



## ECDC **CORPORATE**

# Sammanfattning av viktiga publikationer 2010

ECDC CORPORATE

# Sammanfattning av viktiga publikationer 2010



Förslag på hänvisning: Europeiskt centrum för förebyggande och kontroll av sjukdomar. Sammanfattning av viktiga publikationer 2010. Stockholm: ECDC, 2011.

Stockholm i april 2011

© Europeiskt centrum för förebyggande och kontroll av sjukdomar, 2011.

Kopiering tillåten med angivande av källan.

# Innehållsförteckning

|  |    |
|--|----|
| Inledning .....  | v  |
| Tekniska rapporter .....   | 1  |
| 1 Riskbedömning av Q-feber .....   | 1  |
| 2 Övervakning och förebyggande av hepatit B och C i Europa .....   | 3  |
| Vägledning från ECDC .....   | 5  |
| 3 Hantering av sporadiska fall av invasiv meningokockinfektion och deras kontakter .....   | 5  |
| 4 Hiv-testning: ökat utnyttjande och ökad effektivitet i EU .....  | 7  |
| Övervakningsrapporter .....  | 11 |
| 5 Tuberkulosövervakning 2008 .....   | 11 |
| 6 Influensaövervakning i Europa 2008/09 – vecka 40/2008 till vecka 39/2009 .....   | 13 |
| 7 Övervakning av invasiva bakteriesjukdomar i Europa 2007 .....  | 14 |
| 8 Årlig epidemiologisk rapport om smittsamma sjukdomar i Europa 2010 .....   | 16 |
| 9 Övervakning av antimikrobiell resistens i Europa 2009 .....  | 21 |
| 10 Övervakning av hiv/aids i Europa 2009 .....   | 23 |
| Särskilda rapporter .....  | 25 |
| 11 Genomförande av Dublindeklarationen om partnerskap för att bekämpa hiv/aids i Europa och Centralasien: en lägesrapport för 2010 ..... | 25 |
| 12 A(H1N1)-pandemin i Europa 2009 – en genomgång av erfarenheterna .....   | 28 |
| 13 Framsteg mot en eliminering av tuberkulos – en uppföljning av handlingsplanen för att bekämpa tuberkulos i EU .....                   | 30 |
| Bilaga: ECDC-publikationer 2010 .....  | 31 |
| Tekniska rapporter .....   | 31 |
| Vägledning från ECDC .....   | 31 |
| Övervakningsrapporter .....  | 31 |
| Särskilda rapporter .....  | 32 |
| Mötesrapporter .....   | 32 |
| Delegationsrapporter .....   | 32 |
| Tekniska dokument .....  | 32 |
| Gemensamma publikationer .....   | 33 |
| Regelbundna publikationer .....  | 33 |

## Inledning

År 2010 publicerade Europeiskt centrum för förebyggande och kontroll av sjukdomar (ECDC) sammanlagt 35 vetenskapliga dokument. Några av de viktigaste dokumenten:

- *Annual epidemiological report on communicable diseases in Europe 2010* (Årlig epidemiologisk rapport om smittsamma sjukdomar i Europa 2010). ECDC:s fjärde årliga publikation som innehåller en heltäckande sammanfattning av övervakningsdata för 2008.
- *Tuberculosis surveillance in Europe 2008* (Tuberkulosövervakning i Europa 2008) och *HIV/AIDS surveillance in Europe 2009* (Övervakning av hiv/aids i Europa 2009). Båda utarbetade tillsammans med Världshälsoorganisationens regionala kontor för Europa (WHO/Europe). Behandlar läget i länderna i Europeiska unionen (EU) och Europeiska ekonomiska samarbetsområdet (EES) samt i ytterligare 23 länder i WHO Europe-regionen.
- *Implementing the Dublin Declaration on Partnership to Fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia: 2010 Progress Report* (Genomförande av Dublindeklarationen om partnerskap för att bekämpa hiv/aids i Europa och Centralasien: en lägesrapport 2010). En genomgång av de framsteg som har gjorts fram till 2010, baserad på uppgifter från 49 länder.
- *Antimicrobial resistance surveillance in Europe 2009. Annual report of the European Antimicrobial Resistance Surveillance Network (EARS-Net)* (Övervakning av antimikrobiell resistens i Europa 2009, årsrapport från det europeiska nätverket för övervakning av antimikrobiell resistens (EARS-Net)). Den första årsrapporten från EARS-Net sedan det europeiska systemet för övervakning av antimikrobiell resistens (EARSS) överfördes till ECDC den 1 januari 2010. Europeiska referensdata om antimikrobiell resistens ur ett folkhälsoperspektiv.
- *The 2009 A(H1N1) pandemic in Europe, a review of the experience* (A(H1N1)-pandemin i Europa 2009, en genomgång av erfarenheterna). En bred epidemiologisk och virologisk översikt över pandemin i EU- och EES-länderna 2009.

Vissa ECDC-dokument, bland annat ovanstående, har sammanfattats på alla EU-språk samt på isländska och norska för att finnas tillgängliga för beslutsfattare. Sammanfattningarna återger själva kärnan i de ursprungliga publikationerna, men en del viktiga nyanser kan ha gått förlorade. Läsare som vill få mer utförlig information bör läsa hela texten, som finns på [www.ecdc.europa.eu](http://www.ecdc.europa.eu).

En förteckning över alla ECDC:s publikationer år 2010 finns i bilagan. De finns alla i elektronisk form på ovanstående länk, med en kortfattad beskrivning av innehållet. Vissa rapporter finns även i tryckt form. Tryckta exemplar kan beställas från [publications@ecdc.europa.eu](mailto:publications@ecdc.europa.eu).

# Tekniska rapporter

## 1 Riskbedömning av Q-feber

(publicerad i maj 2010)

**En riskbedömning** gjordes på begäran av Europeiska kommissionen för att bedöma Q-feber och dess överföring via blod, hälsoeffekterna av kronisk Q-feber och riskerna för gravida kvinnor. Med anledning av utbrottet i Nederländerna ombads ECDC även behandla frågan om gränsöverskridande spridning och behovet av bättre övervakningssystem. Riskbedömningen utfördes enligt principerna för evidensbaserade metoder genom att man definierade sökbegrepp för varje enskild fråga, angav inklusions- och exklusionskriterier för angivna studier och bedömde evidensens kvalitet. En granskning av bästa tillgängliga evidens presenterades för och diskuterades med en expertpanel med företrädare från Nederländerna, Frankrike, Tyskland, Storbritannien och USA. Arbetet utfördes parallellt med en riskbedömning av Q-feber från EFSA, den europeiska myndigheten för livsmedelssäkerhet.

**Akut Q-feber** är i regel en mild, influensaliknande sjukdom med spontant tillfrisknande, men ibland tillstötter lunginflammation, gulsot och andra symtom. Den kan normalt behandlas framgångsrikt med en tvåveckors behandling med doxycyklin.

*Coxiella burnetii* är en obligat, intracellulär bakterie som kan överföras via **blod och vävnader**. Risken för sådan överföring är låg och det finns bara ett dokumenterat fall i litteraturen. Under ett utbrott måste det endemiska området definieras och säkerhetsåtgärder övervägas, såsom aktiv övervakning av mottagare av blod och vävnad, screening av givare och screening av blod- och vävnadsprodukter. Resenärer som återvänder från området inom inkubationstiden och har en asymtomatisk bakteriem (fem till sju veckor) bör under inkubationstiden avstå från att ge blod. Behandling med antibiotika kan övervägas för blodmottagare som är utsatta för särskilt hög risk, såsom patienter med defekta hjärtklaffar. Givare som har haft en akut Q-feberinfektion bör avstå från att lämna blod under två år från och med den dag tillfrisknandet från den akuta infektionen har bekräftats. Fördelarna med sådana åtgärder måste nogta vägas mot de negativa effekter de kan ha på blodförsörjningen i området. En strategi för att informera om riskerna bör utarbetas.

**Kronisk Q-feber** är en allvarlig komplikation av akut Q-feberinfektion som utvecklas i cirka 2 procent av fallen av akuta symtom. Dödligheten kan variera mellan 5 och 50 procent. Kronisk Q-feber kan orsaka endokardit hos riskgrupper som personer med tidigare hjärtklaffsjukdom, klaffprotes eller konstgjorda blodkärl. Även cancerpatienter och patienter med nedsatt immunförsvar utgör högriskgrupper. Kronisk Q-feber måste behandlas i minst ett år, i vissa fall hela livet, med flera olika antibiotika. Kirurgisk ersättning av skadade hjärtklaffar kan bli nödvändig.

En effektiv diagnos och behandling av akut Q-feber är den bästa strategin för att undvika kroniska fall. Tre tänkbara strategier beskrivs: 1) medvetandehöjande insatser bland vårdanställda och allmänhet för att informera om riskgrupperna, 2) aktiv uppföljning med serologi för kända riskgrupper för att tidigt upptäcka och behandla akuta Q-feberinfektioner, 3) remittering av alla kända patienter med akut Q-feber till ekokardiografi för aktiv uppspårning av fall och uppföljning.

Bra prospektiva kohortstudier och kontrollerade försök (om det är etiskt försvarbart) måste inledas för att få fram ett bättre underlag för hur man kan förebygga och förhindra utbrotten av Q-feber hos allmänheten och diagnostisera och behandla akut och kronisk sjukdom på klinisk nivå.

Uppgifterna om **Q-feber i samband med graviditet** är mycket begränsade och kommer i första hand från iakttagelser och forskning på tamdjur och försöksdjur, seroprevalensstudier, fallbeskrivningar och en fallserie som omfattade 53 gravida kvinnor under en femtonårsperiod. Risken för gravida kvinnor att drabbas av allvarliga Q-febersymtom jämfört med risken för den (kvinnliga) populationen i stort kan inte kvantifieras på grundval av nu tillgängliga uppgifter. Flera fall av *Coxiella burnetii*-infektioner under graviditeten som lett till missfall har rapporterats. I vissa fall hittades *Coxiella burnetii* i moderkaka och fostervävnad. *Coxiella* har också identifierats i bröstmjölk, men inga fall av överföring till det ammade barnet har bekräftats.

Det finns vissa indikationer som tyder på att långvarig behandling med antibiotika av typen cotrimoxazol kan förhindra missfall, men uppgifterna bygger på en fallserie utan randomisering och utan kontroll av eventuella systematiska avvikelser. Så länge det inte finns ytterligare evidens från behandlingsstudier av hög kvalitet bör gravida kvinnor med diagnostiserad Q-feberinfektion behandlas med antibiotika under återstoden av graviditeten. Det vetenskapliga stödet för denna rekommendation är emellertid svagt och ECDC rekommenderar starkt att randomiserade kontrollerade försök utförs för att få fram ett mer tillförlitligt underlag.

Gravida kvinnor bör uppmanas att inte besöka bondgårdar i drabbade områden. ECDC rekommenderar inte att kvinnor avstår från att amma, utom i fall av kronisk sjukdom som kräver långvarig behandling av modern.

Ett formalininaktiverat, **helcellsvaccin mot Q-feber** tillverkas och licenseras i Australien. Vaccinet är effektivt, men på grund av hög reaktogenicitet hos personer som redan varit infekterade med *Coxiella burnetii* krävs tester före vaccinering, varför vaccinet är lämpligare för utvalda riskgrupper än för allmän vaccinering.

Tillgängliga uppgifter tyder på att den faktiska räckvidden för **luftburen spridning** av *Coxiella burnetii* är högst 5 km. Risken för luftburen spridning från Nederländerna är därför begränsad till grannländerna (dvs. Tyskland och Belgien) och till området nära utbrottskällan. Aktiv övervakning eller uppspårning av fall med akut Q-feber i tänkbara riskgrupper (dvs. gravida kvinnor, patienter med klaff- eller kärlsjukdomar) på lokal nivå och under en viss period rapporteras vara genomförbart och en effektiv metod för att upptäcka akut smitta. I områden nära epidemiska miljöer ( $\leq 5$  km från källan) bör informationskampanjer genomföras bland vårdgivarna. Om området även påverkar andra medlemsstater måste de ansvariga folkhälsomyndigheterna informera sina motparter i de andra länderna. Ett informationsutbyte mellan folkhälsomyndigheter och veterinära myndigheter skulle göra det lättare att tidigt upptäcka utbrott. Folkhälsomyndigheter och veterinära myndigheter på nationell och lokal nivå bör dessutom vidta de åtgärder som krävs för att stoppa ett utbrott.

## 2 Övervakning och förebyggande av hepatit B och C i Europa

(publicerad i oktober 2010)

### Syfte

Undersökningen genomfördes för att kartlägga befintliga nationella system för att övervaka och förebygga hepatit B och C i EU/EES.

### Hepatit B

#### *Övervakning i Europa*

Samtliga länder uppgav att de hade ett passivt system för obligatorisk rapportering av hepatit B. Femton länder hade endast ett särskilt övervakningssystem, medan fyra länder hade flera övervakningssystem. De nationella målen för övervakningen är mycket likartade i de olika länderna, men falldefinitionerna låg inte alltid i linje med målen. Åtta länder uppgav att de hade infört EU:s falldefinition från 2008 och tre använde falldefinitionen från 2002. Totalt tillämpade 21 länder en falldefinition som låg mycket nära EU:s definition. På grundval av de olika falldefinitionerna rapporterar 28 länder bekräftade fall och 27 även fall av akut hepatit B. Kroniska fall ingick i rapporterna från 17 länder. Asymtomatiska fall utelämnas ofta. 26 länder rapporterade att de samlade in fallbaserade uppgifter på nationell nivå, men analysfrekvensen skiljer sig åt mellan länderna. En uppsättning basdata (ålder, kön, hemvist, när sjukdomen bröt ut, rapporteringsdatum) samlas in i 26 länder, men detaljerade uppgifter om risken för epidemier och sjukdomens effekter saknas ofta.

#### *Epidemiologi i Europa*

Antalet nyrapporterade fall per 100 000 personer under 2007 varierar enligt vad som rapporterats av 27 länder mellan 0 till 15,0, med ett genomsnitt på 1,5 (Annual Epidemiological Report on Communicable Diseases in Europe 2009. Stockholm: ECDC, 2009). Antalet rapporterade fall av hepatit B i EU/EES-länderna per 100 000 personer har minskat från 6,7 till 1,5 mellan 1995 och 2007. Det kan vara svårt att spåra trender och göra jämförelser mellan olika länder, eftersom övervakningssystemen skiljer sig kraftigt åt och ändringar som nyligen gjorts kan påverka de uppgifter som presenteras.

Prevalensen av hepatit B hos befolkningen i stort varierar kraftigt mellan olika länder. Antalet HbsAg-bärare är lågt till medelhögt i Slovakien (1,6 %), Italien (1 %), Belgien och Frankrike (cirka 0,6 %), Finland, Ungern, Storbritannien (alla under 0,5 %) och Bulgarien (3,8 %). Screening för hepatit B hos gravida kvinnor görs i 24 länder, men inte i Belgien, Bulgarien, Litauen, Luxemburg och Rumänien. Prevalensen bland gravida kvinnor varierar mellan 1,15 % i Grekland och 0,14 % i Finland. Det finns också screeningprogram för sprutmissbrukare (15 länder av 29), fängelseinterner (11 länder), patienter på STI-kliniker (nio länder) och personer med många sexpartner (två länder). Prevalensen av hepatit B bland sprutmissbrukare som rapporterades av nio länder var högre än bland befolkningen i stort, men varierade avsevärt och låg på alltifrån 0,5 procent i Norge till 50 procent i Danmark. Prevalensen bland vårdanställda i Danmark och Tyskland visade sig vara ungefär densamma som bland befolkningen i stort.

#### *Screening och vaccinering*

Allmänna vaccinationsprogram för spädbarn, barn eller ungdomar har införts i 22 länder. Sju länder (Danmark, Finland, Island, Norge, Sverige, Nederländerna och Storbritannien) har infört riktade vaccinationsprogram för riskgrupper. Andra preventionsprogram för olika riskgrupper var i regel inriktade på personer som löper större risk att smittas med hepatit B på grund av exponering i arbetet. Det finns dessutom många olika vaccinationsprogram för riskgrupper. Endast hälften av länderna med ett program för rutinmässig vaccinering angav varierande täckningsgrader, men täckningsgraden för spädbarn (ett till två år) verkar ligga över 95 procent (förutom i Österrike, Malta och Frankrike).

### Hepatit C

#### *Övervakning i Europa*

Samtliga EU/EES-länder uppgav att de hade infört ett rapporteringssystem för hepatit C (antingen rikstäckande eller inriktat på en specifik population). Fjorton länder hade ett särskilt övervakningssystem, medan 15 länder uppgav att de använder flera system för att övervaka hepatit C. De nationella målen för övervakningen är mycket likartade i de olika länderna, men falldefinitionerna verkar inte alltid ligga i linje med målen. Elva länder uppgav att de hade infört EU:s falldefinition från 2008 och fyra länder tillämpade EU:s falldefinition från 2002. Trots detta finns det stora skillnader mellan medlemsstaternas tillämpning av falldefinitioner, framför allt vad gäller



klassificeringen av fall. Samtliga länder inkluderade bekräftade fall i sina övervakningssystem<sup>1</sup>, och 18 länder inkluderade också kroniska fall. Vissa länder uppgav att de hade samlat in en blandning av olika fall och det fanns inga serologiska markörer för att skilja mellan akut och kronisk hepatit C. Detta försvårar tolkningen av tillgängliga data i de olika länderna. 26 länder rapporterade att de samlade in fallbaserade uppgifter på nationell nivå, men analysfrekvensen skiljer sig åt mellan olika länder. Förutom den kliniska rapporteringen samlade 19 länder in data från laboratorier som en del av sitt övervakningssystem. I tio länder ingår inte laboratorierapportering. En uppsättning basdata (ålder, kön, hemvist, när sjukdomen bröt ut, rapporteringsdatum) samlas in i 26 länder, men information om epidemiologisk risk och sjukdomens effekter saknas ofta. Underrapportering verkar vara vanlig på grund av sjukdomens asymtomatiska karaktär.

### *Epidemiologi i Europa*

Antalet nyrapporterade fall per 100 000 personer varierar enligt vad som rapporterats av 27 medlemsstater mellan 0 och 36 under 2007. Den genomsnittliga incidensen var 6,9 fall per 100 000 (Annual Epidemiological Report on Communicable Diseases in Europe 2009. Stockholm: ECDC; 2009). Antalet rapporterade fall av hepatit C i EU/EES-länderna per 100 000 personer har ökat från 4,5 till 6,9 mellan 1995 och 2007. Att spåra trender och göra jämförelser mellan olika länder är svårt och måste göras med försiktighet, eftersom övervakningssystemen skiljer sig kraftigt åt och ändringar som nyligen gjorts kan påverka de uppgifter som presenteras. För hepatit C försvåras tolkningen ytterligare av smittans asymtomatiska natur, vilket innebär att de siffror som rapporteras kan spegla testrutinerna snarare än den verkliga incidensen, samt av att det inte görs någon åtskillnad mellan akut och kronisk sjukdom.

Uppgifterna om prevalensen av hepatit C bland befolkningen i stort är ganska knapphändiga. Prevalensen varierar mellan 2,6 % i Italien 2007 till 0,12 % i Belgien 2003. En relativt hög prevalens rapporterades av Bulgarien (1,2 %) och Slovakien (1,56 %). Elva medlemsstater rapporterade data över prevalensen bland sprutmissbrukare som låg mellan 25 och 75 procent. Under 2006–07 rapporterade Italien den lägsta prevalensen (10,8 % – 25,6 %) och Norge den högsta (70 %). Data om prevalensen av hepatit C bygger på serologiska markörer för hepatit C, men det framgår inte vilken del av befolkningen som är bärare och därmed smittsam.

### *Prevention i Europa*

Hälften av länderna uppgav att de hade infört screeningprogram för riskgrupper: 16 länder har program för sprutmissbrukare, 11 för fängelseinterner. Det är fortfarande oklart om många länder har infört program för att kartlägga antalet smittade bland vårdanställda. Det verkar behövas fler screeningprogram för riskgrupper, svårnådda grupper och befolkningen i stort, men innan man vidtar några åtgärder bör en grundlig undersökning göras som bygger på en kostnadseffektivitetsanalys och tillgången till verksam behandling.

### **Slutsats**

I rapporten samlades och analyserades data från 29 EU/EES-länder avseende program för övervakning och förebyggande av hepatit B och C. Även om samtliga länder har infört system för att samla in data på nationell nivå skiljer sig dessa åt i fråga om sättet att tillämpa falldefinitioner och att använda de insamlade uppgifterna.

Eftersom viral hepatit är en vanlig och ofta underrapporterad sjukdom försöker man i denna rapport sammanfatta de senaste prevalensuppgifterna på EU-nivå. Att harmonisera övervakningsuppgifterna för att förbättra jämförbarheten för data mellan olika länder kommer att bli en krävande uppgift de närmaste åren.

<sup>1</sup> En kartläggning av akuta bekräftade fall av hepatit C i Frankrike gjordes endast 2006 och 2007 och för en specifik population, nämligen hiv-smittade män som har sex med män.

# Vägledning från ECDC

## 3 Hantering av sporadiska fall av invasiv meningokockinfektion och deras kontakter

(publicerad i oktober 2010)

*Neisseria meningitidis* är en vanlig kommensal bakterie i människans svalgslimhinna. Bakterien kan orsaka allvarlig invasiv meningokocksjukdom, vanligtvis i form av hjärnhinneinflammation, blodförgiftning eller båda. Det finns tyvärr stora skillnader i Europa mellan rutinerna för att hantera sporadiskt förekommande meningokockinfektioner, vilket delvis beror på en osäkerhet om de förebyggande åtgärdernas effektivitet.

Syftet med detta dokument är att tillhandahålla en evidensbaserad vägledning för god praxis när det gäller att hantera sporadiska fall av meningokockinfektion och smittade personers kontakter. Syftet är också att hjälpa länderna i Europa att fatta beslut om lämpliga åtgärder för att kontrollera och förebygga meningokocksjukdom på nationell och regional nivå. Detta vägledande dokument bör hjälpa de europeiska länderna att se över sin policy när det gäller hanteringen och mikrobiologisk diagnos av meningokocksjukdom. Resultaten som presenteras här omfattar inte vägledning för hantering av utsatta sjukvårdsanställda eller epidemier, men följande relevanta områden behandlas:

- Laborrietester för att bekräfta diagnosen invasiv meningokocksjukdom.
- Användning av antibiotika vid utskrivning från sjukhus.
- Kemoprofylax för nära kontakter i olika miljöer.
- Val av antibiotika för kemoprofylax för olika grupper (vuxna, barn, gravida).
- Användning av meningokockvaccin som komplement till kemoprofylax.

Förutom forskningsresultatets kvalitet tar slutsatserna hänsyn till potentiella fördelar och risker, värden, bördor och kostnader.

### Resultat

Slutsatserna bygger på en systematisk genomgång och kritisk utvärdering av nuvarande bästa tillgängliga evidens. För mer heltäckande information hänvisas till det fullständiga dokumentet.

#### 1. Vilka laboratorieprover rekommenderas för att göra en korrekt (precision, specificitet) och snabb diagnos av invasiv meningokocksjukdom?

Forskningsfråga: Vilka är de mest precisa och specifika laboratorieproverna för att bekräfta diagnosen invasiv meningokocksjukdom?

- Det finns medelgod evidens för att polymeras kedjereaktion (PCR) och odling är det lämpligaste diagnostiska provet. Om det är logistiskt och ekonomiskt möjligt bör mikrobiologiska laboratorier som utför diagnoser för meningokocksjukdom ha tillgång till PCR-provning. I fall där antimikrobiell behandling redan har påbörjats kan PCR-provning av hudbiopsi/aspirat för att komplettera provtagning av blod/cerebrospinalvätska (CSF) – på grund av evidens av låg kvalitet – öka diagnosens precision för patienter med hudlesioner.

#### 2. Bör antibiotika, utöver de som används i den kliniska behandlingen, ges till patienter med invasiv meningokocksjukdom vid utskrivning från sjukhuset?

Forskningsfråga: Är förskrivning av antibiotika effektivt för att eliminera bärarskap av invasiv meningokocksjukdom och därmed förhindra sekundärfall vid utskrivning från sjukhus, jämfört med om ingen antibiotika ges vid utskrivningen?

- Evidens för respektive mot att ge antibiotika till patienter med invasiv meningokocksjukdom vid utskrivning från sjukhus är mycket svag. Då det enbart finns medelgod evidens för att det är effektivt att ge kemoprofylax till nära kontakter och med tanke på de relativt låga kostnaderna bör antibiotika som eliminerar bärarskap emellertid ges om så inte redan skett i samband med behandlingen.

#### 3. Bör kemoprofylax ges till personer i samma hushåll eller som har haft likvärdiga kontakter med patienter med invasiv meningokocksjukdom?

Forskningsfråga: Hur effektivt är det att ge kemoprofylax till personer i samma hushåll som patienter med invasiv meningokocksjukdom för att förhindra ytterligare fall bland dessa personer?

- Personer i samma hushåll som personer med invasiv meningokocksjukdom bör ges kemoprofylax med antibiotika som eliminerar bärarskap, vilket baseras på medelgod evidens från observationsstudier.

#### **4. Bör kemoprofylax ges till barn eller elever i samma förskola, skola eller gymnasium som patienter med invasiv meningokocksjukdom?**

Forskningsfråga: Hur effektivt är det att ge kemoprofylax till personer som haft kontakt med patienter med invasiv meningokocksjukdom i förskola, skola och gymnasium för att förhindra ytterligare fall?

- Mot bakgrund av svag evidens bör personer som går i samma förskola som patienter med invasiv meningokocksjukdom erbjudas kemoprofylax utifrån en riskbedömning. Att man går i samma skola eller gymnasium som patienter med invasiv meningokocksjukdom bör inte i sig vara en indikation för kemoprofylax.

#### **5. Bör kemoprofylax ges till personer som druckit ur samma glas som patienter med invasiv meningokocksjukdom?**

Forskningsfråga: Hur effektivt är det att ge kemoprofylax till personer som druckit ur samma glas (eller haft likartade kontakter, t.ex. delat en cigarett, använt samma bestick) som patienter med invasiv meningokocksjukdom för att förhindra ytterligare fall bland dessa personer?

- Mot bakgrund av svag evidens bör det faktum att man druckit ur samma glas, delat på cigaretter eller haft liknande kontakter med patienter med invasiv meningokocksjukdom inte i sig vara en indikation för kemoprofylax.

#### **6. Bör kemoprofylax ges till personer som använt samma färdmedel (t.ex. flygplan, båt, buss, bil) som patienter med invasiv meningokocksjukdom?**

Forskningsfråga: Hur effektivt är det att ge kemoprofylax till personer som använt samma färdmedel som patienter med invasiv meningokocksjukdom för att förhindra ytterligare fall bland dessa personer?

- Nu tillgänglig evidens är mycket svag och gör det omöjligt att kvantifiera risken för smitta i olika transportmiljöer. Inga sekundärfall har konstaterats i sådana miljöer. Att man delar transportmedel med patienter med invasiv meningokocksjukdom bör därför inte i sig vara en indikation för kemoprofylax.

#### **7. Vilken typ av behandling med antibiotika bör rekommenderas för kemoprofylax bland vuxna, barn och gravida?**

Forskningsfråga: Vilka typer av antibiotika är mest effektiva för att utrota bakterien hos vuxna, barn och gravida?

- Det finns medelgod till stark evidens för att rifampicin, ciprofloxacin, ceftriaxon, azitromycin och cefixim kan ges profylaktiskt till vuxna och barn. Ingen behandling anses vara bättre än någon annan, men ciprofloxacin, azitromycin och ceftriaxon kan ges som en engångsdos. Resistensutveckling har rapporterats efter användning av rifampicin.

#### **8. Bör de som haft kontakt med patienter med invasiv meningokocksjukdom och som får kemoprofylaktisk behandling även erbjudas vaccinering mot meningokocker?**

Forskningsfråga: Hur effektivt är det att samtidigt med kemoprofylax vaccinera personer i samma hushåll som patienter med invasiv meningokocksjukdom för att förhindra ytterligare fall bland dessa personer?

- Nu tillgänglig evidens är mycket svag och följande slutsatser bygger på indirekt evidens. Om ett fall av meningokocksjukdom har orsakats av en bakteriestam som kan förhindras med ett tillgängligt, godkänt vaccin bör personer i hushållet som inte redan är immuna erbjudas vaccinering som ett komplement till kemoprofylax.

## 4 Hiv-testning: ökat utnyttjande och ökad effektivitet i EU

(publicerad i oktober 2010)

### Vägledningens räckvidd och syfte

Denna evidensbaserade vägledning är avsedd att informera om utvecklingen, övervakningen och utvärderingen av nationella strategier eller program för hiv-testning i länderna inom EU och EES.

#### *Varför är det viktigt att testa för hiv?*

Antalet hiv-bärare fortsätter att öka i Europa och problemet med sena diagnoser har beskrivits i många länder. Det finns stark evidens för att tidig behandling minskar sjukligheten och dödligheten, men många hiv-bärare får inte en diagnos förrän infektionen är långt framskriden. Eftersom en hiv-smitta kan vara praktiskt taget symtomfri under många år är testning det enda sättet att ställa en tidig diagnos och i ett tidigt skede sätta in behandling och vård. Sannolikheten för att personer som fått diagnosen tidigt ska överföra viruset till andra kan också vara lägre på grund av såväl lägre smittsamhet när de behandlas, som förändrat beteende i samband med sexuella kontakter och sprutmissbruk. Överföring från mor till barn kan effektivt förhindras med hiv-testning och behandling av gravida kvinnor. En tidig hiv-diagnos har därför stora fördelar för såväl den enskilde som samhället och är en kritisk prioritet ur folkhälsosynpunkt.

#### *Grundläggande principer för nationella hiv-testningsstrategier*

##### **Hiv-testning ska vara frivillig, sekretessbelagd och utföras efter ett informerat samtycke**

Det ska vara lätt för alla att testa sig frivilligt och särskilda insatser bör göras för att se till att testning erbjuds de viktigaste riskgrupperna. En sådan grupp är personer som är osynliga eller marginaliserade i samhället, vilka bör uppmuntras utan tvång och utan att sekretessen åsidosätts.

##### **Garantera tillgång till behandling, vård och prevention**

Den enskilt största fördelen med hiv-testning är möjligheten att ge behandling. Att erbjuda behandling och vård, preventions- och stödtjänster för alla, samt tydliga remissvägar, måste vara en hörnsten i de nationella hiv-testningsstrategierna.

##### **Visa politiskt engagemang**

Staten måste prioritera hiv-testningsprogrammet för att det ska ge resultat. Programmet måste backas upp med ekonomiska satsningar och följas upp för att se till att resurserna utnyttjas kostnadseffektivt.

##### **Minska stigmatisering**

Den stigmatisering som fortfarande råder kring hiv är ett problem för testningen, framför allt i grupper som redan är stigmatiserade och bland vårdpersonal. Att "avdramatisera" testningen, till exempel genom att göra processen mer lik den i samband med andra typer av screening och diagnostisk provtagning kan bidra till att motverka detta, även om testningen måste förbli frivillig.

##### **Undanröja juridiska och finansiella hinder**

Teststrategierna bör hitta sätt att motverka juridiska och ekonomiska faktorer som kan få personer att avstå från att testa sig. Det kan handla om åtal för överföring av hiv-smitta och krav på att personer ska betala för behandling i fall där de saknar resurser för detta. Med undantag för obligatorisk testning av blod- och vävnadsdonatorer bör antidiskriminerande lagstiftning och rutiner för att förhindra obligatorisk testning av vissa grupper i vissa miljöer övervägas.

##### **Göra tillgången på hiv-testning till en integrerad del av de nationella strategierna**

Alla nationella strategier för att förebygga och behandla hiv, övriga sexuellt överförda infektioner, viral hepatit, tuberkulos och andra indikatorsjukdomar för hiv måste ha lämpligt riktade hiv-tester som ett centralt inslag. Möjligheter att förbättra tillgången till och öka utnyttjandet av frivilliga hiv-tester med sekretess bör också identifieras inom andra nationella strategier, till exempel de som är inriktade på gravida kvinnor, narkotikamissbruk, sexarbete eller sjukvård i fängelser.

##### **Utveckla och genomföra en strategi för hiv-testning med deltagande av de berörda parterna**

Använd tillgänglig information om hiv och närliggande frågor nationellt och lokalt för att slå fast vad som behöver uppnås och prioriteras. Sätt upp ett antal strategiska kort- och långsiktiga mål för att få till stånd en gemensam överenskommelse mellan alla berörda och drabbade. En utveckling av strategin kräver att alla de viktigaste berörda parterna deltar för att bygga en koalition runt gemensamma mål, inklusive personer med hiv, företrädare för de hårdast drabbade grupperna, civilsamhället, organ som arbetar med hiv-prevention, experter på hiv-tester och andra som har en funktion i genomförandet av strategin.

## Utveckla en nationell strategi för hiv-testning

### *Vem ska man testa?*

Kartlägg epidemin och identifiera riskgrupperna. En effektiv nationell strategi för hiv-testning bygger på att man har en bild av epidemin på lokal och nationell nivå. Testprogrammen bör sträva efter att nå ut till dem som riskerar att smittas och prioritera de grupper som löper störst risk.

Granska övervakningsdata och andra relevanta uppgifter, inklusive information om odiagnostiserade hiv-infektioner och sena diagnoser för att bygga upp kunskaperna om epidemin och tidstrender på regional och nationell nivå. Vissa grupper löper särskilt stor risk att smittas av hiv, bland annat män som har sex med män, sprutmissbrukare, invandrare, framför allt om de kommer från länder med högre prevalens, sexuella partner till personer i dessa grupper och barn till hiv-positiva mödrar. Sådana delpopulationer och/eller deras risker är ofta osynliga och stigmatiserade. Särskilda undersökningar måste genomföras för att kartlägga förekomsten av hiv i dessa grupper, hur stor andel av dem som hiv-testar sig och deras relevanta kunskaper, attityder och beteenden i syfte att beakta detta i insatser för att öka deras utnyttjande av hiv-testning.

Kompletterande data om andra sexuellt överförda infektioner, sexuella vanor och sprutmissbruk i allmänna populationer samt i grupper med hög risk för hiv bör också granskas.

### *Var ska man testa?*

#### **Analysera logistiken**

Planera hur hiv-testningsprogrammet ska genomföras och ta itu med de logistiska utmaningarna. Det kan omfatta hur hälso- och sjukvårdssystemet fungerar, om det finns tillgång till gratis hälso- och sjukvård, de olika samhällstjänsternas beredskap, rådgivning och stöd, hur man kan se till att det finns vårdssystem på plats för att ge tillgång till hiv-behandling och hur man kan garantera sekretessen.

#### **Se till att testning blir tillgänglig i många olika miljöer**

Använd kunskaper om epidemin och riskgrupperna för att fatta informerade beslut om var hiv-testning ska erbjudas. Beakta också vem som för närvarande har tillgång till hiv-testning och i vilka miljöer. På grundval av de många olika behoven och hindren för testning bör ett brett urval olika tjänster erbjudas för att maximera tillgången. Identifiera de åtgärder som behövs för att inrätta nya tjänster eller ändra rutinerna i befintliga hälso- och sjukvårdsmiljöer eller samhällstjänster. Undersök om man kan lätta på bestämmelser som kan fungera som ett hinder för testning i olika grupper, till exempel regler om användning av mobil testutrustning ("point-of-care tests") eller kravet att tester enbart får utföras av vissa yrkespersoner, utan att äventyra testningens kvalitet.

#### **Syftet med att erbjuda hiv-testning**

- Särskilda enheter för hiv-testning för att ge en lätt och snabb tillgång till hiv-testning enbart eller i kombination med andra tester.
- Miljöer där alla bör erbjudas hiv-testning: inrättningar för personer i riskgrupper (mottagningar för sexuellt överförda infektioner, mottagningar för sprutmissbrukare), barnvårdscentraler, mottagningar för klinisk diagnos och hantering av indikatorsjukdomar för hiv, samt andra miljöer där man vet eller antar att prevalensen av odiagnostiserade hiv-infektioner är hög.
- Alla andra hälso- och sjukvårdsmiljöer där människor bör ha möjlighet att testa sig eller där personalen bör vara beredd att erbjuda tester och vara uppmärksam på när det kan vara befogat.
- Testenheter ute i samhället, inklusive aktivt uppsökande verksamhet för att nå ut till högriskgrupper som kan vara osynliga eller marginaliserade och inte ha kontakt med traditionella hälso- och sjukvårdstjänster. Sådana enheter bör inrättas med deltagande av målpopulationerna.

### *När ska man testa?*

#### **Ge vägledning om testfrekvens**

Frekventare testning rekommenderas för personer med riskbeteenden. I vissa länder rekommenderas till exempel att män som har sex med män testas en gång per år eller oftare, beroende på deras sexuella vanor. Enligt gällande riktlinjer från Europeiska centrumet för kontroll av narkotika och narkotikamissbruk (ECNN) bör sprutmissbrukare erbjudas testning minst en gång var sjätte till tolfte månad.

### *Hur ska man testa?*

#### **Öka allmänhetens medvetenhet**

För att allmänheten och framför allt riskgrupperna ska testa sig och hiv-testning bli accepterat måste de känna till fördelarna med att testa sig. En strategisk kommunikationsstrategi behövs där man utnyttjar en mångfald olika kanaler. Synligt stöd på hög nivå från opinionsbildare, inklusive politiker, ledarfigurer och kändisar, samt en korrekt och stödjande rapportering i medierna kan utnyttjas för att öka medvetenheten.

### Garanterar sekretessen

Sekretess är en grundläggande princip inom hälso- och sjukvården. På grund av stigmatiseringen av hiv och de beteenden som kan sprida smittan är sekretess emellertid av absolut avgörande betydelse för hiv-testning. Gällande professionella riktlinjer och den nationella lagstiftningen bör följas. Brist på förtroende kan göra att personer avstår från att testa sig. Tydliga riktlinjer om sekretess och offentliggörande av riktlinjerna i de miljöer där testningen erbjuds kan bidra till att undanröja det hindret. Hiv-testning ska alltid erbjudas och diskuteras i avskildhet. Det bör finnas möjligheter till anonym testning.

### Öka medvetenheten bland vårdanställda och utbildade de anställda

Medvetenheten, självförtroendet och kompetensen hos de yrkesgrupper som erbjuder hiv-testning kan stärkas genom utbildning. Alla lämpligt utbildade och kvalificerade vårdanställda kan utföra hiv-tester och för att utöka hiv-testerna krävs att fler vårdanställda känner sig säkra på att de kan utföra dem. Med lämplig utbildning och kvalitetsgarantier kan även andra personer än vårdanställda erbjuda hiv-tester. Vårdanställda måste känna till fördelarna med hiv-tester och övervinna problem som gör att de inte kan eller vill utföra dem. Det kan handla om bristande självförtroende, svårigheter med att tala om sex eller stigmatiserade beteenden, obehag inför tanken att lämna ett positivt besked och diskriminerande attityder mot människor som riskerar att drabbas eller som redan har drabbats av hiv.

### Diskussion före testning

En kort diskussion före testningen som tar upp fördelarna med testning och de praktiska arrangemangen kring testet och beskedet om resultatet har visat sig vara ett effektivt sätt att få fler personer att testa sig. Huvudsyftet är att säkra ett informerat samtycke som bör dokumenteras, men som inte behöver inkludera ett undertecknat skriftligt samtycke. Detta överensstämmer med andra medicinska undersökningar och är ett led i normaliseringen av hiv-testningen. En detaljerad beskrivning av tidigare sexuellt beteende eller sprutmissbruk krävs inte innan ett hiv-test erbjuds. För vissa individer eller i miljöer där sexuell hälsa och/eller narkotikamissbruk ligger inom vårdenhetens verksamhetsområde kan en kort riskbedömning eller mer omfattande rådgivning före testet vara lämpligt, till exempel om det handlar om fortsatt riskexponering. Detta bör alltid vara tillgängligt och personalen bör veta hur man hänvisar till utbildade rådgivare.

### Använd en lämplig testteknik

Identifiera de hiv-tester som finns tillgängliga och utvärdera deras respektive fördelar för testning i olika sammanhang, inklusive snabbtestning ("point-of-care"). Testtekniken utvecklas hela tiden och experter bör tillfrågas för att hålla valet av tester under konstant uppsikt. Alla reaktiva tester bör bekräftas och WHO:s riktlinjer i sammanhanget ska följas. Nationella riktlinjer för att tillämpa minimistandarder för kvalitetsgarantier för diagnostisk testning är avgörande för att garantera rutiner av god kvalitet, samt standardiserade och tillförlitliga metoder.

### Meddela alltid resultaten

Alla ansträngningar bör göras för att se till att den som hiv-testats informeras om resultatet, oavsett om det är positivt eller negativt. När man lämnar ett positivt resultat bör man se till att det finns personal som kan ge rådgivning efter testet och att det också finns möjligheter att hänvisa vidare till lämplig hiv-behandling och stödtjänster. De personer som löper stor risk att smittas med hiv och som får ett negativt testresultat kan också ha nytta av rådgivning och hänvisning till enheter som arbetar med prevention.

### Garanterar tillgång till hiv-behandling, vård och prevention

#### Tillgång till antiretroviral behandling

Det är mycket viktigt att alla program för hiv-testning har tydliga rutiner för att se till att personer vars resultat är positivt integreras i hiv-behandling och vård. Det ska finnas allmän tillgång till antiretroviral behandling i hela Europa. Oförmåga att betala kostnaden får inte vara ett hinder för behandling och man måste hitta lösningar som undanröjer detta hinder för tillgång för alla. Det bör finnas rutiner för att hänvisa patienter vidare från alla platser där hiv-testning sker för att se till att den som har fått ett positivt resultat från ett hiv-test snabbt får träffa en specialist. Denna konsultation bör omfatta en bedömning av när den antiretrovirala behandlingen ska påbörjas och behovet av andra former av vård och socialt stöd.

#### Tillgång till psykosocialt stöd och förebyggande tjänster

Psykosocialt stöd ska vara omedelbart tillgängligt efter ett positivt testresultat. För personer vars resultat är positivt ska remittering till specialistvård inkludera en tillgång till stöd för att förhindra ytterligare överföring av hiv. Även personer vars resultat är negativt ska ha möjlighet att få en remiss till specialist och stöd för hiv-prevention om det föreligger en betydande fortsatt risk för exponering eller på begäran.

### Uppföljning: övervakning och utvärdering

Övervakning och utvärdering är ett viktigt inslag i ett program för hiv-testning och garanterar att programmet är ändamålsenligt och erbjuder hiv-testning av god kvalitet. Ett väl utformat system för övervakning och utvärdering ska ge underlag för policybeslut, förbättra insatsernas kvalitet och effekt och därför vägleda programmets fortsatta resursallokering. Nationella övervakningsdata ska inkludera nya diagnoser och andelen sena diagnoser. En

beräkning av antalet odiagnostiserade fall är viktig för att övervaka programmets effekter. Att utvidga testningen till nya miljöer kommer att kräva god övervakning och utvärdering för att garantera en hiv-testning av god kvalitet. Framgången för lokala insatser för att främja hiv-testning kan utvärderas enligt fem kriterier: genomförbarhet (Feasibility), acceptans (Aceptability), effekt (effectiveness) och kostnadseffektivitet (Cost-effectiveness), att målpopulationerna nås (Target populations are reached) samt hållbarhet (Sustainability) (FACTS). Tydliga, väl definierade och mätbara indikatorer kan hjälpa till att övervaka dessa kriterier och erbjuda en standardmetod för att rapportera resultat på lokal och (inter)nationell nivå.



# Övervakningsrapporter

## 5 Tuberkulosövervakning 2008

(publicerad i mars 2010)

Sedan den 1 januari 2008 har ECDC och WHO:s regionala kontor för Europa (WHO/Europe) gemensamt samordnat övervakningsaktiviteterna för tuberkulos i Europa. Syftet är att säkra standardiserade uppgifter av god kvalitet som täcker samtliga 53 länder i WHO:s europeiska region samt Liechtenstein.

### WHO:s europeiska region

Under 2008 rapporterades 461 645 fall av tuberkulos (52,2 per 100 000) av 50 av de 54 länderna i WHO:s europeiska region<sup>2</sup>, vilket utgör cirka 6 procent av alla fall av tuberkulos som rapporterats till WHO från världen som helhet. Trenden för det totala antalet anmälda fall av tuberkulos i den europeiska regionen har varit konstant stigande sedan 2004. Antalet anmälda fall av tuberkulos i 18 högprioriterade länder<sup>3</sup> minskade emellertid från föregående år med 3,9 procent till 87,6 procent av alla fall av tuberkulos och i regionen som helhet minskade antalet anmälda fall totalt med 2,6 procent mellan 2007 och 2008. En minskning med 4 procent från 2007 i antalet anmälda nyupptäckta fall av tuberkulos tyder på en minskad spridning i regionen. Även antalet tidigare behandlade fall har minskat sedan 2007, från 31,7 procent till 29,8 procent.

Antalet nyupptäckta fall i denna region är störst (42,0 %) i åldersgruppen 25–44 år.

Antalet rapporterade hiv-smittade tuberkulospatienter nästan fördubblades, från 5 828 år 2006 till 11 395 under 2008 på grund av ökad testning som ett led i intensifierad hiv-vård för tuberkulospatienter i högriskländerna. Det förekom ingen mätbar ökning av antalet rapporterade hiv-smittade tuberkulospatienter utanför högriskländerna under perioden.

I regionen som helhet har antalet fall av personer med multiresistenta bakterier fördubblats under 2008 jämfört med föregående år som en följd av bättre metoder för känslighetstestning. Prevalensen av multiresistenta bakterier bland de nyupptäckta fallen av tuberkulos var 11,1 procent. Flest fall av multiresistenta tuberkulosbakterier i regionen återfanns i högriskländerna med en prevalens på 13,8 procent bland de nydiagnostiserade fallen, fem gånger högre än den prevalens som rapporterats i EU/EES, och över 50 procent bland tidigare behandlade fall, en andel som är mer än dubbelt så hög som i EU/EES.

Andelen framgångsrika behandlingar bland de nyligen upptäckta laboratoriebekräftade fallen av tuberkulos under 2007 har sjunkit till 70,7 procent (jämfört med 73,1 procent för de fall som registrerades under 2006). Andelen icke framgångsrika behandlingar var 9,0 procent. 8,4 procent avled och 6,9 procent var misslyckade behandlingar. Andelen framgångsrika behandlingar i länderna utanför EU/EES är lägre än i EU/EES:

67,5 procent jämfört med 79,5 procent. I de 18 högriskländerna lyckades behandlingen enbart i 69,2 procent av fallen av nyupptäckta, laboratoriebekräftade fall av tuberkulos, vilket ligger långt från målet för strategin Stop TB, som är 85 procent.

Dödligheten i tuberkulos har minskat med 45 procent från 9,0 per 100 000 under 2005 till 5,0 per 100 000 under 2007. Liknande proportionella minskningar kunde konstateras i såväl EU/EES som i högriskländerna. Dödligheten i högriskländerna är emellertid fortfarande nästan 15 gånger högre än i EU/EES.

### Länderna i EU och EES<sup>4</sup>

Under 2008 rapporterades 82 611 fall av tuberkulos av 26 länder i EU (alla utom Österrike) och två andra länder i EES (Island och Norge) vilket innebär en minskning med 615 fall jämfört med 2007. Över 80 procent av fallen inträffade i de åtta länder som rapporterade 3 000 fall eller mer (Bulgarien, Frankrike, Tyskland, Italien, Polen, Rumänien, Spanien och Storbritannien).

<sup>2</sup> Inga uppgifter från Monaco, San Marino, Österrike eller Liechtenstein. Liechtenstein ingår i rapporten, men enbart som EES-land eftersom det inte är en medlem av WHO:s europeiska region.

<sup>3</sup> Armenien, Azerbajdzjan, Vitryssland, Bulgarien, Estland, Georgien, Kazakstan, Kirgizistan, Lettland, Litauen, Moldavien, Rumänien, Ryssland, Tadzjikistan, Turkiet, Turkmenistan, Ukraina, Uzbekistan.

<sup>4</sup> De 27 medlemsstaterna i EU samt Island, Liechtenstein och Norge.



Totalt anmäldes 16,7 fall per 100 000 under 2008. Under 20 fall per 100 000 rapporterades i 21 länder och över 20 fall per 100 000 rapporterades i Rumänien (115,1), de baltiska staterna Litauen (66,8), Lettland (47,1) och Estland (33,1), Bulgarien (41,2), Portugal (28,2) och Polen (21,2). Det totala antalet anmälda fall var 1,2 procent lägre än 2007 (för de 28 länder som rapporterade) vilket återspeglar en nettominskning i 17 länder.

Kraftiga ökning kunde emellertid observeras i Malta (28,8 %), Island (19,8 %) och Cypern (12,2 %) och en viss ökning i Sverige (4,9 %) och Storbritannien (2,8 %), till största delen fall av utländskt ursprung. Under 2008 var 22,4 procent av fallen (spridning för samtliga länder: 0–88 %) personer av utländskt ursprung. Över två tredjedelar kom från Asien eller Afrika.

Prevalensen av hiv bland tuberkulosfallen ökade mellan 2006 och 2008 i Estland (från 9,0 % till 9,9 %), Lettland (3,4 % till 6,7 %) och Malta (3,7 % till 9,4 %). I övriga länder som skickade in uppgifter var hiv-prevalensen bland tuberkulosfallen 1 procent eller lägre i sex länder, 2–5 procent i tre andra, 5–8 procent i två länder och 14,6 procent i ett land.

Multiresistenta bakterier var vanligast i de baltiska staterna (totalt: 15,6–21,3 %) följt av Rumänien som rapporterade resultat för första gången (14,7 %). Övriga länder rapporterade lägre nivåer av multiresistenta bakterier (0–5 %), där det i allmänhet var vanligare bland fall av utländskt ursprung. Av de 14 länder som rapporterade utbredd läkemedelsresistens (XDR) hade Rumänien det största antalet (totalt 54 fall) medan Lettland och Estland hade den högsta andelen fall av utbredd läkemedelsresistens bland fallen av multiresistenta bakterier (14,7 respektive 12,2 procent) och där Lettland visade en kraftig ökning av antalet fall av utbredd läkemedelsresistens jämfört med 2007, från 6 till 19, (6,1 % till 14,7 %).

Tjugotvå länder rapporterade övervakningsdata för behandlingsresultat för konstaterade fall av lungtuberkulos under 2007. Bland de tidigare obehandlade, odlingsbekräftade fallen av lungtuberkulos var behandlingen lyckad i 79,5 procent av fallen. Andelen lyckade behandlingsresultat var betydligt lägre bland tidigare behandlade fall av tuberkulos (51,8 %) och bland fallen av odlingsbekräftad, multiresistent lungtuberkulos efter 24 månader (30,9 %).

## 6 Influenzaövervakning i Europa 2008/09 – vecka 40/2008 till vecka 39/2009

(publicerad i maj 2010)

Influensasäsongen i Europa 2008/09 startade vecka 48/2008, varade i cirka 10 veckor i vart och ett av de drabbade länderna och slutade vecka 16/2009 sedan den intensivaste fasen hade korsat kontinenten från väster till öster. De veckovisa (under-)typspecifika andelarna av influensapositiva sentinelprover uppvisade två överlappande toppar, den inledningsvis dominerande influensastammen A(H3N2) ersattes av influensa av typ B som det mest prevalenta influensaviruset efter vecka 8/2009. De cirkulerande influensastammarna A(H3N2) och A(H1N1) visade sig vara antigeniskt nära besläktade med motsvarande komponenter som ingick i det influensavaccin som användes på norra halvklotet under 2008/09, medan de flesta av de isolerade B-virusen var av Victoria-typ och inte matchade B-vaccinkomponenten som var ett virus av Yamagata-stammen. Med tanke på den relativt låga prevalensen av B-virus som observerades under säsongen i fråga hade denna bristande överensstämmelse förmodligen ingen större betydelse ur folkhälsosynpunkt.

Fall av den pandemiska influensan 2009 A(H1N1) började dyka upp i Europa under vecka 16/2009. Vecka 39 uppgick det totala antalet rapporterade, bekräftade fall till 53 658 i samtliga EU:s medlemsstater, Island, Liechtenstein och Norge och inkluderade 175 dödsfall i 14 länder. Fallbaserade data visade att patienterna var mellan 0 och 90 år gamla (genomsnitt: 19 år), 78 procent var yngre än 30 år och skolbarn mellan 5 och 19 år svarade för 47 procent av samtliga fall. I en mycket stor majoritet av fallen (96 %) förekom det inga kända underliggande medicinska tillstånd. Bland dem som hade underliggande medicinska tillstånd var kronisk lungsjukdom det oftast rapporterade underliggande tillståndet, vilket svarade för 30 procent av dessa fall. Lunginflammation angavs som en komplikation i 0,6 procent av de pandemiska influensainfektionerna, det totala antalet fall som intogs på sjukhus var 13 procent och 0,03 procent av fallen rapporterades ha avlidit.

Det integrerade europeiska nätverket för klinisk och virologisk influenzaövervakning (EISN) visade sig vara effektivt när det gällde att snabbt upptäcka starten för influensasäsongen 2008/09, att övervaka utvecklingen och att bestämma dess viktigaste virologiska egenskaper. De första pandemiska influensavirusen som upptäcktes 2009 hos patienter både utom och inom sentinelövervakningen bekräftades inom en respektive tre veckor efter det att de första personerna i Europa hade insjuknat. Genom sentinelövervakningen av influensaliknande sjukdomar och akut respiratorisk sjukdom upptäcktes emellertid en tydlig ökning först efter tio veckors fördröjning. Till och med under vecka 39/2009, när fall av pandemisk influensa hade rapporterats i samtliga EU:s medlemsstater, Island, Liechtenstein och Norge hade förekomst av influensaliknande sjukdomar och akuta luftvägsinfektioner rapporterats enbart av nio av de 29 länder som rapporterar till nätverket.

Även om en högre grad av känslighet skulle kräva ett större antal läkare inom sentinelövervakningen behöver även andra systematiska brister åtgärdas. Följande ändringar föreslås av det europeiska systemet för influenzaövervakning:

- Att främja en standardiserad rapportering av intensitet, geografisk spridning och trender för influensaliknande sjukdomar och akut luftvägsinfektion.
- Att förstärka övervakningen av influensaliknande sjukdomar och akut respiratorisk sjukdom med övervakning av svår akut respiratorisk sjukdom.
- Att introducera standardiserade epidemiska tröskelvärden för sentinelövervakning av influensaliknande sjukdomar och akut luftvägsinfektion.
- Att ytterligare utveckla övervakningen av alla typer av dödsorsaker på europeisk nivå och att regelbundet offentliggöra resultaten.

## 7 Övervakning av invasiva bakteriesjukdomar i Europa 2007

(publicerad i oktober 2010)

I denna rapport beskrivs epidemiologin för invasiva bakteriesjukdomar på grund av *Haemophilus influenzae* och *Neisseria meningitidis* i EU:s medlemsstater under 2007. Särskilt utsedda nationella kontaktpunkter ombads skicka in data med hjälp av en reviderad version av uppgiftsblanketten för invasiva bakterieinfektioner som togs fram under 2008, på grundval av EU:s tidigare databas för invasiva bakteriesjukdomar, EU-IBIS. Blanketten innehåller fallbaserad information om epidemiologiska variabler och uppgifter från laboratorier och är indelad i en grunduppsättning av variabler som kan tillämpas på alla anmälningspliktiga sjukdomar i EU och en förstärkt uppgiftsblankett med särskilda variabler för invasiv *Haemophilus influenzae*-sjukdom och invasiv meningokocksjukdom. För att underlätta datainlämningen fick vårdanställda onlineutbildning i juni 2008 och kompletterande utbildningsvideor och annat material ställdes till förfogande innan data skulle skickas in.

Av de 30 medlemsstaterna i EU/EES skickade 27 in uppgifter om invasiv *Haemophilus influenzae*-sjukdom och 29 skickade in uppgifter om invasiv meningokocksjukdom.

### Invasiv *Haemophilus influenzae*-sjukdom

- Totalt rapporterades 2 058 fall av invasiv *Haemophilus influenzae*-sjukdom under 2007. Antalet anmälda fall varierade mellan medlemsstaterna och var högre i de nordiska länderna jämfört med övriga Europa, med en fortsatt stigande trend. Huvuddelen av länderna höll sig emellertid under ett fall per 100 000. Det högsta antalet anmälda fall rapporterades bland spädbarn under ett år (3 per 100 000, 118 fall). Även om trenden bland spädbarn sjönk kraftigt för serotyp b från 1999 till 2007 (från 3 per 100 000 till ett fall per 100 000) så steg den för icke inkapslade stammar, från 1,5 per 100 000 upp till 2,5 per 100 000 under samma period.
- Sextiosju procent av alla fall av invasiv *H. influenzae* som rapporterades under 2007 orsakades av icke inkapslade stammar. Det ökade antalet icke inkapslade stammar som rapporterats under årens lopp kan delvis tillskrivas det faktum att flera fall upptäckts och att övervakningssystemen har blivit känsligare, vilket också har dokumenterats i flera medlemsstater. En faktisk ökning av antalet anmälda serotyper som inte täcks av vaccinet (icke-b och icke inkapslade stammar) har också observerats i EU under de senaste åren. Introduktionen av konjugerat vaccin för *H. influenzae* typ b (Hib) har lett till en större andel invasiv *H. influenzae*-infektion som kan tillskrivas andra stammar än serotyp b på grund av den minskade förekomsten av Hib-sjukdom. Till skillnad mot programmet för konjugerat pneumokockvaccin finns det inga pålitliga eller hållbara bevis för att en massvaccinering mot Hib i barndomen har lett till en serotypersättning i fråga om vare sig smitta eller sjukdom. I en färsk lägesrapport från WHO om konjugerat Hib-vaccin drar man slutsatsen att ersättning av bakteriestammen hittills inte har varit en viktig faktor i samband med storskalig Hib-immunisering.
- Vad gäller det absoluta antalet rapporterade fall så verkar det ha skett en förskjutning mot äldre åldersgrupper. Fyrtiosex procent av alla fall som rapporterades under 2007 återfanns bland vuxna som var över 65 år. Det resultatet stämmer överens med en undersökning från USA i vilken man lyfte fram den ökande incidensen av invasiv *H. influenzae*-sjukdom mellan 1996 och 2004. De epidemiologiska egenskaperna för *H. influenzae* förändrades också från att ha varit en sjukdom som i första hand återfanns hos barn och som dominerades av serotyp b till en sjukdom som i första hand återfinns bland vuxna och som domineras av icke typbestämda stammar.
- Under 2007 inträffade upp till 60 procent av fallen hos vaccinerade individer, vilket ofta är fallet i populationer med god vaccinationstäckning. Bland dem som var fullvaccinerade var majoriteten barn mellan ett och fyra år, medan de som var yngre än ett år svarade för 27 procent av fallen. På grundval av tillgängliga data är det inte möjligt att bedöma om de observerade fallen kan klassificeras som äkta vaccinationsgenombrott och mer information krävs för att ytterligare analysera resultatet. Viss ytterligare bakgrundsinformation har tillkommit genom en studie som gjorts av EU-IBIS och som analyserade de fall av genombrott för Hib-vaccinationer som identifierats i en nationell undersökning mellan 1996 och 2001 i Europa, Israel och Australien och som beskrev de kliniska och laboratorietekniska förutsättningarna hos en stor och varierad population med olika vaccinationsprogram.

En återkomst av sjukdomen på grund av genombrott för Hib-vaccinationer har också rapporterats från många håll i Storbritannien.

### Invasiv meningokocksjukdom

- Under 2007 anmäldes 5 583 fall av invasiv bakteriesjukdom på grund av *N. meningitidis* i EU/EES, med en total anmälningsfrekvens på 1,12 fall per 100 000. Anmälningsfrekvensen varierade mellan medlemsstaterna och var högre i Irland och Storbritannien jämfört med övriga Europa, även om trenden i

båda länderna är stadigt sjunkande. Frånsett dessa båda länder uppvisar ytterligare sex medlemsstater anmälningsfrekvenser på över ett fall per 100 000 (Belgien, Danmark, Nederländerna, Spanien, Litauen och Malta). Spädbarn och barn uppvisade fortfarande det största antalet fall av invasiv meningokocksjukdom. 50 procent av de rapporterade fallen var barn under 10 år. Det största antalet fall hos barn som var yngre än ett år rapporterades från Irland och Storbritannien, 74,5/100 000 respektive 46,6/100 000.

- Precis som för *H. influenzae* kan den stora spridningen bland de rapporterade fallen tillskrivas ett antal tänkbara orsaker: en ökad känslighet hos övervakningssystemen, variation i typerna av kliniska symtom som övervakas (dvs. blodförgiftning eller hjärnhinneinflammation, eller båda) i de enskilda medlemsstaterna, skillnader i de falldefinitioner som tillämpas, skillnader i laboratoriernas kapacitet eller skillnader i hälso- och sjukvårdens rutiner för att garantera att blodprover för odling tas tidigt. I nuläget har ECDC ännu inte någon god överblick över de viktigaste skälen till dessa skillnader och rekommenderar därför försiktighet när man jämför olika länders antal anmälda fall per serogrupp och ålder.
- Andelen rapporter där det saknas information om serogrupp är fortfarande hög, framför allt i de östeuropeiska länderna. Serogruppidentifieringen har emellertid förbättrats under årens lopp och antalet okända har minskat stadigt under de senaste fem åren, från 1 448 under 2003 till 559 fall 2007. Under 2007 var serogrupp B den serogrupp som oftast rapporterades som orsak till invasiv meningokocksjukdom i Europa och svarade för cirka 90 procent av alla serogrupper som anmäls bland barn som var yngre än fyra år. I länder med vaccination mot meningokocker typ C (MCC) dominerade också B-fallen i samtliga åldersgrupper och framför allt i åldersgrupperna under ett år och mellan ett och fyra år (73 respektive 81 procent av fallen), vilket är den vanligaste målgruppen för vaccination mot serogrupp C.
- I länder med MCC-vaccination minskade andelen fall på grund av serogrupp C dramatiskt under de få år som har gått sedan vaccination infördes på nationell nivå, framför allt bland vaccinationsprogrammets målgrupper. Andelen fall av serogrupp C-sjukdom verkar öka med stigande ålder, vilket förmodligen beror på den låga vaccinationstäckningen i äldre åldersgrupper samt minskande effektivitet för vaccinet åren efter den primära vaccinationen.
- Information om stammarnas serotyp och undertyp ökar tack vare införandet av molekylär teknik i allt fler länder. Antalet prov som klassificerats med avseende på serotyp och undertyp är emellertid fortfarande lågt och tolkning av dessa resultat måste göras med försiktighet. Det största antalet prov som klassificerats med avseende på undertyp rapporterades av Frankrike, Storbritannien och Belgien.

## Slutsatser

Totalt fortsätter incidensen av de båda sjukdomarna att minska, framför allt bland små barn som omfattas av vaccinationsprogram. På europeisk nivå ökar emellertid antalet fall på grund av serotyper och undertyper som inte täcks av vaccinerna, vilket även drabbar små barn och detta är en trend som måste följas uppmärksam.

Eftersom vaccinationstäckningen är god för båda vacciner inträffar det även fall där individerna är vaccinerade. Dessvärre fanns det inte tillräckligt med uppgifter för att göra en djupgående analys av vaccinationsgenombrott eller för att dra några slutsatser om andelen fall bland vaccinerade individer i länder med eller utan vaccination. Detta beror på att den totala andelen saknade siffror över vaccinationsstatus var mycket hög och att uppgifter om födelsedatum, antal erhållna doser och datum för den senaste dosen inte var tillgängliga. Dessutom ingår all den information som krävs för att hävda att det förekommer ett vaccinationsgenombrott ännu inte bland variablerna (till exempel födelsedatum samt antal och datum för givna doser).

För att förbättra uppgifternas jämförbarhet mellan de deltagande länderna behövs mer standardiserade laboriemetoder för att upptäcka fall och att man lokalt antar en gemensam falldefinition i övervakningssyfte. Metoder för genotypning kommer att bli allt vanligare i Europa och detta kommer att underlätta tolkningen av övervakningsuppgifterna. Detta förutsätter emellertid ett närmare samarbete mellan laboratorier och epidemiologiska centra på nationell och europeisk nivå. I detta sammanhang tilldelades 2008 ett kontrakt som avsåg "Laboratorieövervakning och extern kvalitetssäkring av invasiv bakteriesjukdom i EU" en sammanslutning av europeiska institutioner som samordnas av universitetet i Würzburg i Tyskland. Projektet har nu pågått i två år. Projektet fokuserar inte bara på extern kvalitetssäkring och utbildning utan framför allt på att säkra och harmonisera laborierkapaciteten i medlemsstaterna och att förstärka samarbetet mellan laboratorier och offentliga hälso- och sjukvårdsinstitutioner i EU. En av gruppens viktigaste aktiviteter är att främja användningen av molekylära typningsmetoder i samband med rutinövervakning.

## 8 Årlig epidemiologisk rapport om smittsamma sjukdomar i Europa 2010

(publicerad i november 2010)

I denna rapport redovisas en analys av uppgifter som rapporterades för 2008 av EU:s 27 medlemsstater och de tre EES/EFTA-länderna Island, Liechtenstein och Norge. Huvudsyftet med rapporten är att på grundval av tillgängliga data ge viss information om var utbredningen av smittsamma sjukdomar för närvarande är störst inom EU. I sådana områden krävs mer samlade insatser för att minska de nuvarande och potentiella kommande bördorna på samhället, de offentliga hälso- och sjukvårdssystemen och för att minska det mänskliga lidandet. Dessa uppgifter bidrar till ECDC:s uppgift att tillhandahålla ett evidensbaserat underlag för åtgärder, att hjälpa till att identifiera och sprida rutiner och att föreslå metoder för uppföljning av ingripanden.

Även om det har gjorts stora framsteg när det gäller att förbättra uppgifternas kvalitet och jämförbarhet uppmanas läsaren att vara försiktig med att göra direkta jämförelser mellan anmälningsfrekvensen i olika länder.

Övervakningssystemen skiljer sig mycket åt och förhållandet mellan rapporterad eller anmäld och faktisk incidens varierar från land till land för många sjukdomar.

För första gången redovisas den årliga analysen av de hot som övervakas i EU separat<sup>5</sup>.

### Antimikrobiell resistens och vårdrelaterade infektioner

Det största sjukdomshotet i Europa är fortfarande det från mikroorganismer med antimikrobiell resistens. Under 2008 rapporterade 900 laboratorier som anlitas av mer än 1 500 sjukhus uppgifter om antimikrobiell resistens för sju viktiga signalorganismer. Uppgifterna visade på en paneuropeisk ökning av resistensen mot alla typer av antibiotika som övervakas för de vanligaste gramnegativa bakterier som orsakar bakteriesjukdomar och urinvägsinfektioner, *Escherichia coli*. En minskad förekomst av meticillinresistenta *Staphylococcus aureus* (MRSA) rapporterades av vissa länder, även om andelen sådana bakterier fortfarande överstiger 25 procent i en tredjedel av länderna. Det växande hotet från multiresistens (resistens mot ett antal olika vanligen förekommande antibiotika) som ofta observeras hos vissa gramnegativa bakterier såsom *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae* och *Pseudomonas aeruginosa*, är fortfarande oroande.

Under samma år rapporterades övervakningsuppgifter från 306 621 kirurgiska ingrepp från 1 422 sjukhus och uppgifter från 654 sjukhus om 9 129 fall av lunginflammation som uppkommit i samband med intensivvård (ICU) och 4 077 fall av infektioner i blodomloppet som uppkommit vid intensivvårdsenheter. Den sjunkande trend som tidigare observerats för infektioner i samband med höftledsoperationer bekräftades under 2008. Fördelningen av mikroorganismer i anknytning till infektioner som uppkommit vid intensivvårdsenheter uppvisade en stor andel tredje generationens cefalosporin-resistenta Enterobacteriaceae och framför allt *Klebsiella* spp. och *Enterobacter* spp.

### Sjukdomar orsakade av miljö och vektorburna sjukdomar

Det utbrott av Q-feber som rapporterades från Nederländerna mellan mars och december 2007 återkom 2008. De flesta fallen inträffade under sommarperioden och toppen nåddes veckorna 25–28 (mitten av juni till mitten av juli). Andra europeiska länder, till exempel Tyskland, har också rapporterat förändrade trender för Q-feber och en ökning av fallen under 2008, även om det var i mindre omfattning.

Bland de smittsamma sjukdomarna med mer allvarliga konsekvenser i denna grupp, såsom de med potentiellt hemorragiska egenskaper, har Krim-Kongo hemorragisk feber (CCHF) spridit sig utanför de traditionellt endemiska områdena i Balkanregionen. Grekland rapporterade sitt första fall i juni 2008 där en person drabbats av CCHF i den norra delen av landet nära ett känt endemiskt område. Å andra sidan visade de förstärkta övervakningsaktiviteter som infördes i Italien efter föregående års utbrott av 217 laboratoriebekräftade fall av chikungunyafeber att autokton chikungunyafeber inte återkom, eftersom samtliga de få fall som rapporterades i EU/EES var importerade.

### Livsmedels- och vattenburna sjukdomar och zoonoser

Många av de livsmedelsburna sjukdomarna är fortfarande kraftigt underrapporterade på grund av att allvarsgraden i den kliniska bilden varierar. *Campylobacter* var fortsatt den vanligaste rapporterade orsaken till mag- och tarmsjukdomar i EU och EES/EFTA med en förekomst under 2008 (44,1 per 100 000) som var mer eller mindre

<sup>5</sup> ECDC. Årlig hotrapport 2009. Europeiskt centrum för förebyggande och kontroll av sjukdomar, Stockholm 2010. Finns på: [http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/surveillance\\_reports/Pages/index.aspx](http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/surveillance_reports/Pages/index.aspx)

densamma som tidigare år. Detta är ett typiskt exempel på en sjukdom där antalet fall underskattas på grund av att infektionen orsakar asymtomatisk eller mild sjukdom och därför i hög grad aldrig anmäls.

Den totala anmälningsfrekvensen för VTEC/STEC-infektioner har också förblivit relativt oförändrad under de senaste åren (0,66 per 100 000). Antalet rapporterade fall som utvecklade hemolytiskt uremiskt syndrom ökade emellertid med 42 procent under 2008 jämfört med föregående år. Vad gäller salmonella- och shigellainfektion hade barn under fem år den högsta anmälningsfrekvensen för VTEC/STEC-infektioner (4,72 fall per 100 000), sannolikt beroende på allvarigare sjukdomssymtom i denna åldersgrupp och en större sannolikhet för intagning på sjukhus för dessa infektioner.

Förekomsten av salmonellainfektion har stadigt minskat under de senaste tre åren, även om *Salmonella* fortsatte att orsaka ett antal livsmedelsburna utbrott på internationell, nationell och lokal nivå under 2008. Som en följd av en ändring av datarapporteringen visar denna rapport på en högre förekomst av tyfoidfeber än under föregående år, men detta är snarare en effekt av att rapporteringen är mer fullständig än en verklig ökning. De allra flesta tyfoidfallen förs fortfarande in av resenärer som återvänder från endemiska områden.

Under 2008 var antalet anmälda fall av hepatit A (3,34 per 100 000) något högre än 2007 (2,75 per 100 000). Antalet anmälda fall i Lettland ökade från 0,66 under 2007 till 123 per 100 000, i första hand som resultat av ett stort utbrott som startade bland sprutmissbrukare och låginkomsttagare som lever i undermåliga hygieniska förhållanden, men som senare spred sig till samhället i stort. På likartat sätt drabbade ett utbrott av hepatit A i Tjeckien inledningsvis sprutmissbrukare, men spreds senare till befolkningen i stort.

## Hiv, sexuellt överförda infektioner, hepatit B och C

Hiv är fortfarande ett av de största hoten mot folkhälsan när det gäller smittsamma sjukdomar i Europa. Hiv fortsatte öka med 33 procent när det gäller antal rapporterade fall, från 4,2 per 100 000 under 2000 (13 265 fall) till 5,6 per 100 000 (18 019 fall) under 2008. Trenden är mer oroande om man beaktar att en betydande andel i EU/EES (beräknad till 30 procent) inte ens vet om att de har hiv. Uppgifterna visar att den största andelen hiv-fall diagnostiserades hos män som har sex med män (40 %), men att andelen heterosexuell hiv-smitta (29 %) ökar i flera länder i Europa. En betydande andel av de nydiagnostiserade hiv-infektionerna i EU upptäcktes hos invandrare från länder med generaliserad hiv-epidemi (i första hand Afrika söder om Sahara). Trots vissa begränsningar vad gäller data verkar däremot antalet aids-diagnoser ha minskat, förutom i de baltiska staterna.

Klamydia är fortfarande den oftast rapporterade sexuellt överförda infektionen i EU/EES med 335 329 bekräftade och rapporterade fall (150 per 100 000). Den verkliga incidensen av klamydia är förmodligen högre, eftersom denna infektion är särskilt underrapporterad. Klamydia har fortsatt öka under de senaste tio åren. Detta är fortfarande en sjukdom som drabbar unga vuxna. Antalet anmälda fall bland personer mellan 15 och 24 år är 976 per 100 000. Ungå kvinnor drabbas oftare än unga män.

Även om trenden när det gäller antalet anmälda fall av hepatit C är relativt stabil och förekomsten av hepatit B verkar ha minskat jämfört med tidigare år, kvarstår det vissa begränsningar för de uppgifterna. Tolkningen av dessa trender försvåras av att det finns ganska stora skillnader mellan övervakningssystemen, att rapporteringen nyligen har ändrats, att det finns ett betydande antal odiagnostiserade fall, att det kan finnas skillnader mellan de falldefinitioner som används (dvs. skillnader i fråga om utnyttjande och/eller tolkning av hepatit B-markörer) och att rapporteringen i vissa länder är ofullständig. Vissa länder skiljer dessutom inte mellan rapporteringen av akuta respektive kroniska fall av hepatit B och C och detta, tillsammans med det stora antalet symptomfria fall, ger en datamix som gör att det är svårt att göra jämförelser mellan olika länder. ECDC arbetar med att förbättra den förstärkta övervakningen av dessa virusinfektioner, inklusive en bättre harmonisering av hepatit B- och C-övervakningen på europeisk nivå.

## Infektioner i andningsorganen

Varje vinter blir hundratusentals människor i EU allvarligt sjuka och dör till följd av säsongsinfluensa. Influensasäsongen i Europa 2008/09 startade i vecka 48/2008, varade i cirka 10 veckor i vart och ett av de drabbade länderna och slutade i vecka 16/2009 sedan den intensivaste fasen genomkorsat kontinenten från väster till öster och sedan fortsatt mot sydost. Säsongen 2008/09 dominerades först av influensa A(H3N2) och sedan i mindre omfattning av influensa B, där A(H3N2) svarade för det största antalet upptäckta virus totalt. Majoriteten av de cirkulerande influensa B-virusen matchade inte B-komponenten i influensavaccinet för norra halvklotet 2008/09. Med tanke på den relativt låga prevalensen av B-virus som observerades under säsongen i fråga hade detta förmodligen ingen större betydelse ur folkhälsosynpunkt. Under vecka 19/2009 i slutet av den "normala säsongen" upptäcktes det första pandemiska influensaviruset A(H1N1) i ett sentinelprov. Detta följdes av pandemivågen under våren/sommaren.

Under 2008 förekom det återigen utbrott av kraftigt patogen fågelinfluensa och lågpatogen fågelinfluensa rapporterades hos fåglar i EU, men det var färre fall än under 2007. Inga fall bland människor rapporterades i samband med dessa utbrott.



Antalet anmälda fall av legionärssjuka (legionellos) i länderna i EU och EES/EFTA ligger kvar på 1,2 fall per 100 000. Toppen för antalet rapporterade fall, som observerats i juli under tidigare år, var längre under 2008, från juni till september. Antalet rapporterade fall av legionärssjuka i samband med resor var lägre än 2007, liksom antalet kluster med reseanknytning.

Det genomsnittliga antalet rapporterade fall av tuberkulos har stadigt minskat under de senaste fem åren, även om 28 länder i EU och EES/EFTA fortfarande rapporterade 82 611 fall av tuberkulos (en anmälningsfrekvens på 16,7 per 100 000) under 2008. I EU är tuberkulos vanligare bland migranter, hemlösa, fattiga i stadskärnorna, fångar, hiv-bärare och narkomaner, men data för 2008 bekräftar att bilden inte är enhetlig. Det finns tre breda epidemiologiska kategorier:

- Lågincidensländer där fallen i allt högre grad koncentreras till grupper med utländsk härkomst och där man ibland rapporterar att antalet anmälningar ökar.
- Länder där antalet anmälningar är måttligt till högt, men sjunkande, och där nivåerna av multiresistenta tuberkulosbakterier är lågt.
- Länder där antalet anmälningar är relativt högt och antalet multiresistenta tuberkulosfall högt, men det totala antalet tuberkulosfall är på nedgång.

Andelen fall av multiresistent tuberkulos ökade från fyra procent till sex procent mellan 2007 och 2008, i första hand på grund av ofullständiga eller dåligt utformade behandlingar. Antalet fall av lyckad behandling av dessa fall av multiresistent tuberkulos är också fortfarande mycket lågt, 30,9 procent för 2006. Även om kvalitet, representativitet och fullständighet för uppgifterna om resistens för andra linjens läkemedel fortfarande kan förbättras, bekräftar uppgifterna att multiresistent tuberkulos nu är etablerad inom EU:s gränser.

## Sjukdomar som kan förebyggas med vaccin

Flera sjukdomar som kan förebyggas med vaccin och som har allvarliga konsekvenser (till exempel polio, difteri eller stelkramp) har nu praktiskt taget utrotats i EU/EES. En annan framgångshistoria i praktiskt taget samtliga EU-stater är effekten av Hib-vaccination som ingår i ländernas nationella vaccinationsprogram. För återstoden av de sjukdomar som kan förebyggas med vaccin återstår problem med att uppnå en bättre täckning i svårnådda grupper av befolkningen. Omotiverade tvivel på vaccinernas säkerhet har dessutom flyttat tillbaka målen för flera av dessa infektioner och orsakat lokala utbrott som hade kunnat undvikas helt.

En sådan sjukdom är mässling. Det totala antalet fall av mässling i EU och EFTA var betydligt högre 2008 än 2007. Detta berodde på stora utbrott i flera länder. Det största antalet fall rapporterades från Schweiz, Italien, Österrike, Tyskland, Frankrike och Storbritannien. Ett starkt politiskt engagemang krävs för att vända denna oroväckande trend.

Å andra sidan minskade antalet rapporterade och laboratoriebekräftade fall av röda hund mellan 2007 och 2008. Trots en allmän dramatisk minskning av antalet fall av kongenital smitta efter det att vaccination införts, inträffar det fortfarande sporadiska fall av röda hund i Europa. En mindre god täckning av vaccination mot mässling, påssjuka och röda hund kan skapa fickor av mottagliga individer, följt av en ökning av dessa sjukdomar, inklusive kongenital röda hund.

Totalt anmäldes 5,2 fall av invasiv pneumokockinfektion (IPD) per 100 000 under 2008, en av de högsta siffrorna för samtliga sjukdomar som kan förebyggas med vaccin. Det finns stora skillnader mellan olika övervakningssystem för IPD i EU, framför allt vad gäller vilken typ av övervakningssystem som finns på plats, täckningsgrad och de falldefinitioner som används. I vissa länder finns det inte några övervakningssystem. En förstärkt övervakning som också omfattar laboratorieövervakning införs nu i EU av ECDC för att bättre kunna övervaka trender för olika serotyper, framför allt de som inte täcks av vaccination.

## Slutsatser

Av denna sammanfattning av data för 2008 framgår att prioriteringarna för förebyggande och kontroll av smittsamma sjukdomar i EU inte har förändrats i någon betydande grad under de senaste åren. För vissa sjukdomar har incidensen och antalet fall minskat något tack vare samlade åtgärder för förebyggande och kontroll av medlemsstaterna (även om nivåerna fortfarande är höga i vissa segment av populationen och i vissa riskgrupper). Många problem i samband med smittsamma sjukdomar återstår emellertid. De viktigaste är

- antimikrobiell resistens,
- vårdrelaterade infektioner,
- sexuellt överförda infektioner, framför allt orsakade av hiv och klamydia,
- infektioner i andningsvägarna på grund av influensa (risk för pandemi samt årliga, säsongberoende epidemier), tuberkulos och pneumokockinfektioner.

För vissa av dessa sjukdomar skulle ytterligare gemensamma åtgärder (till exempel vaccination och liknande kontrollåtgärder) kunna leda till att EU, och så småningom Europa, förklaras "fria" från dessa sjukdomar, på samma sätt som för flera sjukdomar som kan förebyggas med vaccin. EU:s medlemsstater är emellertid fortfarande

långt ifrån att uppnå de mål som anges i programmen för sjukdomseliminering, framför allt vad gäller mässling där den sjunkande trenden har vänt. Att förbättra känslighet och specificitet för övervakningen av röda hund är dessutom av största betydelse med tanke på WHO:s mål från 2010 att eliminera sjukdomen. För pneumokockinfektioner råder det fortfarande en viss oro för att serotyper som täcks av det konjugerade pneumokockvaccinet efter vaccineringen kan ersättas av serotyper som inte är täckta, vilket redan har observerats i USA.

Data från 2008 visar att antimikrobiell resistens fortfarande är en ökande folkhälsorisk i Europa. Problemet kräver internationellt samarbete, förutom samlade insatser på nationell nivå, för att man ska kunna begränsa och förebygga uppkomsten av antimikrobiell resistens. På samma sätt utgör vårdrelaterade infektioner ett växande problem som kräver konsekventa åtgärder för förebyggande och kontroll. Beslutsfattarna kommer att få nytta av de mer pålitliga data vilka förväntas bli resultatet av insatserna för att förbättra de övervakningssystem som i första hand finns på sjukhus eller inrättningar för långtidsvård.

Även om den allmänna trenden för tuberkulos är sjunkande fortsätter multiresistent tuberkulos och hiv i kombination med tuberkulos att öka. Även den allmänna trenden för hiv ökar. I båda fallen krävs det noggrann uppmärksamhet för att man ska kunna bibehålla strikta nationella och internationella aktiviteter för förebyggande och kontroll av dessa infektioner, inklusive ytterligare investeringar i övervakning. Rapporteringen av fall av kombinerad tuberkulos och hiv är fortfarande ofullständig, även om det finns planer på att förbättra situationen.

Influensan fortsatte att visa hur oförutsebara dessa säsongsepidemier kan vara, med en relativt allvarlig säsong som dominerades av A(H3N2)-virus, vilken ledde vidare till en A(H1N1)-pandemi som startade i Syd- och Mellanamerika.

**Tabell A: Översikt över den allmänna trenden, antalet anmälda fall i EU och de åldersgrupper som främst drabbades av smittsamma sjukdomar i EU 2008**

| Sjukdom   | Allmän trend       | Antal anmälda fall i EU per 100 000 (2008) | Mest drabbade åldersgrupper (2008) |
|---|--------------------|--|------------------------------------|
| <b>Infektioner i andningsorganen</b>                                      |                    |  |                                    |
| Influensa   | ↔                  | Inga data                                  | 0–14                               |
| Fågelinfluensa  | Otillräckliga data | 0  | Otillräckliga data                 |
| Legionärssjuka  | ↑                  | 1,2  | ≥ 65                               |
| Tuberkulos  | ↓                  | 16,7                                       | 25–44                              |
| <b>Hiv, sexuellt överförda infektioner och blodburna virusinfektioner</b> |                    |  |                                    |
| Klamydiainfektion   | ↑                  | 149,9                                      | 15–24                              |
| Gonorré   | ↓                  | 8,6  | 15–24, 25–44                       |
| Hepatit B   | ↓                  | 1,3  | 25–44                              |
| Hepatit C   | ↑                  | 9,0  | 25–44                              |
| Hiv   | ↑                  | 5,7  | 25–44                              |
| Aids  | ↓                  | 1,1  | 40–49                              |
| Syfilis   | ↔                  | 4,2  | 25–44                              |
| <b>Livsmedels- och vattenburna sjukdomar och zoonoser</b>                 |                    |  |                                    |
| Mjältbrand  | ↓                  | < 0,01                                     | Otillräckliga data                 |
| Botulism  | ↔                  | < 0,1                                      | 25–44                              |
| Brucellos   | ↓                  | 0,2  | 45–64, 25–44                       |
| Campylobakterinfektion  | ↑                  | 44,1                                       | 0–4                                |
| Kolera  | ↓                  | <0,01                                      | Otillräckliga data                 |
| Cryptosporidiuminfektion  | ↔                  | 2,4  | 0–4                                |
| Echinokockinfektion   | ↔                  | 0,2  | 45–44, ≥ 65                        |
| Verocytotoxinproducerande <i>Escherichia coli</i> (VTEC/EHEC)             | ↔                  | 0,7  | 0–4                                |
| Giardiasis  | ↓                  | 59,6                                       | 0–4                                |



| Sjukdom  | Allmän trend       | Antal anmälda fall i EU per 100 000 (2008) | Mest drabbade åldersgrupper (2008) |
|--|--------------------|--|------------------------------------|
| Hepatit A  | ↓                  | 3,3  | 5–14                               |
| Leptospiros  | ↔                  | 0,2  | 45–64                              |
| Listerios  | ↔                  | 0,3  | ≥ 65                               |
| Salmonellainfektion  | ↓                  | 29,8                                       | 0–4                                |
| Shigellainfektion  | ↔                  | 1,8  | 0–4                                |
| Toxoplasmos  | ↓                  | 0,8  | 15–24                              |
| Trikinos   | ↔                  | 0,1  | 25–44                              |
| Harpest  | ↔                  | 0,2  | 45–64                              |
| Tyfoid/paratyfoidfeber   | ↔                  | 0,3  | 0–4, 5–44                          |
| Creutzfeldt-Jakob (variant)                                    | Otillräckliga data | < 0,01                                     | Otillräckliga data                 |
| Yersiniainfektion  | ↑                  | 2,7  | 0–14                               |
| <b>Nya infektionssjukdomar och vektorburna sjukdomar</b>       |                    |  |                                    |
| Malaria  | ↔                  | 1,2  | 25–44                              |
| Pest   | Otillräckliga data | 0  | Otillräckliga data                 |
| Q-feber  | ↔                  | 0,4  | 45–64                              |
| Svår akut respiratorisk sjukdom (sars)                         | Otillräckliga data | 0  | Otillräckliga data                 |
| Smittkoppor  | Ej tillämpligt     | 0  | Otillräckliga data                 |
| Chikungunyafeber   | Otillräckliga data | < 0,01                                     | 45–64                              |
| Denguefeber  | Otillräckliga data | 0,1  | 25–44                              |
| Hantavirusinfektion  | Otillräckliga data | 1,4  | 25–44, 45–64                       |
| West Nile fever  | Otillräckligadata  | < 0,01                                     | Otillräckliga data                 |
| Gula febern  | Otillräckliga data | 0  | Inga fall                          |
| <b>Sjukdomar som kan förebyggas med vaccin</b>                 |                    |  |                                    |
| Difteri  | ↓                  | <0,01                                      | 5–14, 45–64                        |
| Invasiv <i>Haemophilus influenzae</i> -infektion               | ↓                  | 0,5  | ≥ 65, 0–4                          |
| Invasiv meningokockinfektion                                   | ↓                  | 0,9  | 0–4                                |
| Invasiv pneumokockinfektion                                    | ↓                  | 5,2  | ≥ 65, 0–4                          |
| Mässling   | ↔                  | 0,9  | 0–4                                |
| Påssjuka   | ↓                  | 2,8  | 5–14                               |
| Kikhosta   | ↔                  | 5,3  | 5–14                               |
| Polio  | Otillräckliga data | 0  | Otillräckliga data                 |
| Rabies   | ↓                  | < 0,01                                     | Otillräckliga data                 |
| Röda hund  | ↓                  | 0,6  | 0–4                                |
| Stelkramp  | ↓                  | < 0,1                                      | ≥ 65                               |
| <b>Antimikrobiell resistens och vårdrelaterade infektioner</b> |                    |  |                                    |
| Antimikrobiell resistens                                       | ↑                  | Ej tillämpligt                             | Otillräckliga data                 |
| Vårdrelaterade infektioner                                     | ↑                  | Ej tillämpligt                             | Otillräckliga data                 |

## 9 Övervakning av antimikrobiell resistens i Europa 2009

(publicerad i november 2010)

Detta är den första årsrapporten från Europeiska nätverket för övervakning av antimikrobiell resistens (EARSNet) sedan Europeiska systemet för övervakning av antimikrobiell resistens (EARSS) överfördes till ECDC den 1 januari 2010. Rapporten är en fortsättning av de mycket uppskattade årsrapporter som har publicerats av nätverket sedan 2001.

Under det senaste decenniet har antimikrobiell resistens fått en allt mer framträdande plats på den europeiska folkhälsoagendan. Övervakningen av antimikrobiell resistens som tidigare utfördes av EARSS och som för närvarande utförs av EARS-Net, har spelat en viktig roll för att tillhandahålla dokumentation om förekomsten och spridningen av antimikrobiell resistens och för att öka medvetenheten om problemet på politisk nivå, hos folkhälsoansvariga och bland forskare.

De uppgifter om antimikrobiell resistens som rapporterades till EARS-Net av 28 länder under 2009 och resultaten av trendanalyser, inklusive EARSS-data från tidigare år, visar att läget vad gäller resistens varierar kraftigt beroende på typ av patogen, antimikrobiellt ämne och geografisk region.

Under 2009 gällde de mest oroväckande resistensresultaten den snabbt minskande mottagligheten hos invasiv *Escherichia coli* för praktiskt taget alla antimikrobiella ämnen som ingår i EARS-Net-övervakningen med undantag av carbapenemer, och den höga prevalensen av resistens hos *Klebsiella pneumoniae* för tredje generationens cefalosporiner, fluoroquinolon och aminoglykosider. I hälften av de rapporterade länderna var andelen multiresistenta isolat av *K. pneumoniae* (kombinerad resistens mot tredje generationens cefalosporin, fluoroquinolon och aminoglykosider) över 10 procent och ett par länder rapporterar nu också höga andelar av resistens mot carbapenemer. Dessa antibiotika har ofta använts i många länder på grund av en ökande förekomst av ESBL (Betalaktamas med utvidgat spektrum) vilka producerar enterobakterier som leder till carbapenemproduktion (VIM, KPC och NDM-1), framför allt i *K. pneumoniae*.

Den största andelen resistens hos *E. coli* rapporterades för aminopenicilliner, där den kunde uppgå till 66 procent. Oavsett den höga resistensnivån fortsätter andelarna att öka, även i länder som redan uppvisar resistensnivåer högt över 50 procent. Resistens mot tredje generationens cefalosporin hos *E. coli* har också ökat kraftigt under de senaste fyra åren i över hälften av de rapporterade länderna. Denna resistens är direkt kopplad till den höga andelen (85–100 %) av ESBL-positiva bland de resistenta isolaten i länder som rapporterade om ESBL under 2009.

Andra trender i samband med resistens som rapporterats till EARS-Net väcker förhoppningar om att de nationella insatserna för vårdhygien och åtgärderna för att begränsa resistensen i vissa fall skulle kunna hejda utvecklingen av resistens, eller till och med vända på oönskade resistenstrender, vilket visas av utvecklingen för meticillinresistenta *Staphylococcus aureus* (MRSA). Även om andelen MRSA bland *Staphylococcus aureus* fortfarande ligger över 25 procent i 10 länder av 28 har förekomsten av MRSA stabiliserats eller minskat i vissa länder och en hållbar minskning kunde observeras i Österrike, Frankrike, Irland, Lettland och Storbritannien.

Storbritannien har dessutom uppvisat en stadig minskning av andelen resistenta *K. pneumoniae* för samtliga klasser av antibiotika som ingår i övervakningen, och i ett par länder (Grekland, Tyskland, Italien och Frankrike) verkar ansträngningarna att kontrollera glycopeptidresistensen hos *Enterococcus faecium* vara framgångsrika och resultera i en fortsatt minskning av andelen resistenta isolat. Samtidigt verkar aminoglycidresistensen hos *Enterococcus faecalis* stabiliseras på relativt hög nivå. Majoriteten av länder rapporterade andelar av resistenta isolat på mellan 30 procent och 50 procent.

För *Streptococcus pneumoniae*, är icke-känsligheten för penicillin i stort sett stabil i Europa och icke-känslighet för makrolider har minskat i sex länder, medan inget land rapporterar stigande trender. För *Pseudomonas aeruginosa* har höga andelar av resistens mot fluoroquinoloner, carbapenemer och multiresistens rapporterats av många länder, framför allt i södra och östra Europa.

För flera antimikrobiella och patogena kombinationer, till exempel fluoroquinolonresistens hos *E. coli*, *K. pneumoniae*, *P. aeruginosa* och för MRSA finns det en klar skillnad i Europa från norr till söder. I regel rapporteras lägre resistensandelar i norra Europa och högre i södra, vilket förmodligen återspeglar skillnader i vårdhygienrutiner, förekomst eller frånvaro av lagstiftning om förskrivning av antibiotika och andra faktorer som är kända för att påverka uppkomsten av resistens.

För *K. pneumoniae* har emellertid stigande trender av resistens mot specifika klasser av antibiotika och multiresistens observerats även i länderna i norra Europa, såsom Danmark och Norge, som har en traditionellt försiktig attityd vad gäller användning av antibiotika.

Förutom den normala trendanalysen och situationsöversikten innehåller 2009 års rapport från EARS-Net ett nytt fokuskapitel med en djupgående analys av *E. coli* och MRSA. Den analysen bygger uteslutande på data från laboratorier med en konsistent rapportering under flera år. Den djupgående analysen bekräftar en konsistent ökning av multiresistens och avslöjar en betydande minskning av känsligheten för antimikrobiella läkemedel hos *E. coli* under flera år. För MRSA återspeglar den observerade nedgången förmodligen effektiviteten av åtgärderna för vårdhygien på sjukhusnivå och kan till och med ge visst hopp om att begränsningsstrategier inom andra områden kommer att bli framgångsrika.

Avslutningsvis ger de data som rapporterats till EARS-Net av de deltagande länderna under 2009 en kunskapsbas gällande förekomsten av antimikrobiell resistens i Europa och dokumenterar de dessvärre stadigt minskande alternativen för antimikrobiell behandling mot viktiga sjukdomsalstrande bakterier.

## 10 Övervakning av hiv/aids i Europa 2009

(publicerad i november 2010)

### Viktiga punkter

Hiv-infektioner är fortfarande en viktig folkhälsofråga i Europa, där överföringen av hiv tycks fortsätta. Trots att rapporteringen är ofullständig finns det inga tydliga tecken på en minskning av antalet fall av hiv-infektion som diagnostiseras varje år. Sedan 2004 har antalet nydiagnostiserade fall av hiv som rapporteras per 100 000 ökat med nästan 30 procent, från 6,6 per 100 000 under 2004 till 8,5 per 100 000 under 2009. Antalet diagnostiserade fall av aids har fortsatt minska i WHO:s europeiska region, med undantag för östra Europa där antalet fall av aids har ökat. Bland de 48 länder som rapporterat aids-data under perioden 2004–09 har antalet rapporterade aids-diagnoser minskat från 2,0 per 100 000 till 1,0 per 100 000.

- År 2009 rapporterades 53 427 diagnostiserade fall av hiv-infektion av 49 av de 53 länderna i WHO:s europeiska region (från Österrike, Monaco, Ryssland och Turkiet finns inga uppgifter tillgängliga). Estland, Moldavien, Ukraina och Uzbekistan rapporterade flest fall.
- 6 568 fall av aids rapporterades av 48 länder (från Österrike, Sverige, Monaco, Ryssland och Turkiet finns inga uppgifter tillgängliga).
- År 2009 rapporterades 25 917 nydiagnostiserade hiv-fall av länderna i EU/EES (från Österrike finns inga uppgifter tillgängliga). De högsta förekomsterna i EU/EES rapporterades från Estland, Lettland, Portugal och Storbritannien.
- Det vanligaste överföringssättet för hiv-infektion i EU/EES är sex mellan män, följt av heterosexuell kontakt. Omkring 38 procent av fallen med överföring genom heterosexuell kontakt diagnostiserades hos personer från länder med generaliserad hiv-epidemi.
- I de tre geografiska/epidemiologiska områdena varierade de dominerande överföringssätten mellan olika områden, vilket illustrerar den stora mångfalden i hiv-epidemiologin i Europa. Även om rapporterade data pekar på att heterosexuell överföring har blivit det huvudsakliga överföringssättet i Östeuropa skulle den relativa andelen som beror på sprutmissbruk öka kraftigt om man tog med fall från Ryssland som inte finns tillgängliga för denna rapport. Sprutmissbruk skulle då vara orsaken till flera infektioner i regionen som helhet och framför allt i den östra delen. I Centraleuropa är det vanligaste överföringssättet för hiv-infektion sex mellan män, följt av heterosexuell kontakt. Även i väst är det dominerande överföringssättet sex mellan män, följt av heterosexuell kontakt, om fall hos personer från länder med generaliserad epidemi undantas.
- De uppgifter som presenteras här har vissa begränsningar på grund av ofullständig rapportering och bristfälliga uppgifter från ett antal länder och på grund av att uppgifterna rapporteras med fördröjning. Härigenom begränsas de slutsatser som kan dras beträffande omfattningen av hiv- och aids-epidemin i Europa. Om uppgifterna kunde korrigeras för dessa begränsningar skulle det totala antalet hiv-infektioner 2009 sannolikt vara det dubbla.

### Rekommendationer för övervakning av hiv/aids

Övervakningsdata för hiv/aids är synnerligen viktiga för att följa utvecklingen av hiv-epidemin och vägleda folkhälsoåtgärderna. Därför bör alla länder i Europa

- införa fallbaserade nationella rapporteringssystem för hiv- och aids-fall och se till att systemen är fullständiga och punktliga och
- förbättra kvaliteten på uppgifterna som rapporteras, särskilt beträffande förmodade smittvägar och CD4-celltalet.

### Rekommendationer för folkhälsan

Ingripanden för att kontrollera epidemin bör vara evidensbaserade och anpassade efter det aktuella landet och dess epidemiologiska situation. På grundval av tillgängliga övervakningsuppgifter är det rimligt att rekommendera följande:

- För länderna i Östeuropa: insatser för att kontrollera hiv bland sprutmissbrukare, inklusive program för skadereduktion, bör utgöra hörnstenen i strategier för hiv-prevention. Åtgärder bör även förstärkas för att förhindra heterosexuell överföring, inriktade på personer med högriskpartner.
- För länderna i Centraleuropa: preventionen bör anpassas efter varje enskilt lands förhållanden för att begränsa epidemin till dess nuvarande låga nivå. Eftersom epidemin bland män som har sex med män ökar bör prioritet läggas på att förstärka åtgärderna för att kontrollera hiv i denna grupp.

- För länderna i Västeuropa: insatser för att kontrollera hiv bland män som har sex med män bör utgöra hörnstenen i strategierna för att förebygga hiv, inklusive innovativa program för denna grupp. Insatser för prevention, behandling och vård måste anpassas så att de når invandrargrupper.
- Generellt bör hiv-rådgivning och testning främjas för att garantera tidig diagnos och tillgång till behandling och rådgivning för att hjälpa till att förebygga eller minska ytterligare överföring, minska antalet sent upptäckta fall och förbättra behandlingsresultaten på lång sikt för de berörda individerna. Lika tillgång till hiv-behandling och vård för alla grupper i samhället bör garanteras så att länderna kan nå det globala målet om allmän tillgång till prevention, behandling och vård och uppnå de mål som anges i Europeiska kommissionens meddelande och handlingsplan för att bekämpa hiv/aids i EU och grannländerna 2009–2013.

## Särskilda rapporter

### 11 Genomförande av Dublindeklarationen om partnerskap för att bekämpa hiv/aids i Europa och Centralasien: en lägesrapport för 2010

(publicerad i september 2010)

I februari 2004 träffades företrädare för länderna i Europa och Centralasien i Dublin och undertecknade en deklARATION om behovet av att påskynda genomförandet av det åtagande som länderna gjorde under FN:s generalförsamlings specialsession (UNGASS) om hiv/aids 2001.

Vilka framsteg har då gjorts? Detta står i fokus för denna rapport, som försöker dokumentera uppnådda resultat med hjälp av landbaserade rapporter och stämna av dem mot ett utvalt antal indikatorer som är av betydelse för länderna i regionen. Rapporten utgår från befintliga data, om sådana finns, och bygger i allmänhet på tidigare arbeten och i synnerhet på den rapport som lades fram av WHO:s regionala kontor för Europa och UNAIDS 2008. Särskilt utformade frågeformulär skickades ut till 55 länder, varav 49 svarade.

#### Politiskt ledarskap och partnerskap

Praktiskt taget samtliga länder rapporterar att de har ett strategiskt ramverk för sina åtgärder mot hiv (92 %) och ett organ som leder/samordnar arbetet (84 %). Åtta länder rapporterade att de hade utvecklat sina strategiska ramverk under de senaste fem åren, dvs. efter Dublindeklarationen. Det är emellertid oklart om dessa allmänna åtgärder räcker för att ersätta politiskt ledarskap i hiv-frågan i regionen. Lämpligare åtgärder kunde vara

- den omfattning i vilken finansiella resurser för hiv-prevention verkligen riktas in på nyckelgrupper i samhället, till exempel sprutmissbrukare, män som har sex med män och sexarbetare,
- den omfattning i vilken länder genomför nyckelinsatser, såsom program för skadereduktion för sprutmissbrukare och preventionsprogram för män som har sex med män i tillräcklig omfattning, och
- den omfattning i vilken länderna har tagit itu med svåra men viktiga politiska frågor i samband med marginaliserade och extra riskutsatta grupper, till exempel att tillhandahålla skadereducerande program för sprutmissbrukare i fängelsemiljöer och tillgång till tjänster för invandrare från länder med generaliserad hiv-epidemi.

Det finns starka tecken på att civilsamhället allmänt erkänns som en viktig aktör i kampen mot hiv i hela regionen och att den i stor utsträckning är engagerad i den kampen. Praktiskt taget samtliga länder (98 %) rapporterade till exempel att de i viss utsträckning engagerade civilsamhället i arbetet med att utveckla sina strategiska ramar. I linje med resultaten i den första lägesrapporten om Dublindeklarationen rapporterade både regeringar och civilsamhället särskilda fördelar med att inkludera civilsamhället i hiv-insatser, och representanter för civilsamhället menade att basen för deras engagemang i arbetet förbättrades mellan 2005 och 2007. Det formella engagemanget från den privata sektorn i hiv-insatser verkar vara mycket mer begränsat.

Hiv-epidemier i Europa och Centralasien är till största delen koncentrerade till särskilda grupper i befolkningen. Det finns uppgifter som tyder på att vissa länder i regionen effektivt fokuserar finansieringen av preventionsinsatser på de mest drabbade befolkningsgrupperna. Att göra detta i högre utsträckning skulle inte bara ge bättre resultat från insatta resurser utan skulle kunna leda till ett generellt sett effektivare utfall. Även om finansieringen för de nationella hiv-insatserna i regionen i allt högre grad kommer från inhemska källor finns det ett pressande behov av ett fortsatt stöd till hiv-responsen i regionens länder med låga till medelhöga inkomster. Att inrätta hållbara mekanismer för att tillhandahålla detta finansiella stöd måste vara en prioriterad fråga för samtliga länder i regionen.

Den tillgängliga finansieringen för den globala kampen mot hiv har ökat dramatiskt sedan Dublindeklarationen. Före deklARATIONEN, 2002, var de tillgängliga resurserna för en global respons på hiv 1,2 miljarder USD. Det mer än sexdubblades till 7,7 miljarder USD 2008. Den ökningen har drivits på av USA och vissa europeiska länder genom såväl bilaterala som multilaterala initiativ. Under 2008 kom 40 procent av givarländernas alla utbetalningar för internationellt aids-stöd från medlemsstaterna i EU, länderna i EFTA och Europeiska kommissionen. Med tanke på den nuvarande globala finansiella krisen och konkurrerande prioriteringar för finansiering är det viktigt att länderna i regionen tar itu med utmaningen att bibehålla och ytterligare öka dessa finansieringsnivåer och se till att finansieringen används så effektivt som möjligt.

## Förebyggande åtgärder

Det finns starka belägg för att vissa befolkningsgrupper är särskilt drabbade av hiv i Europa och Centralasien. Utmaningen är att se till att dessa grupper får tillgång till de nödvändiga hiv-preventiva åtgärderna i tillräcklig omfattning. I den första lägesrapporten om Dublindeklarationen framhölls betydelsen av att intensifiera och utvidga riktade hiv-insatser för att minska orättvisorna och den frågan är fortfarande viktig i regionen.

Det är väl känt att sprutmissbrukare är särskilt sårbara för hiv-infektioner och detta stämmer helt klart i regionen som helhet. Det står också klart att hiv-överföringen bland sprutmissbrukare kan kontrolleras om effektiva tjänster tillhandahålls i tillräcklig omfattning för att göra skillnad. Viktiga åtgärder i stor skala är till exempel antalet nålar/sprutor som delas ut till sprutmissbrukare per år och den procentuella andelen av sprutmissbrukare som får substitutionsbehandling. Samtliga länder måste sträva efter att uppnå den höga nivå av programtäckning som redan har uppnåtts av vissa länder.

Det är också väl känt att män som har sex med män är särskilt drabbade av hiv i vissa länder och regioner, inklusive delar av Europa. Män som har sex med män är särskilt utsatta för hiv-smitta, inte bara i regionens västra del, utan det finns också tecken som tyder på att de är mer drabbade än vad man tidigare insett i andra delar av regionen. Detta styrker resultaten i den första lägesrapporten, dvs. att det finns en dold hiv-epidemi bland män som har sex med män. I vissa länder fortsätter antalet smittade personer i denna grupp att öka. Skälen till detta är emellertid oklara och kan variera från land till land. Ytterligare information om orsakerna behövs och borde kunna erhållas genom den pågående europeiska internetstudien av män som har sex med män (EMIS). Det är inte klarlagt hur täckningsgraden för program för män som har sex med män kan mätas med god precision. Trots det står det klart att täckningen förblir låg i många länder och andelen oskyddad analsex är fortfarande oacceptabelt hög. Det finns också uppgifter från vissa länder som visar att vissa grupper av män som har sex med män, ungdomar, personer utanför storstäderna, de som har mindre utbildning och de som identifierar sig själva som bisexuella, löper större risk att inte nås av olika hiv-program.

Det anses visserligen att sexarbetare löper särskilt stor risk att drabbas av hiv-infektioner globalt, men det finns färre belägg för att detta skulle vara fallet i regionen. Prevalensen av hiv bland sexarbetare är till exempel relativt låg i många länder i regionen. Detta gäller emellertid inte alla sexarbetare. Bland vissa kategorier av sexarbetare är hiv-infektioner vanligare, bl.a. de som även är sprutmissbrukare, samt manliga och transsexuella sexarbetare, sexarbetare från länder med generaliserad epidemi och de som arbetar på gatan. Bland sexarbetarna som helhet är den rapporterade användningen av kondomer under kommersiellt sex relativt hög och förmodligen en viktigare faktor än allmänna åtgärder för att öka sexarbetarnas kunskaper.

Migranter från länder med generaliserad hiv-epidemi är särskilt drabbade av hiv. Även om man i vissa länder oroas över andra grupper av migranter finns det få övertygande bevis för att dessa grupper skulle vara drabbade av hiv i särskilt hög grad, såvida det inte föreligger andra riskbeteenden, såsom sprutmissbruk. Frågor i samband med migranter gäller inte enbart hiv-prevention utan även tillgången till behandling och vård. Det finns särskilda problem i många länder när det gäller papperslösa migranternas tillgång till viktig vård, såsom antiretroviral behandling (ART).

Fångar, framför allt de som också är sprutmissbrukare, är också mycket sårbara för hiv-infektioner i regionen. Även om man inser behovet av att samma hiv-åtgärder ska vara tillgängliga i fängelser som i samhället i övrigt är detta inte fallet i många länder i regionen. EU/EFTA-länderna har tagit ledningen på ett övertygande sätt när det gäller att erbjuda substitutionsbehandling i fängelser, men den strategin har inte införts i många av länderna i regionen. Det ledarskapet har inte varit lika konsekvent när det gäller att tillhandahålla steril injiceringsutrustning i fängelser.

Frågan om i vilken utsträckning ungdomar är särskilt utsatta för hiv-smitta i länderna i regionen visade sig vara omtvistad i denna granskning. Ungdomar kan naturligtvis inte betraktas som en homogen grupp vad gäller hiv-risk. Trots det är vissa utsatta för betydande risker, till exempel i samband med droginjicering och unga män som har sex med män. Det finns också tecken som tyder på att olika program har svårare att nå ut till dessa grupper än till äldre åldersgrupper. Över tre fjärdedelar av länderna rapporterade att hiv-utbildning ingår i grundskolornas kursplaner. Men det är oroväckande att en heltäckande utbildning i sexuell hälsa inte är tillgänglig för alla ungdomar i regionen, framför allt för de yngsta, till exempel på låg- och mellanstadiet.

## Att leva med hiv

Alla länder där det finns trenddata tillgängliga rapporterade ett ökat antal personer i antiretroviral behandling sedan Dublindeklarationen antogs. Det råder emellertid viss osäkerhet eftersom många av dessa länder startade på en mycket låg behandlingsnivå och när det gäller om alla de som behöver behandling faktiskt får den tillräckligt snabbt. Huvudfrågan i samband med ett snabbt tillhandahållande av behandling till dem som behöver den avser inte de personer som man vet verkligen behöver den, dvs. som har ett CD4 på  $< 350$  celler/mm<sup>3</sup>. Frågan gäller snarare i vilken utsträckning hiv-smittade personer i regionen som behöver behandling är omedvetna om sin hiv-status, dvs. de har inte diagnostiserats. ECDC-data för 2008 visar att i 21 länder som rapporterade uppgifter om CD4-tal i samband med diagnosen hade över hälften av de personer där man gjorde en CD4-räkning ett värde

som var lägre än 350 celler/mm<sup>3</sup> när diagnosen gjordes. Detta är mycket oroande siffror, eftersom de tyder på att ett stort antal personer i regionen påbörjar sin antiretrovirala behandling senare än rekommenderat.

Nästan samtliga länder (84 %) rapporterar att frågorna om stigmatisering och diskriminering tas upp i nationella strategier eller åtgärdsramar för hiv och aids, men att detta inte alltid återspeglas i policybeslut och program. Det finns också starka indikationer på en kvardröjande stigmatisering och diskriminerande attityder i vissa länder i regionen och det är oklart i vilken utsträckning tillgängliga mekanismer för att bekämpa stigmatisering och diskriminering tillämpas. Situationen har inte förbättrats i någon betydande grad sedan den första lägesrapporten om Dublindeklarationen.

## Uppföljning av Dublindeklarationen

Ett av åtagandena i Dublindeklarationen var att genomförandet skulle följas upp och Europeiska kommissionen beslutade att ECDC skulle ansvara för detta. Denna rapport är resultatet av en process som ECDC tagit initiativ till för att fullgöra detta uppdrag. Den bygger på bidragen från ett stort antal individer och organisationer. Framför allt har uppgifterna i rapporten lämnats av de 49 länder som deltog i denna granskning.

Två av principerna som följdes under granskningen var att om möjligt utnyttja befintliga data och indikatorer för att se till att de indikatorer som kontrollerades var relevanta för miljön i de europeiska och centralasiatiska länderna. Ibland rådde det spänningar mellan dessa principer, framför allt när det gällde i vilken omfattning UNGASS-indikatorer och -data kunde användas i processen. UNGASS-indikatorer har använts så långt det har varit möjligt. Om länder tidigare har lämnat uppgifter till UNGASS har de uppgifterna använts. Data mottogs från tolv länder som inte lämnade rapporter till UNGASS 2008. Granskningen medgav uttryckligen att länderna kunde skicka in tillgängliga data för vissa frågor även om de inte exakt motsvarade UNGASS-indikatorerna. Information har dessutom samlats in för vissa befolkningsgrupper för vilka det inte finns några särskilda UNGASS-indikatorer, till exempel intagna på fängelser och migranter från länder med generaliserad epidemi. I denna granskning dras slutsatsen att en högre svarsprocent för UNGASS-rapportering från länderna i regionen skulle erhållas om

- indikatorerna var mer relevanta för regionen,
- fördelarna med internationell rapportering framgick tydligare,
- rapporteringsbördan för länderna minskades genom en samordnad internationell rapporteringsprocess.

Att snabbt vidta åtgärder för att ta tag i dessa frågor framstod som en viktig fråga för länderna i regionen som deltog i granskningen. ECDC har för avsikt att spela en ledande roll i en sådan regional process.



## 12 A(H1N1)-pandemin i Europa 2009 – en genomgång av erfarenheterna

(publicerad i november 2010)

Syftet med denna utökade rapport är att ge en bred epidemiologisk och virologisk översikt över pandemin 2009 i länderna i EU och EES (27 medlemsstater i EU samt Norge och Island). Den innehåller relevant bakgrundsinformation om influensaepidemier och influensapandemier, framför allt deras variabilitet och oförutsägbarhet. De viktigaste trenderna och upplysningarna är resultatet av en analys och tolkning av epidemiologiska och virologiska data och andra analyser som lämnats till ECDC:s europeiska övervakningssystem (TESSy) genom det europeiska nätverket för influensaövervakning (EISN).

Av dessa data och analyser framgår att det pandemiska viruset började spridas i Europa runt vecka 16/2009 efter att ha konstaterats i Nordamerika. Virusets uppfyllde de upprättade kriterierna för en pandemi i Europa, liksom på annat håll. ECDC och medlemsstaterna i EU/EES tog snabbt fram och fattade beslut om ett system för övervakning som var lämpligt för pandemin med bidrag från WHO och länderna som redan drabbats utanför Europa. Detta byggde på redan befintliga system, men omfattade nya element för att övervaka situationen i de värst drabbade länderna. Dessutom användes metoder för insamling av uppgifter om epidemin och för att bevaka forskningen för att så tidigt som möjligt avgöra viktiga parametrar som behövdes för väl underbyggda riskbedömningar, justering av prognoser och för att bidra till utformningen av motåtgärder.

Det europeiska nätverket för influensaövervakning rapporterade en inledande våg av smitta under våren/sommaren i de flesta av länderna. Den var emellertid endast allvarlig i ett fåtal länder, framför allt Storbritannien. Smittspridningstakten dämpades något mot slutet av sommaren, men sköt sedan fart igen under hösten strax efter det att skolorna börjat. Den här gången drabbades samtliga länder när en höst/vinter-våg drog fram över kontinenten från väster till öster. WHO förklarade officiellt att pandemin var över i vecka 32 år 2010.

I de flesta länder steg smittkurvan kraftigt under hösten/vintern, varade cirka 14 veckor och följdes av en motsvarande våg av sjukhusinläggningar och dödsfall. Sjukdomsbilden var emellertid inte lika allvarlig överallt utan varierade från plats till plats, till och med inom länderna. Totalt rapporterades 2 900 officiella dödsfall av länderna i EU/EES under de första tolv månaderna under vilka medlemsstaterna gjorde extra ansträngningar för att samla in dessa uppgifter. Detta kommer endast att utgöra en del av den faktiska bördan av dödsfall på grund av pandemin. Dödsfallen bland barn i skolåldern visade sig vara proportionellt högre. Även om detta var ett influensavirus som aldrig tidigare upptäckts, innebar tidigare exponering för ett antigeniskt likartat influensavirus som cirkulerade före 1950-talets mitt att många äldre personer i Europa hade en viss tidigare immunitet. Detta faktum, som inte är unikt för pandemin 2009, förklarar två av de mest iögonfallande skillnaderna jämfört med den interpandemiska eller säsonsberoende influensan: en totalt sett lägre dödlighet och en högre relativ börda av sjukdom och dödsfall bland yngre personer än väntat. Även om många äldre personer föreföll ha skydd var antalet dödsfall högre bland äldre personer utan skydd än i någon annan åldersgrupp.

Det pandemiska viruset ersatte de tidigare interpandemiska influensa A-virusen i Europa, även om influensa B-virusen fortfarande förekom i liten omfattning sent under säsongen. Endast ett litet antal pandemiska virus visade sig vara resistent mot oseltamivir och av dem var det mycket få som hade förmågan att överföras från en person till en annan. Även om de pandemiska virusen inte är identiska finns det hittills lite som tyder på en betydande genetisk drift eller en uppkomst av nya dominanta varianter. En variant – A(H1N1)-D222G – anses vara knuten till allvarligare sjukdomar, även om sambandet inte har fastställts.

Även om anekdotiska bevis tyder på att det förekom mildare och mer symtomfria fall jämfört med den interpandemiska influensan, så fanns det tillräckligt många fall av allvarlig akut respiratorisk sjukdom, ett tillstånd som mycket sällan förekommer i samband med interpandemisk influensa, för att utsätta intensivvården på många håll för stora belastningar. Den största andelen insjuknade återfanns bland ungdomar och ländernas rapporter visar att den största andelen smittade återfanns bland barn i skolåldern. Det stora antalet insjuknade medförde en särskilt stor belastning för primärvården, sjukhusens pediatrika enheter och framför allt intensivvårdsavdelningar på vissa platser.

Vissa uppgifter från serologiska undersökningar börjar nu bli tillgängliga som stöder övervakningsdata som pekar på en snabbare smittspridning än vad de kliniska indikationerna gav anledning att misstänka. Dessa uppgifter är emellertid ännu inte tillräckliga för att göra pålitliga prognoser om vad som kommer att hända nästa vinter (2010/2011), och i det syftet har erfarenheterna från de tempererade länderna på södra halvklotet under den europeiska sommarperioden 2010 varit mycket avslöjande.

I ett tidigt skede var pandemin betydligt mindre allvarlig än vad man fruktat. Detta framgick tydligt av ECDC:s tidiga riskbedömning<sup>6</sup>, WHO:s rapporter och information från ECDC till nationella och europeiska myndigheter. Tack vare den låga frånvarofrekvensen blev också effekterna för områden utanför hälso- och sjukvårdssektorn mycket små. Detta och andra uppgifter innebär att detta förmodligen var den mest godartade pandemi som Europa hade kunnat hoppas på.

Eftersom pandemin 2009 var betydligt mindre hotfull än vad många länder hade förberett sig på, kom den att bli ett prov på de befintliga planernas flexibilitet. Pandemin ägde rum vid en tidpunkt när diagnostiska test snabbt blev tillgängliga, liksom preventiva åtgärder i form av antivirala läkemedel med liten resistens mot neuraminidashämmare men nästan fullständig resistens mot andra adamantaner, och lämpliga vacciner som utvecklades snabbare än någonsin tidigare. Alla dessa åtgärder medförde emellertid också problem och det fanns både nya utmaningar och överraskningar. Som tidigare nämnt förekom det fler fall av svår akut respiratorisk sjukdom än väntat vid en tidpunkt när intensivvården redan var utsatt för hårt tryck, utan att resten av sjukhusen nödvändigtvis belastades. En mera välkommen överraskning var att de snabbt framtagna pandemiska vaccinerna uppvisade en så god immunologisk respons att endast en enda dos behövdes hos vuxna för många av vaccinerna. De visade sig också vara effektiva och tillräckligt säkra, även om det fortfarande krävs övervakning efter saluförandet för att fastställa exakt hur säkra de är. När vaccinerna ställdes till förfogande togs de emot av läkarna med olika grader av entusiasm. Pålitliga data om täckningen på EU-nivå finns fortfarande inte tillgängliga, men intrycket är att täckningen kom att variera kraftigt i Europa och att bara vissa länder har uppnått en hög täckningsgrad bland befolkningen som helhet eller bland utvalda riskgrupper.

Bristen på allmän acceptans för detta vaccin beror delvis på svårigheten att framföra komplicerad riskinformation som innebär att man talade om för människor att om de inte befann sig i en riskgrupp (barn, människor med kroniska sjukdomar och gravida kvinnor) så var risken att de skulle drabbas av allvarliga sjukdomar efter infektionen mycket liten. Eftersom 25–30 procent av de officiella dödsfallen var bland tidigare friska personer under 65 var det andra budskapet att det fanns en liten, men reell risk för allvarlig sjukdom och död i samband med pandemin hos alla friska vuxna och barn. Svårigheterna i samband med riskinformationen var därför betydande.

Som helhet är det förmodligen rimligt att säga att EU/EES hanterade pandemin tämligen väl. Inget land överreagerade, medan systemen som hade utvecklats av kommissionen, WHO och ECDC för att diskutera och sprida information visade sig vara robusta och användbara. EISN-övervakningen av virologi och primärvård fungerade bra och förstärkte de data som kom från ECDC:s egna källor för epidemiinformation och kontroll av utvalda forskningsinstitutioner. Mindre framgångsrik var spridningen av analyser från de länder som drabbades först och lyckligtvis blev data och analyser snabbt tillgängliga från Nordamerika och det södra halvklotet. Trots de många granskningar och utvärderingar som redan pågår är det ett par allmänna lärdomar som har blivit omedelbart uppenbara:

- Det behövs överenskomna definitioner av en pandemis allvarlighet för att förbättra planeringens flexibilitet.
- System för rutinövervakning som inrättats före pandemin kommer att garantera att mycket färre ändringar behöver göras i en akut kris, eller till och med en pandemi.
- Det krävs en betydligt bättre övervakning av allvarliga fall på sjukhus och av dödsfall.
- I framtiden måste spridningen av tidiga analyser från de först drabbade länderna fungera bättre.
- Mycket arbete återstår, bland annat forskning och utveckling, för att seroepidemiologi ska bli tillgänglig i realtid.
- Framtagning av modeller under en pandemi måste vara närmare knutet till policy och aktiviteter i hela Europa och inte bara till ett eller två länder.

Pandemiplaneringen måste nu granskas eftersom förekomsten av denna pandemi inte utesluter att en annan pandemi inträffar i en nära framtid, till exempel en H5- eller H7-pandemi. Nästa generation av planer måste vara flexiblare för att kunna reagera på olika svårighetsgrader och olika kombinationer av ECDC:s "kända okända faktorer" i samband med pandemier. Detta skulle vara lättare att genomföra om man kunde nå en viss enighet om en europeisk syn på bedömning av svårighetsgrad som matchar nivåer av motåtgärder till olika skalor och karakteristiska egenskaper. Dessa nya planer måste också omfatta konsolidering och hållbarhet för de system för övervakning av influensa som införts för att möta kraven i samband med en pandemi. Detta gäller framför allt svår akut respiratorisk sjukdom, dödlighet på grund av pandemin och eventuellt seroepidemiologisk övervakning. Arbetet med dessa övervakningssystem måste prioriteras, ges tillräckliga resurser och sedan få en möjlighet att utvecklas och testas under den interpandemiska perioden så att systemen är robustare och effektivare när nästa stora kris kommer.

<sup>6</sup> Finns här: [http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/H1N1/risk\\_threat\\_assessment/Pages/risk\\_threat\\_assessment.aspx](http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/H1N1/risk_threat_assessment/Pages/risk_threat_assessment.aspx)

## 13 Framsteg mot en eliminering av tuberkulos – en uppföljning av handlingsplanen för att bekämpa tuberkulos i EU

(publicerad i november 2010)

### Inledning

Handlingsplanen för att bekämpa tuberkulos i Europeiska unionen lanserades 2008 av Europeiska centrumet för förebyggande och kontroll av sjukdomar (ECDC). Efter en begäran från kommissionären med ansvar för folkhälsofrågor om att ECDC skulle utveckla ett system för övervakning till stöd för planen har ECDC nu tagit fram en uppföljning till handlingsplanen. Målen för uppföljningen av handlingsplanen är följande: att ge en översikt över den nuvarande strategiska miljön för kontroll av tuberkulos i EU och jämföra detta med den globala situationen samt att beskriva ett epidemiologiskt och strategiskt övervakningssystem som skulle medge en utvärdering av framstegen i arbetet med att eliminera tuberkulos i EU.

### Strategisk miljö på europeisk och global nivå

Tuberkulosepidemin i EU har nått en sådan nivå att det nu krävs ett särskilt övervakningssystem som är direkt relevant för den europeiska epidemiologiska miljön och som medlemsstaterna lätt kan tillämpa. Utvecklingen av ett övervakningssystem kräver därför grundliga kunskaper om den epidemiologiska och strategiska miljön som ska övervakas. Denna uppföljningsrapport innehåller därför en översikt över den nuvarande miljön för EU och globalt samt framhåller behovet av en konsekvent strategi för kontroll av tuberkulos med tanke på tuberkulosepidemins globala sammanhang.

### Övervakning av handlingsplanen

Rapporten innehåller ett antal epidemiologiska och operativa indikatorer och mål som en integrerad del av övervakningssystemet. Dessa indikatorer och mål är kompatibla med dem som redan övervakas som en del av ett befintligt globalt och regionalt samarbete och kan generellt sett härledas ur information som redan har samlats in och rapporterats av olika länder. De viktigaste indikatorerna i uppföljningen är samtliga relaterade till åtta strategiska områden i handlingsplanen för att medge en utvärdering av framstegen på vart och ett av de områdena.

### Epidemiologiska indikatorer

- 1 Trender för antalet anmälda fall.
- 2 Trender för antalet anmälda multiresistenta fall.
- 3 Trender för andelen anmälda fall bland barn och bland vuxna.
- 4 Trender för genomsnittlig ålder för fallen av tuberkulos.

### Operativa indikatorer

- 1 Tillgång till en nationell plan för tuberkuloskontroll.
- 2 Tillgång till riktlinjer för genomförande av den nationella planen för tuberkuloskontroll.
- 3 Procentuell andel av nationella referenslaboratorier för tuberkulos (som följer ERLN-TB) som uppnår adekvata resultat i det externa kvalitetssäkringssystemet.
- 4 Tillgång till en strategi för att införa och tillämpa nya verktyg för tuberkuloskontroll.
- 5 Procentuell andel av nya fall av lungtuberkulos som bekräftats av odling och procentuell andel av fallen som känslighetstestats för förstahandsläkemedel.
- 6 Procentuell andel av medlemsstaterna som rapporterar andelen lyckade behandlingar
- 7 Andel lyckade behandlingar.
- 8 Procentuell andel av tuberkulospatienter med känd hiv-status.

## Bilaga: ECDC-publikationer 2010

### Tekniska rapporter

#### *Maj*

Risk assessment on Q fever

#### *Juni*

Core functions of microbiology reference laboratories for communicable diseases

#### *September*

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

#### *Oktober*

Surveillance and prevention of hepatitis B and C in Europe

#### *November*

External quality assurance scheme for Salmonella typing

Evidence synthesis for Guidance on HIV testing

#### *December*

Fostering collaboration in public health microbiology in the European Union

### Vägledning från 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']

#### *December*

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

### Övervakningsrapporter

#### *Mars*

Tuberculosis surveillance in Europe 2008

#### *Maj*

Influenza surveillance in Europe 2008/09

#### *Oktober*

Annual Threat Report 2009

Surveillance of invasive bacterial diseases in Europe 2007

#### *November*

Annual Epidemiological Report on Communicable Diseases in Europe 2010

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

HIV/AIDS surveillance in Europe 2009

## Särskilda rapporter

### *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

## Mötesrapporter

### *Januari*

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

### *Februari*

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

### *Maj*

Annual meeting of the European Influenza Surveillance Network (EISN)

### *Juni*

First annual meeting of the European Reference Laboratory Network for Tuberculosis

Expert consultation on healthcare-associated infection prevention and control

### *Juli*

Surveillance in EU and EEA/EFTA countries

### *December*

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

## Delegationsrapporter

### *Februari*

Offentligt samråd om framstegen för hälso- och sjukvårdssystemet i före detta jugoslaviska republiken Makedonien

### *Oktober*

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

## Tekniska dokument

### *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 indicators<sup>7</sup>

---

(<sup>7</sup>) Publicerat av WHO.

### *September*

Conducting health communication activities on MMR vaccination

## **Gemensamma publikationer**

Summary of key publications 2009

Annual Report of the Director 2009

Strategies for disease-specific programmes 2010–2013

ECDC Insight

Executive Science Update

## **Regelbundna publikationer**

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

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