



ECDC **CORPORATE**

Oversikt over viktige publikasjoner 2010

ECDC CORPORATE

Oversikt over viktige publikasjoner 2010



Forslag til henvisning: Det europeiske senter for forebygging av og kontroll med smittsomme sykdommer. Oversikt over viktige publikasjoner 2010. Stockholm: ECDC; 2011.

Stockholm, april 2011

© Det europeiske senter for forebygging av og kontroll med smittsomme sykdommer, 2011

Gjengivelse er tillatt med kildeangivelse.

Innhold

Innledning.....	V
Tekniske rapporter	1
1 Risikovurdering av Q-feber	1
2 Overvåking og forebygging av hepatitt B og C i Europa.....	3
Veiledning fra ECDC	5
3 Smittevern ved sporadiske tilfeller av invasiv meningokokksykdom og håndtering av nærkontakter.....	5
4 HIV-testing: økende gjennomslag og effektivitet i EU.....	7
Overvåkingsrapporter	11
5 Overvåking av tuberkulose i 2008	11
6 Overvåking av influensa i Europa 2008–2009 – uke 40 i 2008 til uke 39 i 2009	13
7 Overvåking av invasive bakteriesykdommer i Europa i 2007.....	14
8 Årlig epidemiologisk rapport om smittsomme sykdommer i Europa 2010.....	16
9 Overvåking av antimikrobiell resistens i Europa 2009	22
10. Overvåking av HIV/AIDS i Europa i 2009.....	24
Spesialrapporter	26
11 Framdriftsrapport 2010 for implementeringen av Dublin-erklæringen om partnerskap til bekjempelse av HIV/AIDS i Europa og Sentral-Asia	26
12 En gjennomgang av erfaringene fra A(H1N1)-influensapandemien i Europa i 2009	29
13 Mot utrydding av tuberkulose – en oppfølging av den overordnede handlingsplanen for å bekjempe tuberkulose i EU.....	31
Vedlegg: ECDC-publikasjoner i 2010	33
Tekniske rapporter	33
Veiledning fra ECDC.....	33
Overvåkingsrapporter	33
Spesialrapporter	34
Møterapporter	34
Oppdragsrapporter	34
Tekniske dokumenter	34
Andre publikasjoner.....	35
Vanlige publikasjoner.....	35

Innledning

I 2010 publiserte Det europeiske senter for forebygging av og kontroll med smittsomme sykdommer (European Centre for Disease Prevention and Control – ECDC) totalt 35 vitenskapelige dokumenter. Noen av de viktigste dokumentene var

- *Annual epidemiological report on communicable diseases in Europe 2010 [Årlig epidemiologisk rapport om smittsomme sykdommer i Europa 2010]*, fjerde utgave av ECDCs årlige publikasjon med et omfattende sammendrag av overvåkingsdata for 2008,
- *Tuberculosis surveillance in Europe 2008 [Overvåking av tuberkulose i Europa 2008]* og *HIV/AIDS surveillance in Europe 2009 [Overvåking av HIV/AIDS i Europa 2009]*, som ble produsert i samarbeid med WHO's regionkontor for Europa (WHO EURO), og som omfatter overvåkingsdata for begge sykdommene i EU/EØS-landene og de 23 andre landene i WHO EURO-regionen,
- *Implementing the Dublin Declaration on Partnership to Fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia: 2010 Progress Report [Framdriftsrapport 2010 for implementeringen av Dublin-erklæringen om partnerskap for bekjempelse av HIV/AIDS i Europa og Sentral-Asia]*, en gjennomgang av arbeidet som er gjort fram til 2010, basert på data fra 49 land.
- *Antimicrobial resistance surveillance in Europe 2009 [Overvåking av antimikrobiell resistens i Europa 2009]*, årlig rapport fra European Antimicrobial Resistance Surveillance Network (EARS-Net). Dette er den første årlige rapporten fra EARS-Net etter at koordineringen av European Antimicrobial Resistance Surveillance System (EARSS) ble overført til ECDC 1. januar 2010, og inneholder europeiske referansedata om antimikrobiell resistens til bruk for folkehelseformål,
- *The 2009 A(H1N1) pandemic in Europe, a review of the experience [En gjennomgang av erfaringene fra A(H1N1)-influensapandemien i Europa 2009]*, en omfattende oversikt over epidemiologien og virologien for influensapandemien i 2009 i EU/EØS-landene.

Det er laget sammendrag av utvalgte ECDC-dokumenter, som de ovennevnte, på alle EU-språk samt islandsk og norsk. Slik håper ECDC å gjøre dokumentene lettere tilgjengelig for beslutningstakere. Sammendragene gjenspeiler hovedtrekkene i originalpublikasjonene, men enkelte 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 2010. 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 e-post til publications@ecdc.europa.eu.

Tekniske rapporter

1 Risikovurdering av Q-feber

(Publisert i mai 2010)

På forespørsel fra Europakommisjonen ble det gjennomført **en risikovurdering** av spørsmål knyttet til Q-feber og blodsmitte, helsekonsekvenser av kronisk Q-feber og risikoen for gravide kvinner. I lys av det pågående utbruddet i Nederland ble ECDC også bedt om å se nærmere på smittespredning over landegrensene og behovet for bedre overvåkingssystemer. Risikovurderingen ble gjennomført i henhold til prinsippene for evidensbaserte metoder. Det ble definert søkekriterier for hvert spørsmål, inklusjons- og eksklusjonskriterier for identifiserte studier, og kvaliteten på dokumentasjonen ble vurdert. En gjennomgang av den beste tilgjengelige dokumentasjonen ble presentert for, og drøftet med, et ekspertpanel bestående av representanter fra Nederland, Frankrike, Tyskland, Storbritannia og USA. Arbeidet ble utført samtidig som Den europeiske myndighet for næringsmiddeltrygghet gjennomførte sin risikovurdering av Q-feber, og koordinert med denne.

Akutt Q-feber er vanligvis en mild, selvbegrensende, influensalignende sykdom, men den gir seg av og til utslag i lungebetennelse, hepatitt og andre symptomer. Akutt Q-feber lar seg vanligvis behandle med en to ukers kur med doksycylin.

Coxiella burnetii er en obligat intracellulær bakterie som kan smitte gjennom **blod og vev**. Risikoen for slik smitte er lav, og det finnes bare ett dokumentert tilfelle i litteraturen. Under et utbrudd bør det endemiske området avgrensnes og sikkerhetstiltak vurderes. Dette kan for eksempel være aktiv overvåking av mottakere av blod og vev, screening av blodgivere og screening av blod- og vevsprodukter. For reisende som returnerer fra det endemiske området i løpet av inkubasjonstiden, og som har symptomfri bakteriemi (fem til sju uker), bør det vurderes å vente med blodgivning til denne perioden er over. En antibiotikakur kan vurderes for blodmottakere som er særlig utsatt for risiko, for eksempel pasienter med hjerteklafffeil. Blodgivere som har hatt en akutt Q-feberinfeksjon, bør ikke gi blod de to første årene etter at den akutte infeksjonen er bekreftet kurert. Fordelene ved å gjennomføre slike tiltak bør vurderes grundig opp mot de negative konsekvensene tiltakene kan ha på blodforsyningen i området. Det bør utarbeides en strategi for risikokommunikasjon.

Kronisk Q-feber er en alvorlig komplikasjon ved akutt Q-feberinfeksjon, som utvikles i ca. 2 % av de akutte symptomatiske tilfellene, og dødeligheten kan variere fra 5 til 50 %. Kronisk Q-feber forårsaker endokarditt hos individer med forhøyet risiko, som personer i risikogrupper som personer med tidligere hjerteklaffsykdom, hjerteklaffproteser eller vaskulær graft. Kreftpasienter eller personer med immunosuppresjon er også utsatt for høyere risiko. Kronisk Q-feber må behandles med mer enn ett antibiotikum i minst ett år, og i enkelte tilfeller varer behandlingen livet ut. Det kan være behov for kirurgisk utskifting av skadde hjerteklaffer.

Effektiv påvisning og behandling av akutt Q-feber er den beste strategien for å unngå kroniske tilfeller. Tre mulige strategier beskrives: (1) bevisstgjøring av helsepersonell og allmennheten for å nå ut til risikogruppene, (2) aktiv oppfølging av kjente risikogrupper med serologi for å påvise og behandle en akutt Q-feberinfeksjon tidlig, eller (3) henvisning av alle kjente pasienter med akutt Q-feber til ekkokardiografi for aktiv påvisning av sykdomstilfeller og oppfølging.

På folkehelseområdet er det behov for å sette i gang gode prospektive kohortstudier og kontrollerte studier (når det er etisk gjennomførbart), for å innhente bedre dokumentasjon på hvordan det er mulig å forebygge og hindre utbrudd av Q-feber, og på hvordan man diagnostiserer og behandler akutt og kronisk sykdom på klinisk nivå.

Dokumentasjonen som foreligger om **Q-feber ved graviditet**, er svært begrenset og kommer hovedsakelig fra observasjoner og forskning på husdyr og forsøksdyr, seroprevalensstudier, kasusrapporter og en kasserie som omfatter 53 gravide kvinner i en 15-årsperiode. Risikoen for alvorlige utfall av Q-feber hos gravide sammenlignet med risikoen hos (den kvinnelige) befolkningen generelt kan ikke kvantifiseres på grunnlag av dokumentasjonen som er tilgjengelig i dag. Det er rapportert om flere tilfeller av *Coxiella burnetii*-infeksjon under graviditet som har ført til uheldig svangerskapsutfall. I noen tilfeller ble *Coxiella burnetii* påvist i morkaken og fostervevet. *Coxiella* er også påvist i morsmelk, men det foreligger ingen validerte tilfeller av smitte til brystbarnet.

En del dokumentasjon tyder på at langvarig antibiotikabehandling med cotrimoxazole kan forebygge uheldige svangerskapsutfall, men dokumentasjonen er basert på en kasserie uten randomisering og uten at resultatene er kontrollert for feil og skjevheter. Så lenge det ikke finnes ytterligere dokumentasjon fra behandlingsstudier av høy kvalitet, bør gravide kvinner med diagnosen Q-feberinfeksjon behandles med antibiotika resten av svangerskapet. Det vitenskapelige grunnlaget for denne anbefalingen er imidlertid svakt, og ECDC anbefaler på det sterkeste at det utføres randomiserte kontrollerte studier for å innhente mer pålitelig dokumentasjon.

Gravide kvinner bør frarådes å besøke gårdsbruk i berørte områder. ECDC fraråder ikke amming, untatt i tilfeller av kronisk sykdom der moren har behov for langtidsbehandling.

En formalininaktivert helcellevaksine mot **Q-feber** er produsert og godkjent i Australia. Vaksinen er effektiv, men på grunn av høy reaktogenisitet hos personer som tidligere har vært smittet med *Coxiella burnetii*, er det nødvendig med testing før vaksinasjon. Vaksinen er dermed bedre egnet for definerte risikogrupper enn til generell vaksinasjon.

Tilgjengelig dokumentasjon tyder på at **luftbåren spredning** av *Coxiella burnetii* har en effektiv rekkevidde på under 5 km. Risikoen for luftbåren spredning fra Nederland er derfor begrenset til nabolandene (dvs. Tyskland og Belgia) og til områder i nærheten av utbruddskildene. Aktiv overvåking eller oppsporing av nye tilfeller med akutt Q-feber i mulige risikogrupper (dvs. gravide kvinner, pasienter med hjerteklaff- eller karsykdommer), rapporteres å være en gjennomførbar og effektiv metode for å påvise sykdommen når det skjer på lokalt plan og i en definert tidsperiode. I områder som ligger nær epidemiske områder (≤ 5 km fra kilden), bør det settes i gang bevisstgjøringskampanjer blant helsepersonell. Hvis dette området også grenser til andre land, må ansvarlige folkehelsemyndigheter informere folkehelsemyndighetene i disse statene. Informasjonsutveksling mellom folkehelse- og veterinærmyndighetene vil gjøre det enklere å påvise et utbrudd tidlig. Helse- og veterinærmyndighetene på nasjonalt og lokalt plan bør iverksette nødvendige tiltak for å stoppe et utbrudd.

2 Overvåking og forebygging av hepatitt B og C i Europa

(Publisert i oktober 2010)

Omfang

Denne undersøkelsen ble gjennomført for å kartlegge eksisterende nasjonale overvåkingssystemer og forebyggingsprogrammer for hepatitt B og C i EU/EØS.

Hepatitt B

Overvåking i Europa

Alle land oppgav at de opprettholder et passivt obligatorisk rapporteringssystem for hepatitt B. Femten land hadde bare ett spesifikt overvåkingssystem, mens fire land hadde flere overvåkingssystemer. De nasjonale målsettingene for overvåkingen er svært like i alle land, men kasusdefinisjonene var ikke alltid i tråd med målsettingene. Åtte land oppgav at de brukte EUs kasusdefinisjon fra 2008, mens tre brukte EUs kasusdefinisjon fra 2002. I alt brukte 21 land en kasusdefinisjon som lå tett opp til EU-definisjonen. Basert på de ulike kasusdefinisjonene rapporterte 28 land om bekreftede tilfeller, 27 rapporterte også om tilfeller av akutt hepatitt B. 17 land rapporterte om kroniske tilfeller. Symptomfrie tilfeller ble ofte utelatt. Tjueseks land rapporterte å ha samlet inn data om registrerte tilfeller på nasjonalt plan, men analysefrekvensen varierte fra land til land. Et grunnleggende datasett (alder, kjønn, bosted, dato for sykdomsutbrudd, rapporteringsdato) er samlet inn i 26 land, men detaljerte data om epidemiologisk risiko og effekten av sykdommen manglet ofte.

Epidemiologi i Europa

Antall nyrapporterte tilfeller per 100 000 innbyggere i 2007, som ble innrapportert av 27 land, varierer fra 0 til 15,0, med et gjennomsnitt på 1,5 (Annual Epidemiological Report on Communicable Diseases in Europe 2009. Stockholm: ECDC, 2009. [Årlig epidemiologisk rapport om smittsomme sykdommer i Europa 2009]) Antall rapporterte tilfeller av hepatitt B i EU/EØS-landene per 100 000 innbyggere har gått ned fra 6,7 i 1995 til 1,5 i 2007. Det kan være vanskelig å måle trender og sammenligne data mellom landene, da det er store forskjeller mellom overvåkingssystemene og nyere endringer kan påvirke dataene som legges fram.

Det er store forskjeller mellom landene når det gjelder prevalensen av hepatitt B i befolkningen generelt, med lav til middels forekomst av HBsAg-bærere i Slovakia (1,6 %), Italia (1 %), Belgia og Frankrike (om lag 0,6 %), Finland, Ungarn, Storbritannia (alle under 0,5 %) og Bulgaria (3,8 %). Screening for hepatitt B hos gravide utføres i 24 land, men ikke i Belgia, Bulgaria, Litauen, Luxembourg og Romania. Prevalensen blant gravide varierer mellom 1,15 % i Hellas og 0,14 % i Finland. Det er også screeningprogrammer for sprøytebrukere av narkotika (15 av 29 land), fengselsinnsatte (11 land), klienter på klinikker for seksuelt overførte sykdommer (9 land) og personer med flere sexpartnere (2 land). Åtte land rapporterte at utbredelsen av hepatitt B blant injiserende stoffmisbrukere var høyere enn i befolkningen generelt. I denne gruppen er det store forskjeller i prevalens, som spenner fra 0,5 % i Norge til 50 % i Danmark. Prevalensen blant helsepersonell i Danmark og Tyskland ble vist å tilsvare prevalensen i den generelle befolkningen.

Screening og vaksinasjon

Allmenne vaksinasjonsprogrammer for spedbarn, barn eller ungdom ble gjennomført i 22 land. Sju land (Danmark, Finland, Island, Norge, Sverige, Nederland og Storbritannia) har innført selektive vaksinasjonsprogrammer rettet mot definerte risikogrupper. Tilleggsprogrammer ble vanligvis rettet mot dem som hadde økt risiko for hepatitt B gjennom yrkesmessig eksponering. I tillegg er et bredt spekter av vaksinasjonsprogrammer rettet mot risikogrupper. Bare halvparten av landene som gjennomfører rutinemessig vaksinasjon mot hepatitt B, oppgav varierende dekningsgrad, mens dekningsgraden blant spedbarn (1–2 år) ser ut til å være over 95 % (med unntak av Østerrike, Malta og Frankrike).

Hepatitt C

Overvåking i Europa

Alle EU/EØS-land oppgav at de har gjennomført et rapporteringssystem for hepatitt C (enten nasjonalt eller rettet mot en bestemt befolkningsgruppe). Fjorten land hadde ett spesifikt overvåkingssystem, mens 15 land oppgav at de bruker flere systemer for å overvåke hepatitt C. De nasjonale målsettingene for overvåkingen er svært like i de forskjellige landene, men det ser ut til at kasusdefinisjonene ikke alltid var i tråd med målsettingene. Elleve land oppgav at de har brukt EUs kasusdefinisjon fra 2008, mens fire land bruker EUs kasusdefinisjon fra 2002. Likevel er det stor variasjon i bruken av kasusdefinisjonene mellom landene, særlig når det gjelder klassifisering av kasus. Alle land inkluderte bekreftede akutttilfeller i sine overvåkingssystemer¹, og 18 land inkluderte i tillegg kroniske

¹ Bekreftede akutttilfeller av hepatitt C i Frankrike ble bare overvåket i 2006 og 2007 og med hensyn til en bestemt befolkningsgruppe, f.eks. HIV-smittede menn som har sex med menn.

tilfeller. Noen land oppgav at de samlet inn en blanding av tilfeller, og at ingen serologiske markører var tilgjengelige for å skille mellom akutt og kronisk hepatitt C. Dette vanskeliggjør tolkningen av tilgjengelige data landene imellom. Tjueseks land rapporterte å ha samlet inn data om registrerte tilfeller på nasjonalt plan, men analysefrekvensen varierer fra land til land. I tillegg til klinisk rapportering samler 19 land inn data fra laboratorier som en del av overvåkingssystemet. Ti land gjennomfører ikke laboratorierapportering. Et grunnleggende datasett (alder, kjønn, bosted, dato for sykdomsutbrudd, rapporteringsdato) er samlet inn i 26 land, men informasjon om detaljert epidemiologisk risiko og effekten av sykdommen mangler ofte. Underrapportering ser ut til å være vanlig på grunn av sykdommens symptomfrie karakter.

Epidemiologi i Europa

Antall nyrapporterte tilfeller per 100 000 innbyggere i 2007, som ble innrapportert av 27 medlemsstater, varierer fra 0 til 36, med en gjennomsnittlig forekomst på 6,9 tilfeller per 100 000 (AER, ECDC 2009). Antall rapporterte tilfeller av hepatitt C i EU/EØS-landene per 100 000 innbyggere har økt fra 4,5 i 1995 til 6,9 i 2007. Det kan være vanskelig å måle trender og sammenligne data landene imellom, og dette må gjøres med varsomhet, da det er store forskjeller mellom overvåkingssystemene og nyere endringer kan påvirke dataene som legges fram. Når det gjelder hepatitt C, vanskeliggjøres tolkningen ytterligere av sykdommens symptomfrie karakter, noe som betyr at innrapporterte tall kan gjenspeile framgangsmåtene ved testingen framfor faktisk forekomst, og av manglende mulighet til å skille mellom akutt og kronisk sykdom.

Prevalensdata om hepatitt C for befolkningen generelt er heller mangelfulle. Prevalensen varierer mellom 0,12 % i Belgia i 2003 og 2,6 % i Italia i 2007. En relativt høy prevalens ble rapportert av Bulgaria (1,2 %) og Slovakia (1,56 %). Elleve medlemsstater rapporterte prevalensdata blant injiserende stoffmisbrukere som varierte fra 25 % til 75 %. I 2006–2007 rapporterte Italia den laveste prevalensen (10,8–25,6 %) og Norge den høyeste (70 %). Dataene om hepatitt C-prevalens er basert på serologiske markører for hepatitt C, men dette indikerer ikke hvilken del av befolkningen som er bærere og dermed smittsomme.

Forebygging i Europa

Halvparten av landene oppgav at de hadde gjennomført screeningprogrammer for risikogrupper: 16 land har programmer for injiserende stoffmisbrukere, 11 for fengselsinnsatte. Det er fortsatt uklart om flere land har gjennomført programmer for å overvåke forekomsten av smitte blant helsepersonell. Det synes å være behov for flere screeningprogrammer for risikogrupper, befolkningsgrupper som er vanskelige å nå fram til, og befolkningen generelt, men før det iverksettes tiltak, bør det gjennomføres en grundig undersøkelse, basert på en kostnadseffektivitetsanalyse og tilgjengeligheten av effektiv behandling.

Konklusjon

Denne rapporten samlet inn og analyserte data fra 29 EU/EØS-land med hensyn til programmer for overvåking og forebygging av hepatitt B og C. Selv om alle land har systemer som samler inn data på nasjonalt plan, er systemene forskjellige med hensyn til hvilke kasusdefinisjoner som anvendes, og hvordan de innsamlede dataene brukes.

Ettersom virushepatitt er en hyppig og ofte underrapportert sykdom, prøver denne rapporten å oppsummere de nyeste prevalensdataene på EU-nivå. En stor utfordring de neste par årene vil være å harmonisere de tilgjengelige overvåkingsdataene for å gjøre det lettere å sammenligne data mellom land.

Veiledning fra ECDC

3 Smittevern ved sporadiske tilfeller av invasiv meningokokksykdom og håndtering av nærkontakter

(Publisert i oktober 2010)

Neisseria meningitidis er en kommensal bakterie som ofte forekommer i slimhinnen i svelget. Denne organismen kan forårsake alvorlig invasiv meningokokksykdom, som regel i form av hjernehinnebetennelse, blodforgiftning eller begge deler. Dessverre er det stor variasjon mellom europeiske land når det kommer til smittevernrutiner ved sporadisk invasiv meningokokksykdom, noe som delvis kan tilskrives den rådende usikkerheten rundt effekten av forebyggende tiltak.

Formålet med dette dokumentet er å gi evidensbasert veiledning om god smittevernpraksis ved sporadiske tilfeller av meningokokksykdom og håndtering av nærkontakter. I tillegg skal dokumentet fungere som en støtte for de europeiske landene når de skal fatte beslutninger om hensiktsmessige tiltak for å kontrollere og forebygge meningokokksykdom på nasjonalt og regionalt plan. Dokumentet er også ment som en veiledning ved gjennomgang av det enkelte lands politikk når det kommer til smittevern og mikrobiologisk diagnostikk av meningokokksykdom. Resultatene som legges fram her, omfatter verken veiledning for håndtering av risikoutsatt helsepersonell eller utbrudd i lokalsamfunnet, men dekker følgende relevante områder:

- laboratorieprøver som bekrefter diagnosen invasiv meningokokksykdom
- bruk av antibiotika ved utskrivning fra sykehus
- kjemoprofylakse til nærkontakter i ulike miljøer
- valg av antibiotikum ved kjemoprofylakse til ulike grupper (voksne, barn, gravide kvinner)
- bruk av meningokokkvaksine i tillegg til kjemoprofylakse

I tillegg til at kvaliteten på den vitenskapelige dokumentasjonen vurderes, tas potensielle fordeler og skader, verdier, byrder og kostnader i betraktning i konklusjonene.

Resultater

Konklusjonene er basert på en systematisk gjennomgang og kritisk vurdering av den beste foreliggende dokumentasjonen. Se dokumentets hoveddel for en mer omfattende oversikt.

1. Hvilke laboratorieprøver anbefales for å stille en nøyaktig (følsom, presis) og rask diagnose av invasiv meningokokksykdom?

Forskningsspørsmål: Hvilke laboratorieprøver er mest følsomme og presise for å bekrefte diagnosen invasiv meningokokksykdom?

- Dokumentasjon av moderat kvalitet tilsier at polymerasekjedereaksjon (PKR) og dyrking bør anbefales som diagnostiske tester. Dersom logistikk og økonomi tillater det, bør mikrobiologiske laboratorier som diagnostiserer meningokokksykdom ha tilgang til PKR-testing. I tilfeller der antimikrobiell behandling allerede er påbegynt, finnes det svak dokumentasjon på at PKR-testing av hudbiopsi/aspirat som en supplerende prøve til blodprøve/hjerne-ryggmargsvæskeprøve kan øke diagnosens følsomhet hos pasienter med hudlesjoner.

2. Bør det gis antibiotika, unntatt den som brukes i klinisk behandling, til personer med invasiv meningokokksykdom når de skrives ut fra sykehuset?

Forskningsspørsmål: Er det ved invasiv meningokokksykdom mer effektivt å tilby antibiotika ved utskrivning fra sykehus enn å la være, når hensikten er å utrydde bærerskap og forebygge sekundært tilfeller?

- Kvaliteten på dokumentasjonen for eller mot administrasjon av antibiotika ved utskrivning fra sykehus er svært lav. På grunnlag av den middels gode dokumentasjonen som tyder på at det er effektivt å tilby nærkontakter kjemoprofylakse, og gitt de relativt lave kostnadene forbundet med tiltaket, bør antibiotika som utrydder bærerskap tilbys, hvis det ikke allerede inngår i behandlingen.

3. Bør kjemoprofylakse tilbys personer i samme husstand (eller tilsvarende nærkontakter) som en person med invasiv meningokokksykdom?

Forskningsspørsmål: Hvor effektivt er det å tilby personer i samme husstand som en person med invasiv meningokokksykdom kjemoprofylakse for å forebygge flere tilfeller blant disse nærkontaktene?

- Middels god dokumentasjon fra observasjonsstudier tilsier at personer i samme husstand bør tilbys kjemoprofylakse med et antibiotikaregime som utrydder bærerskap.

4. Bør kjemoprofylakse tilbys barn eller studenter som går på samme førskole, skole eller høyskole/universitet som en person med invasiv meningokokksykdom?

Forskningsspørsmål: Hvor effektivt er det å tilby kjemoprofylakse til personer som går på samme førskole, skole eller høyskole/universitet som en person med invasiv meningokokksykdom, for å forebygge flere tilfeller?

- Svak dokumentasjon tilsier at personer som går på samme førskole, bør tilbys kjemoprofylakse på grunnlag av en risikovurdering. Å gå på samme skole/høyskole/universitet bør ikke i seg selv være en indikasjon på at kjemoprofylakse bør tilbys.

5. Bør kjemoprofylakse tilbys personer som har drukket av samme beholder som en person med invasiv meningokokksykdom?

Forskningsspørsmål: Hvor effektivt er det å tilby kjemoprofylakse til personer som har drukket av samme beholder (eller hatt lignende kontakt, f.eks. delt sigarett eller bestikk) som en person med invasiv meningokokksykdom, for å forebygge flere tilfeller blant disse nærkontaktene?

- Svak dokumentasjon tilsier at det å dele drikkebeholder, sigarett eller lignende i seg selv ikke bør være en indikasjon på at kjemoprofylakse bør tilbys.

6. Bør kjemoprofylakse tilbys personer som har brukt samme transportmiddel (f.eks. fly, båt, buss eller bil) som en person med invasiv meningokokksykdom?

Forskningsspørsmål: Hvor effektivt er det å tilby kjemoprofylakse til personer som har brukt samme transportmiddel som en person med invasiv meningokokksykdom, for å forebygge flere tilfeller blant disse nærkontaktene?

- Dokumentasjonen som er tilgjengelig for øyeblikket, er av svært lav kvalitet. Det er ikke mulig å kvantifisere risikoen for smitte i forskjellige transportmidler på grunnlag av denne dokumentasjonen. Ingen sekundærtillfeller er bekreftet i disse miljøene. Å ta samme transportmiddel som en person med invasiv meningokokksykdom bør derfor ikke i seg selv være en indikasjon på at kjemoprofylakse bør tilbys.

7. Hvilke antibiotikaregimer bør anbefales som kjemoprofylakse blant voksne, barn og gravide kvinner?

Forskningsspørsmål: Hvilke antibiotikaregimer er mest effektive når det gjelder å utrydde bærerskap blant voksne, barn og gravide?

- Sterk dokumentasjon tilsier at rifampicin, ciprofloxacin, ceftriaxon, azithromycin og cefixime kan brukes som profylakse blant voksne og barn. Ingen av kurene ser ut til å utpeke seg som den beste, men ciprofloxacin, azithromycin og ceftriaxone kan gis som engangsdose. Utvikling av resistens er rapportert etter bruk av rifampicin.

8. Bør nærkontakter til en person med invasiv meningokokksykdom som får kjemoprofylakse, også tilbys en meningokokkvaksine, hvis det er aktuelt?

Forskningsspørsmål: Hvor effektivt er det å vaksinere personer i samme husstand som en person med invasiv meningokokksykdom, i tillegg til å gi dem kjemoprofylakse, for å forebygge flere tilfeller blant disse nærkontaktene?

- Kvaliteten på den foreliggende dokumentasjonen er svært lav, og følgende konklusjoner er basert på indirekte dokumentasjon. Dersom et tilfelle av meningokokksykdom forårsakes av en stamme som kan forebygges av en tilgjengelig godkjent vaksine, bør personer i husstanden tilbys vaksine i tillegg til kjemoprofylakse, med mindre de allerede anses å være immune.

4 HIV-testing: økende gjennomslag og effektivitet i EU

(Publisert i oktober 2010)

Veiledningens omfang og formål

Formålet med denne evidensbaserte veiledningen er å gi informasjon til bruk i utviklingen, overvåkingen og evalueringen av nasjonale strategier eller programmer for HIV-testing i EU/EØS-landene.

Hvorfor er det viktig å teste for HIV?

Tallet på HIV-smittede fortsetter å øke over hele Europa, og sen diagnostisering er et problem i mange land. Det finnes solid dokumentasjon på at sykkelighet og dødelighet reduseres med tidligere behandling, men mange mennesker med HIV forblir udiagnostisert til sent i sykdomsforløpet. En HIV-infeksjon kan være tilnærmet symptomfri i mange år, og tidlig diagnose er dermed kun mulig gjennom testing. Tidlig diagnose muliggjør i sin tur tidlig henvisning til behandling og pleie. Det er også mindre sannsynlig at personer som diagnostiseres tidlig, overfører viruset til andre, både fordi viruset er mindre smittomt når infeksjonen behandles og på grunn av endringer i seksuell atferd og sprøytebruk. Overføring fra mor til barn kan effektivt forebygges ved HIV-testing og -behandling av gravide kvinner. Tidlig diagnostisering av HIV gir dermed store gevinster både for enkeltmennesket og samfunnet, og er en viktig folkehelsemessig prioritering.

Kjerneprinsipper for nasjonale strategier for HIV-testing

HIV-testing bør være frivillig, underlagt taushetsplikt og gjennomføres etter informert samtykke

Alle bør ha enkel tilgang til frivillig testing, og spesielle tiltak må iverksettes for å sikre at dette også gjelder de gruppene som er mest utsatte og sårbare for HIV. Disse gruppene omfatter gjerne mennesker som er skjult eller marginalisert i samfunnet, og som bør oppmuntres til å la seg teste uten tvang eller brudd på taushetsplikten.

Sikre tilgang til behandling, pleie og forebyggende tjenester

Den aller største fordel ved HIV-testing er tilgang til behandling, og en av hjørnesteinene i nasjonale strategier for HIV-testing må nettopp være å tilby innbyggerne allmenn tilgang til behandling og pleie, forebyggende tjenester og støttetjenester, gjennom klare henvisningskanaler.

Vis politisk vilje

Skal programmet for HIV-testing ha noen effekt, må det være prioritert fra myndighetenes side. Programmet må støttes økonomisk, og overvåkes for å sikre at midlene brukes på en kostnadseffektiv måte.

Reduser stigma

Stigmaet som fortsatt er forbundet med HIV, er en barriere mot testing, særlig blant grupper som er stigmatisert fra før, og blant helsepersonell. En "normalisering" av testingen, f.eks. ved å gjøre prosessen mer lik prosessen ved andre screening- og diagnostiseringstester, kan bidra til å motvirke dette, men testingen må fortsatt være frivillig.

Fjern juridiske og økonomiske barrierer

Det bør utvikles strategier for å overvinne juridiske og økonomiske barrierer mot testing. Slike barrierer kan omfatte strafferettslig forfølgning ved overføring av HIV, og krav om å betale for behandling i tilfeller der den smittede ikke har midler til det. Med unntak av obligatorisk testing ved blod- og vevsdonasjoner bør man vurdere å innføre antidiskrimineringslovgivning og -politikk som forbyr obligatorisk testing av bestemte grupper eller miljøer.

Gjør tilgang til HIV-testing til en integrert del av nasjonale strategier

HIV-testing, med hensiktsmessig målretting, må inngå som et nøkkelement i alle nasjonale strategier for forebygging og behandling av HIV, andre seksuelt overførbare infeksjoner, virushepatitt, tuberkulose og andre HIV-indikerende sykdommer. Man bør også identifisere muligheter til å øke tilgangen til, og gjennomslaget for, frivillig og fortrolig HIV-testing innenfor andre relevante nasjonale strategier, f.eks. strategier rettet mot gravide kvinner, narkotikabruk, sexarbeid eller helsetjenester i fengselet.

La involverte grupper delta i utviklingen og gjennomføringen av en strategi for HIV-testing

Bruk den informasjonen om HIV og HIV-relaterte spørsmål som er tilgjengelig, både nasjonalt og lokalt, for å få klarhet i hva som bør oppnås og prioriteres. Dette bør sammenfattes i et sett med strategiske mål, slik at man oppnår en felles forståelse blant alle som er involvert eller berørt. For å oppnå enighet om felles mål må alle større interessegrupper få delta i utviklingen av strategien, deriblant mennesker som lever med HIV, representanter for de sterkest berørte befolkningsgruppene, sivilsamfunnet, organisasjoner som jobber med forebygging, fagfolk med ekspertise innenfor HIV-testing og andre som vil få en rolle i gjennomføringen av strategien.

Utvikling av en nasjonal strategi for HIV-testing

Hvem bør testes?

Få mest mulig kunnskap om epidemien, og identifiser risikogrupper. En effektiv nasjonal tilnærming til HIV-testing avhenger av en forståelse av epidemien, både på lokalt og nasjonalt nivå. Et av målene med programmer for HIV-testing bør være å nå dem som er mest utsatt for smitte.

Gå gjennom overvåkingsdata og andre relevante data, som informasjon om udiagnostisert HIV og sen diagnostisering, for å opparbeide en forståelse av epidemien og tidstrender på regionalt og nasjonalt plan. Noen grupper er særlig utsatt for HIV, deriblant menn som har sex med menn, injiserende stoffmisbrukere, migranter, særlig fra land med høyere prevalens, sexpartnerne til representanter for alle disse gruppene, og barn av HIV-positive mødre. Slike undergrupper av befolkningen, og/eller risikoen de er utsatt for, er ofte skjult og stigmatisert. Særskilte undersøkelser må utføres for å innhente informasjon om utbredelsen av HIV og HIV-testing samt kunnskap, holdninger og atferd i disse gruppene, da dette kan benyttes i intervensjoner for å øke gjennomslaget av HIV-testingen.

Supplerende data om andre seksuelt overførbare sykdommer, seksuell atferd og injiserende stoffmisbruk i befolkningen generelt så vel som i grupper som er utsatt for HIV, bør også gjennomgås.

Hvor bør testen utføres?

Vurder logistikken

Planlegg hvordan programmet for HIV-testing skal gjennomføres, og håndter eventuelle utfordringer knyttet til logistikk. Disse utfordringene kan dreie seg om hvordan helsetjenestene leveres, om det er tilgang til gratis helsetjenester eller ikke, om hvor godt forberedt de lokale helse- og rådgivningstjenestene og støtteapparatet er, om hvordan man kan sikre at det finnes tilgjengelige behandlingsalternativer, og om ivaretagelse av taushetsplikten .

Gjør testing tilgjengelig på forskjellige steder

Bruk kunnskapen som er innhentet om epidemien og utsatte grupper, til å ta informerte beslutninger om hvor HIV-testingen skal tilbys. Vurder også hvem som per i dag benytter seg av tilbudet om HIV-testing på de forskjellige stedene. På grunn av variasjonen i behovet for og barrierene mot testing, bør en rekke tjenester tilbys for å maksimere tilgjengeligheten. Identifiser hvilke tiltak som trengs for å etablere nye tjenester, eller endre praksisen innenfor eksisterende helseinstitusjoner / det lokale tjenestetilbudet. Vurder om det er mulig å fire på krav som hindrer testing lokalt, for eksempel krav til bruk av hurtigtester eller krav om at testene kun kan utføres av bestemte fagfolk, uten at det går ut over kvaliteten på testingen.

HIV-testing:

- Kan tilbys gjennom dedikerte HIV-testsentre, for sikker og enkel tilgang til HIV-testing, enten alene eller i kombinasjon med andre tester
- Bør være allment tilgjengelig i tjenestetilbudet til mennesker med økt risiko (pga seksuelt overførbare infeksjoner, injiserende stoffmisbruk), i svangerskapsomsorgen, i tjenester knyttet til klinisk diagnostisering og håndtering av HIV-indikerende tilstander, samt i tilbud rettet mot andre miljøer hvor udiagnostisert HIV-prevalens er kjent eller anslått til å være høy
- Bør kunne utføres som en del av den generelle helsetjenesten hvis folk ber om å bli testet eller hvis fagfolk ser et særlig behov for testing
- Bør tilbys på teststeder i lokalsamfunnet, inkludert oppsøkende tjenester, for å nå særlig HIV-utsatte personer som kan være skjult eller marginalisert og ikke har kontakt med de tradisjonelle helsetjenestene (slike tjenester bør etableres med deltakelse fra brukergruppene)

Når bør det testes?

Gi veiledning om hyppigheten av testing

Hyppigere testing anbefales til mennesker med vedvarende risikoatferd. Noen land anbefaler for eksempel at menn som har sex med menn, bør teste seg årlig eller oftere, avhengig av seksuell atferd. Rådende veiledning fra Europeisk overvåkingscenter for narkotika og narkotikamisbruk (EONN) anbefaler at injiserende stoffmisbrukere tester seg jevnlig og minst én eller to ganger i året.

Hvordan bør testen utføres?

Bevisstgjør allmennheten

Skal befolkningen etterspørre og akseptere HIV-testing, er det en forutsetning at både den generelle befolkningen og grupper med økt risiko, ser fordelene ved testen.. Det vil være nødvendig å ta kommunisere strategisk og ta i bruk flere kanaler. Synlig støtte fra opinionsdannere med høy status, som politikere, ledere i lokalsamfunnet og kjendiser, og støttende og korrekt dekning i mediene kan bidra til å øke bevisstheten.

Sikre konfidensialitet

Konfidensialitet er et grunnleggende prinsipp på helseområdet, men på grunn av stigmaet forbundet med HIV og atferden som kan føre til smitte, er taushetsplikt helt avgjørende ved HIV-testing. Relevant faglig veiledning og nasjonale lovfestede krav bør overholdes. Manglende tillit kan fungere som en barriere som hindrer folk i å oppsøke steder som tilbyr HIV-testing. Klare retningslinjer for taushetsplikt og informasjon om retningslinjene på steder der testing tilbys, kan bidra til å overvinne dette hinderet. HIV-testing bør alltid tilbys og diskuteres i fortrolighet. Alternativet om å la seg teste anonymt bør alltid være tilgjengelig.

Bevisstgjør fagmiljøene og lær opp medarbeiderne

Fagfolks bevissthet, selvtilit og kompetanse i forbindelse med HIV-testing kan heves gjennom opplæring. HIV-testing kan i utgangspunktet tilbys av alt kvalifisert helsepersonell. Skal tilbudet om HIV-testing utvides, vil dette imidlertid kreve en større arbeidsstyrke, som må få den nødvendige trygghet og kompetanse. Med den riktige opplæringen og kvalitetssikringen bør også personer uten helsefaglig utdanning kunne tilby HIV-testing. Dette forutsetter at medarbeiderne ser fordelene ved HIV-testing, og overvinne eventuelle barrierer som hemmer evnen og viljen til å tilby testen. Disse barrierene kan omfatte manglende selvtilit, vanskeligheter med å snakke om sex eller stigmatisert atferd, redsel for å formidle et positivt resultat og diskriminerende holdninger mot mennesker som er utsatt for eller berørt av HIV.

Samtale før test

En kort samtale før selve testen hvor det informeres om fordelene ved testing, den praktiske gjennomføringen og hvordan resultatene formidles, har vist seg å fungere godt samt å bidra til økt gjennomslag for testingen. Det viktigste formålet med samtalen er å sikre informert samtykke, som bør dokumenteres, men som ikke trenger å være skriftlig eller signert. Dette er i tråd med andre medisinske undersøkelser, og et ledd i normaliseringen av HIV-testingen. En detaljert historikk over seksuell atferd eller sprøytebruk er ikke påkrevd før man tilbyr en HIV-test. I enkelte tilfeller, eller på steder hvor rådgivning om seksualhelse og/eller narkotika bruk er en del av tjenestetilbudet, kan en kort risikovurdering eller mer omfattende rådgivning før testingen være nødvendig, f.eks. ved vedvarende risikoesponering. Et slikt tilbud bør alltid være tilgjengelig, og personalet bør vite hvordan de henviser til erfarne rådgivere.

Bruk hensiktsmessige testteknologier

Finn ut hvilke HIV-tester som er tilgjengelige, og vurder hvilke fordeler og ulemper de forskjellige testene har ved bruk i forskjellige sammenhenger, også hurtigtester. Testteknologien er hele tiden i utvikling, og valget av tester bør derfor evalueres av sakkyndige på området med jevne mellomrom. Alle positive resultater (reaktiv test) bør kontrolleres med bekreftende analyse, og WHO's retningslinjer på området bør følges. Nasjonale retningslinjer for bruk av kvalitetssikring i henhold til en minstestandard ved diagnostisk testing er avgjørende for å sikre gode rutiner og metodologisk standardisering og pålitelighet.

Resultater må alltid formidles

Det må iverksettes tiltak som sikrer at alle som har tatt en HIV-test, får informasjon om resultatet, enten testen er positiv eller negativ. Når positive resultater skal formidles, er det viktig å ha medarbeidere tilgjengelig som kan gi posttest rådgivning og henvise vedkommende videre til tilpasset HIV-behandling og støttetjenester. Personer med forhøyet HIV-risiko som får et negativt testresultat, kan også ha nytte av rådgivning og henvisning til aktuelle forebyggende tjenester.

Sikre tilgang til HIV-behandling, pleie og forebyggende tjenester

Tilgang til antiretroviral behandling

I alle HIV-test programmer er det avgjørende å ha klare mekanismer på plass som sikrer at de som tester positivt, får tilfredsstillende HIV-behandling og pleie. Det bør være allmenn tilgang til antiretroviral behandling over hele Europa. Manglende betalingsevne bør ikke hindre tilgang til behandling, og det bør arbeides for å finne løsninger som kan fjerne denne økonomiske barrieren. Alle teststeder bør ha henvisningskanaler på plass som sikrer at de som tester positivt, får en spesialistkonsultasjon rett etter at de har fått resultatet. Denne konsultasjonen bør omfatte en vurdering av tidspunkt for igangsetting av den antiretrovirale behandlingen, og behovet for andre helse- og omsorgstjenester og støtte.

Tilgang til psykososial støtte og forebyggende tjenester

Psykososial støtte bør være tilgjengelig rett etter at et positivt testresultat er formidlet. Ved positiv test, bør henvisningen til spesialistbehandling omfatte tilgang til tjenester som bidrar til å forebygge ytterligere HIV-spredning. De som tester negativt, bør også få henvisning til rådgivning om HIV-forebygging når det er betydelig og vedvarende risiko for eksponering, eller hvis vedkommende selv ønsker det.

Oppfølging: overvåking og evaluering

Overvåking og evaluering er en viktig del av et program for HIV-testing og bidrar til å sikre at programmet er formålstjenlig og holder høy kvalitet. Et velutviklet overvåkings- og evalueringssystem vil gi informasjon til bruk ved politiske beslutninger, samt øke kvaliteten på og effekten av intervensjoner, og dermed være en rettesnor for framtidig tildeling av ressurser til programmet. Nasjonale overvåkingsdata omfatter nydiagnostiserte og andelen

som diagnostiseres sent. Anslag over andelen udiagnostiserte er viktig for å overvåke effekten av et program. En utvidelse av tilbudet til å omfatte nye teststeder vil kreve solid overvåking og evaluering for å sikre HIV-testing av høy kvalitet. Hvor godt lokale intervensjoner lykkes i å fremme HIV-testing, kan måles i henhold til fem kriterier: gjennomførbarhet, aksept, effektivitet og kostnadseffektivitet, grad av gjennomslag i målgruppene samt langsiktighet (FACTS – Feasibility, Aceptability, effectiveness and Cost-effectiveness, Target populations are reached, Sustainability). Klare, veldefinerte og målbare indikatorer kan bidra i overvåkingen av disse kriteriene og gi en standardmetode for å rapportere funn på lokalt og (inter)nasjonalt plan.

Overvåkingsrapporter

5 Overvåking av tuberkulose i 2008

(Publisert i mars 2010)

Siden 1. januar 2008 har Det europeiske senter for forebygging av og kontroll med sykdommer (ECDC) og WHO's regionkontor for Europa i fellesskap hatt ansvaret for å koordinere overvåkingen av tuberkulose i Europa. Målet er å sikre standardiserte tuberkulosedata av høy kvalitet fra alle 53 land i WHO's Europaregion og Liechtenstein.

WHO's Europaregion

I 2008 ble 461 645 tilfeller av tuberkulose (52,2 per 100 000 innbyggere) rapportert av 50 av de 54 landene i Europaregionen², noe som tilsvarer ca. 6 % av alle tuberkulose tilfeller rapportert til WHO på verdensbasis. Det samlede antall rapporterte tilfeller av tuberkulose i Europaregionen har fortsatt å øke siden 2004. Imidlertid sank tuberkuloseraten i 18 høyprioritetsland³, med 3,9 % fra året før, til 87, 6 % av alle tuberkulose tilfeller, og i hele regionen sank det samlede antallet rapporterte tilfeller med 2,6 % mellom 2007 og 2008. En reduksjon på 4 % fra 2007 i rapporteringen av nylig påviste tuberkulose tilfeller tyder på redusert spredning av tuberkulose i regionen. Andelen tidligere behandlede tilfeller har også gått ned siden 2007, fra 31,7 % til 29,8 %.

Aldersgruppen med høyest antall nylig påviste tuberkulose tilfeller i regionen (42,0 %) er 25–44 år.

Antall rapporterte tilfeller av koinfeksjon tuberkulose/HIV økte fra 5 828 i 2006 til 11 395 i 2008, altså nesten en dobling. Dette skyldes økt testing som ledd i en intensivert av HIV-omsorgstjenestene til tuberkulosepasienter i høyprioritetslandene. Det var ingen vesentlig økning i antall rapporterte koinfeksjoner med HIV utenfor høyprioritetslandene i denne perioden.

I hele regionen var det i 2008 en dobling i det samlede antall rapporterte tilfeller av multiresistent tuberkulose (MDR TB) i forhold til året før. Dette skyldes forbedringer i testingen av legemiddelfølsomhet, og prevalensen av multiresistent tuberkulose blant nye tuberkulose tilfeller var 11,1 %. Den høyeste sykdomsbyrden når det gjelder multiresistent tuberkulose i Europaregionen finner vi i høyprioritetslandene, med en prevalens på 13,8 % blant nydiagnostiserte tilfeller, noe som er fem ganger høyere enn prevalensen rapportert i EU/EØS. Blant tidligere behandlede tilfeller er prevalensen over 50 %, en andel som er mer enn dobbelt så høy som i EU/EØS.

Suksessraten for behandling blant nylig påviste laboratoriebekreftede tuberkulose tilfeller i 2007 er redusert til 70,7 % (sammenlignet med 73,1 % for tilfeller registrert i 2006). 9,0 % hadde ikke effekt av behandlingen, 8,4 % døde, og 6,9 % uteble. Suksessraten for behandling i land utenfor EU/EØS er lavere enn i EU/EØS, henholdsvis 67,5 % og 79,5 %. I de 18 høyprioritetslandene lyktes behandlingen bare for 69,2 % av nylig påviste laboratoriebekreftede tuberkulose tilfeller, noe som er langt fra målet for WHO's "Stop TB"-kampanje på 85 %.

Dødeligheten ved tuberkulose sank med 45 % fra 9,0 per 100 000 innbyggere i 2005 til 5,0 per 100 000 innbyggere i 2007. Tilsvarende forholdsmessige reduksjoner ble observert i EU/EØS og høyprioritetslandene. Dødeligheten i høyprioritetslandene var imidlertid fortsatt nesten 15 ganger høyere enn i EU/EØS.

EU- og EØS-landene⁴

I 2008 ble det rapportert om 82 611 tuberkulose tilfeller i 26 EU-land (alle bortsett fra Østerrike) og to andre EØS-land (Island og Norge), noe som tilsvarer en reduksjon på 615 tilfeller sammenlignet med 2007. Over 80 % av tilfellene forekom i de åtte landene som hver rapporterte om 3 000 tilfeller eller mer (Bulgaria, Frankrike, Tyskland, Italia, Polen, Romania, Spania og Storbritannia).

Det samlede antall rapporterte tilfeller i 2008 var 16,7 per 100 000 innbyggere, med rater lavere enn 20 rapporterte tilfeller per 100 000 innbyggere rapportert av 21 land og høyere enn 20 rapporterte tilfeller per 100 000 innbyggere rapportert i Romania (115,1), Baltikum — Litauen (66,8), Latvia (47,1), Estland (33,1) — Bulgaria (41,2), Portugal (28,2) og Polen (21,2). Det samlede antall rapporterte tilfeller var 1,2 % lavere enn i 2007 (for de 28 rapporterende landene), noe som gjenspeiler en netto nedadgående trend i 17 land.

Det ble imidlertid observert en vesentlig økning i antall rapporterte tilfeller på Malta (28,8 %), Island (19,8 %) og Kypros (12,2 %) samt en viss økning i Sverige (4,9 %) og Storbritannia (2,8 %), hovedsakelig i tilfeller hos

² Ingen data fra Monaco, San Marino, Østerrike eller Liechtenstein. Liechtenstein inngår i denne rapporten, men presenteres bare som et EØS-land, da det ikke er en medlemsstat i WHO's Europaregion.

³ Armenia, Aserbajdsjan, Hviterussland, Bulgaria, Estland, Georgia, Kasakhstan, Kirgisistan, Latvia, Litauen, Moldova, Romania, Den russiske føderasjon, Tadsjikistan, Tyrkia, Turkmenistan, Ukraina, Usbekistan.

⁴ De 27 EU-medlemsstatene, Island, Liechtenstein og Norge.

personer av utenlandsk opprinnelse. I 2008 forekom 22,4 % av tilfellene (spredning mellom landene: 0–88 %) hos personer av utenlandsk opprinnelse, hvorav mer enn to tredeler var fra Asia eller Afrika.

Prevalensen av HIV blant tuberkulose tilfellene økte i perioden 2006 til 2008 i Estland (fra 9,0 % til 9,9 %), Latvia (fra 3,4 % til 6,7 %) og Malta (fra 3,7 % til 9,4 %). I de øvrige landene som rapporterte data, var HIV-prevalensen blant tuberkulose tilfeller 1 % eller lavere i seks land, 2–5 % i tre land, 5–8 % i to land og 14,6 % i ett land.

Multiresistens var fortsatt mest utbredt i Baltikum (kombinert multiresistens: 15,6–21,3 %) etterfulgt av Romania, som rapporterte resultater for første gang (14,7 %). Andre land rapporterte om lavere nivåer av multiresistens (0–5 %), og dette var generelt var mest utbredt i tilfeller hos personer av utenlandsk opprinnelse. Av de 14 landene som rapporterte om utvidet multiresistens (XDR), rapporterte Romania de høyeste tallene (totalt 54 tilfeller), mens Latvia og Estland hadde den høyeste prosenten av utvidet multiresistens blant multiresistente tilfeller (henholdsvis 14,7 % og 12,2 %). Latvia viste en kraftig økning i tilfeller av utvidet multiresistens og gikk opp fra 6 i 2007 til 19 i 2008 (fra 6,1 % til 14,7 %).

Tjueto land rapporterte overvåkingsdata av behandlingsutfall for sikre tilfeller av lungetuberkulose i 2007. Blant tidligere ubehandlede tilfeller av lungetuberkulose bekreftet ved dyrking, hadde 79,5 % et vellykket utfall. Vellykkede behandlingsutfall var vesentlig lavere blant tidligere behandlede tuberkulose tilfeller (51,8 %) og blant multiresistente tilfeller av lungetuberkulose bekreftet ved dyrking ved 24 måneder (30,9 %).

6 Overvåking av influensa i Europa 2008–2009 – uke 40 i 2008 til uke 39 i 2009

(Publisert i mai 2010)

Influensasesongen 2008–2009 i Europa startet i uke 48 i 2008, varte i om lag 10 uker i hvert berørte land og endte i uke 16 i 2009 etter at en aktivitetstopp hadde krysset kontinentet fra vest til øst. De ukentlige (sub)typespesifikke andelene positive prøver innrapportert fra vaktårnsystemet viste to overlappende toppe, der influensa A(H3N2) dominerte innledningsvis før det ble erstattet av influensa B, som var det mest utbredte influensaviruset etter uke 8 i 2009. Antigenene i de sirkulerende influensa A(H3N2)- og A(H1N1)-virusene viste seg å være nært beslektet med de tilsvarende komponentene i influensavaksinen som ble gitt på den nordlige halvkule i 2008–2009, mens brorparten av de isolerte B-virusene tilhørte Victoria-slektslinjen, og samsvarte ikke med B-vaksinekomponenten, et virus av Yamagata-slektslinjen.. Gitt den relativt lave prevalensen av B-virus som ble observert denne sesongen, er det imidlertid lite trolig at denne mangelen på samsvar har hatt en vesentlig innvirkning på folkehelsen.

Tilfeller av A(H1N1)-influensapandemien i 2009 begynte å vise seg i Europa i uke 16/09. I uke 39 utgjorde det samlede antall rapporterte bekreftede tilfeller fra alle EU-medlemsstater, Island, Liechtenstein og Norge 53 658, og omfattet 175 dødsfall i 14 land. Dataene om rapporterte tilfeller viste at pasientene var mellom 0 og 90 år gamle (median: 19 år), 78 % var yngre enn 30 år, og skolebarn mellom 5 og 19 år utgjorde 47 % av alle tilfellene. I langt de fleste tilfellene (96 %) var det ikke påvist noen underliggende medisinske tilstander. Blant tilfeller med underliggende tilstander var kronisk lungesykdom den hyppigst rapporterte, og utgjorde 30 % av disse tilfellene. Lungebetennelse ble oppgitt som en komplikasjon i 0,6 % av tilfellene av pandemisk influensa, det totale antall sykehusinnleggelses var 13 %, og 0,03 % av tilfellene rapporteres å ha dødd.

Det integrerte europeiske nettverket for influensaovervåking, EISN (European Influenza Surveillance Network), fungerte effektivt når det gjaldt å påvise starten på influensasesongen 2008–2009, overvåke influensaens forløp og karakterisere influensaens viktigste virologiske egenskaper. De første pandemivirusene i 2009 påvist hos pasienter både i og utenfor vaktårnsystemet, ble bekreftet henholdsvis en og tre uker etter de første sykdomstilfellene i Europa. Vaktårnsystemets overvåking av influensalignende sykdom (ILI) og akutt luftveisinfeksjon (ARI) viste imidlertid en klar økning først ti uker senere. Selv i uke 39 i 2009, da tilfeller av pandemisk influensa hadde blitt rapportert av alle EU-medlemsstater, Island, Liechtenstein og Norge, hadde ILI-/ARI-aktivitet over referanselinjen bare blitt observert i 9 av de 29 landene som rapporterte til EISN.

Høyere følsomhet krever flere leger i vaktårnsystemet, men andre mangler ved systemet må også settes på dagsordenen. Følgende endringer i overvåkingssystemet for influensa i Europa er foreslått:

- Å ytterligere fremme den standardiserte rapporteringen av intensitet, geografisk spredning og trender for ILI og ARI
- Å utvide ILI- og ARI-overvåkingen med overvåking av alvorlig akutt luftveissykdom (SARI)
- Å innføre standardiserte epidemiske grenseverdier for vaktårnovervåking av ILI/ARI
- Å videreutvikle overvåkingen av total dødelighet på europeisk plan og gjøre regelmessige resultater offentlig tilgjengelige

7 Overvåking av invasive bakteriesykdommer i Europa i 2007

(Publisert i oktober 2010)

Denne rapporten beskriver epidemiologien for invasive bakteriesykdommer som skyldes *Haemophilus influenzae* og *Neisseria meningitidis*, i EU-medlemsstatene i 2007. Utpekte nasjonale kontaktpunkter ble bedt om å sende inn data ved bruk av den reviderte versjonen av datasettet for invasive bakterieinfeksjoner (IBI), som ble utviklet i 2008 på grunnlag av den tidligere EU-IBIS-databasen. Dette datasettet inneholder case-basert informasjon om epidemiologiske variabler og laboratorievariabler, og er delt inn i et kjernesett med variabler som kan brukes på alle meldepliktige sykdommer i EU, og et utvidet datasett med variabler som er spesifikke for invasiv *Haemophilus influenzae*-sykdom og invasiv meningokokksykdom. For å forenkle innsendingen av data fikk medlemsstatene nettbasert opplæring i juni 2008, og supplerende opplæringsvideoer og annet materiell ble gjort tilgjengelig før datainnsamlingen.

Av de 30 EU/EØS-medlemsstatene sendte 27 inn data om invasiv *Haemophilus influenzae*-sykdom, og 29 sendte inn data om invasiv meningokokksykdom.

Invasiv *Haemophilus influenzae*-sykdom

- Til sammen 2 058 tilfeller av invasiv *Haemophilus influenzae*-sykdom ble rapportert i 2007. Antall rapporterte tilfeller varierte i medlemsstatene, og tallene var høyere i de nordiske landene enn i resten av Europa, med en fortsatt stigende trend. De fleste land holdt seg imidlertid under 1 tilfelle per 100 000 innbyggere. Det høyeste antall samlede tilfeller er rapportert blant spedbarn under ett år (3 per 100 000, 118 tilfeller). Mens trenden for serotype b blant spedbarn viste en vesentlig nedgang fra 1999 til 2007 (fra 3 per 100 000 til 1 per 100 000), var trenden for akapsulære stammer stigende og økte fra 1,5 per 100 000 til 2,5 per 100 000 i samme periode.
- Sekstisju prosent av alle tilfeller av invasiv *H. influenzae* rapportert i 2007 skyldtes akapsulære stammer. Økningen i antall innrapporterte akapsulære stammer opp gjennom årene kan delvis tilskrives en forbedring i valideringen av tilfeller og i overvåkingssystemenes følsomhet, noe som også er dokumentert i flere medlemsstater. En reell økning i antall rapporterte serotyper som ikke dekkes av vaksinen (non-b og akapsulære stammer), er imidlertid også observert i EU gjennom flere år. Innføringen av den konjugerte Hib-vaksinen (*H. influenzae* type b) har ført til at en høyere andel av invasiv *H. influenzae*-infeksjon kan tilskrives stammer som ikke tilhører serotype b, på grunn av reduksjonen i Hib-sykdom. I motsetning til det som er tilfelle for konjugert pneumokokkvaksine, foreligger det ingen entydig eller solid dokumentasjon som tyder på at massevaksinasjon mot Hib i spedbarnsalderen har ført til serotypeskifte for smitte eller sykdom. En ny uttalelse (position paper) om den konjugerte Hib-vaksinen fra Verdens helseorganisasjon (WHO) konkluderte med at bakteriestammeskifte så langt ikke har vært et framtrædende trekk ved massevaksinasjon mot Hib.
- Når det gjelder absolutt antall rapporterte tilfeller, ser det ut til å inntre et skifte over mot eldre aldersgrupper. Førtiseks prosent av alle tilfeller som ble rapportert i 2007 gjaldt voksne over 65 år. Dette funnet er i tråd med en studie fra USA som setter fokus på den økte forekomsten av invasiv *H. influenzae*-sykdom fra 1996 til 2004. De epidemiologiske karakteristikaene ved *H. influenzae* endret seg da også. Den gikk fra å være en sykdom som hovedsakelig rammet barn og var dominert av serotype b, til å bli en sykdom som hovedsakelig rammet voksne og var dominert av stammer som ikke lar seg typifisere.
- I 2007 inntraff opp mot 60 % av sykdomstilfellene blant vaksinerte personer, noe som vanligvis observeres i befolkninger med høy vaksinasjonsdekning. Blant de fullvaksinerte var størstedelen av tilfellene barn i alderen 1–4 år, mens barn under 1 år utgjorde 27 % av tilfellene. Med utgangspunkt i de data som nå er tilgjengelig, er det ikke mulig å vurdere om de observerte tilfellene kan klassifiseres som reell vaksinesvikt, og det er behov for mer informasjon for å utforske dette funnet ytterligere. En del ekstra bakgrunnsmateriale om dette emnet inngår i en studie utført av EU-IBIS, som analyserte Hib-vaksinesvikt identifisert via nasjonal overvåking mellom 1996 og 2001 i Europa, Israel og Australia, og som beskrev de kliniske og laboratoriemessige trekkene i en stor og sammensatt befolkning med ulike vaksinasjonsprogrammer.

En ny og omfattende oppblomstring av Hib-sykdom på grunn av vaksinesvikt er også rapportert av Storbritannia.

Invasiv meningokokksykdom

- I 2007 ble det rapportert om 5 583 tilfeller av invasiv bakteriesykdom som skyldes *N. meningitidis* i EU/EØS, med et samlet antall rapporterte tilfeller på 1,12 per 100 000. Antall rapporterte tilfeller varierte i medlemsstatene og var høyere i Irland og Storbritannia enn i resten av Europa, selv om begge land opplever en vedvarende nedadgående trend. Bortsett fra disse to landene rapporterte ytterligere seks land (Belgia, Danmark, Nederland, Spania, Litauen og Malta) om et samlet antall tilfeller på over 1 per 100 000.

- Forekomsten av invasiv meningokokksykdom var fortsatt høyest blant sped- og småbarn, med 50 % av de rapporterte tilfellene blant barn under 10 år. Den høyeste observerte forekomsten blant barn under 1 år ble rapportert av Irland og Storbritannia, med henholdsvis 74,5 tilfeller per 100 000 og 46,6 tilfeller per 100 000.
- Som med *H. influenzae* kan forskjellene i innrapporterte tilfeller tilskrives en rekke mulige årsaker: en forbedring i overvåkingsystemenes følsomhet, variasjon i hvilke typer kliniske manifestasjoner som overvåkes (dvs. sepsis, meningitt eller begge) i hver medlemsstat, forskjeller i anvendte kasusdefinisjoner, forskjeller i laboratoriekapasitet eller forskjeller i helsevesenets rutiner for å sikre tidlig blodkultur. Det europeiske senter for forebygging av og kontroll med sykdommer (ECDC) har per i dag ikke oversikt over de viktigste årsakene til disse forskjellene, og oppfordrer derfor til varsomhet ved sammenligning på tvers av landegrensene av antall rapporterte tilfeller etter serogruppe og alder .
 - Andelen tilfeller uten informasjon om serogruppe er fortsatt høy, særlig i de østeuropeiske landene. Påvisningen av serogruppe er imidlertid blitt bedre opp gjennom årene. Tallet på tilfeller med ukjent serogruppe er kraftig redusert de siste fem årene, fra 1 448 tilfeller i 2003 til 559 i 2007. I 2007 ble serogruppe B hyppigst rapportert som årsaken til invasiv meningokokksykdom i Europa, og representerte om lag 90 % av alle serogrupper rapportert blant barn under 4 år. I land med meningokokk C-vaksine er det en stor overvekt av B-tilfeller i alle aldersgrupper, men særlig blant barn under 1 år og mellom 1 og 4 år (henholdsvis 73 % og 81 % av tilfellene), dvs. de vanlige målgruppene for vaksinasjon mot serogruppe C.
 - I land med meningokokk C-vaksine er andelen tilfeller som skyldes serogruppe C, dramatisk redusert i de få årene etter at vaksinen ble innført i det nasjonale vaksinasjonsprogrammet, særlig i målgruppene for vaksinasjonsprogrammet. Andelen serogruppe C-tilfeller ser ut til å øke med alderen, noe som trolig skyldes den lave vaksinasjonsdekningen i eldre aldersgrupper samt at vaksinens effekt avtar i årene etter førstegangsvaksinasjon.
 - Informasjonen om serotyping og subtyping av stammer er økende, som en følge av at stadig flere land innfører molekylærteknologier. Antall prøver som er klassifisert etter serotype og subserotype, er likevel fortsatt lave, og disse fortolkningen av resultatene må gjøres med varsomhet. Det høyeste antallet prøver klassifisert etter subserotype ble rapportert av Frankrike, Storbritannia og Belgia.

Hovedkonklusjoner

Generelt fortsetter forekomsten av begge sykdommene å synke, særlig blant små barn i vaksinasjonsprogrammets målgrupper. På europeisk nivå øker imidlertid antall tilfeller som skyldes serotyper og serogrupper som ikke dekkes av vaksinene, noe som også påvirker små barn, og denne trenden må følges nøye.

Ettersom vaksinasjonsdekningen er høy for begge sykdommer, forekommer også tilfeller hos vaksinerte personer. Dessverre er det ikke samlet inn nok data til å foreta grundige analyser av vaksinesvikt eller til å dra noen slutninger om andelen tilfeller som forekommer blant vaksinerte personer i land med eller uten vaksinasjon. Dette skyldes at man for en stor del manglet innrapporterte verdier for vaksinasjonsstatus, og at informasjon om fødselsdato, antall doser mottatt og datoen for siste dose ikke var tilgjengelig. Dessuten er all informasjonen som trengs for å konstatere vaksinesvikt, ennå ikke inkludert i settet med variabler (som fødselsdato, antall doser og datoer for tildelte doser).

For å gjøre dataene fra de deltakende landene mer sammenlignbare, er det nødvendig å innføre mer standardiserte laboriemetoder for påvisning av tilfeller og en felles kasusdefinisjon for overvåkingsformål. Det vil etter hvert bli enklere å gjennomføre metoder for å fastsette genotyper, noe som vil gi en bedre forståelse av overvåkingsdataene. Dette krever imidlertid et tettere samarbeid mellom laboratorier og epidemiologiske sentre, både på nasjonalt og europeisk plan. Med dette for øyet ble det gjennomført en anbuds konkurranse i 2008, med navnet Laboratory surveillance and external quality assurance (EQA) of invasive bacterial diseases in EU [Laboratorieovervåking og ekstern kvalitetssikring av invasive bakteriesykdommer i EU]. Konkurransen ble vunnet av et konsortium av europeiske institusjoner som koordineres av Universitetet i Würzburg, Tyskland, og prosjektet er nå inne i sitt andre år. Prosjektet fokuserer ikke bare på ekstern kvalitetssikring og opplæring, men også på å styrke og harmonisere laboratoriekapasiteten i medlemsstatene, samt styrke samarbeidet mellom laboratorier og offentlige helseinstitusjoner i EU. En av de viktigste aktivitetene i gruppen er å fremme bruken av metoder for molekylær typing i rutinemessig overvåking.

8 Årlig epidemiologisk rapport om smittsomme sykdommer i Europa 2010

(Publisert i november 2010)

Denne rapporten presenterer en analyse av data som ble rapportert for 2008 av de 27 EU-medlemsstatene og tre EØS/EFTA-landene, Island, Liechtenstein og Norge. Hovedformålet med rapporten er å gi en viss indikasjon, basert på tilgjengelige data, på hvor man finner den største byrden av smittsomme sykdommer i dagens EU. Det er nødvendig å samordne tiltakene på dette området ytterligere for å redusere både den nåværende og den potensielle framtidige byrden på samfunnet, folkehelsen og helsesystemene, og for å redusere menneskelig lidelse. Disse dataene bidrar til ECDCs oppgave med å framskaffe faktagrunnlaget som trengs for å kunne iverksette tiltak, fastsette og dele framgangsmåter og foreslå metoder for oppfølging av intervensjoner.

Selv om det er gjort store framskritt når det gjelder å forbedre datakvaliteten og gjøre dataene mer sammenlignbare, advares leseren likevel mot å foreta direkte sammenligninger av antall rapporterte tilfeller mellom land. Overvåkingssystemene er svært forskjellige, og forholdet mellom rapportert og faktisk forekomst av en rekke sykdommer varierer fra land til land.

For første gang kommer nå den årlige analysen av trusler som overvåkes av EU, i en separat⁵ rapport.

Antimikrobiell resistens og helsetjenesteassosierte infeksjoner

Mikroorganismer som er blitt resistente mot antimikrobielle midler, utgjør fortsatt den viktigste sykdomstrusselen i Europa. I 2008 rapporterte 900 laboratorier som betjente mer enn 1 500 sykehus, inn data om antimikrobiell resistens (AMR) for sju store indikatormikroorganismer. Ifølge disse dataene viste *Escherichia coli*, den Gram-negative bakterien som oftest er ansvarlig for bakteriemi og urinveisinfeksjoner, en økende resistens over hele Europa mot alle de antibiotikaklasser som er under oppsyn. En nedgang i andelen meticillinresistente *Staphylococcus aureus* (MRSA) ble rapportert av noen land, selv om den holdt seg over 25 % i en tredel av landene. Den økte trusselen om multiresistens (resistens mot en rekke antibiotika i vanlig bruk), som nå observeres hyppigere i enkelte Gram-negative bakterier som *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae* og *Pseudomonas aeruginosa*, fortsetter å volde bekymring.

I løpet av 2008 ble det innrapportert overvåkingsdata om 306 621 kirurgiske inngrep fra 1 422 sykehus, i tillegg til data fra 654 sykehus om 9 129 episoder der pasienter hadde pådratt seg lungebetennelse og 4 077 episoder der pasienter hadde pådratt seg infeksjoner i blodbanen ved sykehusets intensivavdeling. Den nedadgående trenden som tidligere er observert for infeksjoner i operasjonssåret etter hofteproteseoperasjoner, fortsatte i 2008. Fordelingen av mikroorganismer forbundet med infeksjoner som pasienter pådrar seg ved intensivavdelinger, viste en høy andel av tredjegenerasjons cefalosporinresistent Enterobacteriaceae, og særlig blant *Klebsiella* spp. og *Enterobacter* spp.

Miljø- og vektorbårne sykdommer

Utbruddet av Q-feber i Nederland mellom mars og desember 2007 blomstret opp på nytt i 2008. De fleste tilfellene forekom om sommeren, og utbruddet toppet seg i ukene 25–28 (midten av juni–midten av juli). Andre europeiske land, som Tyskland, har også rapportert skiftende trender for Q-feber og en økning i tilfeller i 2008, om enn i mindre grad.

Av de smittsomme sykdommene i denne gruppen med alvorligere konsekvenser, som sykdommer med potensielt hemoragiske trekk, har hemoragisk krimfeber spredd seg til områder utover de tradisjonelt endemiske områdene på Balkan. Hellas rapporterte sitt første tilfelle av hemoragisk krimfeber hos menneske i juni 2008. Tilfellet forekom i den nordlige delen av landet, nær et kjent endemisk område. På den annen side viste den utvidede overvåkingsvirksomheten som ble innført i Italia etter fjorårets utbrudd av 217 laboratoriebekreftede tilfeller av chikungunyafeber, at autokton chikungunyafeber ikke residiverer, da de få tilfellene som ble rapportert i EU/EØS, var importerte.

Mat- og vannbårne sykdommer og zoonoser

Mange av de matbårne sykdommene er fortsatt svært underrapporterte, på grunn av den varierende alvorlighetsgraden i sykdommenes kliniske bilde. Campylobacteriose var fortsatt den hyppigst rapporterte årsaken til gastrointestinale sykdommer i EU og EØS/EFTA, og i 2008 var forekomsten mer eller mindre lik året før (44,1 per 100 000 innbyggere). Dette er et typisk eksempel på en sykdom som er underestimert, da denne infeksjonen er særlig kjent for å forårsake symptomfri eller mild sykdom, noe som fører til høy grad av underrapportering.

⁵ ECDC Annual Threat Report 2009. European Centre for Disease Prevention and Control, Stockholm; 2010. Tilgjengelig fra: http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/surveillance_reports/Pages/index.aspx

Det samlede antall rapporterte tilfeller av VTEC/STEC-infeksjon har også holdt seg relativt uendret de siste par årene (0,66 per 100 000). Antall rapporterte tilfeller som utviklet seg til hemolytisk-uremisk syndrom økte imidlertid med 42 % i 2008 sammenlignet med året før. Som for salmonellose og shigellose stod barn under fem år for det høyeste antall rapporterte tilfeller av VTEC/STEC-infeksjon (4,72 tilfeller per 100 000 innbyggere), noe som trolig skyldes at de kliniske manifestasjonene er alvorligere i denne aldersgruppen, og at sannsynligheten for sykehusinnleggelse er større.

Det har vært en jevn nedgang av salmonellose de siste tre årene, selv om *Salmonella* fortsatte å være årsaken til en rekke matbårne utbrudd på internasjonalt, nasjonalt og regionalt plan i 2008. På grunn av endrede rutiner for rapportering av data viser denne rapporten en høyere forekomst av tyfoidfieber enn tidligere år, men dette skyldes snarere en mer fullstendig rapportering enn en reell økning. Langt de fleste tyfoidtilfellene importeres fortsatt av reisende som returnerer fra endemiske områder.

I 2008 var det samlede antall rapporterte tilfeller av hepatitt A (3,34 per 100 000 innbyggere) noe høyere enn i 2007 (2,75 per 100 000 innbyggere). Antall rapporterte tilfeller i Latvia økte fra 0,66 per 100 000 innbyggere i 2007 til 123 per 100 000, hovedsakelig som følge av et utbrudd som startet blant injiserende stoffmisbrukere og fattige som levde under uhygieniske forhold, men som senere spredde seg til resten av samfunnet. På tilsvarende måte rammet et utbrudd av hepatitt A i Den tsjekkiske republikk injiserende stoffmisbrukere før det spredde seg til den generelle befolkningen.

HIV, seksuelt overførbare infeksjoner, hepatitt B og C

HIV-infeksjon er fortsatt blant de smittsomme sykdommene som utgjør en stor folkehelsestrussel i Europa. Det har vært en økning på 33 % i antall rapporterte tilfeller av HIV-infeksjon, fra 4,2 per 100 000 i 2000 (13 265 tilfeller) til 5,6 per 100 000 (18 019 tilfeller) i 2008, og økningen ser ut til å fortsette. Denne trenden er enda mer urovekkende når man tar i betraktning at en betydelig andel av de smittede i EU/EØS (anslagsvis 30 %) ikke engang vet at de har HIV. Dataene viser at den høyeste forekomsten av HIV ble diagnostisert hos menn som har sex med menn (40 %), men forekomsten av HIV-smitte blant heteroseksuelle (29 %) øker i flere europeiske land. Brorparten av nydiagnostiserte HIV-smittede i EU er innvandrere fra land med en allmenn HIV-epidemi (hovedsakelig Afrika sør for Sahara). Antall AIDS-diagnoser synes derimot, til tross for enkelte begrensninger i dataene, å ha gått ned, bortsett fra i Baltikum.

Klamydia er fortsatt den seksuelt overførbare infeksjonen som rapporteres oftest i EU/EØS, med 335 329 rapporterte bekreftede tilfeller (150 per 100 000 innbyggere). Den reelle forekomsten av klamydia er trolig høyere da denne infeksjonen er særlig utsatt for underrapportering. Forekomsten av klamydia har vært økende de siste 10 årene. Dette er fortsatt en sykdom hvor antall rapporterte tilfeller er høyest blant unge voksne, 976 per 100 000 innbygger i aldersgruppen 15–24 år. Unge kvinner er oftere berørt enn unge menn.

Trenden for rapporterte tilfeller av hepatitt C er relativt stabil, og forekomsten av hepatitt B synes å ha gått ned sammenlignet med tidligere år, men det er fortsatt begrensninger i disse dataene. Tolkningen av trendene for hepatitt B og C vanskeliggjøres av til dels store forskjeller mellom overvåkingssystemene, nylig gjennomførte endringer i rapporteringen, betydelige antall udiagnostiserte tilfeller, mulige forskjeller i anvendte kasusdefinisjoner (dvs. ulik bruk og/eller tolkning av hepatitt B-markører) og ufullstendig rapportering i enkelte land. Noen land skiller dessuten ikke mellom rapporter om akutte og kroniske tilfeller av hepatitt B og C, og kombinert med den høye forekomsten av symptomfrie tilfeller, kan dette gi en blanding av data som gjør det vanskelig å sammenligne data på tvers av landegrensene. ECDC jobber for å forbedre den utvidede overvåkingen av disse virus sykdommene, noe som blant annet omfatter en mer harmonisert overvåking av hepatitt B og C på europeisk nivå.

Luftveisinfeksjoner

Hver vinter blir flere hundre tusen mennesker i EU alvorlig syke og dør av sesonginfluensa. Influensasesongen 2008–2009 i Europa startet i uke 48/08, varte i om lag 10 uker i hvert berørte land og endte i uke 16 /09 etter at en aktivitetstopp hadde krysset kontinentet fra vest til øst og deretter beveget seg mot sørøst. Sesongen 2008–2009 ble først dominert av influensa A(H3N2) og deretter i mindre omfang av influensa B, slik at A(H3N2) generelt utgjorde de fleste viruspåvisningene. Brorparten av de sirkulerende influensa B-virusene samsvarte ikke med B-komponenten i influensavaksinen som ble gitt på den nordlige halvkule i 2008–2009. Gitt den relativt lave prevalensen av B-virus som ble observert denne sesongen, er det imidlertid lite trolig at dette har hatt noen vesentlig innvirkning på folkehelsen. I uke 19 i 2009, på slutten av den "normale sesongen", ble det pandemiske influensaviruset A(H1N1) påvist i en prøve rapportert via vaktårnsystemet. Dette ble etterfulgt av vår-/sommerbølgen av pandemien.

I 2008 ble det på nytt rapportert om utbrudd av svært patogen fugleinfluensa og mindre patogen fugleinfluensa hos fugler i EU, men disse var færre enn i 2007. Det ble ikke rapportert om tilfeller hos mennesker i forbindelse med disse utbruddene.

Antallet rapporterte tilfeller av legionærsykdom (legionellose) i EU- og EØS/EFTA-landene holdt seg stabilt på 1,2 per 100 000 innbyggere. Toppen av rapporterte tilfeller, som tidligere år var observert i juli, ble i 2008 forlenget og

strakk seg fra juni til september. Antall rapporterte tilfeller av reiserelatert legionærsykdom var lavere enn i 2007, og det samme var antall reiserelaterte klynger.

Det har vært en vedvarende årlig nedgang i gjennomsnittlig antall tuberkulose tilfeller de siste fem årene, selv om 28 EU- og EØS/EFTA-land fortsatt rapporterte 82 611 tuberkulose tilfeller i 2008 (antall rapporterte tilfeller var 16,7 per 100 000 innbyggere). I EU er tuberkulose vanligere blant innvandrere, hjemløse, fattige i de indre bykjernene, fengselsinnsatte, personer som lever med HIV, og rusmisbrukere, men dataene for 2008 bekrefter et sammensatt bilde som grovt kan inndeles i tre epidemiologiske kategorier:

- land med lav forekomst der tilfellene i stadig større grad diagnostiseres hos utenlandskfødte personer, og hvor det forekommer sporadiske økninger i antall rapporterte tilfeller
- land med et relativt moderat til høyt antall rapporterte tilfeller som er i ferd med å gå ned, med lave nivåer av multiresistent tuberkulose
- land med et relativt høyt antall rapporterte tilfeller og en høy andel tilfeller av multiresistent tuberkulose, men igjen med en synkende totalforekomst av tuberkulose

Antall tilfeller av multiresistent tuberkulose (MDR TB) økte fra 4 % i 2007 til 6 % i 2008, noe som hovedsakelig skyldes at behandlingsregimer ikke er blitt fullført eller ikke har vært gode nok. Suksessraten for vellykket behandling av tilfeller med multiresistent tuberkulose holder seg også ekstremt lav, og er på 30,9 % for 2006-kohorten. Selv om kvaliteten, representativiteten og fullstendigheten på annenhånds resistensdata fortsatt kan forbedres, bekrefter tallene at utvidet multiresistent tuberkulose (XDR TB) nå er etablert i EU.

Vaksinerbare sykdommer

Flere av de vaksinerbare sykdommene med alvorligere utfall (som polio, difteri eller stivkrampe) er nå nesten utryddet i EU/EØS. En annen suksesshistorie i nesten alle EU-land er effekten av Hib-vaksinen, som er innført i de nasjonale vaksinasjonsprogrammene. Når det gjelder resten av de vaksinerbare sykdommene, er det fortsatt problemer med å oppnå bedre dekning i befolkningsgrupper som er vanskelige å nå. Ubegrunnet tvil om vaksinesikkerhet har gjort det vanskelig å nå målsettingene for flere av disse infeksjonene, noe som har ført til lokale utbrudd som burde ha vært unngått.

En av disse sykdommene er meslinger. Det samlede antall meslingetilfeller i EU- og EFTA-landene var vesentlig høyere i 2008 enn i 2007. Dette skyldtes store utbrudd i flere land, med det høyeste antall tilfeller i Sveits, Italia, Østerrike, Tyskland, Frankrike og Storbritannia. Et sterkt politisk engasjement er nødvendig for å snu denne urovekkende utviklingen.

Antall rapporterte og laboratoriebekreftede tilfeller av rubella var derimot lavere i 2007 enn i 2008. Til tross for en dramatisk nedgang generelt sett i antall tilfeller av medfødt rubellainfeksjon etter innføringen av vaksinen, forekommer det fortsatt sporadiske tilfeller i Europa. Hvis dekningen av meslinger-kusma-rubella-vaksinen ikke er optimal, kan det oppstå "lommer" med utsatte individer i befolkningen, etterfulgt av en økning i sykdomstilfeller, blant annet med medfødt rubellainfeksjon.

Det samlede antall rapporterte tilfeller av invasiv pneumokokksykdom (IPD) var 5,2 per 100 000 innbyggere i 2008, en av de høyeste forekomstene av alle vaksinerbare sykdommer. Det er store forskjeller mellom overvåkingssystemene for invasiv pneumokokksykdom i EU, særlig når det gjelder type, dekning og anvendt kasusdefinisjon, og i noen land finnes det ingen overvåkingssystemer. ECDC er i ferd med å innføre utvidet overvåking i EU, som også skal omfatte laboratorieovervåking, for å være bedre rustet til å overvåke trendene blant serotyper - særlig dem som ikke dekkes av vaksinen.

Konklusjoner

Oppsummeringen av dataene og trendene fra 2008 tyder på at prioriteringene for forebygging av og kontroll med smittsomme sykdommer i EU ikke er betydelig endret de siste par årene. For enkelte sykdommer har medlemsstatene iverksatt samordnede forebyggings- og kontrolltiltak som har ført til en liten nedgang i forekomst og antall tilfeller (selv om nivåene forblir høye i bestemte befolkningssegmenter og risikogrupper). Flere problemer knyttet til smittsomme sykdommer gjenstår imidlertid, og de viktigste er:

- antimikrobiell resistens
- helsetjenesteassosierte infeksjoner
- seksuelt overførbare infeksjoner, særlig HIV og klamydia
- luftveisinfeksjoner forårsaket av influensa (pandemisk potensiale så vel som årlig sesonginfluensa), tuberkulose og pneumokokkinfeksjoner

For enkelte av disse sykdommene kan ytterligere fellestiltak (f.eks. vaksinasjon og tilsvarende kontrolltiltak) føre til at EU, og til slutt Europa, erklæres "fri" for sykdommen, slik tilfellet er for flere vaksinerbare sykdommer. EU-landene er imidlertid fremdeles ikke i nærheten av å nå de målene som er satt i programmene for å utrydde sykdommene, noe som særlig gjelder for meslinger, der den nedadgående utviklingen har snudd. På samme måte

er det avgjørende med mer følsom og spesifikk overvåking av rubella for å nå WHO's mål om å eliminere sykdommen innen 2010. Når det gjelder pneumokokkinfeksjoner, råder det fortsatt bekymring for at serotyper som dekkes av den konjugerte pneumokokkvaksinen, kan bli erstattet av ikke-dekkede serotyper etter innføringen av vaksinen, slik man har observert i USA.

Dataene fra 2008 viser at antimikrobiell resistens fortsatt utgjør en økende folkehelseisiko i Europa. Problemet krever internasjonalt samarbeid og samordnede tiltak på nasjonalt plan for å begrense og forebygge forekomsten av antimikrobiell resistens. På samme måte er helsetjenesteassosierte infeksjoner et økende problem som krever konsekvente retningslinjer for forebygging og kontroll. Tiltakene for å forbedre overvåkingssystemene, som hovedsakelig er basert i sykehus eller institusjoner som tilbyr langtidspleie, vil trolig gi mer pålitelige data, noe som vil være til fordel for beslutningstakerne.

Selv om den generelle trenden for tuberkulose er nedadgående, fortsetter trenden for multiresistent tuberkulose og HIV med tuberkulose å stige. Tilsvarende er den generelle HIV-trenden tiltagende. Begge disse infeksjonene krever en høy grad av oppmerksomhet for å opprettholde streng nasjonal og internasjonal forebygging og kontroll, inklusiv ytterligere investering i overvåking. Rapporteringen av samtidig forekomst av tuberkulose og HIV er fortsatt ufullstendig, selv om det foreligger nye planer om å forbedre denne situasjonen.

Sesonginfluensaen viste seg fortsatt å være svært uforutsigbar, med en relativt hard sesong dominert av virus A(H3N2) som ble etterfulgt av en A(H1N1)-pandemi med opprinnelse i Nord- og Sør-Amerika.

Tabell A: Oversikt over generell trend, antall rapporterte tilfeller i EU og de mest berørte aldersgruppene for smittsomme sykdommer rapportert på EU-plan i 2008

Sykdom	Generell trend	Antall rapporterte tilfeller i EU per 100 000 innbyggere (2008)	Mest berørte aldersgrupper (2008)
Luftveisinfeksjoner			
Influensa	↔	Ingen data	0–14
Fugleinfluensa	Utilstrekkelige data	0	Utilstrekkelige data
Legionærsyke (legionellose)	↑	1,2	≥ 65
Tuberkulose	↓	16,7	25–44
HIV, seksuelt overførbare infeksjoner og blodbårne virussykdommer			
Klamydiainfeksjon	↑	149,9	15–24
Gonoré	↓	8,6	15–24, 25–44
Hepatitt B	↓	1,3	25–44
Hepatitt C	↑	9,0	25–44
HIV	↑	5,7	25–44
AIDS	↓	1,1	40–49
Syfilis	↔	4,2	25–44
Mat- og vannbårne sykdommer og zoonoser			
Miltbrann (antraks)	↓	< 0,01	Utilstrekkelige data
Botulisme	↔	< 0,1	25–44
Brucellose	↓	0,2	45–64, 25–44
Campylobacteriose	↑	44,1	0–4
Kolera	↓	<0,01	Utilstrekkelige data
Cryptosporidiose	↔	2,4	0–4

Sykdom	Generell trend	Antall rapporterte tilfeller i EU per 100 000 innbyggere (2008)	Mest berørte aldersgrupper (2008)
Ekinokokkose	↔	0,2	45–44, ≥ 65
Vero-/shigatoksinproduserende <i>Escherichia coli</i> (VTEC/STEC)	↔	0,7	0–4
Giardiasis	↓	59,6	0–4
Hepatitt A	↓	3,3	5–14
Leptospirose	↔	0,2	45–64
Listeriose	↔	0,3	≥ 65
Salmonellose	↓	29,8	0–4
Shigellose	↔	1,8	0–4
Toksoplasmose	↓	0,8	15–24
Trikinose	↔	0,1	25–44
Tularemi	↔	0,2	45–64
Tyfoid-/paratyfoidefeber	↔	0,3	0–4, 5–44
Variant Creutzfeldt-Jakobs sykdom	Utilstrekkelige data	< 0,01	Utilstrekkelige data
Yersiniose	↑	2,7	0–14
Nye og vektorbårne sykdommer			
Malaria	↔	1,2	25–44
Pest	Utilstrekkelige data	0	Utilstrekkelige data
Q-feber	↔	0,4	45–64
Alvorlig akutt luftveissyndrom (SARS)	Utilstrekkelige data	0	Utilstrekkelige data
Kopper	Ikke relevant	0	Utilstrekkelige data
Chikungunyafeber	Utilstrekkelige data	< 0,01	45–64
Denguefeber	Utilstrekkelige data	0,1	25–44
Hantavirus-infeksjon	Utilstrekkelige data	1,4	25–44, 45–64
Vestnil-feber	Utilstrekkelige data	< 0,01	Utilstrekkelige data
Gulfeber	Utilstrekkelige data	0	Ingen tilfeller
Vaksinerbare sykdommer			
Difteri	↓	<0,01	5–14, 45–64
Invasiv infeksjon forårsaket av <i>Haemophilus influenzae</i>	↓	0,5	≥ 65, 0–4
Invasiv meningokokksykdom	↓	0,9	0–4
Invasiv pneumokokkinfeksjon	↓	5,2	≥ 65, 0–4
Meslinger	↔	0,9	0–4

Sykdom	Generell trend	Antall rapporterte tilfeller i EU per 100 000 innbyggere (2008)	Mest berørte aldersgrupper (2008)
Kusma	↓	2,8	5–14
Kikhoste	↔	5,3	5–14
Poliomyelitt	Utilstrekkelige data	0	Utilstrekkelige data
Rabies	↓	< 0,01	Utilstrekkelige data
Røde hunder (rubella)	↓	0,6	0–4
Stivkrampe (tetanus)	↓	< 0,1	≥ 65
Antimikrobiell resistens og helsetjenesteassosierte infeksjoner			
Antimikrobiell resistens	↑	Ikke relevant	Utilstrekkelige data
Helsetjenesteassosierte infeksjoner	↑	Ikke relevant	Utilstrekkelige data

9 Overvåking av antimikrobiell resistens i Europa 2009

(Publisert i november 2010)

Dette er den første årlige rapporten fra European Antimicrobial Resistance Surveillance Network (EARSNet) etter at koordineringen av European Antimicrobial Resistance Surveillance System (EARSS) ble overført til Det europeiske senter for forebygging av og kontroll med sykdommer (ECDC) 1. januar 2010. Denne rapporten er en videreføring av de svært verdifulle årlige EARSS-rapportene som nettverket har publisert siden 2001.

I løpet av det siste tiåret har antimikrobiell resistens opparbeidet seg en stadig mer framtrædende plass på dagsordenen for folkehelse spørsmål i Europa. Overvåkingen av antimikrobiell resistens, som tidligere ble utført av EARSS og som i dag utføres av EARS-Net, har spilt en viktig rolle i å framskaffe dokumentasjon om forekomst og spredning av antimikrobiell resistens samt øke bevisstheten om problemet på politisk plan, blant representanter for folkehelsemyndighetene og i vitenskapelige miljøer.

Med utgangspunkt i data om antimikrobiell resistens rapportert til EARS-Net fra 28 land i 2009, og resultatene av trendanalyser som omfatter EARSS-data fra tidligere år, vises en svært varierende resistenssituasjon i Europa alt etter typen patogen, antimikrobielt middel og geografisk region.

I 2009 kan de mest urovekkende resistensresultatene tilskrives den invasive *Escherichia coli*-bakteriens raskt avtagende følsomhet for praktisk talt alle de antimikrobielle midlene som inngår i EARS-Net-overvåkingen, bortsett fra karbapenemer, og den høye prevalensen av resistens i *Klebsiella pneumoniae*-bakterien mot tredjegenerasjons cefalosporiner, fluorokinolon og aminoglykosid. I halvparten av de rapporterende landene er andelen multiresistente *K. pneumoniae*-isolater (kombinert resistens mot tredjegenerasjons cefalosporin, fluorokinolon og aminoglykosid) over 10 %, og et par land rapporterer også høye andeler som er resistente mot karbapenemer. Disse antibiotikaene har vært svært utbredt i mange land på grunn av den økende forekomsten av bredspektrede betalaktamase (ESBL) som produserer *Enterobacteriaceae* med en påfølgende effekt på framveksten av karbapenemaseproduksjonen (VIM, KPC og NDM-1), særlig i *K. pneumoniae*.

De høyeste andelene av resistens i *E. coli* ble rapportert for aminopenicillin, noen ganger helt oppe i 66 %. Uavhengig av det høye resistensnivået fortsetter andelene å øke, selv i land som allerede har resistensnivåer på godt over 50 %. I over halvparten av de rapporterende landene har også resistensen i *E. coli* mot tredjegenerasjons cefalosporin økt betraktelig de fire siste årene. Denne resistensen er direkte koblet til de høye andelene (85–100 %) av ESBL-positive blant de resistente isolatene i land som rapporterte om ESBL i 2009.

Andre trender i forekomsten av resistens rapportert til EARS-Net gir håp om at nasjonale smitteverntiltak og tiltak for å begrense resistensen i enkelte tilfeller kan stoppe utviklingen, eller til og med snu uønskede resistenstrender, slik man så det for *meticillinresistente Staphylococcus aureus* (MRSA). Selv om andelen *meticillinresistente Staphylococcus aureus* fortsatt er over 25 % i 10 av 28 land, er forekomsten i ferd med å stabilisere seg eller avta i noen land, og en vedvarende nedgang ble observert i Østerrike, Frankrike, Irland, Latvia og Storbritannia.

Storbritannia kan vise til en jevn nedgang i de resistente andelene i *K. pneumoniae* for alle antibiotikaklasser under overvåking, og i noen land (Hellas, Tyskland, Italia og Frankrike) ser tiltakene for å kontrollere glycopeptideresistens i *Enterococcus faecium* ut til å være vellykkede og føre til en kontinuerlig nedgang i andelene resistente isolater. Samtidig ser det ut til at aminoglykosidresistens i *Enterococcus faecalis* stabiliserer seg på et relativt høyt nivå. De fleste land rapporterte om andeler av resistente isolater mellom 30 % og 50 %.

Når det gjelder *Streptococcus pneumoniae*, er penicillinresistensen generelt stabil i Europa, resistensen mot makrolid har gått ned i 6 land, og ingen land rapporterte om økende trender. Når det gjelder *Pseudomonas aeruginosa*, har mange land, særlig i Sør- og Øst-Europa, rapportert om høye andeler av fluorokinolon- og karbapenemresistens og kombinasjonsresistens.

For flere antimikrobielle og patogene kombinasjoner, f.eks. fluorokinolonresistens i *E. coli*, *K. pneumoniae*, *P. aeruginosa*, og for *meticillinresistent Staphylococcus aureus*, er andelene klart høyere i Sør- enn i Nord-Europa. Generelt rapporteres lavere resistensandeler i Nord-Europa og høyere andeler i Sør-Europa, noe som sannsynligvis gjenspeiler forskjeller i smittevernpraksis, nærvær eller fravær av lovgivning om forskrivning av antimikrobielle midler og andre faktorer som er kjent for å påvirke forekomsten av resistens.

Når det gjelder *K. pneumoniae*, er det imidlertid observert en økning i resistens mot spesifikke antibiotikaklasser og i multiresistens også i nordeuropeiske land, som Danmark og Norge, hvor man tradisjonelt har vært forsiktig med bruk av antibiotika.

I tillegg til den vanlige trendanalysen og situasjonsoversikten inneholder denne EARS-Net-rapporten for 2009 et nytt temakapittel som gir en inngående analyse av *E. coli* og *meticillinresistent Staphylococcus aureus*. Disse analysene er utelukkende basert på data fra laboratorier som har rapportert jevnlig over flere år. Den inngående analysen bekrefter en vedvarende økning i multiresistens og avdekker en jevn og betydelig nedgang i antimikrobiell følsomhet i *E. coli* over flere år. Når det gjelder *meticillinresistent Staphylococcus aureus*, gjenspeiler

den observerte nedgangen trolig effekten av smitteverntiltak i sykehusene, og kan til og med gi håp om at begrensingsstrategier vil lykkes også på andre områder.

Dataene som er rapportert til EARS-Net for 2009 av de deltagende landene kan altså sies å danne en kunnskapsbase om forekomsten av antimikrobiell resistens i Europa, som dokumenterer den uheldige og jevne reduksjonen av antimikrobielle behandlingsalternativer for store bakterielle patogener.

10. Overvåking av HIV/AIDS i Europa i 2009

(Publisert i november 2010)

Viktige punkter

HIV-infeksjon er fremdeles et folkehelseproblem av betydning i Europa, med fortsatt dokumentert smitteoverføring innen verdensdelen. Generelt sett er det, på tross av ufullstendig rapportering, ingen klare indikasjoner på noen nedgang i antall tilfeller som diagnostiseres hvert år. Siden 2004 har antallet nydiagnostiserte tilfeller av HIV rapportert per 100 000 innbyggere økt med nesten 30 %, fra 6,6 per 100 000 innbyggere i 2004 til 8,5 per 100 000 i 2009. Antall diagnostiserte AIDS-tilfeller har fortsatt å gå ned i WHO's Europaregion, bortsett fra i øst, hvor antall AIDS-tilfeller har økt. I de 48 landene som regelmessig har rapportert overvåkingsdata om AIDS mellom 2004 og 2009, gikk antallet rapporterte AIDS-diagnoser ned fra 2,0 per 100 000 innbyggere til 1,0 per 100 000.

- I 2009 ble det diagnostisert og rapportert om 53 427 HIV-tilfeller fra til sammen 49 av de 53 landene i WHO's Europaregion (data ikke tilgjengelig for Østerrike, Monaco, Russland og Tyrkia). Den høyeste forekomsten ble rapportert av Estland, Moldova, Ukraina og Usbekistan.
- 6 568 tilfeller av AIDS ble rapportert av til sammen 48 land (data ikke tilgjengelig for Østerrike, Sverige, Monaco, Russland og Tyrkia).
- I 2009 ble det rapportert om 25 917 nydiagnostiserte tilfeller av HIV-smitte fra EU/EØS-landene (data ikke tilgjengelig for Østerrike). I EU/EØS ble de høyeste tallene rapportert av Estland, Latvia, Portugal og Storbritannia.
- I EU/EØS er sex mellom menn den vanligste smittemåten ved HIV-infeksjon, etterfulgt av heteroseksuell kontakt. Når det gjaldt tilfeller der heteroseksuell kontakt var rapportert som smittemåte, ble ca. 38 % påvist hos personer fra land med en pågående HIV-epidemi.
- I de tre geografiske/epidemiologiske områdene varierer den vanligste smittemåten fra område til område, noe som illustrerer hvor sammensatt HIV-epidemiologien er i Europa. Selv om de innrapporterte dataene tyder på at heteroseksuell overføring er blitt den dominerende smittemåten i øst, ville inkludering av tilfeller fra Russland, som ikke er tilgjengelig for denne rapporten, ha bidratt til en betraktelig økning i den relative andelen av overføring på grunn av injiserende stoffmisbruk. Sprøytebruk ville da være hovedårsak til flere tilfeller i regionen sett under ett, og særlig i øst. I den sentrale regionen er sex mellom menn den vanligste smittemåten for HIV-infeksjon, etterfulgt av heteroseksuell kontakt. Tilsvarende er sex mellom menn den vanligste smittemåten i vestregionen, etterfulgt av heteroseksuell kontakt, hvis vi ser bort fra tilfeller hos personer som kommer fra land med generelle HIV-epidemier.
- Dataene som presenteres her, har visse begrensninger som skyldes ufullstendig rapportering og manglende data fra en rekke land, samt rapporteringsforsinkelser. 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 antall HIV-infeksjoner ha blitt mer enn doblet i 2009.

Anbefalinger for overvåking av HIV/AIDS

Overvåkingsdata for HIV/AIDS er helt avgjørende for å kunne kartlegge gjeldende status og trendene for HIV-epidemien, og vurdere hvilke folkehelseiltak som bør iverksettes. Alle landene i Europa bør derfor:

- innføre nasjonale 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 og CD4-celletall.

Anbefalinger om folkehelseiltak

Tiltakene som iverksettes for å kontrollere epidemien, bør være evidensbaserte, tilpasset det enkelte land og landets epidemiologiske situasjon. Ut fra de tilgjengelige overvåkingsdataene er det grunnlag for å gi følgende anbefalinger:

- For landene i østregionen: Tiltak for å kontrollere HIV blant injiserende stoffmisbrukere, herunder skadereduserende programmer, bør være hjørnesteinen i strategiene for HIV-forebygging. Det bør også iverksettes flere tiltak for å forebygge smitte ved heteroseksuell kontakt, 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 holde epidemien på dagens lave nivå. Ettersom epidemien blant menn som har sex med menn er voksende, bør man imidlertid prioritere å styrke tiltakene for å kontrollere HIV i denne gruppen prioriteres.
- 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 HIV-

- forebygging. Tiltakene for forebygging, behandling og pleie bør tilpasses for å nå ut til migrantbefolkninger.
- I alle regioner bør det satses på rådgivning og kampanjer som oppfordrer til HIV-testing for å sikre tidlig diagnostisering samt tilgang til behandling og rådgivning. Dette kan bidra til å forebygge og redusere videre spredning, og dermed redusere antallet tilfeller som diagnostiseres sent, samt forbedre de langsiktige behandlingsutfallene for de berørte. Alle befolkningsgrupper som har behov for det, bør sikres lik tilgang til HIV-behandling og pleie slik at hvert enkelt land kan nå målene fastsatt i Europakommisjonens kommunikasjons- og handlingsplan *Combating HIV/AIDS in the European Union and Neighbouring countries, 2009–2013* [Bekjempelse av HIV/AIDS i EU og naboland, 2009–2013] og det globale målet om allmenn tilgang til forebygging, behandling og pleie.

Spesialrapporter

11 Framdriftsrapport 2010 for implementeringen av Dublin-erklæringen om partnerskap til bekjempelse av HIV/AIDS i Europa og Sentral-Asia

(Publisert i september 2010)

I februar 2004 møttes representanter fra europeiske og sentralasiatiske land i Dublin, og utstedte en erklæring som fokuserte på raskere implementering av erklæringen om forpliktelser som landene kom med under FNs Generalforsamlings spesialsesjon (UNGASS) om HIV/AIDS i 2001.

Hvilke framskritt er så gjort? Dette er fokuset i denne rapporten. Rapporter fra de enkelte land blir brukt til å dokumentere resultater for et sett indikatorer som er relevante for landene i regionen. Eksisterende data blir brukt når dette er mulig. Rapporten bygger på tidligere arbeid generelt, og på rapporten utgitt av WHO's regionkontor for Europa og UNAIDS i 2008 spesielt. Tilpassede spørreskjema ble sendt til 55 land, og 49 av disse returnerte besvarte skjema.

Politisk lederskap og samarbeid

Nesten alle land rapporterer at de har et strategisk rammeverk for landets tiltak mot HIV (92 %) og et administrativt/koordinerende organ for HIV-arbeidet (84 %). Åtte land rapporterte at de hadde utviklet det strategiske rammeverket i løpet av de siste fem årene, dvs. etter Dublin-erklæringen. Det er imidlertid uklart om disse generiske størrelsene gir noen indirekte indikasjon på hvordan den politiske håndtering av HIV er i regionen. Det kan være mer hensiktsmessig å måle:

- i hvilken grad økonomiske ressurser til forebygging av HIV er rettet mot sentrale befolkningsgrupper, for eksempel injiserende stoffmisbrukere, menn som har sex med menn, og sexarbeidere,
- i hvilken utstrekning landene gjennomfører sentrale tiltak, som skadereduksjonsprogrammer for injiserende stoffmisbrukere og forebyggende programmer i stor nok skala for menn som har sex med menn, og
- i hvilken grad landene har håndtert vanskelige, men vesentlige, politiske spørsmål knyttet til marginaliserte og utsatte befolkningsgrupper, som tilbud om skadereduksjonsprogrammer til sprøytebrukere i fengsel og tilgang til tjenester for innvandrere fra land med pågående HIV-epidemier.

Rapportene viser tydelig at det sivile samfunn anerkjennes som en nøkkeltaktør i tiltakene mot HIV i hele Europa-regionen, og er tungt involvert i flere av disse tiltakene. Nesten alle land (98 %) rapporterte for eksempel at sivilsamfunnet til en viss grad var involvert i arbeidet med å utvikle landets strategiske rammeverk. Både myndigheter og representanter for det sivile samfunn rapporterte også om spesifikke fordeler ved å inkludere sivilsamfunnet i HIV-tiltak, noe som er i tråd med funnene fra den første framdriftsrapporten om Dublin-erklæringen. Representantene for sivilsamfunnet kommenterte videre at rammene for engasjementet forbedret seg mellom 2005 og 2007. Det formelle engasjementet i HIV-tiltak fra privat sektor ser ut til å være mye mer begrenset.

HIV-epidemiene i Europa og Sentral-Asia er for en stor grad begrenset til spesifikke befolkningsgrupper. Det blir dokumentert at enkelte land i regionen effektivt bruker finansieringsmidlene på forebyggende tiltak rettet mot de mest berørte gruppene. Hvis dette ble gjort i større grad, ville det ikke bare gi mer valuta for pengene, men også bidra til mer effektive tiltak generelt. Selv om finansieringen av nasjonale HIV-tiltak i regionen i økende grad skjer ved hjelp av innenlandske midler, er det fortsatt et presserende behov for løpende økonomisk støtte til HIV-tiltak i lav- og mellominntektsland. Etablering av bærekraftige mekanismer for å yte denne økonomiske støtten må være en prioritert oppgave for alle land i regionen.

Etter at Dublin-erklæringen kom, har tilgjengelige globale midler til finansiering av tiltak mot HIV økt betraktelig. Før erklæringen, i 2002, utgjorde de globale ressursene til HIV-tiltak USD 1,2 milliarder. I 2008 var midlene mer enn seksdoblet, til USD 7,7 milliarder. Pådriverne for denne økningen har vært USA og enkelte europeiske land, både gjennom bilaterale og multilaterale initiativer. I 2008 kom 40 % av alle bevilgninger/donasjoner til internasjonal AIDS-bistand fra medlemsstatene i EU, EFTA-land og Europakommisjonen. Gitt dagens globale finanskriser og konkurrerende prioriteringer med hensyn til finansiering, er det viktig at landene i regionen møter utfordringen med å opprettholde eller ytterligere øke disse finansieringsnivåene, samt sikrer at midlene brukes mest mulig effektivt.

Forebyggende arbeid

Det er solid dokumentasjon på at enkelte befolkningsgrupper er særlig berørt av HIV i Europa og Sentral-Asia. Det er en vedvarende utfordring å sikre at disse befolkningsgruppene har tilgang til de nødvendige forebyggende tjenestene i tilstrekkelig grad. Den første framdriftsrapporten om Dublin-erklæringen fastslo betydningen av å styrke og oppskalere målrettede HIV-tiltak for å redusere forskjeller, og dette er fortsatt relevant i regionen.

Det er en kjensgjerning at injiserende stoffmisbrukere er særlig sårbare for HIV-infeksjon, noe vi ser tydelig i hele regionen. Det er også klart at HIV-smitte blant sprøytebrukere kan kontrolleres hvis tjenestetilbudet er effektivt og omfattende nok. Viktige måleparametere omfatter antall spisser/sprøyter utdelt per sprøytebruker per år, og prosenten sprøytebrukere som får substitusjonsbehandling med opioider. Alle land bør gå inn for å nå det samme høye nivå med programdekning som enkelte land allerede har oppnådd.

Det er også et kjent faktum at i flere land og regioner, deriblant Europa, er menn som har sex med menn særlig berørt av HIV-epidemien. Dette gjelder imidlertid ikke bare i den vest. Dokumentasjon viser at denne gruppen er mer berørt enn tidligere anerkjent også i andre deler av regionen. Denne dokumentasjonen støtter funnene i den første framdriftsrapporten, som indikerte at det pågår en skjult HIV-epidemi blant menn som har sex med menn. I enkelte land fortsetter smitteraten å øke i denne gruppen. Årsakene er imidlertid uklare, og kan variere fra land til land. Det er nødvendig med ytterligere dokumentasjon for å belyse disse årsakene, og denne bør framskaffes via den pågående undersøkelsen European MSM Internet Study (EMIS) [Europeisk Internett-undersøkelse om menn som har sex med menn]. Selv om det ikke er klart hvordan skal få til presise målinger av dekningsgraden til HIV-programmene for menn som har sex med menn, er det likevel tydelig at dekningsgraden er lav i mange land, og at forekomsten av ubeskyttet analsex fortsatt er uakseptabelt høy. Erfaringene fra enkelte land viser også at det er mindre sannsynlighet å nå bestemte grupper av menn som har sex med menn med HIV-programmer. Dette gjelder særlig unge menn, menn utenfor hovedstedene, menn med lavere utdanning og menn som identifiserer seg som biseksuelle.

Selv om sexarbeidere anses å være særlig utsatt for HIV-infeksjon på globalt nivå, er det lite dokumentasjon som tyder på at dette er tilfelle i regionen. HIV-prevalensen blant sexarbeidere er for eksempel relativt lav i mange land i regionen. Dette gjelder imidlertid ikke alle. Noen kategorier av sexarbeidere har høyere forekomst av HIV-infeksjon, herunder personer som også er injiserende sprøytemisbrukere, mannlige og transkjønnede sexarbeidere, personer fra land med omfattende HIV-epidemier, og personer som jobber på gaten. Sexarbeidere sett under ett rapporterer en relativt høy forekomst av kondombruk under kommersiell sex, noe som trolig er mer relevant enn generelle målinger av sexarbeidernes kunnskap.

Migranter fra land med omfattende HIV-epidemier er særlig berørt av HIV. Selv om noen land er bekymret for andre grupper migranter, foreligger det lite overbevisende dokumentasjon på at disse gruppene er uforholdsmessig berørt av HIV, uavhengig av risikoferd som sprøytebruk. Problemstillinger knyttet til migranter handler ikke bare om HIV-forebygging, men også om behandlings- og pleietilbud. I mange land er det spesielle problemer knyttet til papirløse migranternes tilgang til grunnleggende tjenester, som antiretroviral behandling (ART).

Fengselsinnsatte, særlig injiserende stoffmisbrukere, er også svært sårbare for HIV-infeksjon i regionen. Selv om det er anerkjent at fengsler har behov for å ha tilgang til de samme HIV-tjenestene som samfunnet for øvrig, er dette ikke tilfellet i mange land. EU/EFTA-land har gått foran når det gjelder å gi substitusjonsbehandling med opioider i fengsler, en tilnærming som ikke har fått særlig gjennomslag i de andre landene i regionen. Dette forspranget har ikke vært like godt opprettholdt når det gjelder tilbudet om sterilt sprøyteutstyr i fengsler.

Det viste seg å være vanskelig å gi noen entydig indikasjon på i hvilken grad unge mennesker i regionen er særlig sårbare overfor HIV-infeksjon. Unge kan ikke anses som en homogen gruppe når det gjelder HIV-risiko. Likevel er noen unge særlig utsatt, f.eks. unge injiserende stoffmisbrukere og unge menn som har sex med menn, og en del dokumentasjon tyder på at det er vanskeligere å nå disse gruppene med programtiltak enn eldre aldersgrupper. Selv om mer enn tre firedeler av landene rapporterte at HIV-undervisning er en del av pensum i videregående skole, er det bekymringsverdig at omfattende seksualhelseundervisning ikke er tilgjengelig for alle unge i regionen, og særlig ikke for de yngste, det vil si elever i grunnskolen.

Leve med HIV

Alle land med tilgjengelige trenddata rapporterte en økning i antall personer som fikk antiretroviral behandling etter at Dublin-erklæringen ble innført. Det faktum at mange av disse landene startet med et behandlingstilbud på et svært lavt nivå, er imidlertid urovekkende, og man er også bekymret for om alle som trenger behandling, får tilbud om det raskt nok. Det viktigste spørsmålet når det gjelder rask behandling, handler imidlertid ikke om behandlingstilbudet til dem med kjent HIV-status, f.eks. personer med $CD4 < 350$ celler/ mm^3 . Spørsmålet er snarere i hvilken grad HIV-smittede i regionen som trenger behandling, ikke er klar over sin egen HIV-status, det vil si ikke er diagnostiserte. ECDC-data for 2008 viser at i 21 land som rapporterte data for CD4-telling på diagnostiseringsstidspunktet, hadde over halvparten av de som fikk utført en telling, et CD4-celletall på under 350 celler/ mm^3 da de ble diagnostisert. Dette er svært urovekkende tall, fordi de indikerer at et betydelig antall mennesker i regionen begynner med antiretroviral behandling senere enn anbefalt.

Nesten alle land (84 %) rapporterer at stigma og diskriminering omhandles i nasjonale strategier eller handlingsplaner for HIV og AIDS, men dette gjenspeiles ikke alltid i politikk og programmer. Det er også solid dokumentasjon på at stigmatisering og diskriminerende holdninger fortsatt er et problem i land innen regionen, og det er uklart hvorvidt tilgjengelige mekanismer for å bekjempe stigma og diskriminering benyttes. Denne situasjonen er ikke vesentlig forbedret siden forrige framdriftsrapport om Dublin-erklæringen.

Overvåking av Dublin-erklæringen

En av forpliktelsene i Dublin-erklæringen er at gjennomføringen av erklæringen skal overvåkes. Europakommisjonen ga ECDC ansvaret for å gjøre dette. Denne rapporten er resultatet av en prosess igangsatt av ECDC for å oppfylle denne forpliktelsen. Rapporten er basert på bidrag fra en lang rekke enkeltpersoner og organisasjoner. Særlig har de 49 landene som har deltatt i denne gjennomgangen, bidratt med data i rapporten.

To av prinsippene som ble fulgt i løpet av denne gjennomgangen, gikk ut på å bruke eksisterende data og indikatorer der det var mulig, og sikre at indikatorene som ble sporet, var relevante for europeiske og sentralasiatiske land. Til tider var det motsetninger mellom disse prinsippene, særlig med hensyn til i hvilken grad UNGASS-indikatorer og -data kunne brukes i prosessen. UNGASS-indikatorer er brukt når det har vært mulig. Når land har sendt inn UNGASS-data tidligere, er disse brukt. Det ble mottatt data fra 12 land som ikke sendte inn rapporter til UNGASS i 2008. Landene fikk anledning til å sende inn tilgjengelige data om bestemte emner selv om de ikke nøyaktig tilsvarte UNGASS-indikatorene. I tillegg er det samlet inn informasjon for enkelte befolkningsgrupper som det ikke foreligger noen bestemte UNGASS-indikatorer for, f.eks. fengselsinnsatte og migranter fra land med pågående epidemier. Denne gjennomgangen konkluderer med at høyere responsrater fra land i regionen i forbindelse med UNGASS-rapportering kunne vært nådd hvis:

- indikatorene var mer relevante for regionen
- fordelene ved internasjonal rapportering var klarere uttrykt
- rapporteringsbyrden på det enkelte land ble redusert ved å ha én koordinert internasjonal rapporteringsprosess

Landene som deltok i denne gjennomgangen, ga uttrykk for at det haster med å gripe fatt i disse punktene. ECDC er forpliktet til å spille en ledende rolle i en slik regional prosess.

12 En gjennomgang av erfaringene fra A(H1N1)-influensapandemien i Europa i 2009

(Publisert i november 2010)

Denne utvidede rapporten har som mål å gi en bred oversikt over epidemiologien og virologien for pandemien i EU/EØS-landene (27 EU-medlemsstater, Norge og Island). Den inneholder relevant bakgrunnsinformasjon om influensaepidemier og -pandemier, med særlig vekt på variasjoner og uforutsigbarhet. Hovedtrendene og informasjonen er basert på analysen og tolkningen av epidemiologiske og virologiske data og andre analyser sendt inn til ECDCs europeiske overvåkingssystem TESSy gjennom European Influenza Surveillance Network (EISN).

Dataene og analysene viser at det pandemiske viruset, som først dukket opp i Nord-Amerika, begynte å spres i Europa rundt uke 16 i 2009. Viruset oppfylte de tidligere fastsatte kriteriene for en pandemi i Europa, slik det også gjorde andre steder. Med innspill fra Verdens helseorganisasjon (WHO) og land utenfor Europa som allerede var berørt, var ECDC og EU/EØS-medlemsstatene raskt ute med å utvikle og enes om et overvåkingssystem som var hensiktsmessig for pandemien. Systemet bygget på allerede eksisterende systemer, men omfattet nye elementer som skulle følge situasjonen blant dem som var alvorlig rammet av det pandemiske viruset. I tillegg ble epidemiologisk etterforskning og målrettede "science watch"-metoder tatt i bruk, for så tidlig som mulig å fastsette viktige parametere som var nødvendige for å foreta informerte risikovurderinger, justere framskrivninger og danne informasjonsgrunnlag for tiltak.

European Influenza Surveillance Network rapporterte om en innledende vår-/sommerbølge av smitte som gjorde seg gjeldende i de fleste land, men bare var markant i et par land, særlig i Storbritannia. Smitteraten avtok i en kort periode utover sommeren, men akselererte igjen tidlig på høsten, rett etter skolestart. Denne gangen ble alle land berørt, da en høst-/vinterbølge beveget seg over kontinentet fra vest mot øst. Verdens helseorganisasjon erklærte pandemien offisielt for over i uke 32 /2010.

I de fleste land hadde høst-/vinterbølgen med infeksjon skarpe konturer, varte i ca. 14 uker og ble ledsaget av en lignende bølge av sykehusinnleggelses og dødsfall. Det var imidlertid forskjeller i sykdommens alvorlighetsgrad fra sted til sted, selv innenfor de enkelte land. I alt rapporterte EU/EØS-landene om 2 900 offisielle dødsfall de første 12 månedene, da medlemsstatene la ned en ekstra innsats for å samle inn disse dataene. Man må imidlertid erkjenne at dette tallet bare utgjør en del av de reelle dødstallene knyttet til pandemien. Det ble målt en økning i det totale antallet dødsfall (av alle årsaker) blant barn i skolealder. Selv om dette var et helt nytt influensavirus, var mange eldre i Europa trolig allerede immune etter å ha vært eksponert for et influensavirus som trolig hadde antigene likheter med det nye viruset og som sirkulerte før midten av 1950-tallet. Dette faktumet, som ikke er enestående for 2009-pandemien, forklarer to av de markante forskjellene fra interpandemisk influensa, eller sesonginfluensa: Dødeligheten var lavere samlet sett, mens den relative byrden av sykdommen og dødeligheten blant unge mennesker var høyere enn forventet. Selv om mange eldre mennesker så ut til å være beskyttet, var dødeligheten blant ubeskyttede eldre høyere enn i alle andre aldersgrupper.

Det pandemiske viruset erstattet de tidligere dominerende interpandemiske influensa A-virusene i Europa. Influenza B-virus forekom imidlertid fortsatt på et lavt nivå sent i sesongen. Bare et lite antall pandemiske virus viste seg å være resistente mot oseltamivir, og svært få av disse så ut til å være i stand til å smitte fra ett menneske til et annet. Selv om de pandemiske virusene ikke er identiske, er det lite som tyder på at det har oppstått en vesentlig antigenisk drift eller framvekst av dominante nye varianter til dags dato. Det har vært antydning at én variant – A(H1N1)-D222G – er forbundet med mer alvorlig sykdom, men årsakssammenhengen er ikke fastslått.

Selv om anekdotiske bevis tyder på at det var flere milde og symptomfrie tilfeller under pandemien enn ved sesonginfluensa, var det mange nok tilfeller av akutt luftveissyndrom (ARDS) – en tilstand som svært sjelden opptrer med sesonginfluensa – til at det flere steder måtte igangsettes intensivbehandling. Sykdomsforekomsten var høyest små barn, og rapporter fra enkeltland viser at forekomsten av infeksjon var høyest blant barn i skolealder. Denne høye sykdomsforekomsten la et særlig press på primærhelsetjenestene, sykehusenes pediatriske avdelinger og enkelte steder på intensivavdelinger.

Noen begrensede data fra serologiske undersøkelser er nå i ferd med å bli tilgjengelige, og støtter overvåkingsdataene som indikerer høyere smitterater enn det som har vært antatt på grunnlag av de kliniske tegnene. Disse dataene er imidlertid ennå ikke tilstrekkelige til å utarbeide pålitelige prognoser for hva som vil skje neste vinter (2010–2011), og for dette formålet har erfaringene fra de tempererte landene på den sørlige halvkule i løpet av den europeiske sommerperioden i 2010 vært mest oppklarende.

Allerede på et tidlig stadium var pandemien mye mindre alvorlig enn fryktet. Dette ble framhevet i tidlige ECDC-risikovurderinger⁶, WHO-rapporter og orienteringer fra ECDC til nasjonale og europeiske myndigheter. Lave

⁶ Tilgjengelig her: http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/H1N1/risk_threat_assessment/Pages/risk_threat_assessment.aspx

fraværstill bidro til at effekten på tjenesteyting utenfor helsesektoren ble liten, og med bakgrunn i dette og andre trekk ble det etter manges mening den mildeste pandemien Europa kunne ha håpet på.

Ettersom pandemien i 2009 utgjorde en mindre trussel enn mange land hadde forberedt seg på, ble dette en test på fleksibiliteten ved eksisterende beredskap. Pandemien oppstod på et tidspunkt da diagnostiske tester raskt ble gjort tilgjengelige, i tillegg til forebyggende farmasøytiske tiltak som antivirale legemidler. Disse legemidlene har lav resistens mot neuraminidasehemmere, men er nesten helt resistent mot eldre adamantaner. I tillegg ble hensiktsmessige vaksiner utviklet raskere enn noen gang før. Hver av disse tiltakene førte imidlertid med seg sine egne problemer, og det dukket opp nye utfordringer og overraskelser. Som tidligere nevnt var forekomsten av akutt luftveissyndrom høyere enn forventet på en tid da mange intensivbehandlingssenheter allerede var under press, uten at resten av sykehuset nødvendigvis var belastet. En mer gledelig overraskelse var at de raskt utviklede pandemivaksinene viste en svært god immunologisk respons. For mange av preparatene trengte voksne bare en engangsdose. De har også vist seg å være effektive, og tryggheten er akseptabel, selv om det er nødvendig å opprettholde overvåkingen også etter markedsintroduksjonen for å fastsette akkurat hvor trygge de er. Da vaksinene ble gjort tilgjengelige, ble de tatt imot med varierende entusiasme av helsepersonell. Pålitelige dekningsdata på EU-plan er ennå ikke tilgjengelige, men inntrykket er at de vil vise svært varierende dekning i Europa, og at bare noen få land oppnådde høy dekning blant hele befolkningen eller målrettede risikogrupper.

Mangelen på bred oppslutning om vaksinen skyldes delvis vanskeligheten med å formidle budskapet om det sammensatte risikobildet. Hovedbudskapet var at sjansen for alvorlig sykdom etter smitte var svært lav med mindre man tilhørte en av risikogrupperne (små barn, mennesker med kronisk dårlig helse og gravide kvinner). Men ettersom 25–30 % av registrerte dødsfall gjaldt tidligere friske mennesker under 65 år, måtte man også formidle at det var en liten, men reell, risiko for alvorlig sykdom og dødsfall blant alle friske voksne og barn. Det var derfor betydelige utfordringer knyttet til risikokommunikasjon.

Alt i alt er det antakelig riktig å si at EU/EØS responderte rimelig bra på pandemien. Ingen land overreagerte, og systemene utviklet av EU-kommisjonen, WHO og ECDC for å drøfte og utveksle informasjon og analyser viste seg å være fleksible og nyttige. Den virologiske og primærhelsetjenestebaserte overvåkingen i regi av EISN fungerte bra og bidro til å styrke dataene fra ECDCs epidemiologiske etterforskning og målrettede "science watch"-kilder. Utvekslingen av analyser fra de landene som først ble berørt, var mindre vellykket, og det var heldig at data og analyser fra Nord-Amerika og den sørlige halvkule ble raskt tilgjengelige. Ser man bort fra de mange gjennomgangene og erfaringsbaserte aktivitetene som allerede er igangsatt, er det allerede nå mulig å trekke følgende åpenbare slutninger:

- Felles definisjoner av alvorlighetsgraden av en pandemi er nødvendig for å forbedre fleksibiliteten ved beredskapsplaner.
- Rutinemessige overvåkingssystemer etablert forut for pandemien vil redusere behovet for å foreta endringer i løpet av en krise eller ved en pandemi.
- Det bør være bedre rutinemessig overvåking av alvorlige utfall blant innlagte i sykehus og dødsfall.
- I framtiden må videreformidlingen av tidlige analyser fra de første berørte landene fungere bedre.
- Det bør legges ned en stor innsats, som inkluderer forskning og utvikling, for å gjøre seroepidemiologi tilgjengelig i sanntid.
- Under en pandemi bør modelleringen være tettere knyttet til politikk og tiltak i hele Europa, ikke bare i ett eller to land.

Pandemiberedskapen må bli gjenstand for en ny gjennomgang, da forekomsten av denne pandemien ikke utelukker muligheten for at det dukker opp en ny pandemi i nær framtid, f.eks. en H5- eller H7-pandemi. Den neste generasjonen med beredskapsplaner må være mer fleksible når det gjelder reaksjonene overfor ulike alvorlighetsgrader og ulike kombinasjoner av ECDCs "kjente ukjente" variabler ved en pandemi. Dette ville bli enklere å oppnå hvis man kunne komme fram til et felleseuropeisk syn på vurdering av alvorlighetsgrader, slik at tiltakene som iverksettes kan stå i forhold til omfang og særtrekk. De neste planene må også sørge for at influensaovervåkingssystemene som innføres, kan konsolideres og vedlikeholdes slik at de imøtekommer behovene som oppstår ved en pandemi, særlig i forbindelse med alvorlige akutte luftveissykdommer, dødelighet knyttet til pandemien, og til slutt seroepidemiologisk overvåking. Denne overvåkingen må prioriteres, bli tilgodesett med nok ressurser og utvikles og testes i den interpandemiske perioden, slik at den er mer fleksibel og effektiv neste gang en større krise oppstår.

13 Mot utrydding av tuberkulose – en oppfølging av den overordnede handlingsplanen for å bekjempe tuberkulose i EU

(Publisert i november 2010)

Innledning

Den overordnede handlingsplanen for å bekjempe tuberkulose i EU ble lansert av Det europeiske senter for forebygging av og kontroll med sykdommer (ECDC) i 2008. På grunnlag av en forespørsel fra EUs helsekommissær om å utvikle et rammeverk for overvåkingen som understøtter denne planen, har ECDC nå utarbeidet en oppfølgingsrapport til handlingsplanen. Målsettingene med oppfølgingsrapporten er å gi en oversikt over dagens strategiske situasjon for tuberkulosekontroll i EU og skissere hvordan denne står i forhold til den globale situasjonen, samt å beskrive et epidemiologisk og strategisk rammeverk for overvåkingen som kan føre til framgang i arbeidet med å utrydde tuberkulose i EU.

Strategisk situasjon på europeisk og globalt plan

Tuberkuloseepidemien i EU er i dag på et slikt nivå at det kreves et spesifikt rammeverk for overvåkingen. Rammeverket må være direkte relevant for den europeiske epidemiologiske konteksten, og lett tilgjengelig for medlemsstatene. Utviklingen av et slikt rammeverk vil kreve en grundig forståelse av den epidemiologiske og strategiske situasjonen som skal overvåkes. Denne oppfølgingsrapporten vil derfor gi en oversikt over den gjeldende situasjonen både i EU og globalt, idet den erkjenner behovet for en omfattende strategi for tuberkulosekontroll, i lys av den globale tuberkulosesituasjonen..

Overvåking av den overordnede handlingsplanen

Denne rapporten foreslår en rekke epidemiologiske og operasjonelle kjerneindikatorer og mål som en integrert del av rammeverket for overvåkingen. Disse er forenelige med de indikatorene og målene som allerede overvåkes som en del av eksisterende globale og regionale samarbeid, og kan generelt utledes fra informasjon som landene allerede har samlet inn og rapportert. Kjerneindikatorerne og oppfølgingen er spesifikt knyttet til åtte strategiske områder i handlingsplanen, for å gjøre det mulig å vurdere framdriften på hvert av disse områdene.

Epidemiologiske indikatorer

- 1 Trender i antall rapporterte tilfeller
- 2 Trender i antall rapporterte tilfeller av multiresistens
- 3 Trender i forholdet mellom antall rapporterte tilfeller blant barn og voksne
- 4 Trender i gjennomsnittsalder blant tuberkulose tilfeller

Operasjonelle indikatorer

- 1 At en nasjonal plan for tuberkulosekontroll er tilgjengelig
- 2 At det er tilgjengelige retningslinjer for implementering av den nasjonale planen for tuberkulosekontroll
- 3 Prosentdelen av nasjonale referanselaboratorier for tuberkulose (som følger ERLN-TB) som tilfredsstillere kravene i det eksterne kvalitetssikringsprogrammet
- 4 At en strategi for innføring og implementering av nye verktøy for tuberkulosekontroll er tilgjengelig
- 5 Prosentdelen av nye tilfeller av lungetuberkulose bekreftet ved dyrking, og prosentdel av tilfeller resistensbestemt for førstehåndspreparater
- 6 Prosentdelen av medlemsstater som rapporterer om suksessraten for behandling
- 7 Suksessraten for behandling
- 8 Prosentdelen av tuberkulosepasienter med kjent HIV-status

Vedlegg: ECDC-publikasjoner i 2010

Tekniske rapporter

Mai

Risk assessment on Q fever

Juni

Core functions of microbiology reference laboratories for communicable diseases

September

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

Oktober

Surveillance and prevention of hepatitis B and C in Europe

November

External quality assurance scheme for Salmonella typing

Evidence synthesis for Guidance on HIV testing

Desember

Fostering collaboration in public health microbiology in the European Union

Veiledning fra ECDC

Oktober

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

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

Desember

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

Overvåkingsrapporter

Mars

Tuberculosis surveillance in Europe 2008

Mai

Influenza surveillance in Europe 2008/09

Oktober

Annual Threat Report 2009

Surveillance of invasive bacterial diseases in Europe 2007

November

Annual Epidemiological Report on Communicable Diseases in Europe 2010

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

HIV/AIDS surveillance in Europe 2009

Spesialrapporter

Juli

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

September

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

November

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

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

Møterapporter

Januar

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

Februar

Expert forum on communicable disease outbreaks on cruise ships

Mars

Training strategy for intervention epidemiology in the European Union

April

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

Mai

Annual meeting of the European Influenza Surveillance Network (EISN)

Juni

First annual meeting of the European Reference Laboratory Network for Tuberculosis

Expert consultation on healthcare-associated infection prevention and control

Juli

Surveillance in EU and EEA/EFTA countries

Desember

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

Oppdragsrapporter

Februar

Public consultation and the advancement of the health system in the Former Yugoslav Republic of Macedonia

Oktober

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

Tekniske dokumenter

Mars

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

Joint European pandemic preparedness self-assessment indicators⁷

⁷ Publisert av WHO.

September

Conducting health communication activities on MMR vaccination

Andre publikasjoner

Summary of key publications 2009

Annual Report of the Director 2009

Strategies for disease-specific programmes 2010–2013

ECDC Insight

Executive Science Update

Vanlige publikasjoner

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

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