



ECDC **CORPORATE**

Oversikt over viktige publikasjoner 2009

ECDC CORPORATE

Oversikt over viktige publikasjoner 2009



Stockholm, januar 2010.

© Det europeiske senter for forebygging av og kontroll med smittsomme sykdommer, 2010

Gjengivelse er tillatt med kildeangivelse.

Innhold

Innledning.....	1
Tekniske rapporter.....	2
1. Risk assessment guidelines for infectious diseases transmitted on aircraft [Retningslinjer for risikovurdering av smitte om bord på luftfartøy].....	2
2. Surveillance and studies in a pandemic in Europe [Overvåking og studier i en pandemi i Europa].....	3
3. Guide to public health measures to reduce the impact of influenza pandemics in Europe: 'The ECDC Menu' [Veiledning til folkehelseiltak med sikte på å redusere konsekvensene av influensapandemier i Europa: "ECDC-menyen"].....	4
4. Migrant health series: Access to HIV prevention, treatment and care for migrant populations in EU/EEA countries [Migranter og helse-serien: Tilgang til HIV-forebygging, -behandling og -pleie for migrantbefolkninger i EU/EØS-land].....	11
5. Migrant health series: Epidemiology of HIV and AIDS in migrant communities and ethnic minorities in EU/EEA countries [Migranter og helse-serien: HIV- og AIDS-epidemiologi i migrantgrupper og hos etniske minoriteter i EU/EØS-landene].....	14
6. Mapping of HIV/STI behavioural surveillance in Europe [Kartlegging av atferdsrelatert HIV/SOI-overvåking i Europa].....	18
7. The bacterial challenge: time to react [Den bakterielle utfordringen – på tide å handle] (felles teknisk rapport fra ECDC/EMA).....	20
8. Effectiveness of behavioural and psychosocial HIV/STI prevention interventions for MSM in Europe [Effekten av tiltak for atferdsrelatert og psykososial HIV/SOI-forebygging blant menn som har sex med menn i Europa].....	24
Veiledningsrapporter.....	25
9. Chlamydia control in Europe [Klamydiakontroll i Europa].....	25
10. Public health use of influenza antivirals during influenza pandemics [Bruk av antivirale legemidler mot influensa i folkehelsesammenheng under influensapandemier].....	27
11. Use of specific pandemic influenza vaccines during the H1N1 2009 pandemic [Bruk av spesifikke vaksiner mot pandemisk influensa under H1N1-pandemien i 2009].....	30
Overvåkingsrapporter.....	32
12. Tuberculosis surveillance in Europe 2007 [Tuberkuloseovervåking i Europa i 2007].....	32
13. Annual epidemiological report on communicable diseases in Europe 2009 [Årlig epidemiologisk rapport om smittsomme sykdommer i Europa 2009].....	34
14. HIV/AIDS surveillance in Europe 2008 [Overvåking av HIV/AIDS i Europa i 2008].....	40
Vedlegg: ECDC-publikasjoner i 2009.....	42

Innledning

I 2009 publiserte Det europeiske senter for forebygging av og kontroll med smittsomme sykdommer (European Centre for Disease Prevention and Control – ECDC) totalt 43 vitenskapelige dokumenter. Noen av de viktigste dokumentene var

- *Annual epidemiological report on communicable diseases in Europe 2009 [Årlig epidemiologisk rapport om smittsomme sykdommer i Europa 2009]*, tredje utgave av ECDCs årlige publikasjon med et omfattende sammendrag av overvåkingsdata for 2007 og truslene som ble overvåket i 2008,
- *Tuberculosis surveillance in Europe 2007 [Overvåking av tuberkulose i Europa 2007]* og *HIV/AIDS surveillance in Europe 2008 [Overvåking av HIV/AIDS i Europa 2008]*, som ble produsert i samarbeid med WHO's regionkontor for Europa (WHO EURO) og som kartlegger situasjonen i EU/EØS-landene og de 23 andre landene i WHO EURO-regionen,
- lanseringen av *Migrant health series [Migranter og helse-serien]*, en samling av sykdomsspesifikke publikasjoner som presenterer dataanalyser, sammendrag av dokumentasjon, tolkninger og retningslinjer på området migrasjon og utvalgte smittsomme sykdommer. De to første sykdomsspesifikke dokumentene publisert i 2009, var om HIV/AIDS,
- *The bacterial challenge: time to react [Den bakterielle utfordringen – på tide å handle]*, en teknisk rapport om misforholdet mellom byrden av infeksjoner som skyldes multiresistente bakterier, og utviklingen av nye antibiotika for å håndtere problemet, utarbeidet i samarbeid med Det europeiske legemiddelkontoret, og
- *Mapping of HIV/STI behavioural surveillance in Europe [Kartlegging av atferdsrelatert HIV/SOI-overvåking i Europa]*, en inngående analyse av dagens situasjon når det gjelder atferdsobservasjonsprogrammer relatert til HIV og seksuelt overførbare infeksjoner (SOI) i EU- og EFTA-land.

Det er laget en oppsummering av utvalgte ECDC-dokumenter, som de som er nevnt over, for at beslutningstakere skal ha tilgang til dem på alle EU-språk. Oppsummeringene gjenspeiler tonen i originalpublikasjonene, men noen viktige nyanser kan ha gått tapt i oppsummeringsprosessen. De som ønsker mer detaljert informasjon, bør lese dokumentene i sin helhet. Dokumentene finnes i elektronisk format på: www.ecdc.europa.eu.

Vedlegget inneholder en oversikt over alle publikasjoner fra ECDC i 2009. Alle publikasjonene er tilgjengelig i elektronisk format via lenken over, der du også kan lese en kort beskrivelse av innholdet i hver publikasjon. Noen rapporter finnes også i papirutgave. Hvis du ønsker en papirutgave, kan du sende en e-post til publications@ecdc.europa.eu.

Tekniske rapporter

1. Risk assessment guidelines for infectious diseases transmitted on aircraft [Retningslinjer for risikovurdering av smitte om bord på luftfartøy]

(Publisert i juni 2009)

Nasjonal og internasjonal kommersiell lufttransport har hatt en jevn økning i passasjertallet de siste årene. Hver dag ønsker internasjonale lufthavner millioner av passasjerer velkommen, og reisende kan komme seg ut i verden på et par timer. Samtidig kan skiftende reisevaner forårsake nye trusler, for i det lukkede kabinmiljøet om bord på moderne fly kan passasjerene bli eksponert for medpassasjerers smittsomme sykdommer.

Utviklingen av alvorlig akutt luftveissyndrom (SARS) i 2003 viste hvordan en ny sykdom plutselig kan oppstå og spres verden over med fly. Tidlig påvisning av smittsomme sykdommer om bord på luftfartøy, sammen med en risikovurdering, er avgjørende når det gjelder tiltak på folkehelseområdet. Når en folkehelseisiko påvises, er det å spore opp og kontakte passasjerene som ble eksponert under flyreisen, et viktig steg for få kontroll – og en vesentlig utfordring for folkehelseeksperter verden over.

RAGIDA-prosjektet ("Risk assessment guidelines for infectious diseases transmitted on aircraft") kombinerer dokumentasjon fra vitenskapelig litteratur med ekspertkunnskap for å gi beslutningstakere gjennomførbare alternativer. RAGIDA kan være til god hjelp når utløsende faktorer skal fastslås og når det må treffes beslutning om hvorvidt passasjerer og besetning som er eksponert for smitte på flyreise, skal kontaktes.

Ekspertene fra Robert Koch-instituttet og ECDC besluttet at RAGIDA-prosjektet skal omfatte følgende 12 sykdommer: tuberkulose (TB), influensa, SARS, meningokokksykdom, meslinger, røde hunder, difteri, Ebola-hemoragisk feber, Marburg-hemoragisk feber, Lassafeber, kopper og miltbrann. Over 3 700 fagfelleverderte artikler og andre litteraturkilder ble systematisk gjennomgått for å evaluere de nøyaktige omstendighetene som førte til at disse smittsomme sykdommene ble overført om bord på luftfartøy. I tillegg ble det utført et systematisk søk etter retningslinjer om risikovurdering og risikohåndtering for disse smittsomme sykdommene hos internasjonale luftfartsorganisasjoner og nasjonale/internasjonale folkehelsemyndigheter. For ytterligere innspill ble 73 eksperter fra 38 land kontaktet og spurt til råds.

Resultatene av det systematiske litteratursøket tyder på at TB, influensa, SARS, meningokokksykdom og meslinger ble overført relativt hyppig om bord på fly. Imidlertid var antallet artikler som rapporterte om bekreftede tilfeller av slik overføring av noen av disse sykdommene overraskende lavt, særlig med tanke på det store antallet potensielle kontakter. I lys av disse resultatene er det samlede antallet tilfeller av smitteoverføring om bord på fly sannsynligvis også ganske lavt. Selv om det er vanskelig å trekke noen konklusjoner når det gjelder antallet infeksjoner som skyldes smitteoverføring om bord på fly, er potensialet for spredning av smittsomme sykdommer sannsynligvis ikke høyere i luften enn på bakken.

Alt i alt er vi fortsatt overbevist om at risikovurderingen og beslutningen om å foreta kontaktsporing bør være spesifikk for hver enkelt hendelse og ta hensyn til faktorer som potensialet for epidemiologisk spredning, smittsomhet og patogenitet hos indekspasienter, hvor godt ventilasjonssystemene om bord virker, kontaktintensitet og opplysninger om seteplassering – som foreslått i denne tekniske rapporten.

2. Surveillance and studies in a pandemic in Europe [Overvåking og studier i en pandemi i Europa]

(Publisert i juni 2009)

Overvåking og studier i en pandemi er et komplekst emne som omfatter fire atskilte komponenter:

- 1) tidlig påvisning og etterforskning
- 2) omfattende tidlig vurdering
- 3) overvåking
- 4) hurtig undersøkelse av mottiltakenes effektivitet og virkning (herunder sikkerheten ved farmasøytiske mottiltak) når det gjelder å oppnå begrensning.

Det er lite sannsynlig at en pandemi vil oppstå i Europa, og følgelig vil tidlig påvisning og etterforskning sannsynligvis skje et annet sted, men Europa vil måtte iverksette de andre tre prosessene. Laboratoriebaseret (mikrobiologisk) overvåking vil være avgjørende for alle komponentene, men vil vanligvis være integrert i den epidemiologiske og kliniske overvåkingen. Tidlig vurdering (komponent 2) er avgjørende ettersom det vil være flere viktige parametrene ved neste pandemi som det ikke er mulig å forutse. Imidlertid er det ikke nødvendig at tidlig vurdering foretas i alle land. Tidlig vurdering bør fortrinnsvis foretas i de europeiske landene som berøres først, med støtte fra Det europeiske senter for forebygging av og kontroll med sykdommer (ECDC) og Verdens helseorganisasjon (WHO), og begrenses til fastsettelsen av "strategiske parametre". Verdiene for disse parametrene vil avgjøre hvilke folkehelseiltak og kliniske tiltak som har størst sannsynlighet for å være effektive. Resultatene fra noen få land vil deretter umiddelbart kunne formidles til alle de andre landene.

Den tidlige vurderingen vil omfatte en beregning av pandemiens alvorlighetsgrad. Dette er en vanskelig øvelse, men den er avgjørende ettersom enkelte nasjonale planer i Europa legger opp til mer omfattende intervensjoner i tilfelle av en alvorlig pandemi. Det forventes at WHO tar en lederrolle i forbindelse med denne vurderingen. Detaljarbeidet vil imidlertid kreve en europeisk vinkling på risikovurderingen ettersom kompleksiteten ved begrepet alvorlighetsgrad gjør det vanskelig å redusere det til ett enkelt tiltak. Alle landene i Europa vil bli nødt til å gjennomføre overvåking (komponent 3) for å sikre god styring av sine egne helsesystemer og andre tjenester. Det er nok mye informasjon de sentrale myndighetene i de ulike landene vil kunne ønske seg for overvåkingsformål, men den bør begrenses til det som er vesentlig for beslutninger og sentral kommunikasjon. Overvåkingen bør testes for gjennomførbarhet i influensasesonger. Hvordan systemene for rutinemessig overvåking vil endres eller slutte å levere under en pandemi, bør også vurderes. Internasjonal overvåking (rapportering oppover til WHO og europeiske myndigheter) bør også holdes på et ukomplisert nivå ettersom mange land vil synes det er vanskelig å bidra med rutineinformasjon til internasjonale organer i tillegg til å gjennomføre interne prosesser. Dessuten vil ikke alle landene kunne levere informasjon på det detaljnivået som europeiske myndigheter kunne ønske.

Undersøkelser av virkningene av folkehelseiltak (og sikkerheten ved farmasøytiske mottiltak) (komponent 4) er en annen prosess som det bare er nødvendig å gjennomføre i enkelte land. Det vil sannsynligvis ikke være mulig å få klarhet i hvorvidt folkehelseiltak (og eventuelt hvilke) har vært effektive under selve pandemien.

WHO og ECDC har samarbeidet med de europeiske medlemsstatene for å utvikle prosedyrer og "mock-up"-protokoller for komponent 2, den tidlige vurderingsprosessen, og det ble planlagt at disse skulle testes for akseptabilitet i øvelser og i felt under influensasesongen 2009–2010. Utviklingen av den nye influensatypen A(H1N1) betyr at disse prosedyrene og protokollene vil bli testet mot en reell pandemisk stamme. Metoder for å beregne effektiviteten av influensavaksiner (inngår i komponent 4) i Europa er nå gjenstand for et pilotprosjekt. På nasjonalt nivå er det viktig at myndighetene planlegger hvordan de vil gjennomføre komponent 2–4, f.eks. hvordan de vil arbeide med akademiske institusjoner og personell og sikre at disse gis tilstrekkelige ressurser under selve pandemien.

3. Guide to public health measures to reduce the impact of influenza pandemics in Europe: 'The ECDC Menu' [Veiledning til folkehelseiltak med sikte på å redusere konsekvensene av influensapandemier i Europa: "ECDC-meny"]

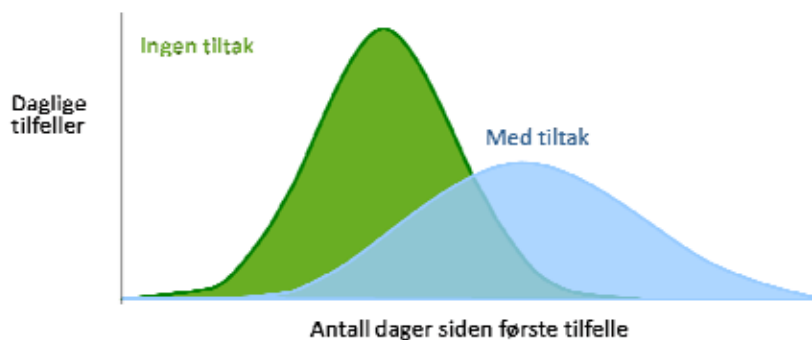
(Publisert i juni 2009, oppdatert i oktober 2009)

Gjennomføringen av folkehelseiltak (se sammendragstabeller på side 6) vil til en viss grad redusere antallet mennesker som smittes, trenger legehjelp eller dør under en influensapandemi. Sannsynligvis vil det også redusere antallet som berøres av alvorlige sesonginfluensaepidemier. Ved å senke, og kanskje forsinke, toppen av pandemikurven (figur 3.1) kan tiltakene også redusere de sekundære effektene av pandemien som oppstår når mange mennesker blir syke samtidig, dvs. konsekvensene av massefravær i nøkkelfunksjoner som helsetjenester og matforsyning, drivstoffdistribusjon, offentlige forsyninger osv. Folkehelseiltak kan til og med forsinke toppen av en pandemis epidemikurve slik at den kommer nærmere tidspunktet der en pandemivaksine blir tilgjengelig, og dermed muligens også bidra til å redusere det totale antallet berørte. I tillegg kan slike tiltak teoretisk sett forsinke toppen inntil overføringen av influensaviruset reduseres naturlig i sommermånedene.

Figur 3.1 Målsettinger for folkehelseiltak under en pandemi

Mål for å redusere influensasmitte i samfunnet

- Forsinke og flate ut epidemitoppene
- Redusere toppbelastningen på helsevesenet og redusere trusselen
- Til en viss grad redusere det totale antallet tilfeller
- Buy Kjøpe litt tid



En rekke tiltak er blitt foreslått (se sammendragstabellene), herunder personlige tiltak som håndvask og bruk av munnbind, og farmasøytiske intervensjoner som antivirale legemidler, fugleinfluensavaksiner (også kalt prepandemiske vaksiner) og, sent i pandemien, spesifikke vaksiner i tillegg til samfunnsmessige tiltak om aktivitetsbegrensning. Mange mener at kombinasjoner av tiltak er enda mer effektive enn enkeltstående tiltak, såkalt "forsvar i dybden" eller "trinnvise tiltak". Både modelleringsarbeid og sunn fornuft taler for at det vil være mer effektivt å sette inn intervensjoner på et tidlig tidspunkt enn å vente til pandemien er langt framskreden.

Det er vanskelig å se for seg at tiltak av f.eks. typen aktivitetsbegrensning ikke skulle ha noen positiv effekt når det gjelder å redusere spredningen av human luftveisinfeksjon fra menneske til menneske via dråpesmitte og indirekte kontakt. Evidensgrunnlaget for det enkelte tiltak er imidlertid ofte svakt. Det er også uklart hvordan mange av tiltakene vil påvirke hverandre. Nærmere bestemt – vil effekten av tiltak som begrenser aktivitetene i samfunnet være kumulativ? I noen tilfeller skyldes mangelen på klarhet manglende forskning. Men oftere skyldes det at tiltakene er vanskelige å evaluere uansett eksperimentell tilnærming, og når tiltakene er blitt gjennomført i reelle situasjoner, er det brukt kombinasjoner av tiltak. Dermed blir det veldig vanskelig å vurdere de absolutte positive virkningene og relative styrkene ved hvert tiltak. I tillegg vil virkningens styrke naturligvis variere avhengig

av hvordan pandemien arter seg. For eksempel kan intervensjoner rettet mot barn ha vært ganske effektive under pandemien i 1957, da yngre aldersgrupper synes å ha vært spesielt utsatt, men de ville vært mindre effektive under pandemiene i 1918-19 og 1968. Altså er det ikke mulig å ha fastspikrede planer som passer for alle pandemier. Videre vil effektiviteten, gjennomførbarheten og kostnadene ved aktivitetsbegrensende tiltak sannsynligvis variere fra ett land i Europa til et annet og til og med innenfor det enkelte land (f.eks. tettbygde strøk kontra grigrendte strøk).

Erfaringen fra tidligere pandemier og hendelser som SARS viser at folkehelseiltak til en viss grad gjennomføres i henhold til lokale vaner og praksis. Under pandemien i USA i 1918-19 var tiltakene organiserte og ofte proaktive, mens man i Europa under pandemier og SARS ofte iverksatte reaktive tiltak.

Altså er det gode argumenter for å ha standardplaner på plass (planer som er blitt testet under øvelser og som skal gjennomføres i fravær av annen informasjon). Faktisk har WHO utarbeidet retningslinjer med dette for øye, og mange land i Europa har utarbeidet planer. Men med tanke på det som er sagt over, bør slike planer være meget fleksible og ha styrings- og kontrollstrukturer som gjør det mulig å foreta endringer raskt i lys av nye opplysninger og erfaringer.

Alle folkehelseiltak kommer med en prislapp, og mange har også sekundære effekter. De fleste tiltak kan ha store sekundære effekter, og mange vil kreve grundige vurderinger. De mer drastiske samfunnstiltakene som er foreslått (f.eks. proaktiv stenging av skoler og reiserestriksjoner), koster dyrt og har selv konsekvenser som vil variere ut fra konteksten. Disse er også vanskelige å gjennomføre over tid. Dermed kan gjennomføringen av slike tiltak under en vanlig sesonginfluensa eller en mild pandemi, og særlig hvis de gjennomføres tidlig i utbruddet, være mer til skade enn om man lar smitten gå sin gang og behandler personer med alvorlig sykdom.

Noen av tiltakene er relativt enkle å gjennomføre og anbefales også ved mild sesonginfluensa (f.eks. regelmessig håndvask og tidlig isolasjon hjemme ved utvikling av febersykdom). Disse har også den fordel at de kan berolige den enkelte og være nyttige i en ellers vanskelig tid. Andre tiltak kan bli vanskelige å gjennomføre eller vil være for kostbare (f.eks. massebruk av antivirale legemidler hos de som blir syke), mens andre igjen kan virke svært forstyrrende på samfunnsfunksjoner og være vanskelige å gjennomføre over tid (f.eks. stenging av grenser, innenlands transportrestriksjoner). Derfor krever alle tiltak planlegging, forberedelser og øvelse.

Punktet om kostbare og såkalt nedbrytende tiltak er avgjørende. Under en pandemi med mindre alvorlig sykdom og hvor færre blir syke, som pandemiene i 1957 og 1968, kan enkelte samfunnstiltak (som forebyggende stenging av skoler, hjemmearbeid o.l.) – selv om de nok bidrar til å redusere smitteoverføringen – bli mer kostnadskrevenne og forstyrrende enn pandemien som sådan. Altså vil slike tiltak bare ha en nettogevinst hvis de gjennomføres under en alvorlig pandemi, for eksempel der mange må legges inn på sykehus eller der dødeligheten kan sammenlignes med spanskesyken i 1918-19.

Derfor vil det være avgjørende med en tidlig vurdering av en pandemis kliniske alvorlighetsgrad både globalt og i europeisk sammenheng. Selv om tidlig gjennomføring av tiltak er logisk, vil en for tidlig anvendelse av de mer nedbrytende intervensjonene bli for kostbar og gjøre dem vanskelige å gjennomføre over tid.

En rekke land i Europa vurderer nå sine policy-alternativer for disse tiltakene. På grunn av mangfoldet i Europa vil ikke én enkelt kombinasjon av tiltak passe for alle miljøer i Europa: Én størrelse passer ikke for alle. Imidlertid vil felles drøftinger om tiltakene være til hjelp og legge til rette for en mer effektiv beslutningsprosess. Videre er det i enkelte land allerede gjort betydelige mengder relevant vitenskapelig arbeid. Dette dokumentet trekker veksler på noe av dette, som alle land i Europa kan dra nytte av sammen med tenkning fra andre land.

Formål

På grunnlag av disse betraktningene, og gitt at ECDCs mandat er å gi vitenskapelige råd snarere enn å foreskrive tiltak, er hensikten med dette dokumentet å legge fram en meny med mulige tiltak og presentere folkehelse relatert og vitenskapelig informasjon om hva som er kjent eller kan sies om tiltakenes sannsynlige effektivitet, kostnader (direkte og indirekte), akseptabilitet, samfunnets forventninger og andre betraktninger av mer praktisk art. Hensikten er å hjelpe EUs medlemsstater og EU-institusjoner, individuelt eller samlet, til å komme fram til hvilke tiltak de skal anvende. Når dette er sagt, finnes det tiltak som enten er så selvinnytsende eller så ineffektive at bare det å legge fram dokumentasjonen bør gjøre det lettere å treffe politiske beslutninger.

Målgruppe

Den primære målgruppen er de som utformer politikken og beslutningstakere, men den sekundære målgruppen er alle som berøres av influensa, offentligheten og media. Medias forståelse av tiltakene og tiltakenes begrensninger vil være avgjørende for hvor godt de gjennomføres under en pandemi.

Omfang

Dette dokumentet får anvendelse når WHO klassifiserer en pandemi i Europa til fase 5 eller 6 samt ved epidemier av sesonginfluensa. Det tar ikke opp de ulike forholdene i fase 4, de spesielle behovene knyttet til utviklingen av en ny pandemisk stamme ("Rapid Containment Strategy") eller de komplekse planleggings- og policy-spørsmålene knyttet til hvordan nøkkeltjenester kan opprettholdes under en pandemi (såkalt kontinuitetsplanlegging for en pandemi). Dette siste ligger uansett utenfor ECDCs mandat.

Dokumentet bør leses sammen med tidligere veiledninger som ECDC har publisert om personlige beskyttelsestiltak. Disse er oppsummert i teksten og tabellene. Den vitenskapelige veiledningen vedrørende (prepandemisk) fugleinfluensavaksine (H5N1) er publisert og vist til i teksten. Veiledningen bør leses sammen med WHO's retningslinjer fra 2005 og WHO's nye retningslinjer for mottiltak (publisert i 2009).

Merk at disse veiledningene og retningslinjene er foreløpige i og med at det vil komme flere forskningsresultater og at nye mottiltak potensielt kan bli utarbeidet. Menyen vil derfor fortsatt bli oppdatert.

Sammendragstabeller Karakteristika ved potensielle intervensjoner for å redusere smitteoverføring i fase 6 av en pandemi/alvorlig epidemi av sesonginfluensa

Internasjonal persontrafikk (stengte grenser, innreiserestriksjoner, reiseråd)

Tiltak	Kvalitet på dokumentasjon ¹	Effektivitet (fordeler)	Direkte kostnader	Indirekte kostnader og risikoer ²	Akseptabilitet i Europa	Praktiske konsekvenser
1. Reiseråd	B	Minimal	Lave	Omfattende	God	Internasjonal persontrafikk vil sannsynligvis falle betraktelig uansett
2. Screening ved innreise	B, Bm	Minimal	Store	Store	Kan forventes av innenlands befolkning	Internasjonal persontrafikk vil sannsynligvis falle uansett
3. Stenging av grenser eller strenge reiserestriksjoner	B, Bm	Minimale, med mindre grensene stenges nesten helt	Omfattende	Omfattende	Varierende, men kan forventes av en del av den innenlandske befolkningen	Internasjonal persontrafikk vil sannsynligvis falle uansett

Personlige beskyttelsestiltak

Tiltak	Kvalitet på dokumentasjon	Effektivitet (fordeler)	Direkte kostnader	Indirekte kostnader og risikoer	Akseptabilitet i Europa	Praktiske konsekvenser
4. Regelmessig håndvask	B	Reduserer sannsynligvis smitteoverføring	Lave	Ingen	God, men etterlevelse er ukjent	Middels ³

¹ Dokumentasjon på effektivitet: A, B og C viser til anbefalinger basert på hhv. sterk, middels god og svak dokumentasjon.

Grad A: Systematiske gjennomganger basert på mange primærstudier (ikke primært modellering), godt utformede epidemiologiske studier eller særlig eksperimentelle studier (randomiserte kontrollerte studier).

Grad B: Representerer dokumentasjon basert på godt utformede epidemiologiske studier, vesentlige observasjonsstudier eller eksperimentelle studier med 5-50 forsøkspersoner, eller eksperimentelle studier med andre begrensninger (f.eks. som ikke har influensa som endepunkt). Koden Bm viser til modelleringsarbeid, med vekt på studier med primærdata av god kvalitet. Følgelig kan kvaliteten være både Bm og C.

Grad C: Representerer dokumentasjon basert på kasusrapporter, små, dårlig kontrollerte observasjonsstudier, dårlig underbygde større studier, anvendelse av kunnskap om smittevei, smittebærende periode osv. Cm viser til modellering med få primærdata eller primærdata av dårlig kvalitet.

² Omtales også som 2. og 3. ordens effekter – f.eks. stenging av grenser som forstyrrer handel og bevegelse og transport av essensielle forsyninger og arbeidstakere.

³ Det er nødvendig å gjøre hyppig håndvask atskillig mer tilgjengelig i dagliglivet, f.eks. på offentlige steder, hurtigmatutsalgs osv.

Tiltak	Kvalitet på dokumentasjon	Effektivitet (fordeler)	Direkte kostnader	Indirekte kostnader og risikoer	Akseptabilitet i Europa	Praktiske konsekvenser
5. God luftveishygiene (bruk og kast av papirlommetørklær)	B	Ukjent, men antatt	Lave	Lave	God, men etterlevelse er ukjent	Lave
6. Generell bruk av munnbind utendørs	C, Cm	Ukjent	Omfattende	Lave	Ukjent, men i de fleste land er det ikke vanlig å bruke munnbind	Omfattende – vansker mht. opplæring, forsyning og typer munnbind, deponering og avfall. Kan virke mot sin hensikt ved feil bruk eller gjenbruk
7. Bruk av munnbind på helseinstitusjoner⁴	C	Ukjent	Middels	Lave	Praktiseres allerede i stort omfang	Middels – vansker mht. opplæring, definisjon av høyrisikosituasjoner, forsyning og typer munnbind, særlig friskluftsmasker
8. Bruk av munnbind i andre høyrisikosituasjoner⁵	C	Ukjent	Middels	Lave	Ukjent, men virker fornuftig	Middels – vansker mht. opplæring, definisjon av høyrisikosituasjoner, forsyning og typer munnbind
9. Bruk av munnbind hos personer med luftveisinfeksjon	C	Ukjent, men antatt	Middels	Kan medføre at syke og smittebærende omgås og smitter andre	Ukjent, men virker fornuftig. Bruk utvides fra sykehus til hjemmet og offentlige miljøer	Vansker mht. å definere hvem som bør bruke munnbind, forsyning og mht. etterlevelse hos mennesker med nedsatt pustefunksjon grunnet luftveisinfeksjon
10. Tidlig selvisolering av syke personer⁶	C	Ukjent, men antatt	Middels	Middels ⁷ . Økt risiko for omsorgspersoner, som i tillegg må ta seg fri fra arbeid	Allerede standardråd i mange land	Nødvendig å lære opp og utstyre omsorgspersoner, som vil være utsatt for risiko. Spørsmål om kompensasjon for tapte arbeidsinntekter og samtykke fra arbeidsgivere
11. Karantene⁸	C	Ukjent	Omfattende	Omfattende pga. tapt produktivitet	Uklart	Svært vanskelig å få til på en rettferdig måte, spørsmål om kompensasjon for tapte arbeidsinntekter

⁴ Personer som har personlig kontakt med mange mennesker.

⁵ Personer som personlig kontakt med mange mennesker, f.eks. i reisesammenheng.

⁶ Vanligvis i hjemmet til den som begynner å føle seg uvel og febersyk.

⁷ Den syke trenger pleie i hjemmet, og han/hun og omsorgspersoner må ta seg fri fra arbeid.

⁸ Isolasjon hjemme i noen dager for tilsynelatende friske personer som antas å ha vært eksponert for smitte.

Aktivitetsbegrensede tiltak

Tiltak	Kvalitet på dokumentasjon	Effektivitet (fordeler)	Direkte kostnader	Indirekte kostnader og risikoer	Akseptabilitet i Europa	Praktiske konsekvenser
12. Innenlands reise-restriksjoner	C, Cm	Antatt mindre effekt pga. forsinkelser	Store	Omfattende, kan medføre sosial oppløsning ⁹	Ukjent	Nøkkelfunksjoner trues. Spørsmål om erstatningsansvar og lovhjemmel ¹⁰
13. Reaktiv stenging av skoler	Bm, C	Kan ha en større effekt enn aktivitetsbegrensning	Middels	Omfattende ettersom barn behøver tilsyn hjemme ¹¹	Ukjent, forekommer ikke så ofte i Europa	Barn som ikke går på skolen, må holdes unna andre barn. Spørsmål om erstatningsansvar og lovhjemmel ^{10, 12} Vanskelig å fastsette rett tidspunkt for stenging og gjenåpning av skoler samt gjennomførbarhet
14. Proaktiv stenging av skoler	Bm, C	Kan ha større effekt enn andre aktivitetsbegrensede tiltak og være bedre enn reaktiv stenging av skoler	Middels	Som over ¹¹	Som over	Som over, men enda vanskeligere å fastsette tidspunkt for stenging (kan skje for tidlig), gjenåpning samt gjennomførbarhet ^{10,12}
15. Reaktiv stenging av arbeidsplasser	Cm	Ukjent ⁹	Store	Store	Ukjent, spørsmål om kompensasjon avgjørende ¹⁰	Spørsmål om erstatningsansvar, kompensasjon og lovhjemmel, samt om gjennomførbarhet og gjenåpning. Ikke mulig for nøkkelfunksjoner ¹³
16. Arbeide hjemme og redusere møtevirksomhet	Cm,C	Ukjent	Middels	Middels	Vil sannsynligvis aksepteres	Mindre aktuelt for nøkkelfunksjoner ¹³
17. Avlyse offentlige sammenkomster, internasjonale arrangementer osv.	C	Ukjent	Omfattende ¹⁰	Omfattende ¹⁰	Avhenger sannsynligvis av kompensasjon og hvorvidt forsikringer vil gjelde ⁹ . Kan forventes av befolkningen	Spørsmål om erstatningsansvar og lovhjemmel. Vanskelig å definere hva som regnes som offentlig sammenkomst eller internasjonalt møte, og når restriksjoner skal oppheves

⁹ En fordel med denne og noen av de andre tiltak er at de på en planlagt måte framskynder det som med tiden sannsynligvis vil skje uansett.

¹⁰ Spørsmål om hvem som skal erstatte et eventuelt økonomisk tap som skyldes offentlige tiltak.

¹¹ Barn trenger tilsyn når de er hjemme, og omsorgspersoner må ta seg fri fra arbeid.

¹² Intervensjoner rettet mot barn har ofte som forutsetning at barn spiller en vesentlig rolle i smitteoverføringen, noe som ikke nødvendigvis er tilfellet i enhver pandemi.

¹³ Det er vanskelig å skille ut hva som regnes som *nøkkelfunksjoner*, noe som er viktig men ligger utenfor omfanget av dette dokumentet.

Bruk av antivirale legemidler: tidlig behandling

Tiltak	Kvalitet på dokumentasjon	Effektivitet (fordeler)	Direkte kostnader	Indirekte kostnader og risikoer	Akseptabilitet i Europa	Praktiske konsekvenser
18. Alle med symptomer	A (kun smitteoverføring og varighet på sykdom), Bm	Forventes å være moderat, men dokumentasjonen er svak ¹⁴	Omfattende	Middels	Forventes av befolkningen i de fleste land	Betydelige logistikkostnader og vanskeligheter med å fastslå hvem som har influensa, levering til alle som kan ha nytte av det hvis det tas i rett tid (før 24 eller 48 timer) og rettferdig håndtering lager ¹⁵
19. Helse- og sosialpersonell eller eksponert nøkkelpersonell	A	Lav ¹⁵	Store	Lave	Betraktes som del av det å beskytte de ansatte, og viktig for å holde de ansatte i arbeid	Vanskelig å definere hvem som er helsepersonell eller eksponert nøkkelpersonell ¹⁵

Bruk av antivirale legemidler: profylakse i etterkant av et tilfelle

Tiltak	Kvalitet på dokumentasjon	Effektivitet (fordeler)	Direkte kostnader	Indirekte kostnader og risikoer	Akseptabilitet i Europa	Praktiske konsekvenser
20. Familie	B, Bm	Middels	Omfattende	Middels	Sannsynligvis akseptabelt	Vanskeligheter mht. identifikasjon av symptomfrie tilfeller, definisjon av familie, leveringshastighet, sikkerhet og håndtering av lagre ¹⁶
21. Familie og sosiale kontakter	B, Bm	Middels	Omfattende+	Middels	Ukjent, men vanskeligheter mht. personer som kan oppfatte at de nektes behandling	Som over, med vanskeligheter mht. avgrensning av grupper
22. Familie og geografiske kontakter	B, Bm	Middels	Omfattende+	Middels	Ukjent, men vanskeligheter mht. personer som kan oppfatte at de nektes behandling	Som over, med enda større vanskeligheter mht. avgrensning av grupper

Bruk av antivirale legemidler: fortsatt profylakse

Tiltak	Kvalitet på dokumentasjon	Effektivitet (fordeler)	Direkte kostnader	Indirekte kostnader og risikoer	Akseptabilitet i Europa	Praktiske konsekvenser
23. Helse- og sosialpersonell eller nøkkelpersonell	C	Middels	Omfattende	Middels	Uklart – helsepersonell som ikke vil bruke dem i det hele tatt, eller ikke over tid	Vanskelig å definere hvem som er helsepersonell eller nøkkelpersonell. Spørsmål om hvor lenge man kan fortsette å tilby antivirale legemidler

¹⁴ Dokumentasjon fra forsøk viser at bruk av antivirale legemidler ved sesonginfluensa reduserer sykdommens varighet med en eller to dager og reduserer smitteoverføring. **Estimatene over positive effekter i forhold til sykehusinnleggelse og dødelighet er empiriske, begrenset og mye svakere fundert.**

¹⁵ Det finnes en rekke store praktiske problemer, som å fastslå hvem som har influensa, hvordan de antivirale legemidlene skal deles ut osv.

¹⁶ Det er nødvendig å vurdere hvordan tidlige meldinger om mulige bivirkninger kan undersøkes på en rask og effektiv måte.

Vaksiner: fugleinfluensavaksine¹⁶

Tiltak	Kvalitet på dokumentasjon	Effektivitet (fordeler)	Direkte kostnader	Indirekte kostnader og risikoer	Akseptabilitet i Europa	Praktiske konsekvenser
24. Hele befolkningen	B, Bm	Uklar, avhenger av pandemiens antigen-type ¹⁷	Omfattende	Store ^{16,18}	Ukjent ¹⁹	Spørsmål om hvilke grupper som bør prioriteres
25. Helse- og sosialpersonell eller nøkkelpersonell	B, Bm	Som over	Omfattende	Som over	Som over, i tillegg til at det er uklart hva disse gruppene vil godta	Vanskelig å definere hvem som er helsepersonell eller nøkkelpersonell
26. Barn vaksineres først	B, Bm	Som over	Omfattende	Som over	Uklart hvorvidt foreldrene vil godta vaksinen, særlig hvis sykdommen er mildere hos barn og andre vil ha større nytte av den. Sikkerhetsprofil ikke godt nok fastlagt ²⁰ .	Forhåndsplanlegging nødvendig

Vaksiner: spesifikk pandemivaksine

Tiltak	Kvalitet på dokumentasjon	Effektivitet (fordeler)	Direkte kostnader	Indirekte kostnader og risikoer	Akseptabilitet i Europa	Praktiske konsekvenser
27. Pandemivaksine	B, Bm	Minimal i første bølge	Omfattende, krever dessuten investeringer på forhånd	Lave	Sannsynligvis høy akseptabilitet ²⁰	Vanskelig å fastsette hvilke grupper som skal prioriteres først ¹⁶

¹⁷ Det antas at neste pandemi vil være basert på et H5-antigen. Eksperimentelle serologiske responser kan være til en viss nytte, men empiriske data og forsøk mot den pandemiske stammen kan ikke utføres før smitten begynner å bre seg, fase 3. Forsøkene kan dermed betraktes som uetiske.

¹⁸ En økonomisk risiko at neste pandemi involverer en annen antigenstamme enn dagens svært patogene fugleinfluensa (A/H5).

¹⁹ Ingen land har noensinne forsøkt å tilby befolkningen en vaksine som har en såpass lav forventet effektivitet, og følgelig kan det bli store utfordringer mht. kommunikasjon.

²⁰ Det er nødvendig å vurdere hvor tidlig meldinger om mulige bivirkninger kan undersøkes på en rask og effektiv måte.

4. Migrant health series: Access to HIV prevention, treatment and care for migrant populations in EU/EEA countries [Migranter og helse-serien: Tilgang til HIV-forebygging, -behandling og -pleie for migrantbefolkninger i EU/EØS-land

(Publisert i juli 2009)

Denne rapporten oppsummerer funnene som ble gjort i forbindelse med en gjennomgang av migranternes tilgang til HIV-forebygging, -behandling og -pleie i EU som ble utført i perioden mai–september 2008. Gjennomgangen ble bestilt av Det europeiske senter for forebygging av og kontroll med sykdommer (ECDC) som en del av en mer omfattende rapportserie om migrasjon og smittsomme sykdommer i EU.

Rapporten er basert på informasjon hentet fra en undersøkelse med respondenter fra de 27 EU-medlemsstatene og tre EØS-landene samt en litteraturgjennomgang, og har som mål å gi en oversikt over dagens situasjon og materiale med tanke på hvordan politikk, forskning og tjenester bør innrettes for å forbedre migrantbefolkningers tilgang til HIV-tjenester. Rundt to tredeler av respondentene representerte frivillige organisasjoner (NGOer) mens den siste tredelen var representanter fra offentlige organisasjoner. Resultatene og de foreslåtte tiltakene representerer derfor ikke nødvendigvis synspunktene til de nasjonale regjeringene i EU.

Del 1 gir en kort beskrivelse av bakgrunnen for gjennomgangen og metodene. Del 2 setter søkelyset på de viktigste funnene når det gjelder migranter og HIV og fokuserer på faktorer som øker deres sårbarhet overfor HIV og som hindrer dem i å få tilgang til forebygging, behandling og pleie, og på hvordan EU og medlemsstatene tar tak i utfordringer knyttet til HIV i migrantbefolkninger. Del 3 tar for seg veien videre og oppsummerer utfordringer og tiltak foreslått av respondentene for å forbedre migranternes tilgang til HIV-tjenester i EU. De viktigste funnene, utfordringene og forslagene til tiltak er oppsummert i det følgende.

Viktige funn

- EU har tatt viktige steg for å ta tak i problemstillingen migrasjon og helse generelt og migrasjon og HIV spesielt. *Dublin Declaration on Partnership to Fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia* [Dublin-erklæringen om partnerskap til bekjempelse av HIV/AIDS i Europa og Sentral-Asia] i 2004 og etterfølgende erklæringer har satt HIV høyere opp på den europeiske dagsorden. Lisboa-konferansen og oppfølgingsmøter og -rapporter i 2007 rettet også oppmerksomheten mot problemstillingen migrasjon, helse og HIV. Begge har påvirket det politiske engasjementet i EU, noe som gjenspeiles i politiske og juridiske virkemidler som har som mål å sikre at migranter får tilgang til helsetjenester, herunder HIV-forebygging, -behandling og -pleie. Det er imidlertid store forskjeller i EU-medlemsstatene når det gjelder politikk og lovverk med hensyn til tjenester innen HIV-forebygging, -behandling og -pleie på dette området.
- De mest aktuelle migrantbefolkningene når det gjelder HIV, kommer fra land i Afrika sør for Sahara, Øst-Europa og Asia og – i enkelte land i Europa – fra Latin-Amerika og Karibia. Blant de viktigste undergruppene er asylsøkere og flyktninger, papirløse migranter, sexarbeidere og menn som har sex med menn. Språkbarrierer, marginalisering og sosial eksklusjon samt juridiske hindringer ble oppgitt som de hyppigste felles faktorene som bidrar til at migranter er sårbare for HIV. Kulturelle holdninger, religion, frykt for diskriminering og lav HIV-kunnskap i migrantgrupper ble også oppgitt.
- Blant faktorene som hindrer migranter i å få tilgang til tjenester, er politikk og lovgivning, tilbudsapparatet, migrantgruppene selv og samfunnet mer generelt. Gjennomføringen av politiske vedtak for å spre migranter utover landet ble også oppgitt som årsak til at tilgangen til forebygging og behandling var begrenset. Rettslig status – manglende oppholdstillatelse og helseforsikring – ble hyppigst nevnt som hindring for HIV-behandling, særlig av respondenter i de nye EU-medlemsstatene. Mangel på kulturfølsom informasjon på aktuelle språk, fagfolk med hensiktsmessig opplæring og tjenester skreddersydd for migranternes spesifikke behov ble oppgitt som hindringer på alle de tre tjenesteområdene. Innenfor migrantgruppene hindres tilgangen til tjenestene av kultur, religion, frykt for diskriminering og begrenset kunnskap om tilgjengelige tjenester. I samfunnet generelt er det særlig stigma og diskriminering overfor migranter som hindrer tilgangen til forebyggings- og pleietjenester, og migranternes sosiale situasjon ble oppgitt som en spesifikk hindring for behandlingstilgang.

- Nesten alle landene oppgir at de har HIV-intervensjoner rettet mot migrantgrupper og undergrupper. Noen land, særlig de som har lengst historisk erfaring med migrasjon, tilbyr et bredt spekter av tjenester gjennom offentlige organer, frivillige organisasjoner og lokalsamfunnsorganisasjoner. Andre rapporterer om få tjenester, om noen i det hele tatt. I de fleste land er migrantgrupper selv involvert i gjennomføringen av intervensjoner, men involveringen i utformingen av politikk er, med noen få hederlige unntak, begrenset. Imidlertid oppgir respondenter fra en stor andel av de 30 deltagende landene at problemstillingen migrasjon/HIV har lav prioritet. Høyest prioritet gis i de landene der prevalensen av HIV i migrantbefolkninger er relativt høy.

Viktige utfordringer

- Politiske og juridiske rammebetingelser er en utfordring når det gjelder å levere HIV-tjenester til migranter. Manglende samkjøring av helse- og innvandringspolitikken kan medføre negative konsekvenser for folkehelsen. Tilgangen til HIV-behandling for papirløse og uforsikrede migranter er et sentralt tema, og en utfordring i den forbindelse er mangelen på et klart og konsekvent juridisk regelverk for migranternes helserettigheter.
- Informasjonshullene er også en utfordring. Manglende standardisering i datainnsamlingen landene imellom gjør det vanskelig å sammenligne situasjonen for migranter innenfor EU. Til tross for all forskningen mangler det informasjon om f.eks. innvandring og HIV i de nye EU-statene, risikoatferd ifm. HIV, migranternes helse og behov ifm. HIV, samt betydningen av kultur og religion for helseoppfatning, holdninger og helsesøkende atferd i migrantbefolkningen.
- Når det gjelder tilbudsapparatet, er det i noen land fremdeles juridiske, administrative og kulturelle hindringer som må tas fatt i. Å sikre at offentlige og frivillige organisasjoners lokalsamfunnsbaserte intervensjoner innen forebygging og pleie mottar tilstrekkelige og forutsigbare bevilgninger, er også en utfordring.
- Omfattende tiltak for å håndtere negative holdninger i samfunnet overfor migranter, som forsterkes av lite hjelpsom rapportering i media, og initiativer for å møte migrantenes sosiale, økonomiske og juridiske behov mer generelt, er en utfordring, fordi det krever felles innsats mellom politikere, fagfolk i helse- og sosialomsorgen og sivilsamfunnet.

Viktige foreslåtte tiltak

- For å kunne samle inn nøyaktige og sammenlignbare overvåkingsdata og utvikle konsekvente og hensiktsmessige retningslinjer og intervensjoner er det nødvendig med en felles definisjon for EU av begrepet "migrant". Respondentene foreslo også spesifikke tiltak både på europeisk og nasjonalt plan innenfor områdene politikk, finansiering, forskning, nettverksbygging og tjenester.
- For å beskytte migrantenes, og særlig de papirløse og uforsikrede migrantenes, rettigheter til HIV-pleie, ble det foreslått å prioritere å få på plass klare politiske og juridiske rammer på europeisk og nasjonalt nivå. Blant andre tiltak som ble foreslått, var å ta tak i inkonsistenser i politiske retningslinjer, bevisstgjøre politikere på spørsmål som gjelder HIV og migrasjon og øke migrantgruppens involvering i politiske prosesser. I tillegg ble finansieringen av europeiske nettverk og prosjekter som arbeider med migrasjon og HIV, og frivillige organisasjoner som tilbyr HIV-tjenester til migrantbefolkninger, framhevet som et prioriteringsområde.
- Flere forskningsområder ble foreslått. Blant tiltakene som ble foreslått gjennomført på europeisk plan, var studier for å øke forståelsen av migrasjonsmønstre og konsekvensene av europeiske regelverk og forskrifter som regulerer tilgangen til behandling, og evaluering av kostnader og fordeler ved universell tilgang til behandling og effekten av intervensjoner. På nasjonalt plan ble det foreslått å forbedre den epidemiologiske informasjonen, bedre forståelsen av migrantgrupper – herunder HIV-relatert kunnskap, holdninger og atferd og den rollen kultur og religion spiller – og analysere konsekvensene av lovreguleringer og effektiviteten av intervensjoner rettet mot migrantbefolkninger.
- Blant de foreslåtte nettverkstiltakene som burde prioriteres, var EU-støtte til et europeisk nettverk av organisasjoner som arbeider med migrasjon og HIV og andre ordninger for å dele ressurser, erfaring og god praksis, og tettere bånd og samarbeid mellom helse- og sosialfaglige organisasjoner, migrantorganisasjoner og menneskerettighetsorganisasjoner på EU-plan og nasjonalt plan.

- Med hensyn til tjenestetilbudet understreket de fleste respondentene behovet for kulturtilpasset materiell og intervensjoner, egnet opplæring for helse- og nærmiljøarbeidere og større involvering av migrantgruppene i leveringen av tjenester. For å bedre dekningsgraden og bruken av tjenestene ble det foreslått å bruke nærmiljøbaserte tilnæringsmåter i forbindelse med HIV-testing, f.eks. oppsøkende virksomhet, og mer generelle tilnæringer til behandling og pleie, sammen med økt innsats for å informere migrantgruppene om tilgjengelige tjenester.

5. Migrant health series: Epidemiology of HIV and AIDS in migrant communities and ethnic minorities in EU/EEA countries [Migranter og helse-serien: HIV- og AIDS-epidemiologi i migrantgrupper og hos etniske minoriteter i EU/EØS-landene]

(Publisert i juli 2009)

Bakgrunn, begrunnelse og målsetting

Den globale HIV/AIDS-pandemien gjenspeiler de enorme sosioøkonomiske og helsemessige forskjellene mellom industrialiserte og ikke-industrialiserte land. UNAIDS anslår at 33 millioner mennesker levde med HIV/AIDS i 2007. Mer enn 96 % av nye HIV-infeksjoner var i lav- og mellominntektsland. Av alle som lever med HIV/AIDS, bor 22,5 millioner i Afrika sør for Sahara, der prevalensen av HIV blant voksne er 5 %, som er vesentlig høyere enn estimatet på verdensbasis (0,8 %). Karibia er med en prevalens på 1 % det nest mest berørte området, mens Øst-Europa er nummer tre, med 0,9 %.

Ifølge Den internasjonale organisasjonen for migrasjon (IOM) var det om lag 192 millioner internasjonale migranter i 2006 (3 % av verdens befolkning), og 95 millioner av disse var kvinner. FN definerer en internasjonal migrant som enhver person som bytter bostedsland. Den vanligste årsaken til at mennesker migrerer, er søken etter en bedre økonomiske situasjon, og derfor reiser flesteparten av migrantene fra utviklingsland til industriland. I 2006 var Kina, India og Filippinene de landene flest migranter reiste ut fra, mens USA, Russland, Tyskland, Ukraina og Frankrike var de fem landene som mottok flest migranter. EU, et av de rikeste områdene i verden, har tatt imot 64 millioner migranter (8,8 %), men det er store forskjeller landene imellom. EU er også en av de regionene i verden som har lengst tradisjoner for å respektere menneskerettighetene. Likevel opplever migranter alvorlige integreringsproblemer i EU, på samme måte som i mange andre regioner i verden. Migrasjon og sosial ekskludering gjør migranter svært sårbare for HIV/AIDS og tilknyttede komplikasjoner.

HIV-epidemien er et stort folkehelseproblem i EU. Antallet HIV-infeksjoner har økt uavbrutt siden rapporteringsmekanismene for HIV kom på plass rundt 1999. Den vanligste smitteåten er heteroseksuell kontakt (53 % av nye rapporterte HIV-tilfeller i 2006), etterfulgt av sex mellom menn (37 %) og injeksjonsbruk av narkotika (9 %). I tillegg ble 204 HIV-tilfeller som skyldtes overføring fra mor til barn, rapportert i 2006. Helseforskjeller, inklusive forskjeller relatert til migrantstatus, bør overvåkes slik at hensiktsmessige tiltak kan utvikles. Det tidligere EuroHIV har samlet inn informasjon om rapporterte tilfellers geografiske opprinnelse siden 2000. En vesentlig og økende andel av de rapporterte AIDS- og HIV-tilfellene der smitteåten var heteroseksuell kontakt, er hos personer med en annen geografisk opprinnelse enn rapporteringslandet, først og fremst Afrika sør for Sahara. Andre migrantgrupper kan imidlertid også være uforholdsmessig berørt av HIV/AIDS, men dataene for disse gruppene er mangelfulle. Migranternes absolutte og relative bidrag til nasjonale HIV-epidemier varierer rundt om i EU avhengig av migrasjonsmønstre, kolonihistorie, status for HIV-epidemiene i opprinnelses- og destinasjonslandet og sosiale og helsemessige tiltak. Det ble på et tidlig stadium i epidemien klart at en av hovedproblemstillingene var å ivareta rettighetene til personer som lever med HIV/AIDS, og at forskning, menneskerettigheter og folkehelsestrategier utvilsomt var viktige elementer i så måte.

I 2007 ble migrasjon og helse utpekt som hovedtema for det portugisiske formannskapet i EU. I Rådets konklusjoner av desember 2007 ble ECDC anmodet om å levere en rapport om migrasjon og smittsomme sykdommer. Som svar på dette igangsatte ECDC arbeidet med en rekke rapporter som til sammen skal utgjøre ECDCs rapport om migrasjon og smittsomme sykdommer i EU. Målsettingene for denne rapporten, *Epidemiology of HIV and AIDS in migrant communities and ethnic minorities*, har vært å fastslå byrden av HIV-infeksjon blant migrantpopulasjoner, og dennes bidrag til HIV-epidemiologien i perioden 1999-2006.

Metode

Det er brukt data fra ECDC/tidligere EuroHIV, både globalt og for hvert enkelt land. Absolutte tall og prosentandeler for AIDS- og HIV-tilfeller ble undersøkt etter geografisk opprinnelse og år (1999–2006) og stratifisert etter kjønn og smitteåte. Der ECDC ikke hadde tilgjengelige opplysninger, ble nøkkelinformanter kontaktet direkte. Antallet registrerte migranter etter kjønn og år ble innhentet fra offentlige europeiske databaser, Eurostat og nasjonale statistiske kontorer i hvert av de deltakende landene, enten fra deres nettsteder eller ved å skrive til dem direkte.

Resultater

I 2006 ble det rapportert 6 746 AIDS-tilfeller i de 27 EU-landene pluss Norge og Island. Det største antallet migranter ble observert i gruppen av tilfeller der smitteårsaken var heteroseksuell kontakt. Blant dem med kjent geografisk opprinnelse var 1 373 (50 %) fra et annet land enn det rapporterende landet, og 77 % av disse var fra Afrika sør for Sahara. Av 57 AIDS-tilfeller som skyldtes overføring fra mor til barn og der den geografiske opprinnelsen er kjent, var 23 % fra Afrika sør for Sahara. Videre var nærmere 20 % av AIDS-tilfellene der smitteårsaken var sex mellom menn, migranter. De vanligste geografiske opprinnelsene var Latin-Amerika (106) og andre vesteuropeiske land (52). Av 1 545 tilfeller hos sprøytebrukere av narkotika var 7 % migranter, hovedsakelig fra Vest-Europa og Nord-Afrika og Midtøsten. Antallet AIDS-tilfeller i regionen gikk ned med 42 % i perioden 1999–2006 både blant innfødte og migranter fra Vest-Europa. Det er observert en økning i antallet AIDS-tilfeller i perioden 1999–2006 blant migranter fra Øst-Europa (200 %), Afrika sør for Sahara (89 %) og Latin-Amerika (50 %). Det er langt flere AIDS-tilfeller blant menn enn blant kvinner i EU, men forskjellene blir mindre. Selv om de absolutte tallene for menn og kvinner fra Afrika sør for Sahara blant AIDS-tilfellene som ble rapportert i 2006 var henholdsvis 602 og 623, utgjorde de henholdsvis 12 % og 36 % av alle AIDS-tilfeller i Europa.

I 2006 ble det rapportert 26 712 HIV-infeksjoner i de 27 EU-landene pluss Norge og Island, hvorav 29 % var uten registrert geografisk opprinnelse. Det største antallet migranter, både i absolutt forstand og relativt sett, ble observert i gruppen av tilfeller der smitteårsaken var heteroseksuell kontakt. Blant dem med kjent geografisk opprinnelse var 65 % av de 8 354 HIV-infeksjonene hos personer fra et annet land enn rapporteringslandet, og det store flertallet (5 046) var fra Afrika sør for Sahara. Av 169 HIV-tilfeller som skyldtes overføring fra mor til barn og der den geografiske opprinnelsen er kjent, var 41 % fra Afrika sør for Sahara. Videre var 18 % av de 5 048 HIV-tilfellene med kjent geografisk opprinnelse der smitteårsaken var sex mellom menn, migranter, og de mest vanlige opprinnelsene var Latin-Amerika (215) og Vest-Europa (247). Blant 1 590 HIV-infeksjoner hos sprøytebrukere av narkotika med kjent geografisk opprinnelse var 86 % innfødte og 14 % migranter, hovedsakelig fra Vest-Europa (63) og Øst-Europa (64). Antallet HIV-infeksjoner som rapporteres i Europa, har økt markant i perioden 1999–2006, både blant innfødte og migranter. Denne økningen må fortolkes i lys av implementeringen av HIV-rapportering i EU, som ennå ikke er komplett.

HIV-infeksjon er samlet sett mye vanligere blant menn enn blant kvinner i EU, selv om forholdet menn/kvinner er på vei ned. De absolutte tallene for menn og kvinner fra Afrika sør for Sahara blant HIV-infeksjoner rapportert i 2006 var henholdsvis 1 764 og 2 989. Gitt at det totale antallet HIV-infeksjoner blant innfødte menn og kvinner var henholdsvis 7 891 og 2 028, var forholdet menn fra Afrika sør for Sahara / innfødte menn 0,1 og forholdet kvinner fra Afrika sør for Sahara / innfødte kvinner 1,5. Det var nesten 1000 flere rapporterte HIV-infeksjoner blant kvinner fra Afrika sør for Sahara enn blant innfødte kvinner, med forbehold for at 2 910 HIV-infeksjoner blant kvinner hadde ukjent geografisk opprinnelse. Antall kvinner fra Afrika sør for Sahara overstiger antallet menn fra Afrika sør for Sahara med mer enn 1000. Nest etter Afrika sør for Sahara var menn fra Vest-Europa den største gruppen (539), etterfulgt av Latin-Amerika (456). For HIV-infeksjon blant kvinnelige migranter var de vanligste opprinnelseslandene, bortsett fra Afrika sør for Sahara, forskjellige fra de vanligste opprinnelsene for menn, ettersom kvinner fra Sørøst-Asia og Karibia sto for henholdsvis 179 og 161 tilfeller, mens kvinner fra Vest-Europa og Øst-Europa og Latin-Amerika sto for henholdsvis 85 og 111 tilfeller.

Det er store forskjeller mellom landene imellom når det gjelder andelen av migranter blant tilfeller av HIV-infeksjon. I landene med en HIV-insidens på under 20 tilfeller per million, hovedsakelig Sentral-Europa, var migrantenes bidrag til epidemien beskjedent. For landene med en HIV-insidens på 21–49 tilfeller per million, bortsett fra Litauen, er andelen migranter blant rapporterte HIV-tilfeller fra 2006 over 40 %. På grunn av forskjeller i befolkningsstørrelse varierer antallet diagnostiserte tilfeller av HIV-infeksjon hos migranter fra 24 tilfeller på Kypros til 258 i Sverige. For landene med en HIV-insidens på 50–99 tilfeller per million, bortsett fra Hellas, er andelen migranter blant rapporterte HIV-tilfeller 40 % i Nederland og Tyskland, i underkant av 60 % i Norge, rundt 65 % i Irland og Frankrike og 70 % i Belgia. I landene med en HIV-insidens på 100–199 tilfeller per million ligger andelen migranter blant rapporterte HIV-tilfeller rundt 30 % i Østerrike, 71 % i Storbritannia og så mye som 80 % i Luxembourg. I Portugal, landet som har den høyeste HIV-insidensen i EU, er andelen migranter blant rapporterte HIV-tilfeller rundt 20 %.

I perioden 1999–2006 ble det rapportert 16 222 tilfeller av tuberkulose (TB) som initialt AIDS-definerende diagnose, hvorav 8 028 var diagnostisert hos migranter (3 883 fra Afrika sør for Sahara og 2 684 med ukjent geografisk opprinnelse). Det var store forskjeller med hensyn til andelen med TB som AIDS-definerende diagnose etter geografisk opprinnelse. De laveste andelen ble observert blant nordamerikanere (8 %) og innfødte (16 %), og de høyeste blant personer fra Afrika sør for Sahara (40 %), Øst-Europa (40 %), Sørøst-Asia (32 %) og Latin-Amerika (30 %).

Av de om lag 495 millioner menneskene som er registrert i de nasjonale folkeregistrene i de 27 EU-statene, Norge, Island og Liechtenstein, er rundt 32,5 millioner (6,5 %) registrert som utenlandske statsborgere. Opplysninger om disse personenes nasjonalitet er tilgjengelig for alle de 30 landene som omfattes av denne studien, unntatt Bulgaria, Estland, Frankrike og Luxembourg. Av disse 32,5 millioner registrerte migrantene er halvparten fra Europa (6,5 millioner fra Vest-Europa, 7,4 fra Sentral-Europa, 2,3 millioner fra Øst-Europa), dernest følger Latin-Amerika (2,31 millioner) og Karibia (261 000), Sør- og Sørøst-Asia (2,25 millioner), Nord-Afrika og Midtøsten (2,19 millioner) og Afrika sør for Sahara (1,32 millioner).

Drøfting og begrensninger

Migrantbefolkninger, hovedsakelig personer fra Afrika sør for Sahara, representerer en vesentlig og økende andel av både AIDS- og HIV-tilfellene rapportert i de 27 EU-landene, Norge og Island i perioden 1999–2006. Selv om andelen migranter fra Afrika sør for Sahara er svært høy blant tilfeller der smitteåten er heteroseksuell kontakt og overføring fra mor til barn, er en betydelig andel av diagnosene blant menn som har sex med menn, også relatert til migranter, hovedsakelig fra Vest-Europa og Latin-Amerika og Karibia, noe som understreker behovet for å anerkjenne det seksuelle mangfoldet blant migranter som lever med HIV/AIDS. Migrantbefolkningers bidrag til AIDS- og HIV-epidemien er merkbart høyere når det gjelder tilfeller rapportert hos kvinner, noe som viser at det har funnet sted en feminisering av HIV/AIDS-epidemien blant migranter i EU. Kvinners sårbarhet for HIV-infeksjon kan forklares sosialt og biologisk. Disse tallene understreker behovet for å iverksette kjønns-spesifikke HIV-forebyggende tiltak og behandlingsstrategier på nasjonalt nivå. Den høye byrden av HIV-infeksjon blant kvinner fra Afrika sør for Sahara er nært forbundet med den svært høye andelen i EU av migranter fra Afrika sør for Sahara blant rapporterte HIV-tilfeller der smitteåten er overføring fra mor til barn. Nedgangen i antallet perinatale HIV-infeksjoner i EU representerer et viktig gjennombrudd på folkehelseområdet, men det gjenstår likevel store utfordringer, særlig når det gjelder mødre i migrantbefolkningen.

Andelen migranter med HIV-infeksjon varierer enormt mellom de ulike landene. I landene i Øst-Europa og noen av landene i Sentral-Europa er andelen under 10 %, mens den er over 40 % i flesteparten av landene i Nord-Europa. I de fleste landene i Vest-Europa ligger andelen migranter blant HIV-smittede mellom 20 % og 40 %. Dette mønsteret samsvarer med trendene for migrasjon ettersom landene med høyest andel av migranter blant HIV-tilfeller også er de landene der andelen av migranter i den generelle befolkningen er høyest, hovedsakelig på bakgrunn av kolonihistorie og nyere sosioøkonomiske og demografiske skjevheter. Det er også en urovekkende stor andel tilfeller der den geografiske opprinnelsen er ukjent, særlig i Storbritannia, Frankrike, Belgia og Tyskland.

Med de dataene som er tilgjengelig, er det ikke mulig å skille mellom HIV-infeksjoner ervervet i EU og infeksjoner ervervet i andre land. Andre rapporter viser, gjennom sammenligning av gjennomsnittlig oppholdstid i Europa og CD4-celletall på diagnostidspunktet, at flesteparten av HIV-infeksjonene hos personer fra Afrika sør for Sahara sannsynligvis ble ervervet i opprinnelseslandene. Det finnes imidlertid også dokumentasjon på at personer med opprinnelse i Afrika sør for Sahara blir smittet med HIV i EU-land. For andre geografiske opprinnelser finnes det lite data tilgjengelig med hensyn til hvor infeksjonen ble ervervet, men det finnes dokumentasjon som peker i retning av at migranter som er sprøytebrukere av narkotika, blir smittet av HIV i Europa. Diskusjoner om hvilke land som er sannsynlig åsted for infeksjon, er ekstremt kontroversielle og har dessverre gitt opphav til klart rasistiske reaksjoner, men forståelsen av hvor HIV-infeksjonen og utviklingen av AIDS fant sted, har likevel store implikasjoner i et folkehelseperspektiv – den kan avdekke sviktende primærforebygging eller sekundærforebygging av HIV, eller begge deler.

Sen HIV-diagnose er et stort problem i EU og USA, og dataene tyder på at problemet er enda større for den HIV-positive migrantbefolkningen av ikke-vestlig opprinnelse. I de fleste EU-landene har antallet rapporterte AIDS-tilfeller gått markant ned siden midten av 1990-tallet, noe som hovedsakelig har vært tilskrevet det at en større andel av befolkningen har fått tilgang til høyaktiv antiretroviral behandling (HAART). For de fleste migranter har det imidlertid ikke vært observert en slik nedgang, noe som skyldes sen diagnose av HIV-infeksjon og dårligere tilgang til og gjennomslag for HAART. Dette kan få negative konsekvenser for dødeligheten blant HIV-positive migranter i EU. Personer som får HAART-behandling, er mindre smittsomme, og hensiktsmessig behandling av HIV er dermed også en strategi for forebygging av HIV-smitte. Denne tilnærmingen for behandling og forebygging er også relevant for TB ettersom rask HIV-testing med sikkerhet vil redusere forekomsten av HIV-relatert TB. Det er fastlagt at behandling av TB virker forebyggende på TB-smitte og dermed også på sekundærtillfeller.

Mulighetene for fortolkning av migrantenes bidrag til HIV-epidemiologien i regionen er begrenset som følge av forskjellene med hensyn til implementeringen av systemer for HIV-rapportering og den mangelfulle registreringen av variabelen "geografisk opprinnelse" i EU-medlemsstatene. Den svært høye andelen av manglende verdier i denne kategorien vanskeliggjør fortolkningen av tallene, og det er derfor nødvendig å styrke HIV-overvåkingen i EU for å sikre de nødvendige kvalitetsstandardene.

For å konkludere vil tallene som presenteres i denne rapporten ikke by på overraskelser for dem som arbeider innen dette feltet, særlig når man ser på den globale HIV-epidemiologien og de globale migrasjonstrendene, som begge drives av globale skjevheter. For å kontrollere HIV/AIDS-epidemien bør barrierene mot HIV-forebygging og behandling for migranter i EU brytes ned. Dataene som presenteres og analyseres i denne rapporten, bekrefter at svikt forekommer både i den primære og den sekundære HIV-forebyggingen, og at det er behov for besluttsom handling.

6. Mapping of HIV/STI behavioural surveillance in Europe [Kartlegging av atferdsrelatert HIV/SOI-overvåking i Europa]

(Publisert i september 2009)

Bakgrunn

Epidemier som tilskrives humant immunsviktvirus (HIV) og andre seksuelt overførbare infeksjoner (SOI), er fremdeles et betydelig folkehelseproblem i Europa. Det europeiske senter for forebygging av og kontroll med sykdommer (ECDC) ble opprettet i 2005 med det formål å styrke kapasiteten i EU til å forebygge og kontrollere ulike smittsomme sykdommer, med HIV og andre SOI blant de høyest prioriterte sykdommene. Overvåking er en viktig oppgave i så henseende, og ECDC har et sterkt mandat til å vedlikeholde og koordinere databasene for overvåking av smittsomme sykdommer i EU. Andre generasjons overvåking viser til kombinert overvåking av både biologiske indikatorer (nye tilfeller av HIV/AIDS og SOI) og atferdsindikatorer (f.eks. seksuell atferd, bruk av beskyttelse). Denne tilnærmingen er av stor betydning både for utviklingen av politikk og evalueringen av resultatene av denne politikken.

I 2008 ga ECDC en internasjonal ekspertgruppe i oppgave å utarbeide en inngående analyse av dagens tekniske utviklingstrinn innen atferdsovervåkingsprogrammer relatert til HIV og SOI i europeiske land og utarbeide et forslag til rammeverk for implementering av et sett med nøkkelindikatorer for atferd knyttet til HIV og SOI i Europa. Systemene for atferdsovervåking relatert til HIV og SOI i EU- og EFTA-landene er kartlagt i denne rapporten. Overvåkingen for følgende befolkningsgrupper er undersøkt: befolkningen generelt, ungdom, injeksjonsbrukere av narkotika, menn som har sex med menn, personer som lever med HIV/AIDS, sexarbeidere, klienter i SOI-klinikker, migranter og etniske minoriteter.

Metoder

Et sett med spørreskjemaer ble sendt ut til alle EU- og EFTA-land. Det bestod av ni forskjellige spørreskjemaer: ett om nasjonal atferd og det generelle systemet for andregenerasjons overvåking, og ett spørreskjema for hver enkelt befolkningsgruppe. I spørreskjemaet om det generelle overvåkingssystemet ble det bedt om opplysninger om eksistensen og definisjonen av:

- et nasjonalt eller regionalt system for atferdsovervåking,
- virkemåten av systemet for andregenerasjons overvåking på nasjonalt eller regionalt nivå, og
- potensielle eller opplevde barrierer for etableringen av bærekraftige systemer for andregenerasjons overvåking.

I spørreskjemaet om bestemte befolkningsgrupper ble det først spurt om et overvåkingssystem var på plass for denne gruppen, og deretter om det var blitt gjennomført atferdsundersøkelser (eller andre former for datainnsamling) i de ulike berørte befolkningsgruppene siden 1985, samt om:

- metodene som ble brukt i hver enkelt undersøkelse eller system for datainnsamling,
- de viktigste indikatorene som følges, og
- relaterte publikasjoner.

Spørreskjemaene ble sendt per e-post til de nasjonale kontaktpunktene for HIV-overvåking, som sørget for at hvert enkelt spørreskjema ble utfyllt av relevante spesialister i landet. Spørreskjemaene ble deretter samlet inn og sendt tilbake for å bli analysert av ekspertgruppen. Et rapportutkast ble drøftet på et møte av eksperter innen atferdsovervåking i Montreux (Sveits) i februar 2009 og ble også sendt ut for validering til de nasjonale kontaktpunktene for HIV-overvåking, som hadde samordnet utfyllingen av spørreskjemaene i sitt land.

Resultater

Tjueåtte av de 31 landene undersøkelsen gjaldt, fylte ut og sendte tilbake spørreskjemaene (landene som ikke responderte, var Bulgaria, Romania og Portugal). Kartleggingen av atferdsovervåkingsaktivitetene i EU/EFTA-landene avdekker store forskjeller mellom når det gjelder utviklingsnivået for atferdsovervåking: 15 land rapporterte å ha etablert et system for atferdsovervåking relatert til HIV/SOI (Belgia, Kypros, Danmark, Estland, Finland, Frankrike, Tyskland, Latvia, Litauen, Polen, Slovenia, Spania, Sverige, Sveits og Storbritannia), mens ett land (Nederland) rapporterte å ha etablert overvåking for flere spesifikke befolkningsgrupper, men ikke et generelt nasjonalt system for atferdsovervåking.

Graden av formalisering av atferdsovervåkingen i et "system" varierte mye fra land til land. Av de 16 landene som rapporterte om atferdsovervåking, var det bare åtte som erklærte å ha et dokument som beskriver systemet eller som formaliserer dets eksistens. I mange av landene som rapporterer å ha et atferdsovervåkingssystem, er dette systemet blitt bygget opp gradvis, og nye befolkningsgrupper er blitt inkludert i overvåkingen etter hvert, iblant uten en klar målsetting for overvåkingen. Dessuten er det i mange land, også blant dem som har en formalisert atferdsovervåking, ofte ikke etablert en regelmessighet eller rutiner for valg av tidspunkt for atferdsovervåking i de forskjellige befolkningsgruppene. Det er også forskjeller når det gjelder måten atferdsovervåkingen er organisert på: I landene med formalisert atferdsovervåking ligger ansvaret for organisering og samordning enten hos helsedepartementet, et nasjonalt helseorgan eller et universitet. I landene med mindre formaliserte systemer er samordningen mer uformell og skjer gjennom et nettverk av institusjoner – offentlige organer, universiteter, frivillige organisasjoner osv. Når det gjelder systemets tilstrekkelighet (dvs. hvilke befolkningsgrupper som er inkludert i overvåkingen), er det ofte slik at identifiseringen og overvåkingen av risikogrupper enten ikke er foretatt, eller er mangelfull. De hyppigst overvåkede befolkningsgruppene er befolkningen generelt, ungdom, menn som har sex med menn og sprøytebrukere av narkotika. Atferdsovervåking blant sexarbeidere og deres kunder, migranter og etniske minoriteter, personer som lever med HIV/AIDS og klienter i SOI-klinikker foretas bare i noen få land.

Tretten av de 16 landene som rapporterer om atferdsovervåking, rapporterer også at de har systemer for andregenerasjons overvåking, mens to andre land rapporterer at andregenerasjons overvåking bare foretas i én befolkningsgruppe. I seks land er dette systemet formelt organisert med et ledelses- eller samordningsorgan.

For alle de berørte befolkningsgruppene var det færre land som ga opplysninger om sine viktigste indikatorer enn som oppga at de samler inn informasjon om de tilsvarende emnene. Dette skyldes sannsynligvis at det bare er de landene som opererer innenfor et overvåkingsparadigme, som har gjort spesifikke valg med hensyn til indikatorer det regelmessig skal samles inn data for, og som er i stand til å definere disse klart. Når det gjelder hvilke emner som generelt overvåkes, er det for alle befolkningsgruppene relativt bred enighet om hvilke emner som er viktigst. Dette vil kunne gjøre valget av indikatorer som er felles for alle landene og befolkningsgruppene i undersøkelsen, lettere. Men ettersom mangfoldet fortsatt er stort, bør en prosess for harmonisering av de spesifikke indikatorene for hver enkelt befolkningsgruppe, videreføres på europeisk plan. For befolkningsgrupper der atferdsovervåking gjennomføres eller kan gjennomføres ved bruk av avdelings- eller kohortbaserte utvalg, bør det innledes drøftinger med interessenter med sikte på etablering av atferdsovervåking i slike miljøer.

Der det allerede foreligger en europeisk konsensus, bør allerede omforente indikatorer foreslås, og de valgte indikatorene bør kunne "oversettes" til internasjonalt omforente indikatorer. På grunnlag av den helhetlige analysen foreslås et sett med kjerneindikatorer, som er felles for alle befolkningsgruppene. Disse relaterer seg til antall sexpartnere, bruk av kondom under siste samleie, det å ha HIV-testet seg, det å ha betalt for sex, samt kunnskap om HIV. Kjerneindikatorene bør også systematisk inkludere utdanningsnivå, nasjonalitet/etnisk opprinnelse og seksuell legning.

7. The bacterial challenge: time to react [Den bakterielle utfordringen – på tide å handle] (felles teknisk rapport fra ECDC/EMEA)

(Publisert i september 2009)

Viktigste funn

Det er et misforhold mellom byrden av infeksjoner som skyldes multiresistente bakterier, og utviklingen av nye antibiotika som gjør det mulig å håndtere problemet.

- Graden av resistens mot antibiotika hos Gram-positive og Gram-negative bakterier som forårsaker alvorlige infeksjoner hos mennesker, er høy i Europa, og er oppe i 25 % eller mer i flere EU-medlemsstater.
- Resistensen øker i EU hos visse Gram-negative bakterier, som det nylig ble observert for *Escherichia coli*.
- Hvert år dør om lag 25 000 pasienter i EU av infeksjon med en av de utvalgte multiresistente bakteriene.
- Infeksjoner som skyldes disse utvalgte multiresistente bakteriene, medfører minst 1,5 milliarder euro i ekstra helseutgifter og produktivitetstap årlig i EU.
- Det ble funnet at femten systemisk administrerte antibakterielle midler med en ny virkemåte eller en ny målbakterie og med potensial for å møte utfordringen med multiresistens, for tiden er under utvikling. De fleste av disse var i en tidlig fase av utviklingen og ble primært utviklet for å bekjempe bakterier som det allerede finnes tilgjengelige behandlingsalternativer mot.
- Særlig er det mangel på nye midler med nye målbakterier eller nye virkemåter mot multiresistente Gram-negative bakterier. To slike midler med nye eller potensielt nye målbakterier og dokumentert virkning ble identifisert, og begge var i en tidlig fase av utviklingen.
- Det haster med å få på plass en europeisk og global strategi for å håndtere dette problemet.

I 2007 drøftet Det europeiske senter for forebygging av og kontroll med sykdommer (ECDC), Det europeiske legemiddelkontoret (EMA) og det internasjonale nettverket Action on Antibiotic Resistance (ReAct) behovet for å dokumentere misforholdet mellom hyppigheten av infeksjoner med multiresistente bakterier i EU og utviklingen av nye antibiotika. Som et resultat av dette etablerte ECDC og EMA i 2008 en felles arbeidsgruppe som skulle legge fram fakta og tall som ville danne et rimelig grunnlag for å forutsi omfanget av dette misforholdet i årene som kommer.

Følgende antibiotikaresistente bakterier ble valgt fordi de hyppig forårsaker infeksjoner i blodbanen og har antibiotikarelaterte resistensegenskaper som i de fleste tilfeller er en markør for multiresistens mot antibiotika:

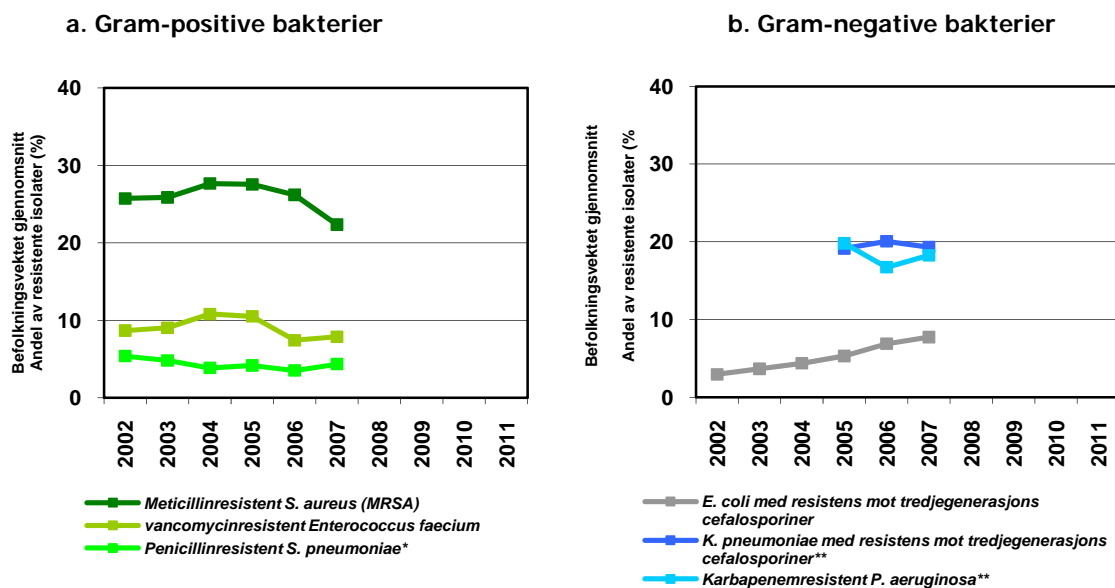
- *Staphylococcus aureus*, meticillinresistens (MRSA),
- *S. aureus*, delvis vancomycinresistens og vancomycinresistens (VISA/VRSA),
- *Enterococcus* spp. (f.eks. *Enterococcus faecium*), vancomycinresistens (VRE),
- *Streptococcus pneumoniae*, penicillinresistens (PRSP),
- Enterobacteriaceae (f.eks. *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*), resistens mot tredjegerasjons cefalosporiner,
- Enterobacteriaceae (f.eks. *K. pneumoniae*), karbapenemresistens, og
- Ikke-fermenterende Gram-negative bakterier (f.eks. *Pseudomonas aeruginosa*), karbapenemresistens.

Trender for og byrden av infeksjoner forårsaket av multiresistente bakterier i EU

Data om disse utvalgte antibiotikaresistente bakteriene i invasive infeksjoner (hovedsakelig infeksjoner i blodbanen) var tilgjengelig fra European Antimicrobial Resistance Surveillance System (EARSS) for EU-medlemsstatene, Island og Norge for alle år i perioden 2002-2007.

Trendene for andelen av antibiotikaresistente isolater blant isolater fra blod av de utvalgte bakteriene som hyppig forårsaker infeksjoner i blodbanen i Europa, er vist i figur 7.1.

Figur 7.1 Befolkningsvektet gjennomsnittlig andel av resistente isolater blant isolater fra blod av bakterier som hyppig forårsaker infeksjoner i blodbanen, EU-medlemsstatene, Island og Norge, 2002–2007.



* *S. pneumoniae*: unntatt Hellas, som ikke rapporterte data om denne bakterien til EARSS.

** *K. pneumoniae* og *P. aeruginosa*: unntatt Belgia og Slovakia, som ikke rapporterte data om disse bakteriene til EARSS.

I 2007 ble den høyeste andelen av antibiotikaresistente isolater blant de utvalgte bakteriene som hyppig forårsaker infeksjoner i blodbanen i EU, funnet i den gjennomsnittlige andelen av isolater fra blod av *Staphylococcus aureus* som viste resistens mot meticillin (% MRSA). Denne andelen har imidlertid gått ned i løpet av de senere år (figur 7.1). Dette skyldes nedadgående trender for MRSA i flere medlemsstater, sannsynligvis som følge av nasjonale handlingsplaner, som dokumentert for Frankrike, Slovenia og Storbritannia. Den gjennomsnittlige andelen av MRSA har nådd et nivå som ligger nær nivået for de utvalgte antibiotikaresistente Gram-negative bakteriene.

Andelen av isolater fra blod av *S. aureus* som viste delvis resistens mot vancomycin (VISA), var svært lav (under 0,1 %) i EU-medlemsstatene, Island og Norge. Ingen vancomycinresistente isolater av *S. aureus* ble rapportert til EARSS i 2007 (dataene er ikke vist i figur 7.1).

Den gjennomsnittlige andelen av isolater fra blod av *Escherichia coli* – den vanligste Gram-negative bakterien som forårsaker infeksjoner hos mennesker – som viser resistens mot tredje generasjons cefalosporiner, har derimot steget jevnt.

Samtidig er det ingen tegn til redusert resistens mot tredje generasjons cefalosporiner hos *Klebsiella pneumoniae* eller redusert resistens mot karbapenemer hos *Pseudomonas aeruginosa* (figur 7.1).

I 2007 var andelen av isolater fra blod av *K. pneumoniae* som viste resistens mot karbapenemer, generelt svært lav i EU-medlemsstatene, Island og Norge (median = 0 %), med unntak for Hellas, der andelen var 42 % (dataene er ikke vist i figur 7.1).

Den menneskelige og økonomiske byrden av antibiotikaresistente bakterier kunne bare anslås for følgende fem antibiotikaresistente bakterier: MRSA, vancomycinresistent *Enterococcus faecium*, *E. coli* og *K. pneumoniae* med resistens mot tredje generasjons cefalosporiner, og karbapenemresistent *P. aeruginosa*.

Studien bekreftet at MRSA var den vanligste multiresistente bakterien i EU. Det samlede antallet tilfeller med vanlige antibiotikaresistente Gram-positive bakterier (hovedsakelig MRSA og vancomycinresistent *Enterococcus faecium*) var imidlertid sammenlignbart med det samlede antallet tilfeller med vanlige antibiotikaresistente Gram-negative bakterier (*E. coli* og *K. pneumoniae* med resistens mot tredje generasjons cefalosporiner, og karbapenemresistent *P. aeruginosa*).

I alt døde anslagsvis 25 000 pasienter av en infeksjon forårsaket av en av de fem utvalgte antibiotikaresistente bakteriene i EU, Island og Norge i 2007. I tillegg medførte infeksjoner forårsaket av de utvalgte

antibiotikaresistente bakteriene om lag 2,5 mill. ekstra sykehusdøgn og over 900 mill. euro i ekstra sykehuskostnader.

Senere er det blitt gjort et anslag over produktivitetstapet som disse infeksjonene medfører. På grunnlag av data fra 2007 er kostnadene forbundet med poliklinisk behandling estimert til rundt 10 mill. euro, mens produktivitetstapet som følge av smittede pasienters sykefravær ble estimert til over 150 mill. euro årlig. Produktivitetstapet forårsaket av at pasienter døde av infeksjonen, ble estimert til rundt 450 mill. euro årlig. Alt i alt ble kostnadene som de utvalgte antibiotikaresistente bakteriene påfører samfunnet, estimert til rundt 1,5 mrd. euro årlig.

Det er mye som tyder på at disse anslagene er for lave i forhold til den reelle menneskelige og økonomiske byrden av disse antibiotikaresistente bakteriene (f.eks. at antallet bakterier som er inkludert, er begrenset, at poliklinisk behandlede infeksjoner ikke er tatt med, og at den gjennomsnittlige kostnaden ved sykehusbehandling ikke tar hensyn til spesielle behandlingsformer som f.eks. intensivbehandling).

Antibakterielle midler som for tiden er under utvikling

For å vurdere status med hensyn til utvikling av nye antibakterielle legemidler ble det foretatt søk i to kommersielle databaser (Adis Insight R&D og Pharmaprojects) etter antibakterielle midler som er under klinisk utvikling på verdensbasis. Det ble besluttet å ikke gå nærmere inn på midler som foreløpig ikke har vært gjenstand for kliniske forsøk, ettersom frafallet i den prekliniske testfasen erfaringsvis er høyt og dataene som er tilgjengelig for gjennomgang, er begrenset.

Der det var mulig, ble de identifiserte midlene vurdert for antibakteriell aktivitet mot de utvalgte bakteriene på grunnlag av de data som faktisk var tilgjengelige i databasene eller i litteraturen. Der det ikke forelå faktiske in vitro-data, ble rimelige antakelser om aktiviteten til enkelte av midlene, basert på egenskapene til lignende midler (dvs. midler av samme klasse eller med felles virkemåte), også tatt med i vurderingen, for å skape et "best case"-scenario.

For hvert middel skulle det også angis om det tilhørte en ny eller eksisterende klasse av antibiotika, samt hvorvidt det:

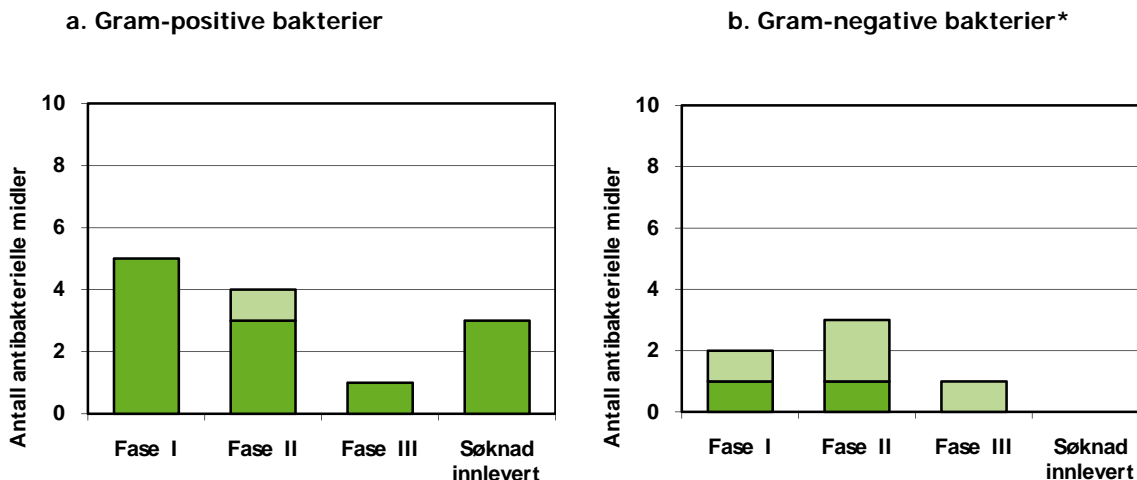
- virket mot samme målbakterie og på samme måte som minst ett tidligere godkjent antibakterielt middel,
- virket mot en ny målbakterie på en allerede kjent måte, eller
- hadde en ny virkemåte.

De viktigste resultatene av analysen var som følger:

- Av 167 identifiserte midler var det 90 antibakterielle midler som hadde in vitro-aktivitet i et "best case"-scenario (basert på faktiske data eller antakelser basert på klasseegenskaper eller virkemåte) mot minst én organisme blant bakteriene som var utvalgt for sin betydning for folkehelsen.
- Tjuefire av disse 90 midlene var nye presentasjonsformer av godkjente antibakterielle midler, mens 66 var nye virkestoffer.
- Bare 27 av de 66 nye virkestoffene ble ansett å ha enten en ny målbakterie eller en ny virkemåte, og dermed et potensielt fortrinn framfor eksisterende antibiotika.
- Femten av disse 27 midlene kunne administreres systemisk.
- Åtte av de 15 midlene som kunne administreres systemisk, ble ansett å virke mot minst én av de utvalgte Gram-negative bakteriene.
- Fire av de åtte midlene med aktivitet mot Gram-negative bakterier hadde aktivitet basert på faktiske data, mens fire hadde antatt aktivitet basert på kjente klasseegenskaper eller virkemåter.
- To av de fire midlene som hadde aktivitet mot Gram-negative bakterier basert på faktiske data, virket mot nye eller potensielt nye målbakterier, og ingen av dem hadde en ny virkemåte.

Informasjonen om disse 15 antibakterielle midlene er vist i Figur 7.2. Det er verdt å merke seg at bare fem av disse midlene allerede hadde vært gjenstand for kliniske forsøk for å bekrefte den kliniske effektiviteten (fase 3 eller senere av den kliniske utviklingen).

Figur 7.2 Nye systemiske antibakterielle midler med ny målbakterie eller ny virkemåte og in vitro-aktivitet basert på faktiske data (mørke søyler), eller antatt in vitro-aktivitet basert på klasseegenskaper eller virkemåter (lyse søyler), mot de utvalgte bakteriene ("best case"-scenario), etter utviklingsfase (n=15).



Merk: In vitro-aktivitet basert på faktiske data er vist med mørkere farge nederst i hver søyle. Antatt in vitro-aktivitet basert på klasseegenskaper eller virkemåter (om relevant) er vist med lysere farge øverst i hver søyle.

** To karbapenemer er utelatt fra figur 7.2b siden de ikke er mer virksomme mot Gram-negative bakterier enn eldre karbapenemer. Den relative nyhetsverdien ved disse midlene var basert på en bedre virkeprofil mot antibiotikaresistente Gram-positive bakterier, og de er derfor tatt med i figur 7.2a.*

Byrden av bakteriell resistens i EU er allerede betydelig og vil sannsynligvis øke ytterligere. På grunnlag av foreliggende data forventes særlige problemer å oppstå som følge av resistens hos Gram-negative bakterier i årene som kommer.

Samtidig er det svært få nye antibakterielle midler under utvikling som har nye virkemåter og potensial for å møte utfordringen med multiresistens. Særlig er det mangel på nye midler til behandling av infeksjoner som skyldes multiresistente Gram-negative bakterier.

Rapporten viser at det er et misforhold mellom byrden av infeksjoner som skyldes multiresistente bakterier, og utviklingen av nye antibakterielle midler som gjør det mulig å håndtere problemet. Det haster med å få på plass en europeisk og global strategi for å rette opp dette misforholdet. Det må iverksettes tiltak for å fremme utvikling av nye legemidler.

8. Effectiveness of behavioural and psychosocial HIV/STI prevention interventions for MSM in Europe [Effekten av tiltak for atferdsrelatert og psykososial HIV/SOI-forebygging blant menn som har sex med menn i Europa]

(Publisert i november 2009, endret i desember 2009)

Bakgrunn

I mangel av en effektiv og rimelig vaksine og i lys av at eksisterende antiretrovirale behandlingsmåter er av ikke-kurativ art, står atferdsrelatert og psykososial forebygging med sikte på å begrense seksuell risikoatferd fremdeles sentralt i arbeidet for å redusere HIV/SOI-smitte blant menn som har sex med menn. For å kunne treffe informerte avgjørelser vedrørende forebygging og forskning trenger programplanleggere og beslutningstakere beskrivelser av spesifikke tiltak og kvantitative estimater av effektene av tiltak, og det er derfor behov for en systematisk gjennomgang som oppdaterer den eksisterende kunnskapsbasen om tiltak for forebygging av HIV/SOI rettet mot menn som har sex med menn i Europa.

Målsettinger

Målene var å oppsummere og vurdere effekten av tiltak for forebygging av HIV/SOI rettet mot menn som har sex med menn i Europa, og å identifisere egenskaper ved tiltakene som er forbundet med effekt, samt potensielle mangler i evidensgrunnlaget.

Metoder

Det ble foretatt et systematisk søk etter relevant litteratur i åtte internasjonale databaser og i referanselistene for relevante gjennomganger og inkluderte studier. Studiene ble valgt på grunnlag av forhåndsdefinerte kriterier og vurdert for risiko for bias. Resultatene ble oppsummert i tabeller, og det ble beregnet effektestimater for utfall knyttet til seksuell atferd.

Resultater

Resultatene bygger på data fra seks kontrollerte studier fra fire europeiske land som omfattet i alt 4 111 deltakere ved oppstart. Resultatene viste at det i alle studiene var "høy" eller "uklar" risiko for bias på ett eller flere av de vurderte områdene. Det samlede effektestimater for de fire tiltakene det forelå data for, tydet på at menn som har sex med menn og som deltar i tiltak for forebygging av HIV/SOI, kan ha noe lavere sannsynlighet for å rapportere om ubeskyttet anal samleie. Evidensgrunnlaget var utilstrekkelig til å undersøke hvilke egenskaper ved tiltakene som i høyest grad var forbundet med effekt. Svært få av deltakerne i studiene hadde ikke-hvit bakgrunn, og bare én studie brukte biologisk måling av SOI som en indeks for endring.

Drøfting

Til tross for at HIV-epidemien har eksistert relativt lenge, finnes det i Europa svært få pålitelige evalueringer av resultatene av atferdsrelaterte tiltak for forebygging av HIV/SOI blant menn som har sex med menn. Resultatene peker på mulige kortsiktige effekter av tiltak når det gjelder å redusere andelen av menn som har sex med menn som har ubeskyttet anal samleie, men knappheten på kontrollerte studier tilsier at det trengs mer forskning på dette området. Det vitenskapelige samfunn bør reflektere over potensialet for overførbarhet av tiltak, og aller helst utføre omfattende grunnleggende forskning før nye programmer lanseres.

Konklusjon

Det er en generell mangel på evalueringer av resultatene av tiltak for å redusere risikoatferd relatert til HIV/SOI blant menn som har sex med menn i Europa. Utforming av atferdsrettede strategier for forebygging av HIV/SOI og avverging av nye infeksjoner, og evaluering av forebyggingsprogrammer rettet mot menn som har sex med menn, er et viktig element i en omfattende strategi for å begrense av HIV/SOI gjennom hele forebyggings- og omsorgskjeden.

Veiledningsrapporter

9. Chlamydia control in Europe [Klamydiakontroll i Europa]

(Publisert i juni 2009)

Hvorfor klamydia er et folkehelseproblem

Chlamydia trachomatis er en av de vanligste seksuelt overførbare bakterieinfeksjonene i Europa. Infeksjonsratene blant seksuelt aktive unge ligger ofte mellom 5 % og 10 %. Antallet diagnostiserte tilfeller øker i mange europeiske land, til dels som følge av økt testing og bruk av mer følsomme testmetoder. Personer som har genital klamydia, kan få symptomer på underlivsbetennelse som uretritt og cervicitt, men de fleste er helt symptomfrie. Klamydia er et alvorlig folkehelseproblem ettersom ubehandlet klamydia kan forårsake bekkeninfeksjon (PID), nedsatt fruktbarhet og uheldig svangerskapsutfall hos en del kvinner. Klamydia gir også økt risiko for HIV-smitte. Kostnadene ved behandling av nedsatt fruktbarhet som følge av klamydia er høye ettersom det krever kirurgiske inngrep i egglederne og prøverørsbefruktning. Selv om det finnes billig og effektiv behandling, er klamydiakontroll en utfordring ettersom de fleste pasientene er symptomfrie.

Aktiviteter innen klamydiakontroll i Europa

En systematisk kartlegging av aktivitetene innen klamydiakontroll i 29 europeiske land avdekket store forskjeller i måten klamydiakontrollen er organisert på. Nesten halvparten av landene rapporterte at de ikke har noen organiserte aktiviteter, og bare to land rapporterte at de har nasjonale kontrollprogrammer.

Innføring av klamydiakontroll

Det første steget på veien mot et omfattende og effektivt kontrollprogram er å vedta en strategi for klamydiakontroll basert på omfattende samråd med viktige interessenter. Strategien bør være tilpasset de muligheter og begrensninger som finnes på nasjonalt plan, og det bør foretas en gjennomgang av evidensgrunnlaget for de intervensjoner og tiltak strategien skal omfatte. Strategien kan baseres på den trinnvise tilnærmingen som er beskrevet i denne veiledningen.

Det anbefales å anvende en trinnvis tilnærming for å sikre at et pålitelig opplegg for forebygging av SOI og pasienthåndtering er på plass før komplekse intervensjoner som screening vurderes.

Programmer for klamydiakontroll kan inndeles i fire nivåer:

- Nivå A, primærforebygging: Dette omfatter helsefremmende aktiviteter og opplæring, skoleprogrammer og utdeling av kondomer.
- Nivå B, "case-management": Dette bygger på nivå A med tillegg av rutinemessig "case surveillance", pålitelige diagnosetjenester for klamydia, kliniske tjenester og pasient- og partneroppfølging. Alle disse krever klare, evidensbasert retningslinjer og jevnlig revisjon.
- Nivå C, opportunistisk testing: Dette bygger på nivå B med tillegg av testing som rutinemessig tilbys en eller flere bestemte grupper mennesker som mottar andre kliniske tjenester, med sikte på "case-finding", f.eks. identifisering av symptomfrie tilfeller.
- Nivå D, screening-program: Dette bygger på nivå C med tillegg av et organisert tilbud om regelmessig klamydiatesting som skal dekke en vesentlig del av en definert befolkning, med sikte på å redusere prevalensen av klamydia i befolkningen.

Evidensgrunnlaget for effekten av programmer på nivå C og D er begrenset, og slike programmer må derfor evalueres grundig der de innføres slik at erfaringene kan tjene som grunnlag for framtidig politikk. Særlig må effekten av slike programmer på klamydiakontrollen i befolkningen kartlegges og evalueres. Som for ethvert annet screening-program bør beslutningen om innføring av et screening-program for klamydia fattes etter grundig overveielse, med en vurdering av potensielle fordeler, ulemper og kostnader.

For at innføringen av og ressursbruken i forbindelse med nasjonale strategier for klamydiakontroll skal være effektiv, kreves lederskap og engasjement fra beslutningstakerne på helseområdet. Hvilken strategi som er mest hensiktsmessig, vil sannsynligvis variere fra land til land, og nasjonale strategier bør utarbeides i samråd med medisinske yrkesorganisasjoner, finansieringskilder og leverandører av helse- og diagnosetjenester.

Evaluering av programmer for klamydiakontroll

Formålet med kontrollprogrammene er å redusere prevalensen av klamydia, men dette er vanskelig å overvåke ettersom det krever periodiske befolkningsundersøkelser. Det finnes imidlertid en rekke andre indikatorer på effekt som bør bygges inn i alle slike programmer fra starten av.

På nasjonalt nivå bør programmene overvåke indikatorer relatert til strategien og retningslinjene for programmet, gjennomføringen og prosessene, samt resultatene av programmet. Disse må være basert på spesifikke målsettinger som er tilpasset det aktuelle kontrollnivået.

Hvis et land går over fra et kontrollnivå til et annet, vil det måtte fatte beslutninger basert på en grundig vurdering av evidensgrunnet for effekten, kostnadseffektiviteten og skadevirkningene. Dette kan lettere gjøres hvis landene sikrer at alle aktiviteter blir gjenstand for full evaluering og resultatene blir utvekslet med andre europeiske land. På denne måten vil investeringer i programmer som gjøres nå, bidra til å styrke evidensgrunnet for klamydiakontroll, gi bedre beslutningsgrunnlag for framtiden og bedre folkehelsen.

På europeisk nivå bør det være en målsetting å redusere andelen land som ikke rapporterer at de har noen organiserte aktiviteter.

Dokumentets formål

Dette dokumentet skal være en veiledning for europeiske beslutningstakere på helseområdet om nasjonale strategier for klamydiakontroll. Det gir ingen spesifikke kliniske eller diagnostiske retningslinjer, men beskriver en ramme for utvikling, innføring eller forbedring av nasjonale strategier for forebygging og kontroll av klamydia. Slike detaljerte retningslinjer bør være basert på funn fra nyere systematiske gjennomganger.

På samme måte som de kliniske retningslinjene bør helsepolitikken være basert på den beste dokumentasjonen som er tilgjengelig. Imidlertid finnes det generelt relativt lite dokumentasjon å basere disse politiske beslutningene på. Formålet med dette veiledende dokumentet er å legge til rette for utvikling av lokale, evidensbaserte retningslinjer innenfor rammen av gode nasjonale klamydiastategier. Disse strategiene må ta hensyn ikke bare til kliniske og epidemiologiske faktorer (som prevalensen av klamydia i befolkningen), men også til systemene for levering av helsetjenester, infrastrukturen og ressursene som finnes lokalt.

Dette veiledende dokumentet er utarbeidet av en teknisk ekspertgruppe på grunnlag av dokumentasjonen i ECDCs rapport "Review of chlamydia control activities in EU countries", en gjennomgang av aktivitetene innen klamydiakontroll, samt nyere systematiske gjennomganger av klamydia-screening og -kontroll.

Dokumentet dekker den vanligste seksuelt overførbare formen av *Chlamydia trachomatis* (serotype D til K), og dekker ikke *Lymphogranuloma venereum* eller trakom.

10. Public health use of influenza antivirals during influenza pandemics [Bruk av antivirale legemidler mot influensa i folkehelsesammenheng under influensapandemier]

(Publisert i juni 2009, oppdatert i august 2009)

Dette bakgrunnsdokumentet er ment som en ressurs for aktører i EU og EØS/EFTA-området som utformer politikk og praksis vedrørende bruken av antivirale legemidler mot influensa, særlig i forbindelse med influensapandemier. Dokumentet er basert på vitenskapelig dokumentasjon, WHO's retningslinjer, ekspertuttalelser (herunder fra ECDCs rådgivende forum) og anbefalinger i europeiske nasjonale pandemiberedskapsplaner. Det fokuserer på muligheter for bruk av antivirale legemidler i forbindelse med en influensapandemi.

Den tilgjengelige dokumentasjonen på antivirale legemidlers effekt som enten behandling eller profylakse og ved bruk i folkehelsesammenheng under en pandemi, stammer fra studier gjennomført under sesonginfluensaepidemier blant friske voksne og, i mindre grad, blant en av høyrisikogrupperne (eldre mennesker) og et antall større barn.

Dokumentasjonen indikerer at enkelte antivirale legemidler, særlig neuraminidasehemmere (oseltamivir og zanamivir) gir en viss behandlingsgevinst ved at de reduserer sykdomsvarigheten av influensa, vanligvis med 1-2 dager, og reduserer forekomsten av komplikasjoner og behovet for antibiotika hos smittede personer. Denne effekten begrenses av nødvendigheten av at legemidlene blir gitt på et tidlig tidspunkt (innen 48 timer etter at symptomene startet). Et tynt evidensgrunnlag fra observasjonsstudier tilsier dessuten at legemidlene muligens kan redusere sykkeligheten og til og med dødeligheten blant sykere pasienter også når de blir gitt etter at det er gått 48 timer. For det orale preparatet (oseltamivir) rapporteres det hyppig om mindre bivirkninger, særlig kvalme og iblant også oppkast, og produsenten anbefaler av denne grunn at legemiddelet tas i forbindelse med måltider.

Forsøk blant friske voksne tyder på at infeksjon kan forebygges med profylaktisk behandling med 70 % til 90 % effektivitet under forutsetning av at legemiddelet tas som forskrevet. Evidensgrunnlaget for folkehelsegevinsten for høyrisikogrupper og -omgivelser er svakere, men det later til å være en viss reduksjon av infeksjonsforekomsten for eksempel ved utbrudd av sesonginfluensa i lukkede omgivelser som pleiehjem. Dette tilsier at slike legemidler kan ha en effekt på nivået av virusmitte og bidra til å forebygge infeksjon.

Influensavirus med primær resistens mot et eller flere antivirale legemidler kan sporadisk oppstå naturlig som et resultat av genetisk mutasjon og naturlig reassortering. Dette skjedde i 2007/2008-sesongen i Europa, da det oppsto et influensavirus som var resistent mot oseltamivir. Dette var ikke relatert til bruk av antivirale legemidler, og denne eventualiteten bør ikke påvirke den ordinære politikken for bruk av antivirale legemidler under en pandemi. Muligheten for at et robust nytt virus som er resistent mot behandling med antivirale legemidler kan oppstå, er ikke desto mindre en kilde til reell bekymring. Dersom et slikt virus skulle oppstå under en pandemi, kan dette kreve rask omlegging av politikken for bruken av slike legemidler, og da særlig den profylaktiske bruken. Dette må ikke forveksles med sekundær resistens mot antivirale legemidler, som forekommer langt hyppigere ved bruk av antivirale legemidler. Dette gir seg vanligvis utslag i virus som ikke kan overføres fra person til person, og utgjør dermed ikke en trussel for folkehelsen.

Det finnes en rekke ulike strategier for bruk av antivirale legemidler, avhengig av hvilke overordnede folkehelse mål myndighetene ønsker å nå, tilgangen til antivirale legemidler og andre praktiske hensyn. Disse målene kan være behandling av de mest alvorlig syke, behandling eller beskyttelse av personer i høyrisikogrupper, behandling av alle tilfeller, reduksjon av smittenivået eller beskyttelse av helsepersonell og annet nøkkelpersonell. ECDC har foreslått et prioritetshierarki.

Under pandemier vil det som følge av de høye infeksjonstallene og infeksjonens potensielle alvorlighet være betydelige praktiske utfordringer knyttet til det potensielle behovet for antivirale legemidler, både til behandling av smittede personer og til forebygging av smitte (profylakse). Mange land har opprettet lagre av antivirale legemidler spesielt med tanke på bruk under en pandemi. Det later til at lagrene av antivirale legemidler i europeiske land for tiden varierer fra et par prosents dekning til dekning av mer enn 50 % av befolkningen. Selv med lagre på plass er det imidlertid så å si umulig å unngå at etterspørselen etter antivirale legemidler overstiger tilbudet i en pandemi. Derfor er avansert strategisk og logistisk planlegging viktig for å sikre at eksisterende lagre utnyttes optimalt. Et viktig generelt prisnipp er at lagrene har begrenset nytteverdi om de ikke er ledsaget av avtalte målsettinger, protokoller og ordninger for administrasjon og utlevering.

Fastsettelse av klare målsettinger som en del av pandemiplanleggingen vil være avgjørende for å kunne dra maksimal nytte av lagrene av antivirale legemidler. Planleggingen bør ta hensyn til samlet volum og tilgjengelighet av antivirale legemidler, den underliggende epidemiologien (forventede angrepsrater osv.), utbruddets størrelse og varighet og befolkningsgruppens størrelse. Modellering kan også være et viktig verktøy for å ekstrapolere effektene av forskjellige strategier for bruk av antivirale legemidler under en pandemi, men slik modellering er en kompleks oppgave. På grunnlag av den tilgjengelige dokumentasjonen foreslår ECDC følgende prioriteringsstrategi for bruk av antivirale legemidler:

1. **Personer med alvorlig influensasjukdom.** Første prioritet er å behandle personer med alvorlig influensasjukdom, også der det er gått mer enn 48 timer siden symptomene startet, dersom antivirale legemidler anses å kunne gi effekt. For disse pasientene er det imidlertid enda viktigere at det finnes tilstrekkelige forsyninger av egnede antibiotika tilgjengelig til å behandle sekundære infeksjoner, samt andre helt nødvendige legemidler.
2. **Personer med høy risiko for alvorlig sykdom.** I denne gruppen kan man prioritere personer med høy risiko for å utvikle alvorlig sykdom. Når det gjelder sesonginfluensa, anbefales vaksinasjon mot sesonginfluensa for følgende grupper: eldre, personer med allerede eksisterende kroniske sykdommer og helsepersonell som har direkte pasientkontakt. Dette kan imidlertid måtte endres under en pandemi for å gjenspeile gruppene som er mest utsatt for risiko fra den pandemiske stammen. Når pandemisk virus og sesongvirus sirkulerer på samme tid, vil risikogrupperne for sesonginfluensa og pandemisk influensa måtte slås sammen. For enkelte land kan det være hensiktsmessig å vurdere å gi profylakse i husstander med personer som tilhører en risikogruppe, selv om dette kan være komplisert å gjennomføre i praksis.
3. **Alle personer som nettopp er blitt syke.** Etter de alvorligste tilfellene kan det prioriteres å gi antivirale legemidler til personer som nettopp er blitt syke (innen 48 timer etter de første symptomene) ettersom det er i dette tidsvinduet at legemidlene er mest effektive.
4. **Behov for profylakse.** Land som har store lagre av antivirale legemidler, kan vurdere å bruke disse også som profylakse. Kandidatgruppene er: personer i nærkontakt med syke, familiemedlemmer av syke og personell som er av avgjørende betydning for å sikre kontinuitet. Lagring av legemidler i husholdningene anbefales ikke ettersom forsyningene er begrenset, men det er ikke til å unngå at enkelte personer vil anmode legen sin om å forskrive legemidler, slik tilfellet var i forbindelse med fugleinfluensaen.
5. **Helsepersonell** som har direkte pasientkontakt er et særtilfelle. De trenger rimelig beskyttelse med personlig verneutstyr. Hvis de blir syke, må de gis antivirale legemidler umiddelbart og holde seg borte fra jobben. Land med store lagre kan vurdere profylakse for visse grupper helsepersonell.

De organisatoriske aspektene ved utlevering av antivirale legemidler byr på sin side på enda større utordringer. Evidensgrunnlaget tilsier nemlig at behandling med antivirale legemidler bare kan ha en begrenset gunstig virkning om legemidlene gis innen 48 timer etter at symptomene startet. Dette vil være særlig kritisk under en pandemi. For at antivirale legemidler skal være effektive som behandling av infeksjon, må det derfor også settes inn ressurser på å utvikle protokoller og systemer som sikrer rask utlevering og administrasjon.

Arbeidet ECDC og WHO's regionkontor for Europa har gjort sammen med medlemsstatene, tilsier at følgende operasjonelle aspekter ved utleveringen og administrasjonen av nasjonale lagre av antivirale legemidler og andre strategiske lagre krever omhyggelig vurdering i forkant av en pandemi:

1. I den innledende fasen av en pandemi må det besluttet hvorvidt infeksjonen er tilstrekkelig alvorlig på enkeltpasientnivå til å gi antivirale legemidler til alle som har symptomer eller til i det hele tatt til å forsøke å utsette eller begrense utbruddet.
2. Sikre at klinikere til enhver tid har tilgang til antivirale legemidler for å kunne behandle de alvorligst syke.
3. Være i stand til å utlevere antivirale legemidler hurtig til dem som trenger det mest, ettersom de må gis innen 48 timer etter at symptomene startet for å ha effekt.
4. Identifisere nøkkelgrupper som bør prioriteres for antivirale legemidler som en prioritet, på grunnlag av forhåndsavtalte standardkriterier.
5. Være i stand til å endre prioriteringene dersom risikogrupperne viser seg å være forskjellige fra det som kunne forventes på grunnlag av erfaringene med sesonginfluensa.
6. Sikre at områdene som berøres først ikke tømmer de nasjonale lagrene, og være i stand til å flytte ressurser rundt om i landet.
7. Ha på plass en politikk i forhold til borgere som ønsker å skaffe seg private lagre, og selskaper som søker å beskytte sine ansatte.

8. Overvåke resistens mot antivirale legemidler, særlig primær resistens, og være i stand til å legge om nasjonale behandlingsstrategier hvis det ser ut til at lagrene kan bli tømt eller det oppstår resistens mot antivirale legemidler (særlig dersom legemidlene brukes til profylakse).
9. Unngå å påføre primærhelsetjenesten ekstra belastning ved å la den distribuere antivirale legemidler til mildt eller moderat syke personer når den har nok å gjøre med å ta seg av sykere personer. På denne måten kan det også unngås at potensielt syke personer må oppholde seg på samme sted for å skaffe seg antivirale legemidler (f.eks. i køer eller venterom), og derved spre smitte.
10. Sikre tilstrekkelige forsyninger av viktige legemidler, særlig (men ikke bare) egnede antibiotika.
11. Være i stand til å overvåke etterlevelsen, særlig hos mindre alvorlig syke og personer som behandles profylaktisk.
12. Være forberedt på vanlige milde bivirkninger av oseltamivir, særlig kvalme, og være bevisst på at det kan forekomme rapporter om sjeldne, men mer alvorlige bivirkninger.
13. Ha på plass opplæringsmateriell og tilretteleggingstiltak for bruk av zanamivir-inhalatorer, særlig for dem som kan oppleve inhalatorene som vanskelige å bruke.
14. Vurdere tiltak for spesielle grupper, som gravide og små barn.
15. Ha på plass robuste, pålitelige og velprøvde kommunikasjonsstrategier for fagpersonell og offentligheten vedrørende det ovennevnte, som del av den mer generelle kommunikasjonen under en pandemi.

ECDC foreslår i tillegg noen praktiske systemer som kan operere på EU-nivå:

16. Rapportering gjennom EWRS om medlemsstatenes ordinære politikk og deretter om vesentlige endringer av denne.
17. Ha systemer som kan fange opp rapporter og rykter om uønskede hendelser, og ha en mekanisme hos EMEA og ECDC for å respondere på slike rapporter og rykter når de dukker opp, noe som ikke er til å unngå.
18. Overvåke utviklingen av resistens mot antivirale legemidler i samarbeid med ECDC, EUs referanselaboratorium og WHO.
19. Være forberedt på at direkte salg av antivirale legemidler på internett og andre legemidler fra uregulerte kilder uunngåelig vil forekomme.

På grunnlag av arbeidet som er gjort, er det identifisert et antall prioriteter innen forskning og utvikling, herunder et behov for å fastslå hvorvidt antivirale legemidler er til nytte når de gis utenfor "vinduet" på 48 timer, særlig i behandling av mer alvorlig syke. En annen prioritet er å få på plass systemer i medlemsstatene som gjør det mulig å fastslå i sanntid om antivirale legemidler faktisk har effekt mot et pandemisk virus, og systemer for tidlig påvisning av tilfeller der behandling og profylakse mislykkes, noe som kan være en indikasjon på utvikling av resistens.

11. Use of specific pandemic influenza vaccines during the H1N1 2009 pandemic [Bruk av spesifikke vaksiner mot pandemisk influensa under H1N1-pandemien i 2009]

(Publisert i august 2009)

I april 2009 ble det identifisert og karakterisert en ny stamme av human influensa A(H1N1). På grunn av de lave nivåene av allerede eksisterende immunitet i befolkningen forventes angrepsratene for denne pandemiske stammen A(H1N1) å være høyere enn for stammer av sesonginfluensa (med unntak for eldre mennesker, som i mange tilfeller later til å ha en viss grad av immunitet). Derfor vil de faktiske antallene influensatilfeller som helsetjenestene kommer i kontakt med over et kort tidsrom, sannsynligvis være høyere enn antallene for sesonginfluensa.

Vaksinering med en stammespesifikk pandemivaksine anses som et av de mest effektive tiltakene for å beskytte enkeltmennesker i tilfelle av en pandemi. Spesifikke pandemivaksiner vil imidlertid ikke være tilgjengelig helt fra starten av. Leveransene fra produsentene vil nødvendigvis komme i rykk og napp, og det vil også oppstå vanskeligheter med distribusjonen. Det vil være vanskelig å sikre tilstrekkelige vaksineforsyninger innen en rimelig tidsramme. Strategisk bruk av vaksiner, etter omhyggelig prioritering mellom ulike befolkningsgrupper, vil være viktig for å maksimere nytten av de dosene som er tilgjengelig.

Det bør fastsettes overordnede mål for vaksineringen før det tas beslutning om hvem som skal få tilbud om vaksinering og hvordan målgruppene skal prioriteres. Beslutningene kan av legitime årsaker være forskjellige fra land til land og/eller region til region. Dette vil særlig være avhengig av ressursene, vaksinemengdene, antallet sprøyter osv. som er tilgjengelig, samt praktiske forhold knyttet til distribusjon og utlevering. Slike forskjeller landene imellom vil kunne representere et kommunikasjonsproblem når de kommer til syne, noe landene bør være forberedt på.

Målsettingene for en strategi for pandemivaksinering kan deles inn i to hovedkategorier som på ingen måte utelukker hverandre: a) reduksjon, for å beskytte de individene som er mest utsatt for alvorlig sykdom, og b) beskyttelse av helt avgjørende funksjoner.

Influensa A(H1N1)v er et nytt virus, og alle pandemier i moderne tid har vært forskjellige fra hverandre og fra vanlig sesonginfluensa. Derfor kan risikogruppene (de som har høyere risiko for å utvikle alvorlig sykdom) være forskjellige fra risikogruppene for sesonginfluensa. I tillegg kommer andre strategier inn i bildet, med større fokus på å opprettholde helt avgjørende funksjoner gjennom vaksinasjon. Målgruppene (gruppene som tilbys vaksine og som kan være eller ikke være i risikogruppen) kan dermed også være forskjellige.

På grunnlag av det foreliggende evidensgrunnlaget vedrørende A(H1N1)-pandemien i 2009 kan følgende befolkningsgrupper identifiseres som risikogrupper:

- personer under 65 år med kroniske underliggende sykdommer, nærmere bestemt:
 - kroniske luftveissykdommer,
 - kroniske hjerte/karsykdommer,
 - kroniske stoffskiftesykdommer (særlig diabetes),
 - kroniske nyre- og leversykdommer,
 - personer med nedsatt immunforsvar (medfødt eller ervervet),
 - kroniske nevrologiske eller nevrologiske sykdommer,
 - andre sykdommer som nedsetter immunforsvaret eller svekker åndedrettsfunksjonen,
- små barn (særlig barn under to år),
- gravide.

Disse gruppene avviker noe fra de gruppene som anbefales vaksinert mot sesonginfluensa i mange land, særlig hva angår personer over 65 år. Eldre mennesker later generelt til å ha lavere risiko for infeksjon, muligens som følge av eksisterende immunitet, men det finnes indikasjoner på at de utvikler mer alvorlig sykdom enn yngre voksne om de først blir smittet.

I tillegg kan også andre grupper tilbys vaksine selv om de ikke har forhøyet risiko for å utvikle alvorlig sykdom (målgrupper). Det finnes argumenter for å tilby vaksine til barn ettersom angrepsratene for barn er høye (om enn med mild sykdom) og kan bidra til å forsterke lokale utbrudd. Det finnes også argumenter for å tilby vaksine til alt helsepersonell, både for å forhindre at personer i risikogruppene blir smittet av helsepersonell, og for å beskytte helsepersonell mot smitte fra pasienter. Det kan også være aktuelt å tilby vaksine til personer som tar seg av

pasienter som kanskje ikke har effekt av vaksinasjon (f.eks. personer som får immunsuppressiv behandling). Spedbarn under seks måneder kan på det nåværende tidspunkt ikke vaksineres ettersom dataene om immunogenisitet og sikkerhet er mangelfulle, og det finnes derfor argumenter for å tilby vaksine til de personene som er i nærmest kontakt med dem. Andre potensielle målgrupper er personell som er avgjørende for pandemiberedskapen.

Denne veiledningen er basert på det nåværende scenariet for A(H1N1)-pandemien i 2009. Særskilte usikkerhetsmomenter er anført og drøftet. Dette dokumentet vil bli oppdatert, sammen med ECDCs tilhørende risikovurdering, etter hvert som ytterligere data, dokumentasjon og uttalelser blir tilgjengelig.

På grunnlag av erfaringene fra tidligere pandemier, der patogeniteten og smittsomheten økte over tid, er tre andre scenarier også presentert. Vedleggene gir en oppsummering av evidensgrunnlaget for vaksinasjon mot sesonginfluensa og den aktuelle pandemiske influensaen hos bestemte risikogrupper, med grove estimater av risiko- og målgruppens størrelse. Grunnlaget for beregningen er beskrevet i tilstrekkelig detalj til at medlemsstatene kan anvende metoden på sin egen befolkning eller sammenligne med metoder som allerede er i bruk.

Overvåkingsrapporter

12. Tuberculosis surveillance in Europe 2007 [Tuberkuloseovervåking i Europa i 2007]

(Publisert i mars 2009)

Siden 1. januar 2008 har Det europeiske senter for forebygging av og kontroll med sykdommer (ECDC) og WHO's regionkontor for Europa hatt felles ansvar for å koordinere overvåkingen av tuberkulose (TB) i Europa. Målet er å sikre standardiserte TB-data av høy kvalitet som omfatter alle 53 land i WHO's Europaregion.

I 2007 ble 477 327 tilfeller av TB rapportert av de 51²¹ landene i WHO's Europaregion pluss Liechtenstein²².

Gjennomsnittlig antall rapporterte tilfeller var 54 per 100 000, med store variasjoner landene imellom de senere årene og generelt høyere tall i øst enn i vest. Dette representerer en økning på 54 497 tilfeller fra 2006 og 13 % økning i det samlede antallet rapporterte tilfeller (fra 48/100 000 til 54/100 000), som hovedsakelig kan tilskrives registrering ved rebehandling av tidligere urapporterte tilfeller i Den russiske føderasjon som følge av utvidet dekning for landets varslingsystem og bedret tilgang til behandling for pasienter. Antallet tidligere ubehandlede tilfeller rapportert i regionen, falt med 2,5 % (fra 36,6 til 35,7 per 100 000). Dødeligheten av tuberkulose de siste årene gjenspeilet generelt den geografiske distribusjonen av det samlede antallet rapporterte tilfeller i regionen (mediantall for regionen: 0,6/100 000, spredning mellom landene: 0,0–22,3). Mediannivået av primær multiresistent tuberkulose (MDR TB) var på 1,5 % i de 22 landene som rapporterte data om multiresistent TB. Gjennomsnittlig suksessrate for behandling var 73 %; 11 % falt ut av behandling, 8 % døde og 7 % hadde ikke effekt av behandlingen.

EU- og EØS/EFTA-landene (30 land)

De 27 EU-landene og de tre EØS/EFTA-landene (Island, Norge og Liechtenstein) rapporterte 84 917 TB-tilfeller i 2007. Antallet rapporterte tilfeller (17/100 000 alle land sett under ett) var høyest i Romania (118), Bulgaria (40) og Baltikum (36–71). I perioden 2003 til 2007 falt det samlede antallet rapporterte tilfeller med 4 % årlig, noe som gjenspeiler en nedgang i tidligere ubehandlede TB-tilfeller. Det ble imidlertid observert vesentlige økninger på Malta (+61 %) og Island (+37 %), og en viss økning i Sverige (+5 %), Storbritannia og Kypros (begge +3 %), hovedsakelig i tilfeller hos personer av utenlandsk opprinnelse. I 2007 var 21 % av tilfellene (spredning mellom landene: 0–78 %) hos personer av utenlandsk opprinnelse, hvorav nærmere to tredeler var fra Asia eller Afrika og 6 % fra østeuropeiske land utenfor EU og sentralasiatiske land. Prevalensen av HIV blant TB-tilfellene økte i perioden 2001 til 2007 i Estland og Latvia (fra < 1 % til henholdsvis 11 % og 4 %) og fordoblet seg i Storbritannia i løpet av perioden 2000–2003 (fra 4 % til 8 %). I de øvrige landene som rapporterte data, var HIV-prevalensen blant TB-tilfeller 1 % eller lavere i fem land, 2–5 % i syv land og 14 % i Portugal. Multiresistens (MDR) var fremdeles mer utbredt i tilfeller hos personer av utenlandsk opprinnelse. Tjueen land rapporterte data fra overvåking av behandlingsutfall (treatment outcome monitoring – TOM) for sikre tilfeller av lungetuberkulose i 2006. For tilfellene som var inkludert i TOM-kohortene, var utfallet vellykket i 80 % av de tidligere ubehandlede tilfellene. Frafall fra behandling forekom oftere blant lungetuberkulosepasienter av utenlandsk opprinnelse enn hos innfødte (henholdsvis 35 % og 16 %), mens dødsfall ble sjeldnere rapportert (8 % vs. 4 %). Dødeligheten av TB varierte fra 0,0 til 10,9/100 000 (29 land, siste tilgjengelige data 2001–2006).

Vest (utenfor EU) (5 land)

I 2007 ble 881 TB-tilfeller rapportert av tre land – Andorra, Israel og Sveits – med antall som varierte fra 5,6 til 7,3/100 000. Antallet tilfeller var generelt lavt, og de fleste rapporterte TB-tilfellene var hos personer av utenlandsk opprinnelse. Sveits og Israel rapporterte om overvåking av legemiddelresistens, og prevalensen av multiresistent tuberkulose for alle testede tilfeller var på henholdsvis 2,3 % og 6,7 %. Behandlingsutfall for tilfeller registrert i 2006 ble rapportert av Israel, med et positivt utfall for 75 % av nye sikre tilfeller av lungetuberkulose.

²¹ Ingen data var tilgjengelige fra Monaco og San Marino.

²² Liechtenstein er inkludert i rapporten, men presenteres bare som et EØS/EFTA-land ettersom landet ikke hører til WHO's Europaregion.

Balkan (7 land)

Landene på Balkan rapporterte 26 296 tilfeller i 2007, hvorav 75 % ble rapportert av Tyrkia alene (ytterligere 930 tilfeller ble rapportert av den FN-administrerte provinsen Kosovo). Antallet rapporterte TB-tilfeller for alle landene sett under ett var 29/100 000 og var høyere i Bosnia og Hercegovina (62) enn i Albania, Kroatia, Den tidligere jugoslaviske republikken Makedonia, Montenegro, Serbia og Tyrkia (spredning: 14–28). Prevalensen av HIV blant TB-tilfeller var 0,0–0,4 % i landene som rapporterte data (Albania, Bosnia og Hercegovina, Den tidligere jugoslaviske republikken Makedonia, Montenegro og Serbia). Prevalensen av kombinert primær og ervervet multiresistens var henholdsvis 0–0,6 % og 9,7–34,6 % i de fire landene som rapporterte data om MDR (Albania, Montenegro, Den tidligere jugoslaviske republikken Makedonia og Serbia). Positivt behandlingsutfall blant nye sikre tilfeller av lungetuberkulose i 2006 var 80–97 % i fem land og lavere i to andre land som rapporterte data (35–70 %). Dødeligheten av TB varierte fra 0,25 til 21/100 000 (fem land, siste tilgjengelige fullstendige data 2001–2006).

Øst (12 østeuropeiske land utenfor EU og sentralasiatiske land)

I 2007 ble det rapportert 365 233 TB-tilfeller i landene i øst, hvorav 59 % ble rapportert av Den russiske føderasjon. Antallet rapporterte TB-tilfeller i 2007 (131/100 000 alle landene sett under ett) var høyest i Kasakhstan (258), Republikken Moldova (178), Den russiske føderasjon (151), Georgia (135) og Kirgisistan (125), etterfulgt av Armenia, Aserbajdsjan, Hviterusland, Tadsjikistan, Turkmenistan, Ukraina og Usbekistan (59–119). Den midlere årlige økningen i perioden 2002–2007 var den samme som ble observert i perioden 1998–2002 (+6 %). Antallet nye tilfeller i 2007 var lavere enn i 2006 i seks land. HIV-prevalensen blant TB-tilfeller var 1 % eller lavere i fem land de senere årene, men høyere i Den russiske føderasjon og Ukraina (henholdsvis 7 % og 6 % blant nye tilfeller i 2007). Nasjonale og regionale data for legemiddelresistens fra et antall land tyder på en generelt høy prevalens av multiresistens. Prevalensen av kombinert multiresistent tuberkulose varierte fra 14 % til 57 %, selv om dataene fra de forskjellige landene hadde variabel representativitet. I landene som rapporterte om utfall for nye tilfeller av lungetuberkulose med positiv celleprøve (2006), var den gjennomsnittlige raten for positivt behandlingsutfall 64 % (spredning: 58–86 %). De lave ratene for positivt behandlingsutfall og høye tallene for manglende behandlingseffekt (middelverdi: 12 %, spredning: 3–16 %) skyldtes hovedsakelig prevalensen av primær multiresistens og frafall fra behandling (middelverdi: 13 %, spredning: 4–35 %). Dødeligheten av tuberkulose varierte fra 3,0 til 22,3/100 000 (alle land unntatt Turkmenistan, siste fullstendige data for ett år i perioden 2003–2006).

Konklusjoner

De østeuropeiske og sentralasiatiske landene utenfor EU er fremdeles den prioriterte regionen for tuberkulosekontroll. Situasjonen i disse landene kompliseres ofte av lite spesifikk eller dårlig informasjon og en vedvarende mangel på nødvendige ressurser for å få på plass en hensiktsmessig respons og/eller tilstrekkelig bruk av eksisterende responstiltak. Lengre vest i Europa er tuberkulosemønstrene fremdeles svært varierende. Industrieland som tar sikte på å eliminere tuberkulose, erkjenner i stadig større grad at det er en opphopning av tilfeller blant visse sårbare befolkningsgrupper. I landene med middels byrde, som i Baltikum, er prevalensen av multiresistent tuberkulose fremdeles høy. Analysen av dataene gir grunnlag for en rekke anbefalinger for overvåking med sikte på styrking av tuberkulosekontrollen, blant annet:

- standardisere kasusdefinisjonen som brukes i hele regionen, og verktøyene for dataadministrasjon,
- integrere tuberkulose i den overordnede overvåkingen av smittsomme sykdommer,
- vektlegge bruk av kohortanalyser i overvåkingen av behandlingsutfall,
- oppnå bedre innsikt når det gjelder dobbeltepidemien tuberkulose/HIV, og
- gjennomføre grundige vurderinger av prevalensen av og trender for multiresistent tuberkulose på nasjonalt og regionalt nivå.

13. Annual epidemiological report on communicable diseases in Europe 2009 [Årlig epidemiologisk rapport om smittsomme sykdommer i Europa 2009]

(Publisert i oktober 2009)

Bakgrunn

I 2007 foreslo ECDC at alle områder som overvåkes av ECDC, burde behandles inngående i en årlig epidemiologisk rapport (Annual Epidemiological Report – AER) med tre til fem års mellomrom. ECDCs rådgivende forum støttet dette forslaget. Derfor gir denne utgaven et bredt oversiktsbilde over situasjonen med hensyn til smittsomme sykdommer i EU, men en inngående analyse av bare ett enkelt område: vaksinerbare sykdommer. Rapporten presenterer data om forekomsten av sykdommer for 2007 i standard tabeller og grafer med begrensede kommentarer, og gir en vurdering av helsetruslene som forelå i 2008.

Smittsomme sykdommer utgjør en stor byrde for folkehelsen

Det er ingen vesentlige endringer fra den forrige utgaven av rapporten når det gjelder hvilke smittsomme sykdommer som er de største truslene i EU. De største truslene er:

- antimikrobiell resistens,
- sykehusinfeksjoner,
- vaksinerbare sykdommer, med særlig vekt på pneumokokkinfeksjoner,
- luftveisinfeksjoner, med særlig vekt på influensa (pandemisk potensial samt årlig sesonginfluensa) og tuberkulose,
- HIV-infeksjon.

Sammendrag av overvåkingen av smittsomme sykdommer i 2007

Alle tilfeller rapportert for 2007 av de 27 medlemsstatene i EU og de tre EØS/EFTA-landene Island, Liechtenstein og Norge, er samlet og presentert i kapittel 3. Som påpekt i flere av avsnittene viet enkeltsykdommer i dette kapitlet, bør det utvises forsiktighet ved sammenligning av forekomstene i forskjellige land. Overvåkingssystemene er forskjellige, og forholdet mellom rapportert og faktisk forekomst varierer fra land til land for en rekke sykdommer. I de fleste tilfeller er det mer relevant å sammenligne trender over tid, ettersom dette er et mer stabilt trekk ved et overvåkingssystem.

Med tanke på dette er noen av de viktigste funnene fra overvåkingen av smittsomme sykdommer i EU oppsummert under for de viktigste sykdomsgruppene og/eller problemsykdommene.

Antimikrobiell resistens og sykehusinfeksjoner

Meticillinresistent *Staphylococcus aureus* (MRSA) var fortsatt et betydelig problem over hele Europa i 2007. I en del av de høyendemiske landene synes MRSA-andelen imidlertid å stabilisere seg, og det ble faktisk observert fallende trender i noen få land.

For penicillinresistens hos *Streptococcus pneumoniae* (PNSP) var det et sammensatt bilde i Europa, med lave rapporterte nivåer i de fleste nordeuropeiske landene og relativt høye rapporterte nivåer i landene i Sør-Europa og Middelhavsområdet. I det store og det hele var nivåene for penicillinresistens og erythromycinresistens imidlertid stabile i flesteparten av landene.

Med spredningen av klonalt kompleks 17 fortsatte utbrudd av vancomycinresistent *Enterococcus faecium* å ramme flere sykehus i forskjellige land.

Resistens mot fluorokinolon, aminopenicillin, aminoglykosid og tredjegenasjons cefalosporiner hos *Escherichia coli* har økt betraktelig de senere år i nesten alle de rapporterende landene. Dette er en viktig observasjon fordi den varsler en utvikling mot stadig mer legemiddelresistente Gram-negative bakterier, og til og med fullstendig resistente stammer.

Den fallende trenden for infeksjoner på operasjonsstedet etter hofteproteseoperasjoner fortsatte i 2007, noe som illustrerer viktigheten av overvåking, herunder risikojusterte sammenligninger mellom sykehus, for forebyggingen av og kontrollen med sykehusinfeksjoner.

Vaksinerbare sykdommer

I 2007 holdt antallet rapporterte tilfeller av invasiv *Haemophilus influenzae*-sykdom seg stabilt i Europa, og godt under 1 per 100 000. Hib-vaksinen fortsatte å ha betydelig effekt på forekomsten av denne sykdommen i alle land der den er innført.

Antallet rapporterte tilfeller av invasiv meningokokksykdom for alle landene sett under ett var 1 per 100 000, som tilsvarer tallet for 2006, og serogruppe B (77 %) og C (16 %) var fortsatt de dominerende årsakene til invasiv meningokokksykdom i Europa. Den mest brukte vaksinen dekker bare serogruppe C.

Sammenlignet med året før var det betydelig økning i antallet bekreftede tilfeller av invasiv pneumokokksykdom som ble rapportert av Østerrike og Slovenia for 2007, noe som sannsynligvis skyldes at disse landenes overvåkingssystem har blitt forbedret den senere tid. Antallene tilfeller som rapporteres av medlemslandene, lar seg generelt vanskelig sammenligne ettersom det er store variasjoner mellom systemene for overvåking av invasiv pneumokokksykdom i EU. En konjugert pneumokokkvaksine (PCV7) ble godkjent i EU i 2001, men bruken av denne vaksinen varierer fra land til land.

Antallet tilfeller av meslinger som ble rapportert i EU- og EØS/EFTA-landene for 2007, var lavere enn for 2006, men med 2 795 bekreftede tilfeller, herunder ett dødelig tilfelle og to tilfeller av encefalitt, var meslinger fortsatt en trussel mot folkehelsen. Det er bare fire land som ikke har rapportert noen tilfeller av meslinger de siste tre årene.

Kusma var fremdeles en av de vaksinerbare sykdommene som hadde høyest antall rapporterte tilfeller i Europa i 2007, men den generelle fallende trenden fortsatte, og antallet rapporterte tilfeller av kusma i 2007 var faktisk det laveste siden 1995.

Antallet rapporterte bekreftede tilfeller av rubella i 2007 var lavt, tilsvarende situasjonen i 2006.

Luftveisinfeksjoner

Influensasessongen 2007–2008 i Europa var kjennetegnet av moderat klinisk aktivitet med en smittetopp for influensa A(H1N1) etterfulgt av en smittetopp for influensa B. Det ble bare isolert noen få A(H3N2)-stammer.

Et nytt viktig fenomen var utviklingen av den første stammen av sesonginfluensavirus som var resistent mot det antivirale legemidlet oseltamivir, nemlig A(H1N1-H247Y). Denne stammen var fullt ut i stand til å overføres fra menneske til menneske, men spredningen varierte mye fra land til land i regionen – fra godt over halvparten av alle isolerte stammer i enkelte land til bare noen få prosent i andre. Utviklingen og spredningen av dette resistente viruset skyldtes ikke tidligere bruk av antivirale legemidler.

Som i 2006 ble det rapportert flere utbrudd av svært patogen fugleinfluensa hos fugler i Europa, hovedsakelig hos tamme fjærkre, men det ble ikke rapportert noen relaterte tilfeller hos mennesker. Det forekom ett utbrudd av mindre patogen fugleinfluensa A(H7N2) i Storbritannia i mai 2007, med flere relaterte tilfeller av influensaliknende sykdom og/eller konjunktivitt hos mennesker.

Antallet rapporterte tilfeller av legionærsykdom i EU- og EØS/EFTA-landene holdt seg stabilt på 1,1 per 100 000 innbyggere i 2007. Antallet rapporterte tilfeller av reiserelatert legionærsykdom økte sammenlignet med 2006, noe som sannsynligvis kan tilskrives bedre overvåking og rapportering. Samtidig falt antallet reiserelaterte klynger, noe som kan gjenspeile virkningen av retningslinjene for kontroll av legionærsykdom utarbeidet av det europeiske nettverket mot legionellainfeksjoner (EWGLINET).

For tuberkulose (TB) har det siden 2003 vært en stabil nedadgående trend for antallet rapporterte tilfeller i 25 land. Tjue prosent av det samlede antallet tilfeller var hos personer av utenlandsk opprinnelse, som i 2006, hovedsakelig fra Asia eller Afrika. Multiresistens (MDR) var fremdeles mer utbredt i landene i Baltikum enn i de andre landene, og generelt vanligere hos personer av utenlandsk opprinnelse. Dataene gjenspeiler fremdeles en sammensatt tuberkulosesituasjon, fra land med lav forekomst der tilfellene i stadig større grad diagnostiseres hos utenlandskfødte personer, til andre land med moderat til høyt antall rapporterte tilfeller men der multiresistent tuberkulose foreløpig forekommer sjelden, og land med relativt høyt antall rapporterte tilfeller og høy andel tilfeller av multiresistent TB. I alt rapporterte EU- og EØS/EFTA-landene 41 205 bekreftede tuberkulosestilfeller i 2007 (8,2 per 100 000).

HIV, seksuelt overførbare infeksjoner, hepatitt B og C

I 2007 var HIV-infeksjon fortsatt en stor trussel for folkehelsen i Europa, og det var ingen tegn til nedgang i antallet rapporterte nydiagnostiserte tilfeller. Antallet diagnostiserte AIDS-tilfeller fortsatte imidlertid å synke,

bortsett fra i enkelte land i Øst- og Sentral-Europa. Vanligste smittevei varierte mellom land og geografiske regioner, noe som illustrerer HIV-epidemiologiens sammensatte karakter.

I 2007 var *Chlamydia trachomatis*-infeksjon fremdeles den hyppigst rapporterte seksuelt overførbare infeksjonen (og generelt den sykdommen som ble rapportert oftest i Europa). Mer enn en kvart million bekreftede tilfeller av *C. trachomatis*-infeksjon ble rapportert av 22 av EU- og EØS/EFTA-landene, noe som samlet tilsvarte 122,6 tilfeller per 100 000 innbyggere. *Chlamydia* fortsatte å hovedsakelig ramme unge i alderen 15–24 år. Den reelle forekomsten av *C. trachomatis*-infeksjon var sannsynligvis høyere, og antallene rapporterte tilfeller gjenspeilet trolig i større grad screening-praksiser og testvolumer enn faktisk forekomst.

Sverige rapporterte en bemerkelsesverdig økning i antallet tilfeller på 45 % i forhold til 2006, som sannsynligvis skyldes nye testmetoder for påvisning av den nye varianten av *C. trachomatis* som for første gang ble rapportert i Sverige i november 2006. En EU-omfattende undersøkelse avdekket at spredningen av denne varianten var begrenset til Sverige eller til svenskere seksualpartnere i andre land.

De fleste europeiske land har overvåkingssystemer for hepatitt B og C, men det er vanskelig å sammenligne overvåkingsdataene fra forskjellige land ettersom systemene er forskjellige, særlig når det gjelder systemstrukturer, rapporteringspraksiser, metoder for datainnsamling og kasusdefinisjoner som brukes.

Mat- og vannbårne sykdommer og zoonoser

Campylobacteriose var fortsatt den hyppigst rapporterte årsaken til gastrointestinale sykdommer i EU og EØS/EFTA, og i 2007 økte antallet rapporterte tilfeller med over 15 % sammenlignet med 2006. Store forskjeller mellom landenes rapporteringssystemer kombinert med utstrakt underrapportering som vi vet forekommer i en del land, gjør det svært vanskelig å foreta direkte sammenligninger landene imellom.

Antallet rapporterte tilfeller av salmonellose var fortsatt høyt i EU- og EØS-EFTA-landene i 2007, men den fallende trenden som er blitt observert siden 2004, fortsatte.

I alt rapporterte 29 av EU- og EØS/EFTA-landene 13 952 bekreftede tilfeller av hepatitt A i 2007, og det var store forskjeller i det epidemiologiske bildet for hepatitt A i regionen. Et utbrudd av hepatitt A startet i Latvia i 2007.

Miljø- og vektorbårne sykdommer

I august 2007 rapporterte Italia om et utbrudd av chikungunya-feber med 217 laboratoriebekreftede tilfeller. Lokal overføring av chikungunya-virus forekom etter at viruset var blitt innført av en turist som hadde vært i India, og dette viste at *Aedes albopictus*-myggen er en vektor som er i stand til å overføre viruset effektivt på europeiske breddegrader.

I 2007 ble i alt 637 bekreftede tilfeller av Q-feber rapportert av 22 av EU- og EØS/EFTA-landene, tilsvarende tallet for 2006 (583). Utbrudd av Q-feber ble rapportert av Nederland og Slovenia, med henholdsvis 168 og 86 tilfeller.

Syv medlemsstater rapporterte i alt 40 bekreftede tilfeller av viral hemoragisk febersykdom, hovedsakelig hantavirus-infeksjoner.

Oppsummering av trusler i 2007

Fra oppstarten av epidemietterretningsaktivitetene i juli 2005 og fram til utgangen av 2008 har ECDC overvåket 696 trusler. I 2008 overvåket ECDC 250 trusler, hvorav 227 (91 %) kom til i 2008, 14 (6 %) ble videreført fra 2007 og ni (4 %) var tilbakevendende trusler. De tilbakevendende truslene var relatert til fugleinfluensa på verdensbasis og i den europeiske region, situasjonen på verdensbasis for chikungunya-feber, poliomyelitt, denguefeber, kolera og meslinger, samt en ny variant av Creutzfeldt-Jakobs sykdom og ekstremresistent tuberkulose.

Noen av truslene som ble overvåket, var:

- oseltamivir-resistente influensa A(H1N1)-virus i 21 medlemsstater, med andeler som varierte fra under 1 % i Italia til 68 % i Norge,
- fem hepatitt A-utbrudd av internasjonal betydning ble overvåket i 2008, noe som representerte en vesentlig økning sammenlignet med tidligere år,
- et utbrudd av *Shigella sonnei* som berørte mer enn 140 arbeidstakere som ble eksponert i kantinen på en arbeidsplass i Sverige,
- åttifem klynger av legionærsykdom registrert i 2008,
- elleve meslingeutbrudd ble rapportert i 2008 i EU og EØS/EFTA og resulterte i sekundært tilfeller i andre medlemsstater, til tross for at forekomsten av meslinger har vært synkende i Europa siden 2006. Dette utgjorde en økning i antallet rapporterte utbrudd sammenlignet med 2007 (syv) og 2006 (to),

- elleve tuberkuloserelaterte trusler ble evaluert i 2008. Alle hendelsene var knyttet til forflytning av pasienter som led av tuberkulose: syv med flytrafikk og tre i forbindelse med sjøtransport,
- dødelig Marburg-virusinfeksjon hos en turist som reiste tilbake til Nederland fra Uganda i juli 2008,
- det første tilfellet av Krim-Kongo hemoragisk feber (CCHF) som ble bekreftet i Nord-Hellas i juli 2008.

Konklusjoner

På grunnlag av sammendraget av nøkkeltall og -trender kan vi konkludere med at prioritene for forebygging av og kontroll med smittsomme sykdommer i EU og EØS/EFTA ikke har endret seg vesentlig siden den forrige utgaven av AER, men det er flere punkter som må understrekes.

Dataene fra 2007 viser at antimikrobiell resistens utgjør en stadig større folkehelseisiko i Europa. Internasjonal reise- og handelsvirksomhet øker mulighetene for spredning av antimikrobiell resistens. Problemet krever internasjonalt samarbeid og samordnet innsats på nasjonalt nivå for å begrense og forebygge forekomsten av antimikrobiell resistens.

Når det gjelder sykehusinfeksjoner, er det behov for å gjennomføre en EU-omfattende punktprevalensundersøkelse for å evaluere byrden av alle typer infeksjoner ved helseinstitusjoner i Europa. Utarbeidelsen av en europeisk standardisert protokoll for denne prevalensundersøkelsen står nå på ECDCs arbeidsprogram og vil gjøre det mulig å tilpasse de ulike nasjonale protokollene for prevalens av sykehusinfeksjoner slik at internasjonale sammenligninger kan foretas.

Når det gjelder vaksinerbare sykdommer, er det fortsatt grunn til bekymring vedrørende muligheten for at serotyper som dekkes av den konjugerte pneumokokkvaksinen, kan bli erstattet av ikke-dekkede serotyper etter at vaksinen er blitt innført, slik det allerede er blitt observert i USA. Med sikte på dette kan det være behov for utvidet overvåking i EU, noe som også vil involvere laboratorieovervåking.

Som forventet var nesten 90 % av meslingetilfellene som ble rapportert i EU og EØS/EFTA, hos uvaksinerte personer, noe som tyder på at meslinger fremdeles er et problem for befolkningsgrupper med lav vaksinasjonsdekning. Alle fatale eller kompliserte tilfeller var dessuten hos uvaksinerte pasienter. Derfor er det fremdeles en folkehelsemessig prioritet å utvide dekningsnivået i Europa, selv om eliminering kanskje ikke er oppnåelig i 2010.

Gjennombruddsinfeksjoner med kuma forekommer iblant hos personer som har fått to doser MMR-vaksine, og dette krever nærmere undersøkelser.

Med få unntak har medlemslandene styrket innsatsen for å få bekreftet alle tilfeller av røde hunder de rapporterer. Mer følsom og spesifikk overvåking av røde hunder er avgjørende for å nå WHO's mål om å eliminere sykdommen innen 2010.

Et uvanlig trekk ved influensasesongen 2007–2008 var forekomsten av et oseltamivir-resistent influensa A(H1N1)-virus. Dette var den første observasjonen noen sinne av et menneskelig sesonginfluensavirus som var resistent mot en neuraminidasehemmer og fullt ut i stand til å overføres fra menneske til menneske. Overvåkingen av resistens mot antivirale legemidler hos sesonginfluensavirus bør ha fortsatt fokus på en mulig ny oppblomstring av resistente stammer.

Når det gjelder tuberkulosekontrollen – og den svært sammensatte epidemiologiske situasjonen i EU- og EØS/EFTA-landene – var antallet land med høy/middels høy forekomst av tuberkulose stabilt, og selv om landene har gjort framskritt for å begrense epidemien, kreves det fra et kontrollperspektiv betydelig innsats, blant annet for å optimalisere overvåkingen. I en del land med lav forekomst viste dataene fortsatt nedgang i antallet tilfeller hos den innenlandske befolkningen og en klar dreining av epidemien mot mer sårbare grupper som migrantbefolkninger. Rapporteringen av samtidig forekomst av tuberkulose og HIV var fremdeles ufullstendig, og dekningsnivået med hensyn til testing av legemiddelfølsomhet må utvides ytterligere. Det samme gjelder rapportering og analyse av resistens mot annenhånds legemidler.

Utvikling og gjennomføring av utvidet overvåking av hepatitt B og C prioriteres høyt av ECDC. Bedre overvåkingsdata er avgjørende for å gi oss den informasjonen som er nødvendig for å overvåke trendene, forstå de epidemiologiske forskjellene og evaluere forebyggingsprogrammene i EU. Disse sykdommenes kroniske karakter gjør det imidlertid vanskelig å skille insidens fra prevalens, akkurat som for HIV-infeksjon, og det finnes ingen enkel løsning på dette problemet.

Endelig, når det gjelder mat- og vannbårne sykdommer, vil vi i framtidige rapporter søke å skille dataene for vero/shiga-toksinproduserende *Escherichia coli* (VTEC) av serogruppe O157 og dataene for andre serogrupper enn O157, ettersom disse har svært forskjellig prioritet og dermed også ulik dekning i landenes systemer – med klart bedre dekning for O157 enn for de andre serogruppene.

Tabell A. Oversikt over den generelle trenden, antall rapporterte tilfeller i EU per 100 000 innbyggere og de mest berørte aldersgruppene for smittsomme sykdommer som var gjenstand for rapportering i EU og EØS/EFTA i 2007. Antall rapporterende land (n=30)

Sykdom	Generell 10-årig trend	Antall rapporterte tilfeller i EU per 100 000 innbyggere	Mest berørte aldersgrupper (2007)
Luftveisinfeksjoner			
Influenza	↔	Ingen data	Utilstrekkelige data
Fugleinfluenza	↑	0	Ingen tilfeller
Legionærsyke (legionellose)	↑	1,1	65+
Tuberkulose	↓	8,2	25–44
HIV, seksuelt overførbare infeksjoner og blodbårne virussykdommer			
Klamydiainfeksjon	↑	122,6	15–24
Gonorré	↔	9,5	15–24
Hepatitt B	↓	1,5	25–44
Hepatitt C	↑	6,9	25–44
HIV	↑	6,0	25–44
AIDS	↓	1,2	25–44
Syfilis	↑	4,4	25–44
Mat- og vannbårne sykdommer og zoonoser			
Miltbrann (antraks)	↔	<0,01	Utilstrekkelige data
Botulisme	↔	<0,1	25–44
Brucellose	↓	0,1	25–64
Campylobacteriose	↑	46,7	0–4
Kolera	↓	<0,01	25–44
Cryptosporidiose	↓	2,4	0–4
Ekinokokkose	↓	0,2	45–64
Vero-/shigatoksinproduserende <i>Escherichia coli</i> (VTEC/STEC)	↔	0,6	0–4
Giardiasis	Utilstrekkelige data	61,7	0–4
Hepatitt A	↓	2,8	5–14
Leptospirose	↔	0,2	45–64, 25–44
Listeriose	↑	0,4	65+
Salmonellose	↓	34,3	0–4
Shigellose	↓	2,1	0–4
Toksoplasmose	↓	0,8	5–14
Trikinose	↔	0,2	25–44
Tularemi	↔	0,3	45–64
Tyfoid-/paratyfoidfeber	↓	0,2	0–4
Variant Creutzfeldt-Jakobs sykdom	Utilstrekkelige data	<0,01	15–24
Yersiniose	↑	2,9	0–14

Sykdom	Generell 10-årig trend	Antall rapporterte tilfeller i EU per 100 000 innbyggere	Mest berørte aldersgrupper (2007)
Nye og vektorbårne sykdommer			
Malaria	↔	1	25–44
Pest	Utilstrekkelige data	0	Ingen tilfeller
Q-feber	↓	0,2	15–24, 45–64
Alvorlig akutt luftveissyndrom (SARS)	Utilstrekkelige data	0	Ingen tilfeller
Kopper	Utilstrekkelige data	0	Ingen tilfeller
Virale hemoragiske febersykdommer (VHF)	Utilstrekkelige data	Utilstrekkelige data	Utilstrekkelige data
Chikungunya	Utilstrekkelige data	<0,01	Utilstrekkelige data
West Nile-feber	Utilstrekkelige data	<0,01	> 15
Gulfeber	Utilstrekkelige data	0	Ingen tilfeller
Vaksinerbare sykdommer			
Difteri	↓	<0,01	45–64, 5–14
Invasiv <i>Haemophilus influenzae</i> -infeksjon	↔	0,5	65+, 0–4
Invasiv meningokokksykdom	↓	1,0	0–4
Invasiv pneumokokkinfeksjon	↔	6,3	65+, 0–4
Meslinger	↓	0,6	0–4
Kusma	↓	4,3	5–14
Kikhoste	↓	4,4	5–14
Poliomyelitt	Utilstrekkelige data	0	Ingen tilfeller
Rabies	Utilstrekkelige data	<0,01	Utilstrekkelige data
Røde hunder (<i>rubella</i>)	↓	1,2	0–4
Stivkrampe (<i>tetanus</i>)	↓	<0,1	65+
Antimikrobiell resistens og sykehusinfeksjoner			
AMR	↑	Ikke relevant	Ingen data
Nosokomiale infeksjoner	↑	Ikke relevant	Ingen data

14. HIV/AIDS surveillance in Europe 2008 [Overvåking av HIV/AIDS i Europa i 2008]

(Publisert i desember 2009)

Viktige punkter

HIV-infeksjon er fortsatt en stor trussel for folkehelsen i Europa, og det er en dokumentert økning i overføringen av HIV i flere europeiske land. Til tross for ufullstendig rapportering har det samlet sett vært en økning i antallet rapporterte nydiagnostiserte tilfeller av HIV-infeksjon i 2008, mens antallet diagnostiserte AIDS-tilfeller fortsetter å falle i WHO's Europaregion, med unntak for østregionen, der det har vært en økning i antallet AIDS-tilfeller.

- I 2008 ble 51 600 HIV-tilfeller diagnostisert og rapportert av 48 av de 53 landene i WHO's Europaregion og Liechtenstein (data ikke tilgjengelig for Østerrike, Danmark, Liechtenstein, Monaco, Russland og Tyrkia). De høyeste tallene ble rapportert av Estland, Latvia, Kasakhstan, Moldova, Portugal, Ukraina og Storbritannia.
- 7 565 tilfeller av AIDS ble rapportert av 47 land (data ikke tilgjengelig for Danmark, Sverige, Kasakhstan, Liechtenstein, Monaco, Russland og Tyrkia).
- I 2008 ble 25 656 nydiagnostiserte tilfeller av HIV-smitte rapportert av EU/EØS-landene (data ikke tilgjengelig for Østerrike, Danmark og Liechtenstein). I EU/EØS ble de høyeste tallene rapportert av Estland, Latvia, Portugal og Storbritannia.
- I EU/EØS er sex mellom menn den vanligste smittemåten for HIV-infeksjon, etterfulgt av heteroseksuell kontakt. Når det gjaldt tilfellene der heteroseksuell kontakt var rapportert som smittemåte, ble ca. 40 % påvist hos personer fra land der det er en generalisert HIV/AIDS-epidemi.
- I de tre geografiske/epidemiologiske områdene varierer den vanligste smittemåten fra område til område, noe som illustrerer hvor sammensatt HIV-epidemiologien i Europa er. I østregionen er injeksjonsbruk av narkotika fremdeles den viktigste smittemåten, mens den vanligste smittemåten i den sentrale regionen er sex mellom menn, etterfulgt av heteroseksuell kontakt. I vestregionen er sex mellom menn den vanligste smittemåten, etterfulgt av heteroseksuell kontakt, hvis vi ser bort fra tilfeller hos personer som kommer fra land med generaliserte epidemier.
- Siden 2000 har det vært mer enn en dobling i antallet rapporterte nydiagnostiserte HIV-tilfeller per million innbyggere – fra 44 per million i 2000 til 89 per million i 2008. Tallene er basert på de 43 landene som regelmessig har rapportert overvåkingsdata om HIV.
- I de 46 landene som regelmessig har rapportert overvåkingsdata om AIDS for perioden 2000-2008, gikk antallet rapporterte AIDS-diagnoser ned fra 12 072 tilfeller (19/million) til 7 564 tilfeller (12/million).
- Dataene som presenteres her, har visse begrensninger som skyldes ufullstendig rapportering og manglende data fra en rekke land, samt rapportertingsforsinkelser. Det er derfor vanskelig å trekke konklusjoner vedrørende størrelsen og omfanget av HIV- og AIDS-epidemien i Europa. Hvis dataene ble korrigert for disse begrensningene, ville det samlede antallet tilfeller av HIV-infeksjon for 2008 sannsynligvis vært dobbelt så høyt. Videre er det sannsynlig at tallene som er rapportert for 2008, vil bli oppdatert i årene som kommer på grunn av rapporteringsforsinkelser i flere land.

Anbefalinger for overvåking av HIV/AIDS

Det er svært viktig med HIV/AIDS-overvåkingsdata for å kartlegge trendene for HIV-epidemien og vurdere hvilke folkehelseiltak som bør iverksettes. Alle landene i Europa bør derfor:

- innføre nasjonale case-baserte systemer for rapportering av HIV- og AIDS-tilfeller, og sikre at dataene er fullstendige og oppdaterte, og
- forbedre kvaliteten på dataene som rapporteres, spesielt når det gjelder sannsynlige smitteveier.

Anbefalinger om folkehelseiltak

Tiltakene som iverksettes for å kontrollere epidemien, bør være evidensbaserte og tilpasset det aktuelle landet og geografiske området. Ut fra de tilgjengelige overvåkingsdataene er det grunnlag for å gi følgende anbefalinger:

- For landene i østregionen: Tiltak for å kontrollere HIV blant injeksjonsbrukere av narkotika, herunder skadereduserende programmer, bør være hjørnesteinen i strategiene for forebygging av HIV. Det bør også

iverksettes flere tiltak for å forebygge heteroseksuell smitte, og disse tiltakene bør spesielt rettes mot personer som har partnere i høyrisikogruppen.

- For landene i den sentrale regionen: Forebyggingsarbeidet bør tilpasses forholdene i hvert enkelt land med sikte på å begrense epidemien til dagens lave nivåer. Ettersom epidemien blant menn som har sex med menn er voksende, bør det imidlertid være en prioritet å styrke tiltakene for å kontrollere HIV i denne gruppen.
- For landene i vestregionen: Tiltak for å kontrollere HIV blant menn som har sex med menn, med innovative programmer som er målrettet mot denne gruppen, bør være hjørnesteinen i strategiene for forebygging av HIV. Tiltakene for forebygging, behandling og pleie bør tilpasses for å nå ut til migrantbefolkninger.
- I alle regioner bør det satses på rådgivning og kampanjer for å oppfordre til HIV-testing for å sikre tidlig diagnostisering og tilgang til behandling og rådgivning, forebygge og redusere videre spredning og forbedre de langsiktige behandlingsutfallene for de berørte. Det bør sikres lik tilgang til HIV-behandling og pleie for alle befolkningsgrupper slik at landene kan nå det globale målet om universell tilgang til forebygging, behandling og pleie.

Vedlegg: ECDC-publikasjoner i 2009

Dette er en oversikt over ECDCs offisielle publikasjoner i 2009. Alle er tilgjengelige på senterets nettportal (www.ecdc.europa.eu), og mange av dem finnes også i papirutgave. Noen av publikasjonene er blitt oppdatert i løpet av året eller utgitt i ny utgave. Månedene i oversikten viser til den siste utgaven.

ECDC-ansatte har også publisert eller bidratt til en rekke vitenskapelige artikler og andre publikasjoner i løpet av året, blant annet i *Eurosurveillance*, som ikke er oppført her. Senteret har også utarbeidet en mengde kortfattet kommunikasjonsmaterieell relatert til influensapandemien, som for eksempel risikovurderinger og planleggingsforutsetninger. Disse er tilgjengelige på internett, men er ikke tatt med i oversikten.

Tekniske rapporter

Mai

Development of *Aedes albopictus* risk maps

Juni

Risk assessment guidelines for infectious diseases transmitted on aircraft

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

Surveillance and studies in a pandemic in Europe

Juli

Migrant health series: Background note

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

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

September

Mapping of HIV/STI behavioural surveillance in Europe

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

November

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

Veiledning fra ECDC

Mai

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

Juni

Chlamydia control in Europe

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

Public health use of influenza antivirals during influenza pandemics

August

Use of specific pandemic influenza vaccines during the H1N1 2009 pandemic

November

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

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

Overvåkingsrapporter

Mars

Tuberculosis surveillance in Europe – 2007

Juni

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

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

Oktober

Annual epidemiological report on communicable diseases in Europe – 2009

Desember

HIV/AIDS surveillance in Europe – 2008

Møterapporter

Mars

Expert meeting on chikungunya modelling (April 2008)

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

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

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

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

April

Technical meeting on hepatitis A outbreak response (November 2008)

Mai

European pandemic influenza planning assumptions (January 2009)

Juni

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

Scientific Consultation Group – second meeting (December 2008)

August

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

Expert consultation on West Nile virus infection (April 2009)

Oktober

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

November

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

Desember

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

Tekniske dokumenter

Juli

Web service technical documentation, TESSy, Version 1.1

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

Transport Protocol Specification CSV – Comma Separated Value, TESSy

September

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

November

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

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

Desember

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

Andre publikasjoner

Kvartalsvis (mars, juni, september, desember)

ECDC Insight

Executive Science Update

Juni

Annual Report of the Director – 2008

Summary of key publications

August

Annual Report of the Director: Summary – 2008