspersoner kan tilbyde testning og er opmærksomme på, om der er behov for det.
- Offentlige teststeder, herunder opsøgende tjenester rettet mod personer, der tilhører en højrisikogruppe og eventuelt er skjult eller marginaliseret og uden kontakt med sædvanlige sundhedstjenester. Målgrupperne bør inddrages i oprettelsen af sådanne tjenester.

Hvornår skal der testes?

Giv retningslinjer for testningsfrekvensen

Hyppigere testning må tilrådes for personer med kontinuerlig risikoadfærd. For eksempel anbefales det i nogle lande, at mænd, der har sex med andre mænd, lader sig teste en gang årligt eller oftere, afhængigt af deres seksuelle adfærd. I de gældende retningslinjer fra Det Europæiske Overvågningscenter for Narkotika og Narkotikamisbrug (EMCDDA) anbefales det at tilbyde stiknarkomaner regelmæssig testning mindst hver 6. til 12. måned.

Hvordan skal der testes?

Styrk bevidstheden i offentligheden

For at hiv-testning skal opsøges og accepteres, må der være forståelse for fordelene i befolkningen, navnlig i højrisikogrupperne. Der behøves en strategisk tilgang til kommunikation via en række forskellige kanaler. Bevidstheden kan øges gennem synlig støtte på højt plan fra meningsdannere, herunder politikere og ledende og kendte personer i samfundet, samt gennem støtte og præcis dækning i medierne.

Sørg for fortrolighed

Fortrolighed er et bærende princip i sundhedsplejen, men for hiv-testning er fortrolighed helt afgørende på grund af den stigmatisering, der råder i forbindelse med hiv, og den adfærd, der fører til dets udbredelse. Relevante faglige retningslinjer og nationale lovkrav skal overholdes. Manglende fortrolighed kan udgøre en barriere for adgangen til hiv-testningstjenester. En klar fortrolighedspolitik og åbenhed omkring denne politik i de scenarier, hvor testningen udføres, kan være med til at overvinde denne barriere. Hiv-testning bør altid tilbydes og drøftes i enrum. Der skal være mulighed for at lade sig teste anonymt.

Styrk bevidstheden blandt fagfolk, og sørg for oplæring af personalet

Oplæring kan styrke sundhedspersonalets bevidsthed, tillid og kompetence omkring tilbuddet om hiv-testning. Hiv-testning kan tilbydes af enhver sundhedsperson med tilstrækkelig oplæring og kvalifikationer, og et udvidet hiv-testningsprogram vil kræve en bredere sammensat arbejdsstyrke, der har den nødvendige sikkerhed og kompetence til at tilbyde det. Også andre end sundhedspersoner kan tilbyde HIV-testning under forudsætning af den fornødne oplæring og kvalitetssikring. De pågældende medarbejdere må have indsigt i fordelene ved hiv-testning og overvinde de barrierer, der måtte gøre det vanskeligt for dem at tilbyde den. Barriererne kan være manglende tillid, tilbageholdenhed over for at tale om sex, stigmatiseret adfærd, angst for at testen er positiv og diskriminerende holdninger til personer, der har risiko for hiv eller er smittet.

Samtale før testen

En kort samtale inden testen om fordelene og de praktiske forhold omkring at blive testet og at få resultatet at vide har vist sig at være acceptabel og er med til at gøre testning mere udbredt. Hovedformålet er at sikre informeret samtykke, der bør dokumenteres, men ikke behøver være underskrevet. Dette er på linje med andre lægelige undersøgelser og er et led i normaliseringen af hiv-testningen. Det forudsætter ikke en detaljeret beskrivelse af tidligere seksualliv eller sprøjtebrug at tilbyde en hiv-test. Dog kan der undertiden være brug for en kort risikovurdering eller mere indgående rådgivning inden testen, f.eks. for bestemte personers vedkommende eller hvis den pågældende sundhedstjeneste har seksuel sundhed og/eller stofmisbrug som sit arbejdsområde. Denne mulighed bør altid vil være åben, og personalet skal vide, hvordan de henviser til kvalificerede rådgivere.

Brug af egnet testningsteknologi

Fastlæg, hvilke hiv-test, der er til rådighed, og vurder deres respektive fordele ved testning i forskellige sammenhænge, herunder hurtige test (i primærsektoren). Testningsteknologien undergår en løbende udvikling, og der bør søges ekspertrådgivning til regelmæssigt at gennemgå de forskellige testmuligheder. Alle reaktive test bør bekræftes, og WHO's retningslinjer herfor følges. Nationale minimumsstandarder for kvaliteten af diagnostisk testning er en forudsætning for høj kvalitet, standardiserede metoder og pålidelige resultater.

Fortæl altid om resultatet

Personer, der har fået foretaget en hiv-test, skal så vidt muligt altid have resultatet at vide, hvad enten det er positivt eller negativt. Er testen positiv, skal der være personale til at yde rådgivning efter testen og være mulighed for henvisning til behandling og støtte. Også når testresultatet er negativt hos en person i en højrisikogruppe, kan den pågældende have fordel af rådgivning og henvisning til relevante forebyggelsestjenester.

Sørg for adgang til hiv-behandling og forebyggelse

Adgang til antiretroviral behandling

Ethvert hiv-testningsprogram skal indeholde klare retningslinjer, der sikrer, at personer der er testet positive, integreres i hiv-behandling. Der bør være almindelig adgang til antiretroviral behandling overalt i Europa. Ikke at have råd til at betale for behandlingen må ikke være en hindring for at blive behandlet, og der må findes løsninger på denne hindring for almindelig adgang til behandling. Alle hiv-testcentre bør have mulighed for at henvise til speciallæge, så snart en person har fået at vide, at testen er positiv. Konsultationen hos speciallægen bør omfatte en vurdering af, hvornår antiretroviral behandling skal påbegyndes samt behovet for anden lægelig behandling og social omsorg og støtte.

Adgang til psykosociale hjælpe- og forebyggelsestjenester

Psykosocial hjælp bør være umiddelbart tilgængelig, når man er blevet testet positiv. For personer, der testes positive, bør speciallægehenvielsen omfatte hjælp til at forebygge yderligere overførsel af hiv. Også personer, der testes negative, bør kunne henvises til rådgivning og hjælp til HIV-forebyggelse, hvis der er nævneværdig risiko for fortsat eksponering, eller hvis den pågældende anmoder om det.

Opfølgning: Monitorering og evaluering

Monitorering og evaluering (M&E) er en væsentlig komponent i et hiv-testprogram og sikrer, at programmet opfylder målet og resulterer i HIV-testning af høj kvalitet. Et godt udformet M&E-system giver input til politikdannelse og bedre og mere effektive interventioner; det fungerer derfor som en rettesnor for den fremtidige tildeling af ressourcer til programmet. De nationale overvågningsdata omfatter antallet af nye tilfælde og den andel af dem, der diagnosticeres i et sent stadium. Det er vigtigt at danne et skøn over antallet af udiagnosticerede tilfælde for at overvåge programmets virkning. Udvidet testning i nye scenarier vil kræve nøje overvågning og evaluering for at sikre, at hiv-testningen bliver af høj kvalitet. Lokale interventioner til fremme af hiv-testning kan

bedømmes på fem kriterier: Gennemførlighed, acceptabilitet, effektivitet og omkostningseffektivitet, evne til at nå målgruppen samt bæredygtighed. Klare, veldefinerede og målbare indikatorer kan lette overvågningen af disse kriterier og danne grundlag for en standardmetode til at rapportere resultater på lokalt og (inter)nationalt niveau.

Overvågningsrapporter

5 Tuberkuloseovervågning i 2008

(Offentliggjort i marts 2010)

Siden den 1. januar 2008 har Det Europæiske Center for Forebyggelse af og Kontrol med Sygdomme (ECDC) og Verdenssundhedsorganisationens (WHO) regionale kontor for Europa i fællesskab koordineret aktiviteterne vedrørende overvågning af tuberkulose (TB) i Europa. Målsætningen er at sikre en høj kvalitet af standardiserede TB-data for alle 53 lande i WHO's europæiske region og Liechtenstein.

WHO's europæiske region

For 2008 blev der indberettet 461 645 TB-tilfælde (52,2 pr. 100 000 indbyggere) af 50 af de 54 lande i den europæiske region², svarende til ca. 6 % af alle TB-tilfælde, der indberettes til WHO på verdensbasis. Indberetningerne af TB-tilfælde i den europæiske region har samlet været stigende siden 2004. I 18 højt prioriterede lande³ faldt det indberettede antal TB-tilfælde i forhold til det foregående år dog med 3,9 % til 87,6 % af alle TB-tilfælde, og for regionen som helhed faldt det samlede antal indberettede tilfælde med 2,6 % mellem 2007 og 2008. Et fald på 4 % siden 2007 i antallet af indberettede nye TB-tilfælde tyder på mindsket udbredelse af TB i regionen. Tilsvarende er også procentdelen af tidligere behandlede tilfælde siden 2007 faldet fra 31,7 % til 29,8 %.

Det højeste antal nydiagnosticerede tilfælde i regionen er i aldersgruppen 25-44 år (42,0 %).

Antallet af indberettede tilfælde af TB koinficeret med hiv fordobledes næsten fra 5 828 i 2006 til 11 395 i 2008 som følge af den øgede testning, der er et led i de intensiverede hiv-behandlingstilbud til TB-patienter i de højt prioriterede lande. For koinfektion med hiv var der uden for de højt prioriterede lande ingen mærkbar stigning i antal indberettede tilfælde i denne periode.

I hele regionen er det samlede antal indberettede tilfælde af multiresistent TB i 2008 fordoblet siden det foregående år som følge af forbedret følsomhedstestning, og prævalensen af multiresistent TB blandt de nye TB-tilfælde var 11,1 %. Det største antal multiresistente TB-tilfælde i regionen forekommer i de højt prioriterede lande, hvor prævalensen er 13,8 % af nydiagnosticerede tilfælde, hvilket er fem gange højere end den tidligere indberettede prævalens i EU/EØS, og er over 50 % blandt tidligere behandlede tilfælde, dvs. over dobbelt så stor en andel som i EU/EØS.

Succesraten for behandlingen af nydiagnosticerede laboratoriebekræftede TB-tilfælde i 2007 er faldet til 70,7 % (sammenholdt med 73,1 % for tilfælde registreret i 2006); 9,0 % blev rapporteret som behandlingssvigt, 8,4 % døde, og 6,9 % udeblev. Behandlingens succesrate i lande uden for EU/EØS er lavere end i EU/EØS, hhv.

67,5 % og 79,5 %. I de 18 højt prioriterede lande lykkedes behandlingen kun for 69,2 % af de nydiagnosticerede laboratoriebekræftede TB-tilfælde, altså langt under målsætningen på 85 % i "Stop TB"-strategien.

TB-dødeligheden er faldet med 45 % fra 9,0 pr. 100 000 indbyggere i 2005 til 5,0 pr. 100 000 indbyggere i 2007. Tilsvarende forholdsmæssige fald blev observeret i EU/EØS og de højt prioriterede lande. Mortaliteten i de højt prioriterede lande var imidlertid fortsat 15 gange højere end i EU/EØS.

Landene i Den Europæiske Union og i Det Europæiske Økonomiske Samarbejdsområde⁴

I 2008 blev der rapporteret 82 611 tilfælde af TB fra 26 lande i EU (dvs. alle undtagen Østrig) og to andre lande i EØS (Island og Norge), hvilket er et fald på 615 tilfælde i forhold til 2007. Over 80 % af tilfældene forekom i de otte lande, hvor der rapporteredes 3 000 eller flere tilfælde (Bulgarien, Frankrig, Tyskland, Italien, Polen, Rumænien, Spanien og det Forenede Kongerige).

² Ingen data fra Monaco, San Marino, Østrig eller Liechtenstein; Liechtenstein er medtaget i denne rapport, men kun som EØS-land, da det ikke er medlemsstat af WHO's europæiske region.

³ Armenien, Aserbajdsjan, Belarus, Bulgarien, Estland, Georgien, Kasakhstan, Kirgisistan, Letland, Litauen, Moldavien, Rumænien, Rusland, Tadsjikistan, Tyrkiet, Turkmenistan, Ukraine, Usbekistan.

⁴ EU27, Island, Liechtenstein og Norge

Den totale indberetningsrate i 2008 var 16,7 pr. 100 000, idet 21 stater havde indberetningsrater under 20 pr. 100 000, mens indberetningsraten var over 20 pr. 100 000 i Rumænien (115,1), de baltiske stater – Litauen (66,8), Letland (47,1), Estland (33,1) – Bulgarien (41,2), Portugal (28,2) og Polen (21,2). Den totale indberetningsrate var 1,2 % lavere end i 2007 (for de 28 rapporterende lande), hvilket afspejler en nedadgående nettotendens i 17 lande.

Der var imidlertid en væsentlig stigning i Malta (28,8 %), Island (19,8 %) og Cypern (12,2 %), og nogen stigning i Sverige (4,9 %) og Det Forenede Kongerige (2,8 %), hovedsagelig tilfælde af udenlandsk oprindelse. I 2008 forekom 22,4 % af tilfældene (spredning: 0-88 %) blandt personer af udenlandske oprindelse, heraf over to tredjedele fra Asien eller Afrika. Hiv-prævalensen blandt TB-patienter steg fra 2006 til 2008 i Estland (fra 9,0 % til 9,9 %), Letland (3,4 % til 6,7 %) og Malta (3,7 % til 9,4 %). I resten af de lande, der har indsendt data, var prævalensen af hiv hos TB-patienter 1 % eller derunder i seks lande, 2-5 % i tre andre, 5-8 % i to lande og 14,6 % i ét land.

Multiresistens forekom forsat hyppigst i de baltiske lande (samlet multiresistens: 15,6 % - 21,3 %) efterfulgt af Rumænien, der for første gang indberettede resultater (14,7 %). Andre lande indberettede lavere andele af multiresistens (0 % - 5 %), sædvanligvis oftere hos patienter af udenlandsk oprindelse. Af de 14 lande, der rapporterede om ekstensiv antibiotikaresistens, havde Rumænien det højeste antal tilfælde (54 i alt), mens Letland og Estland havde den højeste procentdel af ekstensiv antibiotikaresistens blandt de multiresistente tilfælde (hhv. 14,7 og 12,2 %), idet der i Letland var en brat stigning i ekstensiv antibiotikaresistens i forhold til 2007, fra 6 til 19 (6,1 % til 14,7 %).

22 lande rapporterede data for overvågning af behandlingsudfaldet for tilfælde af manifest lungetuberkulose i 2007. Blandt tidligere ubehandlede tilfælde af lungetuberkulose bekræftet ved dyrkning var udfaldet gunstigt hos 79,5 %. Andelen af gunstige udfald var væsentligt lavere blandt tidligere behandlede tilfælde af lungetuberkulose (51,8 %) og blandt dyrkningsbekræftede multiresistente tilfælde af lungetuberkulose efter 24 måneder (30,9 %).

6 Influenzaovervågning i Europa 2008/2009 – uge 40/2008 til uge 39/2009

(Offentliggjort i maj 2010)

Influenzasæsonen 2008/2009 i Europa begyndte i uge 48 i 2008, varede ca. 10 uger i hvert af de berørte lande og sluttede i uge 16 i 2009, efter at den maksimale aktivitet havde krydset kontinentet fra vest til øst. De ugentlige (under)typespecifikke andele af influenza-positive sentinelprøver viste to overlappende toppe, idet influenza A (H3N2) dominerede indledningsvis, før det blev erstattet af influenza B, som var det fremherskende influenzavirus efter uge 8 i 2009. Antigenerne i de cirkulerende influenzavira A (H3N2) og A (H1N1) blev påvist at være nært beslægtet med de tilsvarende komponenter i influenzavaccinen, som blev givet i 2008-2009 på den nordlige halvkugle, mens størstedelen af de isolerede B-vira var af Victoria-stammen, en virus af Yamagata-stammen, og ikke modsvarede komponenten i B-vaccinen. På grund af den forholdsvis lave prævalens af B-vira iagttaget i løbet af sæsonen har denne manglende overensstemmelse imidlertid næppe haft større betydning for folkesundheden.

Tilfælde af den pandemiske 2009-influenza A (H1N1) begyndte at dukke op i Europa i uge 16 i 2009. Ved udgangen af uge 39 var der i alt rapporteret 53 658 tilfælde fra alle EU's medlemsstater, Island, Liechtenstein og Norge, heraf 175 tilfælde med dødelig udgang i 14 lande. De tilfælde-baserede data viste, at patienterne var mellem 0 og 90 år (median: 19 år), 78 % var under 30 år, og skolebørn mellem 5 og 19 år udgjorde 47 % af alle tilfældene. I det store flertal af tilfældene (96 %) var der ingen underliggende sygdom. Af underliggende sygdomme var kronisk lungesygdom den oftest rapporterede og udgjorde 30 % af disse tilfælde. Pneumoni blev angivet som komplikation i 0,6 % af tilfældene af pandemisk influenza, den samlede indlæggelsesprocent var 13 %, og 0,03 % fik dødelig udgang.

EISN-netværket (integrated European clinical and virological influenza surveillance network) viste sig effektivt til rettidigt at detektere begyndelsen af influenzasæsonen 2008/2009, overvåge forløbet og karakterisere dens virologiske hovedtræk. De første pandemiske influenzavira i 2009, der blev fundet hos sentinelpatienter og andre patienter, blev bekræftet inden for hhv. én og tre uger, efter at sygdommen var sat ind hos de første tilfælde i Europa. Ved sentinelovervågning af influenzalignende sygdom og akut luftvejsinfektion fandtes imidlertid først en klar stigning efter 10 ugers forløb. Selv i uge 39 i 2009, hvor der var rapporteret tilfælde af pandemisk influenza fra samtlige EU-medlemsstater, Island, Liechtenstein og Norge, var en stigning i influenzalignende sygdom og akut luftvejsinfektion kun blevet iagttaget i ni ud af de 29 lande, der rapporterede til EISN.

Højere følsomhed vil kræve flere sentinellæger, men også andre systematiske mangler må rettes op. Der foreslås følgende ændringer af influenzaovervågningssystemet i Europa:

- yderligere fremme af den standardiserede rapportering af intensitet, geografisk udbredelse og udviklingstendens for influenzalignende sygdom og akut luftvejsinfektion
- øget overvågning af influenzalignende sygdom og akut luftvejsinfektion, herunder svære akutte luftvejsinfektioner
- indførelse af standardiserede epidemitærskler for sentinelovervågning af influenzalignende sygdom og akut luftvejsinfektion
- videre udbygning af overvågningen af dødeligheden af alle årsager på europæisk plan og regelmæssig offentliggørelse af resultaterne.

7 Overvågning af invasive bakterielle sygdomme i Europa 2007

(Offentliggjort i oktober 2010)

Denne rapport beskriver epidemiologien af invasive bakteriesygdomme forårsaget af *Haemophilus influenzae* og *Neisseria meningitidis* i Den Europæiske Unions (EU) medlemsstater i 2007. De udpegede nationale kontaktpunkter blev anmodet om at indsende data ved hjælp af den reviderede version af datasættet for invasive bakterielle infektioner (IBI), der blev oprettet i 2008 på grundlag af den tidligere EU-IBIS database. Dette datasæt indeholder tilfælde-baserede oplysninger om epidemiologiske variable og laboratorievariable og er inddelt i et sæt kernevariable, der finder anvendelse på alle indberetningspligtige sygdomme i EU, og et udvidet specifikt datasæt af variable for sygdom forårsaget af *Haemophilus influenzae* og invasiv meningokoksygdom. For at fremme indsendelsen af data modtog medlemsstaterne online instruktion i juni 2008, og supplerende instruktionsvideoer og andet materiale blev stillet til rådighed inden indkaldelsen af data.

Af de 30 EU-/EØS-medlemsstater indsendte de 27 data om invasiv sygdom forårsaget af *Haemophilus influenzae*, og 29 indsendte data om invasiv meningokoksygdom.

Invasiv sygdom forårsaget af *Haemophilus influenzae*

- I 2007 indberettedes i alt 2 058 tilfælde af invasiv sygdom forårsaget af *Haemophilus influenzae*. Indberetningsraten varierede mellem medlemsstaterne, idet raterne var højere i de nordiske lande end i resten af Europa og viste stigende tendens. I størstedelen af landene var der imidlertid under 1 tilfælde pr. 100 000 indbyggere. De højeste samlede indberetningsrater fandtes hos børn under et år (3 pr. 100 000, 118 tilfælde). For småbørn var der et betydeligt fald i serotype b i perioden fra 1999 til 2007 (fra 3 pr. 100 000 til 1 pr. 100 000), hvorimod der var en stigning for stammer uden kapsel (fra 1,5 pr. 100 000 til 2,5 pr. 100 000 i samme periode).
- 67 % af alle tilfælde af invasiv infektion med *H. influenzae* rapporteret i 2007 var forårsaget af stammer uden kapsel. Stigningen gennem årene i det indberettede antal stammer uden kapsel kan delvis tilskrives forbedret identifikation af tilfælde og øget følsomhed af overvågningssystemerne, hvilket da også er dokumenteret i flere medlemsstater. Derudover har der imidlertid i EU i de seneste år været en reel stigning i antallet af indberettede serotyper, der ikke dækkes af vaccinen (andre typer end b og stammer uden kapsel). Indførelsen af konjugeret vaccine mod *H. influenzae* type b (Hib) har som følge af faldet i Hib-sygdom medført øget andel af invasive infektioner med *H. influenzae* forårsaget af andre serotyper end b. Men modsat konjugatvaccineprogrammet mod pneumokokker er der ingen konsistent eller omfattende dokumentation for, at massevaccination mod Hib af små børn medfører et skift i serotype hos bærere eller syge. I et nyligt oplæg fra Verdenssundhedsorganisationen (WHO) om konjugatvacciner mod Hib konkluderes, at "skift i bakteriestamme ikke hidtil har været kendetegnende for massevaccination mod Hib".
- Der synes at være sket en forskydning mod ældre aldersgrupper i det absolutte rapporterede antal. 46 % af alle tilfælde rapporteret i 2007 gjaldt ældre over 65 år. Dette resultat er i overensstemmelse med en undersøgelse fra USA, der belyser den øgede incidens af invasiv sygdom forårsaget af *H. influenzae* fra 1996 til 2004. Epidemiologisk ændrede den af *H. influenzae* forårsagede sygdom sig desuden fra overvejende at forekomme hos børn og være domineret af serotype b, til overvejende at forekomme hos voksne og være domineret af stammer, der ikke kan typebestemmes.
- I 2007 forekom op til 60 % af tilfældene hos vaccinerede personer, således som det sædvanligvis ses hos befolkningsgrupper med høj vaccinationsdækning. Af de fuldt vaccinerede var flertallet børn i alderen 1-4 år, mens børn under ét år udgjorde 27 % af tilfældene. Af de foreliggende data kan det ikke vurderes, om de iagttagne tilfælde kan klassificeres som egentlige vaccinesvigt, og det vil kræve yderligere oplysninger at undersøge dette resultat nærmere. Yderligere baggrundsinformation om dette spørgsmål er i nogen grad blevet tilgængelig i en undersøgelse, der blev gennemført af EU-IBIS, og som analyserede Hib-vaccinesvigt påvist ved national overvågning mellem 1996 og 2001 i Europa, Israel og Australien. Undersøgelsen beskrev de kliniske og laboratiemæssige forhold i en stor og forskelligartet population med forskellige vaccinationsplaner.

En genopdukken af Hib-sygdom som følge af vaccinesvigt er desuden udtømmende rapporteret fra Det Forenede Kongerige.

Invasiv meningokoksygdom

- I 2007 blev der indberettet 5 583 tilfælde af invasiv bakteriel sygdom forårsaget af *N. meningitidis* i EU/EØS med en samlet indberetningsrate på 1,12 tilfælde pr. 100 000. Indberetningsraten var forskellig i de forskellige medlemsstater og var højere i Irland og Det Forenede Kongerige end i resten af Europa, dog

med en vedholdende aftagende tendens i begge lande. Ud over disse to lande har endnu seks medlemsstater indberettet om et samlet antal tilfælde på over 1 pr. 100 000 (Belgien, Danmark, Nederlandene, Spanien, Litauen og Malta). Det højeste antal tilfælde af invasiv meningokoksygdom optrådte fortsat hos spædbørn og større børn, idet 50 % af de rapporterede tilfælde omhandlede børn under 10 år. De højeste rater hos børn under et år blev indberettet fra Irland og Det Forenede Kongerige med henholdsvis 74,5/100 000 og 46,6/100 000.

- Ligesom for *H. influenzae* kan forskellene i rapportering af tilfælde tilskrives en række forskellige forhold: Forbedret følsomhed af overvågningsordningerne, forskelle i det overvågede kliniske billede (f.eks. sepsis, meningitis eller begge dele) i hver medlemsstat, forskelle i de anvendte definitioner af tilfælde, forskelle i laboratoriekapacitet eller forskelle i praksis ved blodprøvetagning til tidlig dyrkning. På nuværende tidspunkt har Det Europæiske Center for Forebyggelse af og Kontrol med Sygdomme (ECDC) endnu ikke klart overblik over hovedårsagerne til disse forskelle og råder derfor til forsigtighed ved sammenligning af serogruppe og alder forskellige lande imellem.
- Andelen af tilfælde med manglende oplysninger om serogruppe er høj, navnlig i de østeuropæiske lande. Identifikationen af serogrupper er dog med årene blevet bedre, således at antallet af ukendte i de seneste fem år er faldet væsentligt fra 1 448 i 2003 til 559 tilfælde i 2007. I 2007 var serogruppe B den hyppigst rapporterede serogruppe som årsag til invasiv meningokoksygdom i Europa og udgjorde ca. 90 % af alle anmeldte serogrupper hos børn under fire år. I lande med meningokok C-vaccination er der en udtalt dominans af B-tilfælde i alle aldersgrupper, navnlig i aldersgruppen under et år og mellem et og fire år (henholdsvis 73 og 81 % af tilfældene), som er de sædvanlige målgrupper for vaccination mod serogruppe C.
- I lande med meningokok C-vaccination har der været et dramatisk fald i andelen af tilfælde forårsaget af serogruppe C i de fem år, efter at vaccinen blev indført i den nationale ordning, navnlig i målgrupperne for vaccinationsprogrammerne. Andelen af serogruppe C-tilfælde stiger tilsyneladende med alderen, formentlig som følge af den lave vaccinationsdækning i de ældre aldersgrupper og vaccinationens aftagende virkning efter den primære vaccination. Oplysninger om serotypebestemmelse og undertypebestemmelse af stammer er stigende som følge af indførelsen af molekylære teknikker i flere og flere lande. Antallet af prøver, der serotypebestemmes og undertypebestemmes, er dog fortsat lavt, og resultaterne må fortolkes med forsigtighed. Det største antal undertypebestemte prøver blev rapporteret fra Frankrig, Det Forenede Kongerige og Belgien.

Hovedkonklusioner

Alt i alt er incidensen af begge sygdomme fortsat faldende, navnlig hos små børn, der er målgruppen for vaccinationskampagnerne. På europæisk niveau er der dog et stigende antal tilfælde forårsaget af serotyper og serogrupper, der ikke dækkes af vaccinerne, og som også omfatter små børn, og denne tendens må følges nøje.

Da vaccinationsdækningen er høj for begge vacciner, forekommer der også tilfælde blandt vaccinerede personer. Uheldigvis var der ikke data nok til at foretage en tilbundsående analyse af vaccinesvigt eller til at drage konklusioner om andelen af tilfælde hos vaccinerede personer i lande med eller uden vaccination. Dette skyldes den meget store andel, hvor der mangler oplysninger om vaccinationsstatus, fødselsdato, antal doser modtaget og dato for sidste dosis. Desuden indeholder datasættet endnu ikke alle de nødvendige oplysninger til afgørelse af, om der er tale om vaccinesvigt (dvs. fødselsdato, antal administrerede doser og vaccinationsdatoer).

Bedre sammenlignelighed af data mellem de deltagende lande vil kræve mere standardiserede laboratoriemetoder til identifikation af tilfælde og en fælles definition af tilfælde til brug i den lokale overvågning. Mulighederne for praktisk anvendelse af genotypebestemmelse vil blive bedre og bedre i de europæiske lande, hvorved overvågningsdataene kan blive mere brugbare. Dette kræver dog et tættere samarbejde mellem laboratorier og epidemiologiske centre på nationalt og europæisk plan. I denne forbindelse er et udbud med titlen "Laboratory surveillance and external quality assurance (EQA) of invasive bacterial diseases in EU" (Laboratorieovervågning og ekstern kvalitetssikring af invasive bakterielle sygdomme i EU) blevet vundet af et konsortium af europæiske institutioner koordineret af universitet i Würzburg, og projektet kører nu på andet år. Det er ikke kun fokuseret på ekstern kvalitetssikring og oplæring, men specielt på at styrke og harmonisere laboratoriekapaciteten i medlemsstaterne og styrke samarbejdet mellem laboratorier og offentlige sundhedsinstitutioner i EU. Til gruppens hovedaktiviteter hører fremme af brugen af molekylære typebestemmelsesmetoder til rutinemæssig overvågning.

8 Epidemiologisk årsrapport om overførbare sygdomme i Europa 2010

(Offentliggjort i november 2010)

Denne rapport indeholder en analyse af data rapporteret for 2008 af de 27 EU-medlemsstater og tre EØS-/EFTA-lande: Island, Liechtenstein og Norge. Rapportens hovedformål er ud fra tilgængelige data at give en indikation af, hvor den største belastning fra smitsomme sygdomme i EU findes i dag. På disse områder behøves en bedre koordineret indsats til at lette den nuværende og potentielle fremtidige byrde på samfundet, på folkesundheden og sundhedssystemerne, og til at mindske menneskelige lidelser. Disse data bidrager til ECDC's opgaver bestående i at fremlægge dokumentation som grundlag for tiltag, finde frem til former for praksis og fremme deling heraf, og foreslå metoder til opfølgende interventioner.

Skønt datakvalitet og -sammenlignelighed på mange punkter er blevet bedre, rådes læseren til at udvise forsigtighed med direkte at sammenligne indberetningsraterne for de forskellige lande. Overvågningssystemerne er vidt forskellige, og for mange sygdommes vedkommende er forholdet mellem den rapporterede og den faktiske forekomst forskelligt fra land til land.

For første gang vil der blive særskilt rapportering af den årlige analyse af trusler, der overvåges i EU⁵.

Antimikrobiel resistens og sygehusinfektioner

Den største sygdomstrussel i Europa består fortsat i mikroorganismer, der er blevet resistente mod antimikrobielle midler. I 2008 rapporterede 900 laboratorier, der betjener mere end 1 500 hospitaler, data om antimikrobiel resistens (AMR) for syv vigtige indikatormikroorganismer. Dette viste, at der overalt i Europa har været en stigning i resistens mod alle de overvågede klasser af antibiotika hos *Escherichia coli*, der er den almindeligste Gram-negative bakterie, som er årsag til bakteræmi og urinvejsinfektioner. Fra nogle lande blev der rapporteret om et fald i andelen af methicillinresistente *Staphylococcus aureus* (MRSA), men i en tredjedel af landene var andelen af MRSA fortsat over 25 %. Der er fortsat betænkeligheder ved den voksende trussel fra multiresistens (resistens mod en række forskellige almindeligt anvendte antibiotika), der forekommer med øget hyppighed hos visse Gram-negative bakterier som *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae* og *Pseudomonas aeruginosa*.

Samme år rapporteres overvågningsdata for 306 621 kirurgiske indgreb på 1 422 hospitaler og data fra 654 hospitaler. Heri blev der beskrevet 9 129 episoder med pneumoni erhvervet på intensivafdelinger og 4 077 episoder med infektioner i blodbanen, ligeledes erhvervet på intensivafdelinger. Den tidligere iagttagne faldende tendens for infektioner på operationsstedet efter hofteoperationer blev bekræftet i 2008. Fordelingen af mikroorganismer knyttet til infektioner erhvervet på intensivafdelinger udviste en høj andel af Enterobacteriaceae med resistens mod tredje generations cefalosporiner, navnlig blandt *Klebsiella* spp. og *Enterobacter* spp.

Miljøbetingede og vektorbårne sygdomme

Udbruddet af Q-feber i Nederlandene fra marts til december 2007 blussede op igen i 2008. Størstedelen af tilfældene forekom i sommerperioden, og udbruddet toppede i uge 25-28 (medio juni til medio juli). Andre europæiske lande, således også Tyskland, har ligeledes indberettet om ændringer i tendensen for Q-feber og en stigning i antallet af tilfælde i 2008, dog af mindre omfang.

Af de overførbare sygdomme i denne gruppe med mere alvorlige følger, således potentielt hæmoragiske komplikationer, har Krim-Congo hæmoragisk feber (CCHF) bredt sig uden for de traditionelle endemiske områder i Balkan-regionen. Grækenland rapporterede om sit første tilfælde af human CCHF i juni 2008 i landets nordlige del tæt på et kendt endemisk område. Efter foregående års udbrud i Italien med 217 laboratoriebekræftede tilfælde af Chikungunya-feber har den styrkede overvågning på den anden side vist, at autokton Chikungunya-feber ikke vendte tilbage, eftersom de få indberettede tilfælde i EU/EØS alle var importeret.

Fødevarer- og vandbårne sygdomme og zoonoser

Mange fødevarerbårne sygdomme er stadig stærkt underreporteret på grund af den varierende sværhedsgrad af det kliniske billede, de er årsag til. Campylobakteriose var fortsat den hyppigste rapporterede årsag til gastrointestinale sygdomme i EU og EØS/EFTA og optrådte med en frekvens i 2008 (44,1 pr. 100 000 indbygger), der mere eller mindre svarede til foregående års. Den er et typisk eksempel på en sygdom, der undervurderes, da

5 ECDC. Annual Threat Report 2009. Det Europæiske Center for Forebyggelse af og Kontrol med Sygdomme, Stockholm; 2010. Tilgængelig på: http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/surveillance_reports/Pages/index.aspx

denne infektion specielt vides at forårsage asymptomatisk eller mild sygdom og derfor i stort omfang bliver underrapporteret.

Den samlede indberetningsrate for infektion med verotoksinproducerende og shigatoksinproducerende colibakterier (VTEC/STEC) har ligeledes været relativt konstant i de seneste år (0,66 pr. 100 000). Antallet af rapporterede tilfælde, der udviklede hæmolytisk uræmisk syndrom, steg imidlertid med 42 % i 2008 i forhold til det foregående år. For salmonellose og shigellose havde børn under fem år den højeste indberetningsrate for infektion med VTEC/STEC (4,72 tilfælde pr. 100 000 indbyggere), sandsynligvis på grund af det alvorligere kliniske billede i denne aldersgruppe og den store sandsynlighed for hospitalsindlæggelse.

Salmonellose har været i konstant tilbagegang de sidste tre år, skønt *Salmonella* fortsat i 2008 var årsag til en række fødevarerborne udbrud på internationalt, nationalt og subnationalt niveau. Som følge af ændret dataindberetning viser denne rapport en højere rate af tyfus end i de foregående år, men dette skyldes snarere mere fuldstændig rapportering end en sand stigning. Langt størstedelen af tilfældene af tyfus bliver fortsat importeret af tilreisende fra endemiske områder.

For hepatitis A var den samlede indberetningsrate i 2008 (3,34 pr. 100 000 indbyggere) lidt højere end i 2007 (2,75 pr. 100 000 indbyggere). Indberetningsraten i Letland steg fra 0,66 i 2007 til 123 pr. 100 000 indbyggere, hovedsagelig som følge af et landsdækkende udbrud, der opstod blandt stiknarkomaner og personer med lavindkomst, som levede under dårlige hygiejneforhold, men som efterfølgende bredte sig til samfundet som helhed. Et tilsvarende udbrud af hepatitis A i Tjekkiet ramte i begyndelsen stiknarkomaner, men bredte sig efterfølgende til den almindelige befolkning.

Hiv, seksuelt overførte infektioner, hepatitis B og C

Hiv-infektion hører fortsat til hovedtruslerne mod folkesundheden fra overførbare sygdomme i Europa. Antallet af rapporterede tilfælde af hiv-infektion steg 33 % fra 4,2 pr. 100 000 i 2000 (13 265 tilfælde) til 5,6 pr. 100 000 (18 019 tilfælde) i 2008. Denne tendens er desto mere foruroligende, når det tages i betragtning, at en betydelig del af de smittede i EU/EØS (anslået 30 %) ikke engang ved, at de er smittet med hiv. Dataene viser, at størstedelen af hiv-tilfældene blev diagnosticeret hos mænd, der har sex med mænd (40 %), men at andelen af heteroseksuel overførsel (29 %) er stigende i flere lande i Europa. En betydelig andel af de nydiagnosticerede tilfælde af hiv-smitte i EU forekom blandt indvandrere fra lande med en generaliseret hiv-epidemi (hovedsagelig Afrika syd for Sahara). Derimod synes antallet af aids-diagnoser trods visse begrænsninger i dataene at være aftaget, dog ikke i de baltiske stater.

Klamydia er fortsat den oftest indberettede seksuelt overførte infektion i EU/EØS med 335 329 bekræftede tilfælde (150 pr. 100 000 indbyggere). Den sande incidens af klamydia må dog antages at være endnu højere, da der for denne infektion er særlig tendens til underrapportering. Den har været konstant stigende i de seneste 10 år. Det er fortsat en sygdom hos unge voksne. Indberetningsraten for personer mellem 15 og 24 år er 976 pr. 100 000 indbyggere og er højere blandt unge kvinder end unge mænd.

Indberetningsraterne for hepatitis C er forholdsvis stabile, og raterne for hepatitis B synes at være faldet i forhold til foregående år, men der er fortsat begrænsninger i disse data. Fortolkningen af disse tendenser vanskeliggøres af ret store forskelle mellem overvågningssystemerne, nylige ændringer i rapporteringen, et betydeligt antal udiagnosticerede tilfælde, eventuelle forskelle i de anvendte definitioner af tilfælde (dvs. forskelle i brug og/eller fortolkning af hepatitis B-markører) og ufuldstændig rapportering i visse lande. Desuden skelnes der i nogle lande ikke mellem rapporter vedrørende akutte og kroniske tilfælde af hepatitis B og C, og i forbindelse med den store andel af asymptomatiske tilfælde resulterer dette i et miks af data, der ikke umiddelbart giver mulighed for sammenligning landene imellem. ECDC arbejder på at forbedre den øgede overvågning af disse virusinfektioner, herunder bedre harmonisering af overvågningen af hepatitis B og C på europæisk plan.

Luftvejsinfektioner

Hver vinter bliver hundredetusinder af mennesker i EU alvorligt syge eller dør af sæsonbetinget influenza. Influenzasæsonen 2008/2009 i Europa begyndte i uge 48 i 2008, varede ca. 10 uger i de berørte lande og sluttede i uge 16 i 2009, efter at den maksimale aktivitet havde bevæget sig gennem kontinentet fra vest til øst og derefter mod sydøst. 2008-2009-sæsonen var først domineret af influenza A(H3N2) og derefter i mindre omfang af influenza B, idet A(H3N2) udgjorde hovedparten af det samlede påviste antal virusinfektioner. Størstedelen af de cirkulerende influenza B-vira svarede ikke til B-komponenten i den vaccine, der blev givet på den nordlige halvkugle i 2008-2009. På baggrund af den forholdsvis lave prævalens af B-vira, der er iagttaget i løbet af sæsonen, har dette dog næppe haft større betydning for folkesundheden. I uge 19 i 2009, dvs. ved slutningen af den "normale sæson", blev den første pandemiske influenzavirus A(H1N1) påvist i en sentinelprøve. Derefter fulgte pandemiens forårs-/sommerbølge. I 2008 var der igen udbrud af højpatogen fugleinfluenza og lavpatogen fugleinfluenza hos fugle i EU, men der var færre end i 2007. Der blev ikke rapporteret om tilfælde hos mennesker under disse udbrud.

Indberetningsraten for legionærsygdom (legionellose) i EU- og EØS/EFTA-landene ligger stabilt på 1,2 pr. 100 000 indbyggere. De foregående års spidsværdi af indberettede tilfælde i juli blev i 2008 mere langvarig og strakte sig fra juni til september. Antallet af rapporterede tilfælde af rejserelateret legionærsygdom var lavere end i 2007, og det samme var antallet af rejserelaterede ophobninger af tilfælde.

Der har været et vedholdende fald i det gennemsnitlige antal TB-tilfælde i de seneste fem år, skønt 28 lande i EU og EØS/EFTA i 2008 indberettede 82 611 TB-tilfælde (indberetningsrate 16,7 pr. 100 000 indbyggere). I EU er TB mere almindelig blandt indvandrere, hjemløse, fattige i centrale bydele, fængselsindsatte, personer, der lever med hiv, og stofmisbrugere, men tallene fra 2008 bekræfter et uensartet billede, som groft kan inddeles i tre epidemiologiske kategorier:

- Lande med lav forekomst, hvor tilfældene i stigende grad optræder i befolkningsgrupper af fremmed oprindelse, og hvor der af og til er et stigende antal indberetninger
- lande med en relativt moderat til høj, men faldende indberetningsrate, og med lav forekomst af multiresistent TB
- lande med relativt høj indberetningsrate og høj andel af multiresistente tilfælde af TB, men igen med faldende samlet TB-rate.

Desuden er andelen af tilfælde af multiresistent tuberkulose (MDR TB) steget fra 4 % til 6 % mellem 2007 og 2008, hovedsagelig som følge af ufuldstændige eller mindre veltilrettelagte behandlingsregimer. Andelen af vellykkede behandlingsudfald for disse tilfælde af MDR TB er ligeledes ekstremt lav: 30,9 % for 2006-kohorten. Skønt der fortsat er mulighed for at forbedre kvaliteten, repræsentativiteten og fuldstændigheden af data vedrørende resistens mod andetvalgs antibiotika, bekræfter tallene, at ekstensivt resistent TB nu har etableret sig inden for EU's grænser.

Sygdomme, der kan forebygges ved vaccination

Flere af de mere alvorlige sygdomme, der kan forebygges ved vaccination (f.eks. polio, difteri og stivkrampe), er nu næsten udryddet i EU/EØS. Endnu en succeshistorie i næsten alle EU-lande er virkningen af den Hib-vaccine, der anvendes i de nationale vaccinationsplaner. For de øvrige sygdomme, der kan forebygges med vaccine, er der fortsat problemer med at opnå bedre dækning i befolkningsgrupper, der er vanskelige at nå. Desuden har ubegrundet tvivl om vaccins sikkerhed for flere af disse infektioner ført til tilbageslag i opfyldelsen af målsætningen, hvilket har medført lokale udbrud, der helt burde have været undgået.

En af disse sygdomme er mæslinger. Det samlede antal tilfælde af mæslinger i EU- og EØS-landene var væsentligt større i 2008 end i 2007. Der var store udbrud i flere lande, idet det største antal tilfælde forekom i Schweiz, Italien, Østrig, Tyskland, Frankrig og Det Forenede Kongerige. Der er brug for et stærkt politisk engagement for at vende denne bekymrende tendens.

I modsætning hertil faldt antallet af rapporterede laboratoriebekræftede tilfælde af røde hunde fra 2007 til 2008. Trods et dramatisk samlet fald i antallet af medfødt infektion med røde hunde efter indførelsen af vaccination forekommer sporadiske tilfælde stadig i Europa. Suboptimal dækning med MFR-vaccine (mæslinger-fåresyge-røde hunde) kan skabe lommer af modtagelige personer med efterfølgende stigning i disse sygdomme, herunder medfødt infektion med røde hunde.

Den samlede indberetningsrate for invasiv pneumokoksygdom (IPS) var 5,2 pr. 100 000 indbyggere i 2008 og er dermed en af de højeste for alle sygdomme, der kan forebygges med vaccine. Systemerne til overvågning af IPS i EU er vidt forskellige, navnlig hvad angår overvågningssystemets art og dækning og den anvendte definition af tilfælde, mens nogle lande slet ikke har et overvågningssystem. ECDC er i færd med at indføre styrket overvågning i EU, herunder laboratorieovervågning, for bedre at kunne følge udviklingen i serotyper, navnlig dem, der ikke dækkes af vaccinen.

Konklusioner

Denne sammenfatning af data og tendenser for 2008 viser, at de prioriterede områder for forebyggelse og kontrol af overførbare sygdomme i EU ikke har ændret sig væsentligt i de senere år. For visse sygdommes vedkommende er der opnået nogen reduktion i forekomst og antal tilfælde gennem koordinerede forebyggelses- og bekæmpelsesforanstaltninger i medlemsstaterne (i mange tilfælde er niveauet dog stadig højt i bestemte befolkningssegmenter og risikogrupper). En række problemer gør sig imidlertid fortsat gældende for overførbare sygdomme. De vigtigste er følgende:

- antimikrobiel resistens
- sygehusinfektioner
- seksuelt overførte infektioner, navnlig hiv og klamydia
- luftvejsinfektioner forårsaget af influenza (pandemisk potentiale såvel som sæsonbestemte epidemier), tuberkulose og pneumokokinfektioner.

For nogle af disse sygdommes vedkommende kunne yderligere fælles tiltag (f.eks. vaccination og lignende bekæmpelsesforanstaltninger) føre til, at EU, og i sidste instans Europa, kunne erklæres fri for sygdommen, som det allerede er tilfældet for flere sygdomme, der kan forebygges ved vaccination. EU's medlemsstater er imidlertid stadig langt fra at nå målsætningen for udryddelsesprogrammerne, navnlig hvad angår mæslinger, hvor den nedadgående tendens har vendt. Ligeledes er mere følsom og specifik overvågning af røde hunde af allerstørste betydning for at nå WHO's mål om at udrydde sygdommen inden 2010. For pneumokokinfektioner er der fortsat betænkelighed ved muligheden for, at serotyper, der er dækket af konjugeret pneumokokvaccine, efter indførelse af vaccinen vil blive erstattet af serotyper, der ikke er dækket, således som det allerede er set i USA.

Dataene fra 2008 viser, at antimikrobiel resistens er en stor og voksende sundhedsrisiko i Europa. Problemet kræver internationalt samarbejde – foruden koordineret indsats på nationalt plan – for at inddæmme og forebygge udbredelsen af antimikrobiel resistens. Ligeledes er sygehusinfektioner et voksende problem, der kræver konsekvente retningslinjer for forebyggelse og kontrol. Politiske beslutningstagere vil få fordel af de mere pålidelige data, der ventes at blive resultatet af indsatsen for at forbedre overvågningssystemerne hovedsagelig på hospitaler eller plejehjem.

Skønt den overordnede tendens for TB er faldende, er forekomsten af multiresistent TB og hiv med TB fortsat stigende. Tilsvarende er hiv overordnet i stigning. For begge infektioners vedkommende må der lægges stor vægt på intensive nationale og internationale forebyggelses- og bekæmpelsesforanstaltninger, herunder yderligere investering i overvågning. Rapporteringen af TB/hiv-komorbiditet er ufuldstændig, men der foreligger planer, der skal bedre denne situation.

Sæsoninfluenzaen demonstrerede igen, hvor uforudsigelig den er, med en forholdsvis hård sæson domineret af A(H3N2)-virus, som blev efterfulgt af en A(H1N1)-pandemi udgående fra Nord- og Sydamerika.

Table A Oversigt over den seneste overordnede udviklingstendens, indberetningsraten i EU og de mest berørte aldersgrupper for overførbare sygdomme, rapporteret på EU-plan for 2008

Sygdom	Hovedtendens	EU-indberetningsrate, tilfælde pr. 100 000 (2008)	De mest berørte aldersgrupper (2008)
Luftvejsinfektioner			
Influenza	↔	Ingen oplysninger foreligger	0-14
Fugleinfluenza	Utilstrækkelige oplysninger	0	Utilstrækkelige oplysninger
Legionærsygdom (legionellose)	↑	1,2	≥ 65
Tuberkulose	↓	16,7	25-44
HIV-infektion, seksuelt overførte sygdomme og blodoverførte virusinfektioner			
Infektion med Chlamydia	↑	149,9	15-24
Gonorré	↓	8,6	15-24, 25-44
Hepatitis B	↓	1,3	25-44
Hepatitis C	↑	9,0	25-44
Hiv	↑	5,7	25-44
Aids	↓	1,1	40-49
Syfilis	↔	4,2	25-44
Levnedsmiddel- og vandbårne sygdomme og zoonoser			
Anthrax	↓	< 0,01	Utilstrækkelige oplysninger
Botulisme	↔	< 0,1	25-44
Brucellose	↓	0,2	45-64, 25-44
Campylobakteriose	↑	44,1	0-4
Kolera	↓	<0,01	Utilstrækkelige oplysninger
Kryptosporidiose	↔	2,4	0-4
Ekinokokkose	↔	0,2	45-44, ≥ 65
Vero-/shigatoksinproducerende <i>Escherichia coli</i> (VTEC/STEC)	↔	0,7	0-4

Sygdom	Hovedtendens	EU-indberetningsrate, tilfælde pr. 100 000 (2008)	De mest berørte aldersgrupper (2008)
Giardiasis	↓	59,6	0-4
Hepatitis A	↓	3,3	5-14
Leptospirose	↔	0,2	45-64
Listeriose	↔	0,3	≥ 65
Salmonellose	↓	29,8	0-4
Shigellose	↔	1,8	0-4
Toksoplasmose	↓	0,8	15-24
Trikinose	↔	0,1	25-44
Tularæmi	↔	0,2	45-64
Tyfus/paratyfus	↔	0,3	0-4, 5-44
Variant CJD	Utilstrækkelige oplysninger	< 0,01	Utilstrækkelige oplysninger
Yersiniose	↑	2,7	0-14
Nye og vektorbårne sygdomme			
Malaria	↔	1,2	25-44
Pest	Utilstrækkelige oplysninger	0	Utilstrækkelige oplysninger
Q-feber	↔	0,4	45-64
SARS (alvorligt akut luftvejssyndrom)	Utilstrækkelige oplysninger	0	Utilstrækkelige oplysninger
Kopper	Ikke relevant	0	Utilstrækkelige oplysninger
Chikungunya-feber	Utilstrækkelige oplysninger	< 0,01	45-64
Denguefeber	Utilstrækkelige oplysninger	0,1	25-44
Hantavirusinfektion	Utilstrækkelige oplysninger	1,4	25-44, 45-64
West Nile feber	Utilstrækkelige oplysninger	< 0,01	Utilstrækkelige oplysninger
Gul feber	Utilstrækkelige oplysninger	0	Ingen tilfælde
Sygdomme, der kan forebygges ved vaccination			
Difteri	↓	<0,01	5-14, 45-64
Invasiv infektion forårsaget af <i>Haemophilus influenzae</i>	↓	0,5	≥ 65, 0-4
Invasiv meningokoksygdom	↓	0,9	0-4
Invasiv pneumokoksygdom	↓	5,2	≥ 65, 0-4
Mæslinger	↔	0,9	0-4
Fåresyge	↓	2,8	5-14
Kighoste	↔	5,3	5-14
Poliomyelitis	Utilstrækkelige oplysninger	0	Utilstrækkelige oplysninger
Hundegalskab	↓	< 0,01	Utilstrækkelige oplysninger
Røde hunde	↓	0,6	0-4
Stivkrampe	↓	< 0,1	≥ 65
Antimikrobiel resistens og sygehusinfektioner			
Antimikrobiel resistens	↑	Ikke relevant	Utilstrækkelige oplysninger
Sygehusinfektioner	↑	Ikke relevant	Utilstrækkelige oplysninger

9 Overvågning af antimikrobiel resistens i Europa i 2009

(Offentliggjort i november 2010)

Dette er den første årsrapport fra det europæiske netværk til overvågning af antimikrobiel resistens (EARSNet), efter at det europæiske overvågningssystem for antimikrobiel resistens (EARSS) overgik til Det Europæiske Center for Forebyggelse af og Kontrol med Sygdomme (ECDC) pr. 1. januar 2010. Denne rapport fortsætter rækken af de stærkt påskønnede årsrapporter fra EARSS, der er offentliggjort af netværket siden 2001.

I løbet af det seneste tiår har antimikrobiel resistens indtaget en stadig mere fremtrædende plads på dagsordenen for folkesundheden i Europa. Overvågningen af antimikrobiel resistens, der nu varetages af EARS-Net efter tidligere at være varetaget af EARSS, har spillet en vigtig rolle i fremskaffelsen af dokumentation om forekomst og spredning af antimikrobiel resistens og styrkelsen af bevidstheden om problemet på politisk plan i sundhedssektoren og i de videnskabelige miljøer.

Med udgangspunkt i de data om antimikrobiel resistens, der blev indberettet til EARS-Net af 28 lande i 2009, og analysen af udviklingen, herunder EARSS-data fra de foregående år, fremgår det, at resistenssituationen i Europa er meget forskellig, afhængigt af patogen type, antimikrobielt stof og geografisk område.

I 2009 var de mest bekymrende resistensdata dels den invasive *Escherichia coli*-bakteries hurtigt aftagende følsomhed over for stort set alle antimikrobielle stoffer, der indgik i EARS-Net's overvågning bortset fra carbapenemer, dels den høje prævalens af resistens hos *Klebsiella pneumoniae* over for tredje generations cefalosporiner, fluorquinoloner og aminoglykosider. I halvdelen af de rapporterende lande er der mere end 10 % multiresistente isolater af *K. pneumoniae* (kombineret resistens mod tredje generations cefalosporiner, fluorquinoloner og aminoglykosider), og fra enkelte lande indberettes nu også om en høj andel af resistens mod carbapenemer. Disse antibiotika har haft udbredt anvendelse i mange lande som følge af den stigende forekomst af bredspektret betalactamase (ESBL)-producerende Enterobacteriaceae med efterfølgende indvirkning på fremkomsten af carbapenemaseproduktion (VIM, KPC and NDM-1), navnlig hos *K. pneumoniae*.

Den højeste resistensprocent hos *E. coli* blev indberettet for aminopenicilliner, hvor den var op til 66 %. Uanset det i forvejen høje resistensniveau fortsætter andelen med at stige selv i lande, hvor resistensniveauet allerede er et stykke over 50 %. Ligeledes har der i mere end halvdelen af de rapporterende lande i de seneste fire år været en væsentlig stigning i resistensen over for tredje generations cephalosporiner hos *E. coli*. Resistensen hænger direkte sammen med den høje andel (85-100 %) af isolaterne, der er positive for bredspektret betalactamase (ESBL) i lande, der rapporterede om ESBL i 2009.

Andre tendenser i resistensforekomsten, rapporteret til EARS-Net, giver håb om, at den nationale indsats for infektionsbekæmpelse og indsatsen for at begrænse resistens i visse tilfælde kan standse resistensudviklingen eller endog vende den uønskede udvikling, således som udviklingen i methicillinresistente *Staphylococcus aureus* (MRSA) er et eksempel på. I 10 ud af 28 lande er andelen af MRSA blandt *Staphylococcus aureus* stadig over 25 %, men i nogle lande er forekomsten af MRSA stabil eller aftagende, og en vedholdende tilbagegang er set i Østrig, Frankrig, Irland, Letland og Det Forenede Kongerige.

I Det Forenede Kongerige er der derudover set et vedholdende fald i andelen af stammer af *K. pneumoniae* med resistens mod alle overvågede antibiotikaklasser, og i enkelte lande (Grækenland, Tyskland, Italien og Frankrig) er det tilsyneladende lykkedes at begrænse udviklingen af resistens mod glykopeptider hos *Enterococcus faecium*, resulterende i et vedholdende fald i andelen af resistente isolater. I mellemtiden synes resistensen mod aminoglykosider hos *Enterococcus faecalis* at stabilisere sig på et relativt højt niveau. De fleste lande rapporterede om en procentdel af resistente isolater på mellem 30 % og 50 %.

For *Streptococcus pneumoniae* er resistensen mod penicillin generelt stabil i Europa, mens resistensen over for makrolider er aftaget i seks lande, og intet land har rapporteret om stigninger. For *Pseudomonas aeruginosa* er der i mange lande rapporteret om en høj andel af resistens mod fluorquinoloner og carbapenemer og om kombineret resistens, navnlig i Syd- og Østeuropa.

For flere kombinationer af antimikrobielt stof og patogen, f.eks. resistens mod fluorquinoloner hos *E. coli*, *K. pneumoniae*, *P. aeruginosa* og for MRSA, er andelen klart højere i Sydeuropa end i Nordeuropa. Generelt rapporteres om lavere resistensandele i Nordeuropa og højere andele i Sydeuropa, antagelig som følge af forskellige metoder til infektionskontrol, eksistens eller fravær af lovgivning om ordination af antibiotika samt andre faktorer med kendt betydning for resistensforekomsten.

For *K. pneumoniae* er der imidlertid også iagttaget tendens til resistensudvikling mod bestemte klasser af antibiotika, og multiresistens er også set i nordeuropæiske lande som Danmark og Norge, hvor man traditionelt har en forsigtig tilgang til brugen af antibiotika.

Foruden regelmæssige tendensanalyser og situationsoversigter indeholder denne EARS-Net rapport for 2009 et nyt temakapitel med en tilbundsående analyse af *E. coli* og MRSA. Disse analyser er udelukkende baseret på data fra laboratorier, som har indberettet løbende gennem flere år. Denne dybtgående analyse bekræfter en vedholdende stigning i multiresistens og viser, at der gennem flere år har været en konstant og væsentlig tilbagegang i antimikrobiel følsomhed i *E. coli*. For MRSA afspejler det iagttagne fald antagelig effektiviteten af smittekontrolforanstaltninger på hospitalsniveau og giver måske endda grund til håb om, at inddæmningsstrategierne kan lykkes på andre områder. De data, der er indberettet til EARS-Net for 2009 af de deltagende lande, kan altså siges at give en grundlæggende viden om forekomsten af antimikrobiel resistens i Europa og dokumenterer de ugunstige og stadigt dårligere antimikrobielle behandlingsmuligheder for de vigtigste patogene bakterier.

10 Overvågning af hiv/aids i Europa i 2009

(Offentliggjort i november 2010)

Hovedpunkter

Hiv-infektion er fortsat af stor betydning for folkesundheden i Europa, og der er tegn på en vedholdende overførsel af hiv i Europa. Skønt rapporteringen er ufuldstændig, er der overordnet ingen klare tegn på et fald i det årlige antal diagnosticerede tilfælde. Siden 2004 er raten af nydiagnosticerede hiv-tilfælde pr. 100 000 indbyggere steget næsten 30 % fra 6,6 pr. 100 000 indbyggere i 2004 til 8,5 pr. 100 000 i 2009. Antallet af diagnosticerede tilfælde af aids er faldet yderligere i WHO's europæiske region, dog ikke i den østlige del, hvor det er steget. I de 48 lande, der konsekvent har rapporteret aids-data for 2004-09, er raten af rapporterede aids-diagnoser faldet fra 2,0 pr. 100 000 indbyggere til 1,0 pr. 100 000.

- I 2009 blev 53 427 tilfælde af hiv diagnosticeret og rapporteret af 49 af de 53 lande i WHO's europæiske region (ingen data foreligger fra Østrig, Monaco, Rusland og Tyrkiet). De højeste rater blev rapporteret af Estland, Moldavien, Ukraine og Usbekistan.
- 6 568 tilfælde af aids blev rapporteret af 48 lande (ingen data foreligger fra Østrig, Sverige, Monaco, Rusland og Tyrkiet).
- I 2009 blev 25 917 nydiagnosticerede tilfælde af hiv rapporteret af landene i Den Europæiske Union og Det Europæiske Økonomiske Samarbejdsområde (ingen data foreligger fra Østrig). I EU/EØS blev de højeste rater rapporteret fra Estland, Letland, Portugal og Det Forenede Kongerige.
- I EU/EØS er den dominerende overførselsmåde for hiv sex mellem mænd, efterfulgt af heteroseksuel kontakt. Cirka 38 % af de tilfælde, der blev indberettet som heteroseksuelt erhvervet, blev diagnosticeret hos personer, der stammede fra lande med generaliserede hiv-epidemier.
- I de tre geografiske/epidemiologiske områder afhænger den dominerende overførselsmåde af området, hvad der illustrerer de store forskelle i epidemiologien af hiv i Europa. Af de indberettede data fremgår det, at heteroseksuel overførsel er blevet den dominerende overførselsmåde i den østlige del, men den relative andel fra intravenøst stofbrug ville blive væsentligt større, hvis man medtog data fra Rusland, der ikke var tilgængelige for denne rapport. Intravenøst stofbrug ville da udgøre en større andel af smittetilfældene end i regionen som helhed, navnlig i den østlige del. I den centrale del er den dominerende overførselsmåde for hiv sex mellem mænd, efterfulgt af heteroseksuel kontakt. I den vestlige del er den dominerende overførselsmåde ligeledes sex mellem mænd, efterfulgt af heteroseksuel kontakt, når man ser bort fra tilfælde, der stammer fra lande med generaliserede epidemier.
- De her fremlagte data har visse begrænsninger som følge af ufuldstændig rapportering, manglende data fra en række lande og forsinket indberetning af data. Dette sætter begrænsninger for, hvilke konklusioner der kan drages om størrelsen og omfanget af hiv- og aids-epidemierne i Europa. Hvis data blev korrigeret for disse begrænsninger, ville det samlede antal hiv-infektioner være mere end dobbelt så stort for 2009.

Anbefalinger for overvågning af hiv/aids

Overvågningsdata for hiv/aids er af afgørende betydning for at kortlægge den aktuelle status og tendenserne for hiv-epidemien og vurdere, hvilke folkesundhedsmæssige tiltag, der skal iværksættes. Derfor bør alle europæiske lande:

- indføre tilfældebaserede nationale systemer for rapportering af hiv- og aids-tilfælde og sikre fuldstændighed og rettidighed af data og
- forbedre kvaliteten af de indberettede data, navnlig for formodede overførselsveje og CD4-celletal.

Anbefalinger for folkesundheden

Indgreb til begrænsning af en epidemi bør være evidensbaserede og tilpasset til det pågældende land og dets epidemiologiske situation. Ud fra de tilgængelige overvågningsdata er det rimeligt at anbefale følgende:

- For landene i den østlige del: Indgreb til kontrol af hiv hos stiknarkomaner, herunder programmer til reduktion af skader, bør være en hjørnesten i strategier til forebyggelse af hiv. Derudover bør foranstaltningerne til forebyggelse af heteroseksuel overførsel styrkes og målrettes mod personer med højrisikopartnere.
- For landene i den centrale del: Forebyggelsen bør være tilpasset det pågældende lands forhold for at begrænse epidemierne til det nuværende lave niveau. Men da epidemien blandt mænd, der har sex med mænd, er i stigning, bør interventioner til kontrol af hiv i denne gruppe styrkes og gives høj prioritet.

- For landene i den vestlige del: Interventioner til kontrol af hiv hos mænd, der har sex med mænd, bør være en hjørnesten i strategier til forebyggelse af hiv, herunder innovative programmer til denne gruppe. Interventioner til forebyggelse og behandling skal tilpasses, så de når indvandrersamfundene.
- Overordnet bør hiv-rådgivning og -testning fremmes, så der sikres tidlig diagnose og adgang til behandling og rådgivning for at forebygge eller mindske yderligere overførsel, mindske antallet af sent diagnosticerede og forbedre det langsigtede behandlingsudfald for de pågældende. Lige adgang til hiv-behandling bør sikres alle befolkningsgrupper med behov for det, for at landene skal opfylde den globale målsætning om almindelig adgang til forebyggelse og behandling og for at opfylde målsætningen i EU-Kommissionens kommunikations- og handlingsplan "Bekæmpelse af hiv/aids i EU og EU's nabolande i perioden 2009-2013".

Specialrapporter

Gennemførelse af Dublin-erklæringen om partnerskab om bekæmpelse af hiv/aids i Europa og Centralasien: Statusrapport fra 2010

(Offentliggjort i marts 2010)

I februar 2004 trådte repræsentanter for europæiske og centralasiatiske lande sammen i Dublin og afgav en erklæring vedrørende fremskyndet gennemførelse af den forpligtelseserklæring, som landene udsendte på FN's generalforsamlings særlige samling (UNGASS) om hiv/aids i 2001.

Hvilke fremskridt er der så gjort? Det er det, der er emnet for denne rapport. Hensigten med rapporten er at dokumentere resultater ved hjælp af de landebaserede rapporter sammenholdt med en række udvalgte relevante indikatorer for landene i regionen. Rapporten, der i videst muligt omfang anvender eksisterende data, er generelt baseret på tidligere arbejde, navnlig rapporten fra WHO's regionale kontor for Europa og UNAIDS i 2008. Skræddersyede spørgeskemaer blev udsendt til 55 lande, og besvarelser blev modtaget fra 49.

Politisk lederskab og partnerskab

Næsten alle lande angav at have en strategisk ramme for deres reaktion på hiv (92 %) og et styrings- og koordineringsorgan (84 %). Otte lande angav, at de havde udviklet deres strategiske ramme i løbet af de seneste fem år, dvs. siden Dublin-erklæringen. Det er dog uklart, om disse generelle foranstaltninger er tilnærmelsesvis ensbetydende med politisk lederskab vedrørende hiv i regionen. Som en mere hensigtsmæssig målestok kunne nævnes:

- i hvilket omfang økonomiske ressourcer til hiv-forebyggelse er tilstrækkelig målrettet mod nøglepopulationer som stiknarkomaner, mænd, der har sex med mænd, og sexarbejdere
- om landene i tilstrækkeligt omfang gennemfører vigtige interventioner som programmer til reduktion af skader hos stiknarkomaner og forebyggende programmer rettet mod mænd, der har sex med mænd, og
- i hvilken grad landet har taklet vanskelige, men afgørende politiske spørgsmål vedrørende de marginaliserede og mest udsatte befolkningsgrupper, således programmer til reduktion af skader hos stiknarkomaner i fængselsomgivelser og adgang til tjenesterne for indvandrere fra lande med generaliserede hiv-epidemier.

I almindelighed er der klare tegn på, at civilsamfundet er bredt anerkendt som en vigtig aktør i tiltagene mod hiv i hele regionen, og at det er stærkt inddraget i disse tiltag. F.eks. indberettede næsten alle landene (98 %), at de i større eller mindre grad havde inddraget civilsamfundet i at opstille strategiske rammer. I overensstemmelse med resultaterne fra den første statusrapport om Dublin-erklæringen har både myndigheder og det civile samfund nævnt de særlige fordele ved at inddrage civilsamfundet i tiltagene mod hiv, og fra civilsamfundet har det lydt, at dets inddragelse i tiltagene hang bedre sammen mellem 2005 og 2007. For den private sektors vedkommende synes den formelle inddragelse i tiltagene mod hiv at være langt mere begrænset.

Hiv-epidemierne i Europa og Centralasien er hovedsaglig koncentreret blandt særlige populationer. Der er dokumentation for, at visse lande i regionen effektivt bruger deres finansiering til forebyggende indsats i de mest berørte populationer. Hvis dette vinder større indpas, vil det ikke kun være økonomisk fordelagtigt, men kan resultere i mere effektive tiltag generelt. De nationale hiv-foranstaltninger i regionen bliver i stigende omfang finansieret fra indenlandske kilder, men der er tvingende behov for løbende økonomisk støtte til hiv-indsatsen i lav- og mellemindkomstlande i regionen. Etablering af flere bæredygtige mekanismer til at yde den økonomiske støtte bør være en prioritet for alle lande i regionen.

De økonomiske midler, der er til rådighed for den globale indsats mod hiv, er øget dramatisk siden Dublin-erklæringen. Før erklæringen i 2002 var de globale midler til rådighed for indsatsen mod hiv 1,2 mia. USD. Dette beløb var i 2008 mere end seksdoblet til 7,7 mia. USD. Forøgelsen er frembragt af USA og visse europæiske lande dels gennem bilaterale, dels multilaterale initiativer. I 2008 hidrørte 40 % af alle udbetalinger til international bistand fra donorlande blandt medlemsstaterne i Den Europæiske Union (EU), Den Europæiske Frihandelskommenslutning (EFTA) og Europa-Kommissionen. På baggrund af den nuværende globale finanskrise og konkurrerende behov for finansiering er det vigtigt, at landene i regionen giver sig i kast med at fastholde og yderligere øge dette finansieringsniveau og sikre så effektiv udnyttelse af midlerne som muligt.

Forebyggelse

Meget tyder på, at visse nøglepopulationer i Europa og Centralasien særligt rammes af hiv. Udfordringen vil til stadighed være at sikre disse befolkningsgrupper adgang til de nødvendige hiv-forebyggelsestjenester af tilstrækkeligt omfang. I den første statusrapport om Dublin-erklæringen understregedes vigtigheden af at intensivere og øge den målrettede indsats mod hiv for at mindske ulighederne, og dette er stadig relevant i regionen.

At stiknarkomaner er særlig udsat for hiv-smitte, er velkendt og gælder i hele regionen. Det er også klart, at overførsel af hiv blandt stiknarkomaner kan begrænses, hvis der findes tilstrækkeligt med effektive tjenester til at gøre en forskel. Som målestok for omfanget af sådanne tjenester kan især nævnes det årlige antal uddelte nåle og sprøjter pr. stiknarkoman og den procentdel af stiknarkomanerne, der får substitutionsbehandling med opioider. Alle lande bør tilstræbe samme høje niveau af programdækning, som allerede er nået i nogle lande.

Det er desuden velkendt, at visse lande og regioner, hvor mænd, der har sex med mænd, er særligt ramt af hiv. Dette gælder også dele af Europa. Det er ikke kun i den vestlige del af regionen, at mænd, der har sex med mænd, særligt rammes af hiv. Der er tegn på, at dette gælder andre dele af regionen i højere grad, end man hidtil har været opmærksom på. Dette støtter konklusionerne fra den første statusrapport om, at der er en skjult hiv-epidemi blandt mænd, der har sex med mænd. I nogle lande er andelen af smittede i denne gruppe fortsat stigende. Årsagerne hertil er imidlertid uafklarede og kan være forskellige fra land til land. Der er brug for mere viden om disse årsager, hvilket skulle blive resultatet af det igangværende "European MSM Internet Study" (EMIS). Skønt det på nuværende tidspunkt ikke er klart, hvordan man præcist kan måle dækningen af programmer for mænd, der har sex med mænd, kan det konstateres, at dækningen i mange lande fortsat er lav, og at procentdelen af ubeskyttet analsex fortsat er uacceptabelt høj. I nogle lande er der desuden tegn på, at særlige grupper af mænd, der har sex med mænd – de unge, de, der bor uden for hovedstæderne, de mindre veluddannede og de, der beskriver sig selv som biseksuelle – er sværere at nå med hiv-programmerne.

Skønt sexarbejdere globalt betragtes som særligt udsat for hiv-smitte, tyder mindre på, at dette er tilfældet i regionen. Således er prævalensen af hiv blandt sexarbejdere forholdsvis lav i mange lande i regionen. Dette gælder dog ikke alle sexarbejdere. I visse kategorier af sexarbejdere er andelen af hiv-smittede større, dette gælder således dem, der også er stiknarkomaner, mandlige og transseksuelle sexarbejdere, dem der kommer fra lande med generaliserede epidemier, og dem der arbejder på gaden. Blandt sexarbejdere som helhed rapporteres andelen af kondombrug under erhvervsmæssig sex at være relativt høj, hvilket antagelig er mere relevant end de sædvanlige måder at vurdere sexarbejders viden på.

Indvandrere fra lande med generaliserede hiv-epidemier er særligt ramt af hiv. Skønt man i nogle lande er bekymret over andre indvandrergrupper, tyder ikke meget på, at disse grupper er uforholdsmæssigt stærkt berørt af hiv, når man ser bort fra anden risikoadfærd som intravenøst stofmisbrug. I forbindelse med indvandrere drejer det sig ikke bare om hiv-forebyggelse, men også om behandling og pleje.

I mange lande er der særlige problemer med at sikre adgang til essentielle ydelser som antiretroviral behandling for papirløse indvandrere.

Regionens fængselsindsatte, specielt de, der er stiknarkomaner, er ligeledes stærkt udsat for hiv-smitte. Skønt det er anerkendt, at adgangen til hiv-tjenester bør være den samme i fængsler som ude i samfundet, er der mange lande i regionen, hvor dette ikke er tilfældet. EU/EFTA-landene er gået forrest med at tilbyde substitutionsbehandling med opioider i fængsler, men mange andre lande i regionen har ikke fulgt denne praksis. Dette lederskab har været mindre konsekvent, hvad angår tilgængeligheden af sterilt injektionsudstyr i fængsler.

Et omstridt punkt i forbindelse med denne undersøgelse er, i hvilket omfang de unge i regionen er særligt udsat for hiv-smitte. Unge mennesker kan givetvis ikke betragtes som en homogen gruppe hvad angår hiv-risiko. Ikke desto mindre er nogle af dem udsat for en betydelig risiko, f.eks. unge stiknarkomaner og unge mænd, der har sex med mænd, og noget tyder på, at det er sværere at nå disse grupper med de iværksatte programmer end ældre aldersgrupper. Skønt mere end tre fjerdedele af landene angav, at hiv indgår i undervisningen i overbygningsskolen, er det betænkeligt, at ikke alle unge i regionen modtager fyldestgørende seksualundervisning, navnlig de yngste, f.eks. i grundskolen.

At leve med hiv

Alle lande, der rådede over statistiske data, rapporterede om en stigning i antallet af personer på antiretroviral behandling siden vedtagelsen af Dublin-erklæringen. Der er dog bekymring for, at udgangspunktet for behandlingsniveauet i mange af disse lande var meget lavt, og at muligvis ikke alle, der har behov, bliver behandlet omgående. Det største problem i at sikre omgående behandling af personer, der har behov for det, er ikke det at behandle dem med erkendt behov for behandling, dvs. dem med CD4-celler < 350 celler/mm³, men derimod, hvor mange i regionen, der lever med hiv og har behov for behandling, men er intetanende om deres hiv-status, dvs. mangler at blive diagnosticeret. ECDC-data for 2008 viser, at i 21 lande, der rapporterede CD4-tal målt på diagnosetidspunktet, var CD4-tallet hos over halvdelen af de undersøgte mindre end 350 celler/mm³, da

diagnosen blev stillet. Disse tal er stærkt bekymrende, da de viser, at en væsentlig del af personerne i regionen begynder med antiretroviral behandling senere end anbefalet.

Næsten alle lande (84 %) angiver, at stigmatisering og diskrimination er taget op i de nationale strategier eller handlingsplaner for hiv og aids, men dette afspejles ikke konsekvent i politikkerne og programmerne. I visse lande i regionen er der desuden stærke tegn på, at stigmatisering og diskriminerende holdninger stadig forekommer, og det er ikke klart, i hvor høj grad man udnytter de tilgængelige mekanismer til bekæmpelse af stigmatisering og diskrimination. På dette punkt er der ikke sket væsentlige forbedringer siden den første statusrapport om Dublin-erklæringen.

Overvågning af Dublin-erklæringen

En af forpligtelserne i Dublin-erklæringen var at overvåge dens gennemførelse. Europa-Kommissionen pålagde ECDC ansvaret herfor. Denne rapport er resultatet af en proces, der er iværksat af ECDC til opfyldelse af denne forpligtelse. Den er baseret på bidrag fra en bred række af personer og organisationer. Navnlig har de 49 lande, der deltog i denne undersøgelse, bidraget med data til rapporten.

To principper, der blev fulgt under denne gennemgang, var dels at anvende eksisterende data i størst muligt omfang, dels at sikre, at de overvågede indikatorer var relevante for europæiske og centralasiatiske lande. Undertiden var der indbyrdes modstrid mellem disse principper, navnlig hvorvidt UNGASS-indikatorer og -data kan anvendes til processen. UNGASS-indikatorer er blevet anvendt så vidt muligt. Når et land tidligere har indsendt data til UNGASS, er disse data blevet anvendt. Der indkom data fra 12 lande, som ikke havde indsendt rapporter til UNGASS i 2008. Undersøgelsen gav udtrykkeligt landene mulighed for at indsende foreliggende data om bestemte emner, selv om de ikke nøjagtigt svarede til UNGASS-indikatorer. Derudover er der indsamlet oplysninger fra visse befolkningsgrupper, som der ikke er specifikke UNGASS-indikatorer for, f.eks. fængselsindsatte og indvandrere fra lande med generaliserede epidemier. Undersøgelsen konkluderer, at der ville kunne opnås højere responsrater for rapportering til UNGASS fra lande i regionen, hvis:

- indikatorerne var mere relevante for regionen
- fordelene ved international rapportering var klarere formuleret
- landenes rapporteringsbyrde blev mindsket ved, at der kun var én koordineret international rapporteringsproces.

Det står klart, at det kræver en hurtig indsats at løse disse problemer i de lande i regionen, der deltog i undersøgelsen. ECDC vil påtage sig en ledende rolle i en sådan regional proces.

12 A(H1N1)-pandemien i Europa i 2009 – en gennemgang af forløbet

(Offentliggjort i november 2010)

Denne udvidede rapport giver et bredt overblik over epidemiologien og virologien for pandemien i 2009 i landene i Den Europæiske Union og Det Europæiske Økonomiske Samarbejdsområde (EU/EØS) (27 EU-medlemsstater og Norge og Island). Der gives relevant baggrundsinformation om influenzaepidemier og pandemier, navnlig deres forskelligartethed og uforudsigelighed. De vigtigste tendenser og oplysninger er afledt af den analyse og fortolkning af de epidemiologiske og virologiske og andre analyser, der er leveret af Det Europæiske Center for Forebyggelse af og Kontrol med Sygdomme (ECDC's) europæiske overvågningssystem (TESSy) gennem European Influenza Surveillance Network (EISN).

Disse data og analyser viser, at det pandemiske virus efter at være dukket op i Nordamerika begyndte at brede sig i Europa omkring uge 16 i 2009. Virusset opfyldte de fastlagte kriterier for en pandemi i Europa, som det gjorde andre steder. Overvågning af pandemien blev hurtigt tilrettelagt og aftalt af ECDC og medlemsstaterne i EU/EØS med deltagelse af Verdenssundhedsorganisationen (WHO) og de allerede berørte lande uden for Europa. Overvågningen var baseret på eksisterende systemer, men indeholdt nye elementer til overvågning af situationen hos dem, der var svært ramt af det pandemiske virus. Baseret på epidemiefterretning og målrettet science-watch blev der desuden tidligst muligt fastlagt vigtige parametre, som var nødvendige for at foretage informerede risikovurderinger, justere prognoser og danne informationsgrundlag for modforholdsregler.

I forårs- og sommerperioden rapporterede European Influenza Surveillance Network om en første bølge af smitte, der var mærkbar i de fleste lande, men som kun ramte hårdt i få lande, navnlig i Det Forenede Kongerige. Smitten aftog kortvarigt i sommerens løb, men tog til i begyndelsen af efteråret straks efter skoleferiens afslutning. Denne gang ramte den alle lande som en efterårs- og vinterbølge, der bevægede sig gennem kontinentet fra vest til øst. Verdenssundhedsorganisationen erklærede officielt pandemien for at være forbi i uge 32 i 2010.

I de fleste lande var efterårs-/vinterbølgen skarpt afgrænset, varede ca. 14 uger og var ledsaget af en tilsvarende bølge af indlæggelser og dødsfald. Sygdommens sværhedsgrad var imidlertid forskellig fra sted til sted, også inden for de enkelte lande. I alt rapporterede landene i EU/EØS om 2 900 officielle dødsfald i de første 12 måneder, hvor medlemsstaterne satte specielt ind på at indsamle disse data. Dette anses dog kun for at være en del af det fulde dødstal som følge af pandemien. Hos børn i skolealderen blev der registreret et overtal af dødsfald af alle årsager. Skønt der var tale om et aldrig tidligere forekommende influenzavirus, havde mange ældre mennesker i Europa i forvejen nogen forudgående immunitet efter tidligere eksponering for et influenzavirus med lignende antigenegenskaber, der cirkulerede før midten af 1950'erne. Dette forhold, der ikke er enestående for 2009-pandemien, forklarer, hvorfor den på to punkter afviger iøjnefaldende fra den interpandemiske eller sæsonbetingede influenza: Dels den lavere totale dødelighed, dels den større end forventede relative sygdomsbyrde og dødelighed blandt unge. Skønt mange ældre mennesker tilsyneladende var beskyttet, var dødeligheden i denne aldersgruppe højere blandt dem, der ikke var beskyttet, end i nogen anden aldersgruppe.

Det pandemiske virus fortrængte det tidligere dominerende interpandemiske influenza A-virus i Europa, men influenza B-vira dukkede dog i mindre omfang op sent i sæsonen. Kun få pandemiske vira viste sig at være resistente mod oseltamivir, og meget få heraf så ud til at kunne overføres mellem mennesker. De pandemiske vira er ikke identiske, men hidtil er der ikke mange tegn på en nævneværdig antigenisk drift eller fremkomst af dominerende nye varianter. Én variant – A(H1N1)-D222G – er blevet sat i forbindelse med sværere sygdom, men årsagssammenhængen er ikke påvist.

Anekdotisk blev der beskrevet asymptomatiske tilfælde og tilfælde, der var milde i forhold til den interpandemiske influenza, men der var så mange tilfælde af akut respiratorisk distress syndrom (ARDS) – en tilstand, der meget sjældent ses ved interpandemisk influenza – at det belastede intensivafdelingerne mange steder.

Sygdomshyppigheden var højst hos små børn, og landerapporterne viser, at infektionsraten var størst hos børn i skolealderen. Visse steder var disse høje sygdomsrater en belastning for primærsektoren, hospitalernes pædiatriske afdelinger og navnlig intensivafdelingerne.

Begrænsede data fra serologiske undersøgelser er nu er ved at blive tilgængelige og viser samstemmende med overvågningsdataene, at overførselsraterne var større end de kliniske symptomer lod formode. Disse data er imidlertid utilstrækkelige som grundlag for pålidelige prognoser for, hvad der vil ske næste vinter (2010/2011); til dette formål har erfaringerne fra tempererede lande på den sydlige halvkugle i den europæiske sommerperiode i 2010 været til stor nytte.

I sin tidlige fase var pandemien ikke nær så alvorlig som frygtet. Dette fremgik af de tidlige risikovurderinger fra ECDC⁶, rapporter fra WHO og løbende information fra ECDC til de nationale og europæiske myndigheder. Tjenester uden for sundhedssektoren havde lave fraværsprocenter og var således kun i ringe grad påvirket. Dette og andre forhold betød, at der vel nok var tale om den mest godartede pandemi, som Europa kunne have gjort sig håb om.

At 2009-pandemien udgjorde en mindre trussel end mange lande havde forberedt sig på, gav mulighed for at afprøve fleksibiliteten af de eksisterende programmer. Den indtrådte på et tidspunkt, hvor diagnostiske test hurtigt blev tilgængelige, hvilket ligeledes gjaldt forebyggende foranstaltninger som antivirale lægemidler – som har ringe resistens mod neuraminidasehæmmere, men som er næsten fuldstændig resistente mod de ældre adamantaner – og egnede vacciner, som blev udviklet hurtigere end nogensinde før. Hver af disse udviklinger ledte imidlertid i sig selv til problemer, og der viste sig nye udfordringer og overraskelser. Som nævnt blev raten af akut respiratorisk distress syndrom (ARDS) højere end forventet på et tidspunkt, hvor mange intensivafdelinger i forvejen var under pres, uden at dette nødvendigvis belastede de øvrige hospitalsafdelinger. En mere velkommen overraskelse var, at de hurtigt fremstillede pandemiske vacciner udviste så god immunologisk respons, at det var tilstrækkeligt med en enkelt dosis til voksne for mange af formuleringernes vedkommende. De har også vist sig at være effektive og sikkerhedsmæssigt acceptable, men nøjagtig fastlæggelse af deres sikkerhed vil kræve løbende overvågning efter markedsføringsfasen. Da vaccinerne blev gjort tilgængelige, var der hos fagfolk i sundhedssektoren blandet begejstring over at skulle vaccinere. Der foreligger endnu ikke pålidelige data om dækningen på EU-plan, men det tegner til, at dækningen bliver stærkt varierende i Europa, da kun visse lande opnår en høj dækning i hele befolkningen eller i udvalgte risikogrupper.

Den manglende almindelige accept af denne vaccine beror delvis på det vanskelige i at formidle det komplekse budskab, der i det væsentlige gik ud på, at chancen for alvorlig sygdom efter infektionen var meget lav, hvis ikke man tilhørte en risikogruppe (små børn, kronisk syge og gravide kvinder). Men eftersom 25-30 % af de officielle dødsfald forekom blandt tidligere raske personer under 65 år, var det næste budskab, at alle raske voksne og børn havde en lille, men reel risiko for at blive alvorligt syge eller dø som følge af pandemien. Udfordringerne ved formidlingen af risikoen var derfor betydelige.

Alt i alt kan det nok med rimelighed siges, at EU/EØS håndterede responsen over for pandemien nogenlunde godt. Intet land overreagerede, og de af Kommissionen, WHO og ECDC udviklede systemer til drøftelse og deling af oplysninger og analyser viste sig at være smidige og anvendelige. EISN's virologiske og primærsektorbaserede overvågning fungerede godt og bevirkede en øget tilgang af data fra ECDC's kilder til epidemiforretninger og målrettet science watch. Knap så vellykket var delingen af analyser fra de først ramte lande, og det var heldigt, at der hurtigt blev mulighed for at få data og analyser fra Nordamerika og den sydlige halvkugle.

Undersøgelser og erfaringsindhentning pågår fortsat, men der kan allerede drages nogle umiddelbare generelle konklusioner:

- Der bør vedtages definitioner for sværhedsgraden af en pandemi for at gøre beredskabsplanerne mere fleksible.
- Takket være de systemer til rutinemæssige overvågning, der var oprettet inden pandemien, vil det være nødvendigt med langt færre ændringer i tilfælde af en krise eller endda en pandemi.
- Overvågningen "i den tunge ende" – hospitalspatienter og dødsfald – bør forbedres.
- Fremover bør der sørges for mere effektiv deling af tidlige analyser fra det først ramte land.
- Der er brug for en betydelig indsats, herunder forskning og udvikling, for at gøre seroepidemiologiske data tilgængelige i realtid.
- Opstilling af modeller under en pandemi skal hænge tættere sammen med politik og tiltag i hele Europa, ikke kun i et enkelt eller to lande.

Der bør nu ske en fornyet gennemgang af pandemiplanlægningen, da forekomsten af denne pandemi ikke udelukker endnu en pandemi i nær fremtid, f.eks. en H5- eller H7-pandemi. Næste generation af planer må have større fleksibilitet over for forskellige sværhedsgrader og forskellige kombinationer af de usikkerheder, der vides at forekomme i forbindelse med en pandemi. Dette ville i praksis være lettere, hvis der kunne opnås europæisk enighed om en vurdering af sværhedsgrad, så responsen kan tilpasses pandemiens omfang og karakteristika. Disse næste planer skal desuden sikre styrkelse og bæredygtighed af de influenzaovervågningssystemer, der indføres af hensyn til pandemien, navnlig overvågning af svære akutte luftvejsinfektioner og den deraf forårsagede dødelighed og i sidste instans seroepidemiologisk overvågning. Dette overvågningsarbejde bør prioriteres og tildeles passende ressourcer, og derefter bør der gives mulighed for, at det udbygges og afprøves i den inter pandemiske periode, så det foregår mere smidigt og effektivt, når den næste større krise indtræder.

⁶ Tilgængelig på: http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/H1N1/risk_threat_assessment/Pages/risk_threat_assessment.aspx

13 Udviklingen hen mod udryddelse af TB – en opfølgning på rammehandlingsplanen for bekæmpelse af tuberkulose i Den Europæiske Union

(Offentliggjort i november 2010)

Indledning

Rammehandlingsplanen for bekæmpelse af tuberkulose (TB) i Den Europæiske Union blev iværksat af Det Europæiske Center for Forebyggelse af og Kontrol med Sygdomme i 2008. På anmodning fra EU's sundhedskommissær om at etablere rammer for overvågningen til støtte for planen har ECDC nu udarbejdet en opfølgning på rammehandlingsplanen. Opfølgningen på rammehandlingsplanen har følgende målsætning: At give et overblik over det nuværende strategiske miljø for TB-kontrol i EU og skitsere sammenhængen med den globale situation samt at beskrive de epidemiologiske og strategiske rammer for overvågningen, der vil gøre det muligt at vurdere udviklingen hen mod udryddelse af TB i EU.

Det strategiske miljø på europæisk og globalt plan

Det nuværende omfang af TB-epidemien i EU gør det nødvendigt at lægge overvågningen i særlige rammer, der er direkte relevante i europæisk epidemiologisk sammenhæng og lette at anvende for medlemsstaterne. En forudsætning for etablering af rammer for overvågningen er derfor indgående kendskab til det epidemiologiske og strategiske miljø, der skal overvåges. Denne opfølgingsrapport giver således en oversigt over det nuværende miljø i EU og globalt i erkendelse af behovet for en dækkende strategi på baggrund af den globaliserede sammenhæng, som TB-epidemien udspiller sig i.

Overvågning af rammehandlingsplanen

I denne rapport foreslås en række centrale epidemiologiske og operationelle indikatorer og målsætninger som en integreret del af rammerne for overvågningen. De pågældende indikatorer og målsætninger er forenelige med dem, der i forvejen overvåges som led i det eksisterende globale og regionale samarbejde, og kan sædvanligvis udledes af oplysninger, der i forvejen indsamles og rapporteres af landene. De centrale indikatorer for opfølgningen er alle specifikt knyttet til de otte strategiske områder i rammehandlingsplanen for at gøre det muligt at følge udviklingen på hvert af disse områder.

Epidemiologiske indikatorer

- 1 Udviklingen i indberetningsraten for tilfælde.
- 2 Udviklingen i indberetningsraten for multiresistente tilfælde.
- 3 Udviklingen i forholdet mellem indberetningsraterne for børn og voksne.
- 4 Udviklingen i gennemsnitsalderen for TB-tilfælde.

Operationelle indikatorer

- 1 Tilstedeværelse af en national plan for TB-kontrol.
- 2 Tilstedeværelse af retningslinjer for gennemførelse af en national plan for TB-kontrol.
- 3 Den procentdel af de nationale TB-referencelaboratorier (som overholder ERLN-TB), der har tilfredsstillende præstationer i det eksterne kvalitetssikringsprogram.
- 4 Tilstedeværelse af en strategi til indførelse og gennemførelse af nye værktøjer til TB-kontrol.
- 5 Den procentdel af nye tilfælde af pulmonal TB, der er dyrkningsbekræftet, og den procentdel af tilfældene, der er følsomhedstestet over for førstevalgsantibiotika.
- 6 Den procentdel af medlemsstaterne, der rapporterer succesrater for behandlingen.
- 7 Succesraten af behandlingen.
- 8 Den procentdel af patienterne, for hvilke hiv-status kendes.

Bilag: ECDC-publikationer i 2010

Tekniske rapporter

Maj

Risk assessment on Q fever

Juni

Core functions of microbiology reference laboratories for communicable diseases

September

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

Oktober

Surveillance and prevention of hepatitis B and C in Europe

November

External quality assurance scheme for Salmonella typing

Evidence synthesis for Guidance on HIV testing

December

Fostering collaboration in public health microbiology in the European Union

ECDC-vejledninger

Oktober

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

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

December

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

Overvågningsrapporter

Marts

Tuberculosis surveillance in Europe 2008

Maj

Influenza surveillance in Europe 2008/09

Oktober

Annual Threat Report 2009

Surveillance of invasive bacterial diseases in Europe 2007

November

Annual Epidemiological Report on Communicable Diseases in Europe 2010

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

HIV/AIDS surveillance in Europe 2009

Specialrapporter

Juli

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

September

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

November

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

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

Mødereferater

Januar

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

Februar

Expert forum on communicable disease outbreaks on cruise ships

Marts

Training strategy for intervention epidemiology in the European Union

April

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

Maj

Annual meeting of the European Influenza Surveillance Network (EISN)

Juni

First annual meeting of the European Reference Laboratory Network for Tuberculosis

Expert consultation on healthcare-associated infection prevention and control

Juli

Surveillance in EU and EEA/EFTA countries

December

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

Rapporter fra tjenesterejser

Februar

Offentlig høring og udvikling af sundhedssystemet i Den Tidligere Jugoslaviske Republik Makedonien.

Oktober

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

Tekniske dokumenter

Marts

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

Joint European pandemic preparedness self-assessment indicators⁷

⁷ Published by WHO.

September

Conducting health communication activities on MMR vaccination

Corporate udgivelser

Summary of key publications 2009

Annual Report of the Director 2009

Strategies for disease-specific programmes 2010–2013

ECDC Insight

Executive Science Update

Regelmæssige publikationer

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

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