



## ECDC **CORPORATE**

Yfirlit yfir helstu rit gefin út árið

2009

ECDC CORPORATE

## Yfirlit yfir helstu rit gefin út árið 2009



Stokkhólmur, janúar 2010

© Sóttvarnastofnun Evrópu (ECDC), 2010

Fjölföldun er heimiluð, að því gefnu að heimilda sé getið.

# Efnisyfirlit

|   |    |
|---|----|
| Inngangur .....   | 1  |
| Tækniskýrslur .....   | 2  |
| 1. Viðmið fyrir áhættumat á smitsjúkdómum sem smitast í loftförum.....  | 2  |
| 2. Eftirlit og rannsóknir á heimsfaraldri í Evrópu .....  | 3  |
| 3. Leiðbeiningar um lýðheilsu úrræði til að draga úr áhrifum influensu heimsfaraldurs í Evrópu:<br>'ECDC Fellilistinn'.....                     | 4  |
| 4. Heilsufar innflytjenda ritróðin: Aðgangur að HIV forvörnum, meðferð og umönnun fyrir<br>innflytjendum í ESB/EES löndum.....                  | 11 |
| 5. Heilsufar innflytjenda ritróðin: Farsóttarfræði HIV og AIDS hjá innflytjendasamfélögum og þjóðlegum<br>minnihlutahópum í ESB/EES löndum..... | 13 |
| 6. Kortlagning HIV/STI hegðunareftirlits í Evrópu .....   | 16 |
| 7. Syklavandamálið: tími kominn til að bregðast við (sameiginleg tækniskýrsla ECDC/EMA) .....   | 18 |
| 8. Skilvirkni hegðunarlegra og sálfélagsslegra HIV/STI forvarna íhlutanna fyrir samkynhneigða karla í Evrópu ....                               | 22 |
| Leiðbeiningaskýrslur .....  | 23 |
| 9. Stjórn á klamydíu í Evrópu .....   | 23 |
| 10. Lýðheilsunotkun á viruslyfjum gegn influensu á meðan influensu faraldur gengur yfir .....   | 25 |
| 11. Notkun sérstaks heimsfaraldurs influensu bóluefni í H1N1 2009 heimsfaraldrinum .....  | 28 |
| Eftirlitsskýrslur .....   | 30 |
| 12. Berklæftirlit í Evrópu 2007 .....   | 30 |
| 13. Árleg faraldra skýrsla um smitsjúkdóma í Evrópu 2009.....   | 32 |
| 14. Eftirlit með HIV/AIDS í Evrópu.....   | 38 |
| Viðauki: Rit gefin út af Sóttvarnastofnun Evrópu á árinu 2009 .....   | 40 |

## Inngangur

Árið 2009 gaf Sóttvarnastofnun Evrópu (ECDC) út alls 43 skjöl af vísindalegum toga. Hápunktur samanstanda af:

- *Árleg farsóttarfræðileg skýrsla um smitsjúkdóma í Evrópu árið 2009*, þriðja útgáfa af árlegri útgáfu ECDC sem felur í sér yfirgrípsmikla samantekt eftirlitsgagna frá 2007 og þær ógnir sem vaktaðar voru 2008;
- *Berklaeftirlitskerfi í Evrópu 2007 og HIV/AIDS eftirlit í Evrópu 2008, sem bæði voru unnin í samstarfi við Svæðisskrifstofu Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar í Evrópu (WHO EURO), fyrir ástandið í löndum Evrópusambandsins (ESB) og Evrópska efnahagssvæðisins (EES), auk þeirra 23 landa sem eru hluti af WHO EURO svæðinu,*
- Upphaf útgáfu Heilsufar innflytjenda ritraðarinnar, sem er safn rita um ákveðna sjúkdóma þar sem lagðar eru fram gagnagreiningar, samantekt sönnunargagna, túlkun og leiðbeiningar fyrir íhlutun á sviði innflytjenda og valinna smitsjúkdóma. Fyrstu tvö skjölin sem gefin voru út 2009 og beindust að ákveðnum sjúkdómum fjölluðu um HIV/AIDS;
- *Sýklavandamálið: tími til að bregðast við*, tæknileg skýrsla um bilið milli álagi vegna sýkingar sem afleiðingu af fjölyfjapolinna sýkla og þróun nýrra sýklalyfja til að takast á við vandamálið, ritað í samvinnu við Lyfjastofnun Evrópu; og
- *Kortlagning HIV/STI hegðunareftirlits í Evrópu*, ýtarleg greining á núverandi ástandi áætlana fyrir eftirlit með hegðun tengt HIV og kynsmitsjúkdómum (STI) í löndum ESB og Friverslunarsamtaka Evrópu (EFTA).

Samantektir af völdum skjölum Sóttvarnastofnunar, líkt og þeim sem nefndar eru hér á undan, hafa verið gerðar til að gera þær aðgengilegar stefnumótendum á öllum tungumálum Evrópusambandsins auk íslensku og norsku. Þar kemur fram tilgangur og megininntak upprunalegu skjalanna, en sum mikilvæg blæbrigði kunna að hafa glatast við samantektarferlið. Lesendur sem vilja fá ítarlegra yfirlit ættu að kynna sér texta skjalanna í heild, sem er að finna á netinu á: [www.ecdc.europa.eu](http://www.ecdc.europa.eu)

Í viðauka er listi yfir öll útgefin skjöl Sóttvarnastofnunar á árinu 2009. Öll skjölin eru fáanleg á rafrænu formi á tenglinum sem gefinn er upp hér á undan, ásamt stuttri lýsingu á innihaldi hvers þeirra um sig. Valdar skýrslur eru einnig fáanlegar á prentuðu formi. Til að fá útprentun á einhverri þeirra, vinsamlegast sendið tölvupóst til [publications@ecdc.europa.eu](mailto:publications@ecdc.europa.eu)

# Tækniskýrslur

## 1. Viðmið fyrir áhættumat á smitsjúkdómum sem smitast í loftförum

(Gefið út í júní 2009)

Fjöldi farþega með landbundnu og alþjóðlegu flugi í atvinnuskyni hefur aukist stöðugt undanfarin ár. Alþjóðlegir flugvellir bjóða milljónir farþega velkomna dag hvern, sem gerir einstaklingum kleift að ferðast um hnöttinn á nokkrum klukkustundum. Á sama tíma geta breyttir ferðahættir orsakað nýjar ógnir: Í hinu lokaða umhverfi nútíma flugvéla geta farþegar verið óvarðir fyrir ýmis konar smitsjúkdómum sem herja á samferðamenn þeirra.

Tilkoma heilkenni alvarlegrar bráða lungnabólgu (HABL) árið 2003 sýndi fram á möguleikann á því að nýr sjúkdómur gæti skyndilega komið fram og breiðst út á heimsvísu með flugsamgöngum. Tímanleg greining smitsjúkdóma um borð í loftfari, í samvinnu við tímanlegt áhættumat, er nauðsynlegt þegar hefja skal viðbrögð á sviði lýðheilsu. Þegar hætta gegn lýðheilsu er greind, þá er það grundvallaratriði til að hafa hemil á hættunni að rekja snertingu farþega sem voru óvarðir í flugi – ásamt því að vera meiriháttar áskorun fyrir lýðheilsusérfræðinga um allan heim.

RAGIDA-verkefnið (Viðmið fyrir áhættumat á smitsjúkdómum sem smitast í loftförum) dregur saman sönnunargögn sem fengin eru úr vísindalegum heimildum og sérfræðipækkingu til að veita stefnumótendum raunhæfa kosti. RAGIDA getur veitt dýrmæta aðstoð þegar ákvarða þarf hvað hrindir af stað aðgerðum og þegar taka þarf ákvörðun um hvort eigi að rekja snertingu flugfarþega og áhafnar sem voru óvarin gegn smitsjúkdómum á meðan flugi stöð.

Sérfræðingar frá Robert Koch stofnuninni og ECDC samþykktu 12 sjúkdóma fyrir RAGIDA-verkefnið: Berklar, influensa, HABL, heilahimnubólga, mislingar, rauðir hundar, barnaveiki, Ebola hitasótt, Marburg hitasótt, Lassa hitasótt, bólusótt og miltisbrandur. Meira en 3700 jafningjarýndar greinar og efni gefið út af opinberum aðilum voru yfirfarnar kerfisbundið til að leggja nákvæmt mat á þær aðstæður sem urðu til þess að þessir smitsjúkdómar smituðust um borð í loftfari. Auk þess var farið í kerfisbundna leit að viðmiðum fyrir áhættumat og áhættustýringu fyrir þessa smitsjúkdóma á vegum alþjólegra flugþjónusturáða og landsbundinna eða alþjóðlegra lýðheilsustofnanna. Fyrir auka innlegg var haft samband við 73 sérfræðinga frá 38 löndum þar sem þeir voru spurðir ráða.

Niðurstöður hinna kerfisbundnu fræðaleitar sem framkvæmd var gefa til kynna að berklar, influensa, HABL, heilahimnubólga og mislingar smitist oft milli manna um borð í loftförum. Hins vegar voru greinar sem greindu frá staðfestum tilvikum um smit á þessum sjúkdómum um borð í loftfari undarlega fáar, sérstaklega þegar haft er í huga fjöldi mögulegra smita. Í ljósi þessara niðurstaðna verður heildarfjöldi atvika þar sem smit um borð í loftfari á sér stað líklegast tiltölulega lítil. Þrátt fyrir að það sé vandkvæðum bundið að draga einhverjar ályktanir af fjölda smita vegna smitleiða um borð í loftfari, virðist allt benda til þess að líkur á að smitsjúkdómar breiðist út um borð í loftfari séu ekki meiri en á jörðu niðri.

Þegar allt kemur til alls erum við sannfærð um að áhættumat og ákvörðun um að rekja snertingu smits ætti að vera tiltekið fyrir hvert tilfalli þar sem tekið er mið af þáttum eins og möguleikanum á útbreiðslu farsóttar, smithættu og meinvaldi sjúklingsins sem á við hverju sinni, virkni loftræstikerfis loftfarsins, umfangs samskipta, og sætisskipunar – eins og lagt er til í þessari tæknilegu skýrslu.

## 2. Eftirlit og rannsóknir á heimsfaraldri í Evrópu

(Gefið út í júní 2009)

Eftirlit og rannsóknir á heimsfaraldri (ERH) er flókið málefni sem felur í sér, skv. skilgreiningu hér, fjóra mismunandi þætti:

- 1) frumgreining og rannsókn;
- 2) Yfirgripsmikið frummat;
- 3) Eftirlit; og
- 4) Hröð rannsókn á virkni og áhrif mótvægisáðgerða (þar með talið öryggi lyfjafræðilegra mótvægisáðgerða) til að ná fram mildun.

Það er ólíklegt að heimsfaraldur komi fram í Evrópu, þannig að frumgreining mun líklegast eiga sér stað annars staðar, en Evrópa mun þurfa að framkvæma hina þrjá þættina. Eftirlit (á örverum) frá rannsóknarstofu verður ómissandi í öllum þáttum en verður alla jafna tengt farsóttufræðilegu og klínisku eftirliti. Frummat (þáttur 2) er nauðsynlegt vegna fjölda mikilvægra breytna hjá næsta heimsfaraldri sem ekki er hægt að gera ráð fyrir. Frummat þarf hins vegar ekki að eiga sér stað í hverju landi. Ef best verður á kosið þá mun frummatið vera framkvæmt í fyrsta evrópska landinu sem verður fyrir áhrifum, með stuðningi Evrópskar miðstöðvar til fyrirbyggingar og eftirlits með sjúkdómum (ECDC) og Alþjóðlegu heilbrigðismálastofnunarinnar (WHO), og takmarkað við að ákvarða 'mikilvægar breytur'. Gildi þessara breytna mun ákvarða hvaða lýðheilsu- og klínisku úrræði eru líklegust til að ná árangri. Niðurstöður frá nokkrum löndum yrðu svo sendar samstundis til allra hinna landanna.

Mat á alvarleika heimsfaraldursins verður hluti af frummatinu. Það mun reynast erfitt en nauðsynlegt þar sem einhverjar landsbundnar evrópskar áætlanir sjá fyrir sér að hleypa af stokkunum frekari sundrandi ihlutunum ef af heimsfaraldri verður. Það er gert ráð fyrir að WHO verði í leiðtogahlutverki við þetta mat. Vinnan mun hins vegar krefjast evrópskar sýnar sem er tengd við áhættumat vegna þess að flækjustig hugtaksins um alvarleika gerir mjög erfitt fyrir að draga saman í eina aðgerð. Öll Evrópuríki munu þurfa að framkvæma eftirlit (þáttur 3) til að geta rekið þeirra eigin heilbrigðisþjónustu og tengdar þjónustur á réttan hátt. Upplýsingarnar sem miðstjórnir ríkja myndu vilja fá til eftirlits eru nær endalausar en þær ætti að takmarka við það sem er nauðsynlegt fyrir ákvarðanatöku og lykilsamskipti. Eftirlit ætti að vera prófað á influensu tímabili með tilliti til fýsileika, en það þarf einnig að taka með í reikninginn hvernig hefðbundin eftirlitskerfi munu breytast eða hætta að virka á meðan heimsfaraldri stendur. Alþjóðlegt eftirlit (sem svarar til WHO og evrópskra yfirvalda) á að vera einfalt í sniðum í ljósi þess að mörgum löndum mun finnast erfitt að veita hefðbundnar upplýsingar til alþjóðlegra stofnanna ásamt því að sinna sínu innra starfi. Auk þess munu ekki öll lönd ráða við að veita upplýsingar af þeirri nákvæmni sem evrópsk yfirvöld myndu vilja.

Rannsókn á áhrifum lýðheilsu úrræða (og öryggi lyfjafræðilega mótvægisáðgerða) (þáttur 4) er annað ferli sem þarf einungis að fara fram í nokkrum löndum. Það er ólíklegt að það verði ljóst hvort lýðheilsu úrræði (og hvaða úrræði) hafi áhrif á meðan heimsfaraldrinum stendur.

WHO og ECDC hafa verið í samvinnu við aðildarlönd ESB til að þróa aðferðir og 'gervi verkferla' fyrir þátt 2, frummatsferlið, og það var ráðgert að þetta yrði prófað fyrir samþykki í æfingum og sett í gang fyrir 2009-2010 influensutímabilið. Framkoma hinnar nýju influensu A(H1N1) þýðir að þessar aðferðir og ferlar verði prófað gegn raunverulegum heimsfaraldri. Aðferðir til að meta áhrif influensu bóluefna (hluti af þætti 4) í Evrópu eru til reynslu. Það er mikilvægt að yfirvöld á landsvisu skipuleggi hvernig þau ráðist í þætti 2-4, þar með talið að vinna með menntastofnunum og starfsfólki þeirra, og nýti þau á raunhæfan hátt á meðan heimsfaraldrinum stendur.

### 3. Leiðbeiningar um lýðheilsu úrræði til að draga úr áhrifum influensu heimsfaraldurs í Evrópu: 'ECDC Fellilistinn'

(Gefið út í júní 2009, uppfært í október 2009)

Beiting lýðheilsu úrræða (sjá samantektartöflur á blaðsíðu 6) mun, að einhverju leyti, draga úr fjölda þeirra sem smitast, þurfa á lækniástoð að halda og deyja á meðan influensufaraldur gengur yfir. Það mun einnig líklega draga úr fjölda þeirra sem þjást af alvarlegum árstiðabundnum influensu faröldrum. Með því að lækka, og jafnvel tefja, hápunkt kúrfu heimsfaraldurs (mynd 3.1) geta úrræðin einnig mildað afleiðdar afleiðingar heimsfaraldurs sem koma fram þegar fjöldi fólks verður veikt á sama tíma, þ.e. áhrif mikillar fjarveru starfsfólks við lykilkætti samfélagsins til að mynda heilbrigðisþjónustu og matvælaíðnaði, dreifingu eldsneytis og nytjahluta, o.s.frv. Lýðheilsu úrræði gætu jafnvel tafið hápunkt kúrfu heimsfaraldurs þar til nær dregur þeim tíma sem bóluefni gegn faraldrinum veður til, og þannig einnig mögulega dregið úr heildarfjölda þeirra sem veikjast. Auk þessa þá er fræðilegur möguleiki að úrræðin tefji hápunktinn þar til influensu smit dragast saman af náttúrulegum orsökum yfir sumarmánuðina.

**Mynd 3.1** Markmið þess að beita lýðheilsu úrræðum á meðan heimsfaraldur stendur yfir

#### Markmið samfélagslegs samdráttar á influensu smitum

- Tefja og fletja út hápunkt faraldurs
- Dragga úr álagi hápunkts á heilbrigðiskerfi og ógnanir
- Dragga eitthvað úr heildarfjölda tilfella
- Kaupa smá tíma



Tillögur að fjölda úrræða liggja fyrir (sjá samantektartöflur), þar með talið einstaklingsframtök, til að mynda handþvottur og að bera grímur, og lyfjafræðilegar íhlutanir svo sem vírusvarnir, bóluefni fyrir fuglaflensu í mönnum (einnig þekkt sem forvarnar bóluefni fyrir heimsfaraldur) og, þegar gengið er vel á heimsfaraldurinn, sértæk bóluefni, ásamt ráðstöfunum sem stuðla að félagslegum aðskilnaði. Margir trú á því að samsetning margra ráðstafana verði jafnvel enn áhrifaríkara en einstakar ráðstafanir, svokölluð 'djúpvörn' eða 'marglaga íhlutanir'. Bæði gerð líkana og almenn skynsemi gefur til kynna að tímanlegar íhlutanir séu áhrifaríkari en að biðja eftir að heimsfaraldur sé vel á veg kominn.

Það er erfitt að ímynda sér að ráðstafanir á borð við félagslegan aðskilnað muni ekki hafa einhver jákvæð áhrif með því að draga úr dreifingu á öndunarfærasykingu sem dreifist manna á milli með smádropum og óbeinum viðkomum. Þekkingargrunnur fyrir hverja ráðstöfun er hins vegar oft ekki mikill. Það er einnig óvist hvernig fjöldi þeirra munu virka saman. Sérstaklega er því velt fyrir sér hvort áhrif félagslegs aðskilnaðar fari stigvaxandi? Í sumum tilfellum er þessi skortur á skýrleika afleiðing af skorti á rannsóknum. Í flestum tilfellum er það vegna þess að erfitt er að meta þessar ráðstafanir á einhverskonar rannsóknargrundvelli og þegar þessum ráðstöfunum hefur verið beitt þá hefur þeim verið beitt saman með öðrum ráðstöfunum. Því er mjög erfitt að dæma raunveruleg jákvæð áhrif og hlutfallslegan styrk mismunandi ráðstafana. Styrkur hvernar ráðstöfunar gæti einnig verið mjög mismunandi eftir einkennum heimsfaraldursins. Til dæmis hefðu ráðstafanir sem miðuðu að börnum hugsanlega verið mjög áhrifaríkar í heimsfaraldrinum 1957 þar sem smit milli yngri aldurshópa virðast hafa verið sérstaklega mikilvæg, en slíkar ráðstafanir hefðu ekki verið jafn áhrifaríkar í heimsfaröldrunum 1918-19 og 1968. Þar af leiðir að það er ekki mögulegt að hafa fyrirfram ákveðin viðbrögð sem passa fyrir alla heimsfaraldra. Auk þess munu áhrif, fýsileiki og kostnaður við félagslegan aðskilnað vera mismunandi milli Evrópulanda og jafnvel innan landa (til dæmis, þéttbygðar borgir samanborið við dreifbýl landbúnaðarsvæði).



Reynsla okkar af fyrri heimsfaröldrum og viðburðum eins og HABL sýna að lýðheilsu úrræðum er að ákveðnu leyti beitt í samræmi við landsbundna siði og venjur. Á meðan heimsfaraldurinn 1918-19 geisaði í Bandaríkjunum voru þessi úrræði skipulögð og í mörgum tilfellum framvirk, en þau hafa hins vegar fremur verið í formi viðbragða í Evrópu þegar heimsfaraldrar geysa og á meðan HABL stóð yfir.

Því má sjá að til eru góð rök fyrir tilvist sjálfstilltra viðbragðsáætlana (áætlana sem hafa verið prófaðar í æfingum sem verða notaðar þegar aðrar upplýsingar skortir). Satt að segja eru til leiðbeiningar frá WHO þess efnis og eru mörg Evrópulönd að þróa með sér áætlanir. Með ofangreint í huga þá ætti þessar áætlanir hins vegar að vera talsvert sveigjanlegar og hafa fyrirskipunar- og stjórnunarfyrikomulag sem gerir ráð fyrir snörum breytingum með tilkomu nýrra upplýsinga og reynslu.

Allar lýðheilsu ráðstafanir bera ákveðinn kostnað og margar hafa einnig hliðaráhrif. Hliðaráhrif flestra ráðstafana geta verið talsvert mikil og margar ráðstafanir munu krefjast vandlegrar ihugunar. Róttækustu samfélagslegu úrræðin sem lögð hafa verið til (t.d. framvirkar lokanir á skólum og samgöngutakmarkanir) bera talsverðan kostnað og afleiðingar sem verða mismunandi mikil eftir aðstæðum hverju sinni. Það er einnig vandkvæðum bundið að viðhalda þessum ráðstöfunum. Af því leiðir að þegar um er að ræða venjulega árstíðabundna influensu eða vægan heimsfaraldur þá getur beiting slíkra ráðstafana, sérstaklega ef þeim er beitt snemma, valdið meiri skaða en ef faraldurinn er einfaldlega leyft að hafa sinn gang og þeir veikustu meðhöndlaðir.

Það er tiltölulega einfalt að setja sumar þessara ráðstafana í framkvæmd og eru nú þegar ráðlagðar í jafnvel vægum árstíðabundnum influensufaröldrum (t.d. reglulegur handþvottur og sjálfs-einangrun þegar maður verður veikur með hita). Þessar ráðstafanir eru einnig þeim kostum gæddar að þær veita einstaklingum valdið og gefa fólki góð ráð á erfiðum og áhyggjufullum tímum. Erfiðara er að koma öðrum ráðstöfunum í framkvæmd eða það er of kostnaðarsamt (t.d. tímanleg fjöldanotkun á víruslyfjum fyrir þá sem eru að veikjast) og aðrar ráðstafanir geta haft mjög sundrandi fyrir samfélagslega virkni og er erfitt að framfylgja (t.d. loka landamærum, hamlá flutningi innanlands). Þar af leiðandi krefjast allar þessar ráðstafanir skipulags, undirbúnings og æfingar.

Atriðin varðandi kostnað og sundrandi áhrif eru gríðarlega mikilvæg. Í heimsfaröldrum með vægari veikindum og færri einstaklingum sem veikjast, eins og heimsfaraldrarnir árin 1957 og 1968, geta ákveðin samfélagsleg úrræði (fyrirbyggjandi lokun á skólum, vinna heima, o.s.frv.), verið kostnaðarsamari og haft meiri sundrandi áhrif en áhrif heimsfaraldursins sjálfs, þrátt fyrir að draga líklega úr smitum. Af því leiðir að slíkar ráðstafanir borga sig einungis ef þeim er beitt í alvarlegum heimsfaröldrum, til dæmis faraldri sem gerir það að verkum að fjöldi fólks þarf að leggjast inn á spítala eða er með dánarhlutfall sambærilegt við 'Spænsku veikina' sem geisaði 1918-19.

Af þessum ástæðum er gríðarlega mikilvægt að meta tímanlega klínískan alvarleika heimsfaraldurs á heimsvísu og í Evrópu. Þrátt fyrir að það sé rökrétt að koma ákveðnum ráðstöfunum í framkvæmd snemma, þá mun beiting ráðstafana sem hafa mjög sundrandi áhrif vera mjög kostnaðarsamt og getur verið erfitt að halda þeim við.

Fjöldi Evrópuríkja eru um þessar mundir að ihuga valkosti í stefnumótun fyrir þessar ráðstafanir. Vegna fjölbreytileika Evrópu þá mun engin ein samsetning ráðstafana henta öllum evrópskum aðstæðum: ein stærð hentar ekki öllum. Þrátt fyrir það munu sameiginlegar umræður um ráðstafanirnar vera gagnlegar og skapa skilvirkt stefnumótunarferli. Umfram það hafa sum lönd nú þegar hafið talsverða vinnu á sviði vísindanna, og er sumt af því notað við gerð þessa skjals, sem öll lönd Evrópu gætu hagnast af jafnframt því að fá innsýn frá öðrum löndum.

## Tilgangur

Í ljósi ofangreindra atriða, og með það í huga að yfirlýstur tilgangur ECDC er að gefa vísindalega ráðgjöf fremur en að fyrirskipa aðgerðir, þá er það ásetningur þessa skjals að veita lista af mögulegum ráðstöfunum, veita upplýsingar á sviði vísinda og lýðheilsu um hvað er vitað eða þykir líklegt um áhrif þeirra, kostnað (beinan og óbeinan), aðgengileika, væntingar almenninga og önnur hagnýt umhugsunarefni. Þetta er gert í þeim tilgangi að aðstoða aðildarríki og stofnanir ESB, einum og sér eða saman, við að ákveða hvaða ráðstöfunum þau munu beita. Með það í huga þá eru sumar ráðstafanir sem eru annað hvort svo sjálfsagðar eða svo óskilvirkar að það að leggja fram sönnunargögnin ætti að vera nóg til að gera stefnumótun auðveld.

## Markhópur

Megin markhópurinn eru stefnumótendur og taka ákvarðanir, en aukamarkhópur eru allir þeir sem koma að influensu, almenningi og fjölmíðlum. Skilningur fjölmíðla á ráðstöfunum og þeirra takmörkunum er ómissandi til að þær virki á meðan heimsfaraldri stendur.

## Umfang

Þetta skjal á við þegar heimsfaraldur er að breiðast út í Evrópu á 5. eða 6. stigi WHO fyrir heimsfaraldra og einnig þegar það eru árstíðabundnir influensufaraldrar. Það viku ekki að hinum mismunandi aðstæðum á stigi 4, hinum einstöku þörfum fyrstu birtingar meints heimsfaraldurs (Hröð einangrunar áætlun WHO), né hinum flóknu skipulagslegu og stefnumótunaratríðum sem upp rísa varðandi hvernig halda eigi við lykil þjónustuþáttum á meðan heimsfaraldur geisar (svokölluð áætlun um samfeldni reksturs í heimsfaraldri). Seinna atríðið er allavega utan valdsviðs ECDC.

Skjalið ætti að lesast saman með fyrri leiðbeiningum sem ECDC hefur gefið út varðandi persónulegar verndar- og varúðarráðstafanir. Þetta er dregið saman í texta og á töflum. Viðeigandi visindalegar leiðbeiningar varðandi H5N1 bóluferni fyrir fuglaflensu í mönnum (fyrir heimsfaraldur) hafa verið gefnar út og er vísað í þær í textanum. Leiðbeiningarnar ættu að vera lesnar til hliðsjónar við leiðbeiningar WHO frá 2005 ásamt leiðbeiningum WHO um gagnaðgerðir (gefið út árið 2009).

Vinsamlegast athugið að þetta eru bráðabirgðaleiðbeiningar þar sem frekar rannsóknir munu leiða fram nýjar niðurstöður og það er mögulegt að nýjar gagnaðgerðir komi fram. Því mun þessi listi halda áfram að vera uppfærður með reglulegu millibili.

### Samantektartöflur Einkenni mögulegra ihlutunaraðgerða til að draga úr smiti á 6. stigi heimsfaraldurs/alvarlegs faraldurs árstíðarbundinnar influensu

#### Alþjóðlegar samgöngur (loka landamærum, inngöngu takmarkanir, ferðaráðgjöf)

| Íhlutun  | Gæði gagna <sup>1</sup> | Skilvirkni (ágóði)                      | Beinn kostnaður | Óbeinn kostnaður og áhættur <sup>2</sup> | Ásættanleiki í Evrópu                         | Hagkvæmni og önnur atríði  |
|--|-------------------------|---|-----------------|--|---|--|
| 1. Ferðaráðgjöf  | B                       | Lágmarks                                | Litill          | Gífurlegur                               | Góður   | Alþjóðlegar ferðir munu líklegast dragast gríðarlega saman hvort eð er |
| 2. Athuganir við inngöngu                              | B, Bm                   | Lágmarks                                | Mikill          | Mikill                                   | Má búast við því hjá íbúum                    | Alþjóðlegar ferðir munu líklegast dragast saman hvort eð er            |
| 3. Loka landamærum eða alvarlegar takmarkanir á ferðum | B, Bm                   | Lágmarks, nema ef gert næstum algerlega | Gífurlegur      | Gífurlegur                               | Mismunandi en má búast við því hjá sumum íbúa | Alþjóðlegar ferðir munu líklegast dragast saman hvort eð er            |

<sup>1</sup> Sannanir fyrir virkni: A, B og C standa fyrir ráðgjöf með sterkar, tiltölulega og litlar sannanir í samsvarandi röð.

Stig A: Kerfisbundnar umsagnir þar sem hægt er að vísa í fjölbreyttar frumrannsóknir (ekki aðallega á módelum), vel hannaðar farsóttarrannsóknir eða sérstakar tilraunarannsóknir (stýrðar handahófstilraunir).

Stig B: Stendur fyrir sönnunum sem byggðar eru á vel hönnuðum farsóttarrannsóknnum, umfangsmiklum athugunarrannsóknnum eða tilraunarannsóknnum með 5 til 50 viðfangsefnum, eða tilraunarannsóknnum með öðrum takmörkunum (t.d. þar sem influensa er ekki endapunktur). Kóðinn Bm vísar til módelvinnu, með áherslu á rannsóknir sem hafa aðgang að góðum grunngögnum. Þar af leiðandi geta gæði bæði verið Bm og C.

Stig C: Stendur fyrir gögnum sem byggð eru á málaskýrslum, litlum og illa stýrðum athugunarrannsóknnum, illa studdum stærri rannsóknnum, beiting þekkingar um smitleiðir, smittíma o.s.frv. Cm vísar til módelna með litil eða léleg frumgögn.

<sup>2</sup> Stundum kallað seinni skipunar og þriðju skipunar áhrif - þ.e. að loka landamærum sem veldur röskun á viðskiptum og flutningi á nauðsynlegum birgðum og vinnuafli.

## Persónulegar varnar- og varúðarráðstafanir

| Íhlutun   | Gæði gagna | Skilvirkni (ágóði)              | Beinn kostnaður | Óbeinn kostnaður og áhættur   | Ásættanleiki í Evrópu  | Hagkvæmni og önnur atriði   |
|---|------------|---------------------------------|-----------------|---|--|---|
| 4. Reglulegur handþvottur   | B          | Dregur líklegast úr smitum      | Lítill          | Enginn  | Góður, en erfitt að meta fylgni  | Hófleg <sup>3</sup>   |
| 5. Gott hreinlæti fyrir öndunarfæri (notkun og förgun hreinlætis-pappírs) | B          | Óþekkt en gert er ráð fyrir því | Lítill          | Lítill  | Góður, en erfitt að meta fylgni  | Lítill  |
| 6. Almenn notkun öndunargríma utan heimilisins                            | C, Cm      | Óþekkt                          | Gífurlegur      | Lítill  | Óþekkt en það er lítil hefð fyrir því að bera öndunargrímur í flestum löndum                   | Gífurleg – erfiðleikar við þjálfun, birgðir og tegundir af öndunargrímunum, förgun og úrgangur. Gætu verið öfugsnúin áhrif sökum misnotkunar og endurnotkunar             |
| 7. Notkun öndunargríma við heilsugæslu <sup>4</sup>                       | C          | Óþekkt                          | Hóflegur        | Lítill  | Almennt mikið notað nú þegar   | Hóflegur – erfiðleikar við þjálfun, að meta áhættusamar aðstæður, birgðir og tegundir öndunargríma, sérstaklega öndunarvéla   |
| 8. Notkun öndunargríma við aðrar áhættusamar aðstæður <sup>5</sup>        | C          | Óþekkt                          | Hóflegur        | Lítill  | Óþekktur en er rökrétt   | Hóflegur – erfiðleikar við þjálfun, að meta áhættusamar aðstæður, birgðir og tegundir öndunargríma  |
| 9. Notkun öndunargríma hjá einstaklingum með öndunarfærslu úkdóma         | C          | Óþekkt en gert er ráð fyrir því | Hóflegur        | Gæti gert þeim sem eru veikir og smitandi að umgangast og smita aðra            | Óþekktur en er rökrétt. Framlengir núverandi ráð til spítala á heimilinu og á almenningsstaði. | Erfiðleikar við að skilgreina þá sem eiga að verða við þessu og útvega grímur. Einnig erfiðleikum bundið fyrir þá sem eiga í öndunarerfiðleikum vegna öndunarfærsluúkdóma |
| 10. Snemmbúin sjálfseinangrun veikra einstaklinga <sup>6</sup>            | C          | Óþekkt en gert er ráð fyrir því | Hóflegur        | Hóflegur <sup>7</sup> Aukin áhætta fyrir umönnunaraðila og þeir verða frá vinnu | Er nú þegar almenn ráðgjöf í mörgum löndum   | Þörf á að þjálfna og útbúa umönnunaraðila sem verða í áhættu. Ágreiningsatriði um bætur fyrir launamissi og samþykki atvinnurekenda                                       |
| 11. Sóttkví <sup>8</sup>  | C          | Óþekkt                          | Gífurlegur      | Gífurlegur, vegna framleiðni-taps   | Óþekkt   | Mjög erfitt að láta ganga á sanngjarnan hátt og ágreiningsatriði um bætur fyrir launamissi  |

<sup>3</sup> Nauðsynlegt að auðvelda aðgengi að reglulegum handþvotti í daglegu umhverfi, þ.e. á almenningsstöðum, skyndibitastöðum o.s.frv.

<sup>4</sup> Fólki sem er í beinni snertingu við marga í samfélaginu.

<sup>5</sup> Fólki sem er í beinni snertingu við marga í samfélaginu, í þéttsetnu ferðaumhverfi.

<sup>6</sup> Vanalega heima hjá þeim sem fer að líða illa og fá hita.

<sup>7</sup> Einstaklingur krefst umönnunar heimafyrir og þeir sem og umönnunaraðilar þeirra eru frá vinnu.

<sup>8</sup> Einangrun heimafyrir í nokkra daga hjá einstaklingum sem virðast heilbrigðir en gætu hafa komist í snertingu við smitbera.

## Ráðstafanir fyrir samfélagslegan aðskilnað

| Íhlutun  | Gæði gagna | Skilvirkni (ágóði)  | Beinn kostnaður          | Óbeinn kostnaður og áhættur                                  | Ásættanleiki í Evrópu  | Hagkvæmni   |
|--|------------|---|--------------------------|--|--|---|
| <b>12. Takmarkanir á ferðum innanlands</b>                         | Cm, C      | Tilgátur um minniháttar seinkunaráhrif  | Mikill                   | Gifurlegur, þar með talið samfélagslegt rask <sup>9</sup>    | Óþekkt   | Lykilvirkni ógnað. Ágreiningsmál um bótaskyldu og lagalegan grundvöll. <sup>10</sup>  |
| <b>13. Lokanir á skólum sem viðbrögð</b>                           | Bm, C      | Getur haft meiri áhrif en annar samfélagslegur aðskilnaður                                      | Hóflægur                 | Gifurlegur, því börn þurfa umönnun heima fyrir <sup>11</sup> | Óþekkt, gerist ekki oft í Evrópu   | Þörf á að halda börnum sem fara ekki í skóla frá öðrum börnum. Ágreiningsmál um bótaskyldu og lagalegan grundvöll. <sup>10, 12</sup> Erfiðleikar með tímasetningu, viðhald og enduroppnun |
| <b>14. Lokanir á skólum sem fyrirbyggjandi aðgerð</b>              | Bm, C      | Getur haft meiri áhrif en annar félagslegur aðskilnaður og betra en að loka skólum sem viðbrögð | Hóflægur                 | Eins og að ofan <sup>11</sup>                                | Eins og að ofan  | Eins og að ofan, en jafnvel enn meiri erfiðleikar með tímasetningu (gætu lokað of snemma), viðhald og enduroppnun <sup>10, 12</sup>   |
| <b>15. Lokanir á vinnustöðum sem viðbrögð</b>                      | Cm         | Óþekkt  | Mikill                   | Mikill   | Óþekkt, ágreiningur um bætur skiptir sköpum <sup>10</sup>  | Ágreiningsmál um bótaskyldu og lagalegan grundvöll, einnig viðhald og enduroppnun. Ekki möguleiki fyrir lykilvirkni <sup>13</sup>   |
| <b>16. Vinna heima fyrir og draga úr fundum</b>                    | Cm, C      | Óþekkt  | Hóflægur                 | Hóflægur   | Liklega ásættanlegt  | Erfiðara fyrir lykilvirkni <sup>13</sup>  |
| <b>17. Hætta við fjöldasamkomur, alþjóðlega viðburði, o.s.frv.</b> | C          | Óþekkt  | Gifurlegur <sup>10</sup> | Gifurlegur <sup>10</sup>                                     | Veltur líklegast á bótum og hvort að tryggingar eigi við. <sup>9</sup> Gæti verið að almenningur búist við þessu | Ágreiningsmál um bótaskyldu og lagalegan grundvöll Erfitt að skilgreina fjöldasamkomu eða alþjóðlegan viðburð, svo hvenær á að lyfta banni  |

<sup>9</sup> Kostur þessa og sumra annarra íhlutanna er að það færir fram á skipulagðan hátt það sem mun líklegast hvort sem er gerast með tíð og tíma.

<sup>10</sup> Alítaefni hver sér um bætur ef það er efnahagslegt tap vegna opinberra (stjórnvalds) aðgerða.

<sup>11</sup> Einstaklingur krefst umönnunar heima fyrir og þeir og umönnunaraðilar þeirra eru frá vinnu.

<sup>12</sup> Íhlutanir sem miða að börnum ganga oft út frá því að þau séu sérstaklega stór þáttur í útbreiðslu, sem þarf ekki að vera reyndin í öllum faröldrum.

<sup>13</sup> Það er flókið ferli að greina á milli hvað er og hvað er ekki *lykilstarfsemi*, sem er mikilvægt en handan umfangs þessa skjals.

## Notkun víruslyfja: Meðferð snemma

| Íhlutun   | Gæði gagna   | Skilvirkni (ágóði)  | Beinn kostnaður | Óbeinn kostnaður og áhættur | Ásættanleiki í Evrópu   | Hagkvæmni  |
|---|--|---|-----------------|-----------------------------|---|--|
| <b>18. Allir með einkenni</b>   | A (einingis á meðan smithætta er og á meðan veikindum stendur), Bm | Búist við að það verði hóflegt en ekki sterk gögn til að styðja <sup>14</sup> | Gifurlegur      | Hóflegur                    | Almenningur býst við þessu í flestum löndum   | Talsverður skipulagningar-kostnaður og erfitt að ákveða hver er með influensu, flytja það til allra þeirra sem gætu haft hag af tímanlega (innan við 24 eða 48 stundir) og ráðstafa birgðum á sanngjarnan hátt <sup>15</sup> |
| <b>19. Heilbrigðis- og lýðheilsustarfsfólk og lykilstarfsmenn sem eru berskjaldaðir</b> | A  | Litill <sup>15</sup>  | Mikill          | Litill                      | Talið vera hluti af verndun starfsmanna og mikilvægt til að halda starfsfólki við vinnu | Erfiðleikar við að skilgreina hverjir eru heilbrigðisstarfsmenn og berskjaldaðir lykilstarfsmenn <sup>15</sup>   |

## Notkun víruslyfja: Forvörn í kjölfar tilfellis

| Íhlutun                                      | Gæði gagna | Skilvirkni (ágóði) | Beinn kostnaður | Óbeinn kostnaður og áhættur | Ásættanleiki í Evrópu  | Hagkvæmni  |
|--|------------|--------------------|-----------------|-----------------------------|--|--|
| <b>20. Fjölskylda</b>                        | B, Bm      | Hóflegur           | Gifurlegur      | Hóflegur                    | Liklegast ásættanlegt  | Erfiðleikum bundið að finna tilfelli, skilgreina fjölskyldu, afhendingarhraði, öryggi og meðhöndlun birgða <sup>16</sup> |
| <b>21. Fjölskylda og félagsleg tengsl</b>    | B, Bm      | Hóflegur           | Gifurlegur +    | Hóflegur                    | Óþekktur en vandamál sökum þess að fólki virðist hafnað um meðferð | Sama og að ofan, auk vandamála með að skilgreina hópa  |
| <b>22. Fjölskylda og landfræðileg tengsl</b> | B, Bm      | Hóflegur           | Gifurlegur +    | Hóflegur                    | Óþekktur en vandamál sökum þess að fólki virðist hafnað um meðferð | Sama og að ofan, auk jafnvel enn meiri vandamála með að skilgreina hópa  |

## Notkun víruslyfja: Áframhaldandi forvarnir

| Íhlutun  | Gæði gagna | Skilvirkni (ágóði) | Beinn kostnaður | Óbeinn kostnaður og áhættur | Ásættanleiki í Evrópu   | Hagkvæmni   |
|--|------------|--------------------|-----------------|-----------------------------|---|---|
| <b>23. Heilbrigðis- og lýðheilsustarfsfólk</b> | C          | Hóflegur           | Gifurlegur      | Hóflegur                    | Óþekkt, óvist hvort heilbrigðisstarfsfólk noti lyfin yfirleitt, eða haldi áfram að nota þau | Erfiðleikar við að skilgreina hverjir eru heilbrigðisstarfsmenn og lykilstarfsmenn Spurning um hversu lengi er hægt að bjóða upp á víruslyf |

<sup>14</sup> Niðurstöður prófana eru þær að hjá árstíðabundinni influensu dregur tímanleg meðferð úr lengd veikindanna um einn eða tvo daga og minnkar einnig líkurnar á útbreiðslu. Áætlanir varðandi jákvæð áhrif sjúkráðsustunar og dánartíðni eru byggðar á eftirliti og eru takmarkaðar og mun veikari.

<sup>15</sup> Það er röð stórra hagkvæmra vandamála, að ákveða hver er með influensu, hvernig á að afhenda vírus lyfin, o.s.frv.

<sup>16</sup> Það er þörf á að íhuga hvort snemmbúnað tilkynningar um trúverðug hliðaráhrif verði rannsakaðar hratt og örugglega.

**Bóluefni: Bóluefni gegn fuglaflensu í mönnum<sup>16</sup>**

| Íhlutun   | Gæði gagna | Skilvirkni (ágóði)   | Beinn kostnaður | Óbeinn kostnaður og áhættur | Ásættanleiki í Evrópu   | Hagkvæmni  |
|---|------------|--|-----------------|-----------------------------|---|--|
| <b>24. Allir íbúar</b>  | B, Bm      | Óljós, fer eftir mótefnisvaka fyrir heimsfaraldurinn <sup>17</sup> | Gífurlegur      | Mikill <sup>16,18</sup>     | Óþekkt <sup>19</sup>  | Ágreiningsmál um hvernig eigi að forgangsraða hópum                                |
| <b>25. Heilbrigðis- og lýðheilsustarfsfólk og lykilstarfsfólk</b> | B, Bm      | Eins og að ofan  | Gífurlegur      | Eins og að ofan             | Eins og að ofan, auk þess sem það óljóst hvort þessir hópar samþykki  | Erfiðleikar við að skilgreina hverjir eru heilbrigðisstarfsmenn og lykilstarfsmenn |
| <b>26. Börn bólusettt fyrst</b>                                   | B, Bm      | Eins og að ofan  | Gífurlegur      | Eins og að ofan             | Óljóst hvort foreldrar muni samþykja, sérstaklega ef sjúkdómur er vægari hjá börnum og ágóðinn er fyrir aðra. Ekki búið að koma á fót nægilega góðu öryggismati | Parfnast fyrirbyggjandi áætlunar   |

**Bóluefni: Bóluefni fyrir sértilgreindan heimsfaraldur**

| Íhlutun                                | Gæði gagna | Skilvirkni (ágóði)         | Beinn kostnaður                              | Óbeinn kostnaður og áhættur | Ásættanleiki í Evrópu                    | Hagkvæmni   |
|--|------------|----------------------------|--|-----------------------------|--|---|
| <b>27. Bóluefni gegn heimsfaraldri</b> | B, Bm      | Mjög lítil í fyrstu bylgju | Gífurlegur og krefst fyrirfram fjárfestingar | Lítil                       | Liklegast mjög ásættanlegt <sup>20</sup> | Erfiðleikar að ákveða fyrstu forgangshópuna <sup>16</sup> |

<sup>17</sup> Gerir ráð fyrir að næsti faraldur sé byggður á H5 meinvaldur. Hægt er að hagnast af tilrauna blóðvatnsviðbrögðum hins vegar geta eftirlits gögn og tilraunir gegn stofni heimsfaraldursins ekki verið gerðar áður en smit hefst og þá geta 3. fasa tilraunir verið álitnar ósiðlegar.

<sup>18</sup> Fjárhagsleg áhætta að næsti heimsfaraldur feli í sér stofn mótefnisvaka sem er ekki hin mjög meinvaldandi fuglaflensa (A/H5).

<sup>19</sup> Ekkert land hefur nokkurn tíman reynt að bjóða íbúum sínum bólusetningu með svo lágrí viðbúinni virkni, þar af leiðandi mikil samskiptavandræði.

<sup>20</sup> Það er þörf á að íhuga hvort snemmbúnaðar tilkynningar um trúverðug hliðaráhrif verði rannsakaðar hratt og örugglega.

## 4. Heilsufar innflytjenda ritróðin: Aðgangur að HIV forvörnum, meðferð og umönnun fyrir innflytjendur í ESB/EES löndum

(Gefið út í júlí 2009)

Þessi skýrsla dregur saman niðurstöður úttektar á aðgangi að HIV forvörnum, meðferð og umönnun á meðal farandverkamanna innan Evrópusambandsins (ESB) sem fram fór á tímabilinu maí-september 2008. Úttektin var gerð í umboði Sóttvarnastofnunar Evrópu (ECDC) til að vera hluti af viðtækari safni af skýrslum um fólksflutninga og smitsjúkdóma innan ESB.

Byggt á upplýsingum sem fengust með svarkönnun framkvæmdri í 27 aðildarríkjum ESB og þrem löndum Evrópska efnahagssvæðisins (EES) og með úttekt á rituðu efni um málið, þá er það markmið skýrslunnar að veita yfirsýn yfir núverandi ástand og efni fyrir framtíðar stefnumótun, rannsóknir og þjónustu sem miðar að því að bæta aðgengi innflytjenda að HIV tengdri þjónustu. Um það bil tveir þriðju svarenda voru fulltrúar frjálsra félagasamtaka (NGO), og þriðjungur voru fulltrúar opinberra stofnanna. Niðurstöður og ráðlagðar aðgerðir endurspeгла þar af leiðandi ekki endilega álit ríkisstjórna aðildarríkja ESB.

Fyrsti hluti fjallar stuttlega um bakgrunn úttektarinnar og aðferðafræði. Annar hluti fjallar sérstaklega um meginniðurstöður varðandi innflytjendur og HIV, og einblínir á þætti sem auka veikleika þeirra gegn HIV og koma í veg fyrir að þeir fái forvarnir, meðferð og umönnunarþjónustu, og um hvernig ESB og aðildarríkin eru að bregðast við HIV-tengdum þörfum innflytjenda. Þriðji hlutinn ihugar leiðina fram á við, dregur saman áskoranir og aðgerðir sem lagðar eru til af svarendum til að bæta aðgengi innflytjenda í ESB að HIV-tengdri þjónustu. Eftirfarandi texti dregur saman lykinniðurstöður, áskoranir og ráðlagðar aðgerðir.

### Lykilniðurstöður

- ESB hefur tekið mikilvæg skref varðandi heilbrigðismál innflytjenda almennt og málefni innflytjenda og HIV sérstaklega. Dyflinnar yfirlýsingin um samstarf til að berjast gegn HIV/AIDS í Evrópu og mið-Asíu frá 2004 og yfirlýsingar sem komu í kjölfarið, settu HIV ofar á dagskrá í Evrópu. Lissabon ráðstefnan árið 2007 og fundir og skýrslur í kjölfar hennar beindu athyglinni að heilbrigðismálum innflytjenda og HIV. Bæði hafa haft áhrif á pólitíska skuldbindingu ESB, sem endurspeglast í stefnum og lagalegum úrræðum sem miða að því að tryggja innflytjendum aðgang að heilsugæslu, þar með talið HIV forvörnum, meðferð og umönnunarþjónustu. Það er hins vegar talsverður munur milli aðildarríkja ESB hvað varðar stefnu og lagaramma og HIV forvarna, meðferðar og umönnunarþjónustu fyrir innflytjendur.
- Þeir hópar innflytjenda sem HIV tengd mál eiga mest við koma frá Afríku sunnan Sahara, austur Evrópu og Asíu, og í sumum ákveðnum Evrópulöndum, frá mið- og suður Ameríku og Karabíska hafinu. Mikilvægir undirhópar eru hælisleitendur og flóttamenn, óskráðir innflytjendur, vændiskonur og karlmenn sem stunda kynlíf með karlmönnum. Tungumálaerfiðleikar, jaðartilvera og samfélagsleg útilokun, og lagalegar hindranir voru nefnt sem algengustu þættir sem stuðla að viðkvæmni innflytjenda gegn HIV. Samfélagsleg viðhorf, trúarbrögð, ótti við mismunun og lítil vitneskja um HIV meðal innflytjendasamfélaga var einnig nefnt.
- Þættir sem hindra innflytjendur í að fá þjónustu tengjast stefnum og lögum, veitingu þjónustu, innflytjendasamfélögum sjálfum og víðara samfélagi. Stefnur um að dreifa innflytjendum innan landa voru sagðar takmarka aðgang að forvörnum og meðferðarþjónustu. Lagaleg staða – skortur á heimilisfesti og heilsutryggingu – var oftast nefnt sem hindrun á HIV meðferð, sérstaklega meðal svarenda í nýjum ESB aðildarríkjum. Skortur á upplýsingum um viðkvæma þætti menningar á viðkomandi tungumálum, réttilega þjálfuðum fagmönnum og þjónustu sérsniðinni að þörfum innflytjenda voru hindranir á öllum þrem þjónustupáttum. Innan innflytjendasamfélaga þá eru það menning, trúarbrögð, ótti við mismunun og takmörkuð vitneskja um þá þjónustu sem í boði er sem hamla aðgangi að þjónustu. Í hinu víðara samfélagi þá eru neikvæð stimplun og mismunun gagnvart innflytjendum þeir þættir sem hindra aðgang að forvörnum og umönnunarþjónustu sérstaklega; samfélagslegar aðstæður innflytjenda voru nefndar sem sérstök hindrun fyrir aðgengi að meðferð.
- Næstum öll lönd greina frá HIV ihlutunum sem miða að innflytjendasamfélögum og undirhópum. Sum lönd, sérstaklega þau sem hafa fengist við innflytjendur í lengri tíma en önnur, útvega margs konar þjónustu í gegn um opinberar stofnanir, frjáls félagasamtök og samfélags samtökum. Í öðrum löndum er lítið, ef eitthvað yfir höfuð, af þjónustu að fá. Í flestum löndum taka innflytjendasamfélög þátt í framkvæmd ihlutanna en þátttaka þeirra í stefnumótun er takmörkum, með örfáum undantekningum. Hins vegar var

málefni innflytjenda og HIV neðarlega á forgangslista samkvæmt viðmælendum í stórum hluta landanna 30 sem tóku þátt. Þetta málefni fær hærrí forgangsröðun í löndum þar sem er mikil útbreiðsla HIV meðal innflytjenda.

## Lykil áskoranir

- Stefnumótun og lagakerfi eru fyrirstaða við veitingu HIV tengdrar þjónustu við innflytjendur Ósamræmi milli stefnu í heilbrigðismálum og innflytjendamálum getur unnið gegn lýðheilsu. Aðgengi óskráðra og ótryggðra innflytjenda að HIV meðferð er lykilatriði. Vandamál tengt þessu er skortur á skýrum og mótsagnalausum lagaramma varðandi rétt innflytjenda á heilbrigðisþjónustu.
- Ónógar upplýsingar eru líka vandamál. Skortur á stöðlum varðandi upplýsingasöfnun milli landa gerir það mun erfiðara að bera saman stöðu innflytjenda í ESB. Þrátt fyrir það talsvert mikla magn rannsókna sem hafa farið fram eru upplýsingaeyður til staðar, til dæmis varðandi innflytjendur og HIV í hinum nýju ESB ríkjum; varðandi HIV áhættuhegðun, heilsufar og HIV tengdar þarfir innflytjenda; og áhrif menningar og trúarbragða á heilsutru, viðhorf og heilsusamlegrar hegðunar í innflytjendasamfélögum.
- Enn er þörf á að taka á lagalegum, stjórnunarlegum og menningarlegum hindrunum á þjónustustigi í sumum löndum. Það er einnig vandkvæðum bundið að tryggja að samfélagsbundnar forvarnir og meðferðar ihlutanir ríkisstofnana og frjálsra félagsamtaka fái fullnægjandi fjárstuðning.
- Það er ákveðið vandamál að takast á við neikvætt viðhorf samfélagsins við innflytjendum, sem er gert enn verra með skemmandi fjölmiðlaumfjöllun, með viðtækar aðgerðum og framtaki til að mæta hinum viðari samfélagslegu, efnahagslegu og lagalegu þörfum innflytjenda. Þetta krefst sameiginlegs átaks stefnumótenda, sérfræðinga í heilbrigðis- og félagsmálagreinum og almennum borgurum.

## Ráðlagðar lykilaðgerðir

- Til að gera öflun eftirlitsgagna nákvæma og sambærilega og til að þróa mótsagnalaus og viðeigandi stefnu og aðgerðir er nauðsynlegt að fá eina skilgreiningu á 'innflytjenda' sem gildir innan ESB. Svarendur lögðu einnig til sértækar aðgerðir á sviði stefnumótunar, fjárveitinga, rannsókna, tengslamyndunar og þjónustu, bæði á þjóðlegum grundvelli og fyrir Evrópu í heild.
- Skýr stefna og lagarammi til að tryggja réttindi innflytjenda, sérstaklega óskráðra og ótryggðra innflytjenda, á HIV meðferð, bæði á þjóðlegum grundvelli og fyrir Evrópu í heild, var lagt til að yrði forgangsatríði. Tillögur að öðrum aðgerðum fólu í sér að takast á við ósamræmi í stefnu, upplýsa stefnumótendur um mál tengd HIV og innflytjendum, og auka þátt innflytjendasamfélaga í stefnumótun. Fjárveiting til evrópsks tengslanets og verkefna varðandi innflytjendur og HIV og til frjálsra félagsamtaka sem veita innflytjendum HIV tengda þjónustu var einnig undirstrikað sem forgangsverkefni.
- Tillögur bærast um rannsóknir á mörgum sviðum. Tillögur um aðgerðir á fyrir Evrópu í heild fólu meðal annars í sér rannsóknir til að bæta skilning á mynstri búferlaflutninga, áhrifum Evrópulaga og stefnu á aðgengi að meðferð og mat á kostnaði og ávinningi af almennum aðgangi að meðferð, og áhrifum ihlutunaraðgerða. Á þjóðlegu sviði var lagt til auknar upplýsingar um farsóttir, betri skilningi á innflytjendasamfélögum – þar með talið HIV tengd þekking, viðhorf og hegðun og þáttur menningar og trúarbragða - og greining á áhrifum lagareglna og hversu mikil áhrif ihlutunaraðgerðir hafa fyrir innflytjendur.
- Tillögur að forgangsaðgerðum á sviði tengslamyndunar fólu í sér að ESB myndi styðja tengslanet samtaka um alla Evrópu sem starfa að málum tengdum innflytjendum og HIV, og öðrum aðferðum til að deila úrræðum, reynslu og góðum venjum. Einnig var lagt til að styrkja tengsl og samstarf milli samtaka á heilbrigðissviði og sérfræðinga á félagsmálasviði, og innflytjenda- og mannréttindasamtökum bæði á þjóðlegu sviði og í allri Evrópu.
- Með tilliti til þjónustuveitingar undirstrikuðu flestir svarendur þörfina á efni og ihlutunum sem eru viðeigandi fyrir menningu innflytjenda, viðeigandi þjálfun fyrir heilbrigðis- og félagsmála starfsfólk ásamt ríkari þætti innflytjendasamfélaga í veitingu þjónustu. Samfélagslegar nálganir við HIV prófanir, til að mynda samfélagskygning og yfirgripsmiklar aðgerðir varðandi meðferð og umönnun, saman við aukna viðleitni til að upplýsa innflytjendasamfélög um framboð þjónustu, voru tillögur til að auka umfang og notkun þjónustu.



## 5. Heilsufar innflytjenda ritróðin: Farsóttarfræði HIV og AIDS hjá innflytjendasamfélögum og þjóðlegum minnihlutahópum í ESB/EES löndum

(Gefið út í júlí 2009)

### Bakgrunnur, réttlætning og markmið

HIV/AIDS heimsfaraldurinn endurspeglar hinn gifurlega félagslega og efnahagslega ójöfnuð milli iðnvæðra og óiðnvæðra landa. UNAIDS áætlað að 33 milljónir manna hafi verið með HIV/AIDS (fólk með HIV/AIDS = PLWHA) árið 2007; yfir 96% nýrra HIV smita áttu sér stað í mið- og lágtækju löndum. Af öllum PLWHA þá búa 22,5 milljónir manna í Afríku sunnan Sahara (SSA), þar sem útbreiðsla HIV meðal fullorðinna er 5% sem er talsvert hærra en áætluð 0,8% útbreiðsla á heimsvísu. Karabíska hafið er næst verst farna svæðið með 1% útbreiðslu, og Austur-Evrópa er í þriðja sæti með 0,9%.

Samkvæmt Alþjóðasamtökum um fólksflutninga (IOM), voru um það bil 192 milljón manns (3% af heildarmannfjölda jarðar) innflytjendur árið 2006, þar af 95 milljónir kvenna. Skv. skilgreiningu Sameinuðu þjóðanna eru alþjóðlegir innflytjendur allir þeir sem flytja heimili sitt milli landa. Algengasta ástæða fólksflutninga er leit að bættum efnahag, og þar af leiðandi eru flestir innflytjendur að fara frá þróunarríkjum til þróaðra ríkja. Árið 2006 komu flestir innflytjendur frá Kína, Indlandi og Filippseyjum, á meðan Bandaríkin, Rússland Þýskaland, Úkraína og Frakkland voru þau lönd sem tóku við flestum innflytjendum. ESB, eitt ríkasta svæði veraldar, hefur tekið við 64 milljónum (8,8%) innflytjenda, en talsvert mismunandi milli landa. ESB er líka stolt af því að vera eitt þeirra svæða í heiminum sem hefur hvað lengsta hefð fyrir því að mannréttindi séu virt. Það er hins vegar svo, líkt og annars staðar í heiminum, að innflytjendum í ESB mæta alvarleg vandamál varðandi aðlögun. Fólksflutningar og samfélagsleg útskúfun gera innflytjendur mjög varnarlausar gagnvart HIV/AIDS og tengdum vandkvæðum.

HIV faraldurinn er meiriháttar heilsufarvandamál innan ESB; fjöldi smita hefur aukist stöðugt síðan HIV eftirlitakerfi var komið á fót í kring um 1999. Algengasta smitleiðin er gagnkynhneigt kynlíf (53% af nýjum HIV smitum 2006), þar á eftir er samkynhneigt kynlíf meðal karlmanna (MSM) (37%) og svo meðal sprautufikla (IDU) (9%). Það er vert að undirstrika 204 HIV smit frá móður til barns (MTCT) árið 2006. Heilbrigðisjöfnuður, þar á meðal hjá innflytjendum, ætti að vera undir eftirliti til að hægt sé að þróa viðeigandi viðbrögð. Fyrrum EuroHIV hefur safnað upplýsingum um landfræðilegan uppruna tilkynninga um smit síðan ársins 2000. Umtalsverður og sífellt aukandi hluti tilkynninga um AIDS og HIV smit vegna gagnkynhneigðs kynlífs eru af fólki sem koma frá öðru landi en það land sem tilkynningin er gerð, aðallega frá Afríku sunnan Sahara. Hins vegar gætu aðrir hópar innflytjenda einnig verið þjakaðir af HIV/AIDS í óeðlilega háu hlutfalli, þrátt fyrir að gögn um þessa hópa séu ekki nægileg. Raunverulegt og hlutfallslegt gildi innflytjenda í þjóðlegum HIV faröldrum er mismunandi eftir löndum innan ESB og fer eftir mynstri fólksflutninga, nýlendusögu, ástandi HIV faraldurs í heimalandinu og því landi sem flutt er til, og eftir samfélagslegum úrræðum og heilbrigðisúrræðum. Síðan í árdaga faraldursins hefur það verið ljóst að það að tryggja réttindi fólks með HIV/AIDS væri eitt af meginatriðunum, það var óumdeilt að visindi, mannréttindi og lýðheilsuúrræði væru lykilatriði hvað það varðar.

Þegar Portúgalar höfðu forsetastól ESB árið 2007 völdu þeir innflytjendamál og heilbrigðismál sem megin viðfangsefni. Í ályktun Evrópuráðsins frá desember 2007 var ECDC fengið það verkefni að vinna skýrslu um fólksflutninga og smitsjúkdóma Til að bregðast við þessu hóf ECDC vinnslu á röð af skýrslum sem munu mynda skýrslu ECDC um fólksflutninga og smitsjúkdóma innan ESB. Markmið þeirrar skýrslu sem nú er verið að vinna, Faraldsfræði HIV og AIDS í innflytjendasamfélögum og þjóðlegum minnihlutahópum, er að komast að áhrifum HIV smita á innflytjendahópum og framlag þeirra til farsóttarfræði HIV á árunum 1999-2006.

### Aðferðafræði

Notast var við gögn frá ECDC/fyrrum EuroHIV, bæði á heimsvísu og fyrir hvert land, og rauntölur og hlutfall AIDS og HIV tilfella voru skoðuð út frá landfræðilegum uppruna og ári (1999-2006), skipt í flokka eftir kyni og smitleiðum. Ef upplýsingar voru ekki til hjá ECDC var haft beint samband við lykil heimildamenn. Upplýsingar um fjölda innflytjenda eftir kyni og ári voru fengnar hjá almennum evrópskum gagnagrunnum, Eurostat og hagstofum hvers þátttökulands, annað hvort með því að notast við upplýsingar á heimasíðum þeirra eða haft beint samband við viðkomandi stofnun.

## Niðurstöður

Árið 2006 var tilkynnt um 6746 AIDS tilfelli í 27 aðildarríkjum ESB auk Noregs og Íslands. Af innflytjendum var gagnkynhneigt kynlíf algengasta smitleiðin; meðal þeirra sem vitað er hvaðan komu voru 1373 (50%) frá öðru landi en þar sem tilkynningin barst, 77% þeirra frá Afríku sunnan Sahara. Af þeim 57 tilfellum af smiti frá móður til barns þar sem vitað er um uppruna einstaklinga voru 23% frá Afríku sunnan Sahara. Nærri 20% af AIDS tilfellum hjá karlmönnum sem stunda kynlíf með karlmönnum voru meðal innflytjenda; flestir frá Suður-Ameríku (106) og öðrum löndum vestur Evrópu (52). Af 1545 tilfellum sprautufíkla voru 7% innflytjendur, að miklum hluta frá vestur Evrópu, norður Afríku og mið-Austurlöndum. Fjöldi AIDS tilfella á svæðinu hefur dregist saman um 42% á árunum 1999-2006 meðal innfæddra og innflytjenda frá vestur Evrópu. Fjöldi AIDS tilfella á árunum 1999-2006 var á meðal innflytjenda frá Austur-Evrópu (200%), Afríku sunnan Sahara (89%) og Suður-Ameríku (50%) AIDS tilfelli eru mun algengari á meðal karlanna en kvenna innan ESB, þrátt fyrir að munurinn milli kynjanna fari minnkandi. Þar af leiðandi að þrátt fyrir að rauntölur um AIDS tilfelli hjá fólki frá Afríku sunnan Sahara af báðum kynjum árið 2006 væru 602 karlmenn og 623 konur, var hlutfall þeirra af heildarfjölda tilkynnta AIDS tilfella 12% hjá karlmönnum og 33% hjá konum.

Árið 2006 voru 712 HIV smit tilkynnt í 27 löndum ESB auk Noregs og Íslands, og af þeim skráðu 29% ekki landfræðilegan uppruna sinn. Flestir innflytjendur, bæði í raun og hlutfallslega, voru í flokki þeirra sem smituðust með kynlífi gagnkynhneigðra. 65% HIV smita hjá þeim 8354 manns sem vitað er um landfræðilegan uppruna voru frá öðru landi en því sem tilkynningin á smiti átti sér stað, og var mikill meirihluti þeirra (5046) frá Afríku sunnan Sahara. Af þeim 169 tilfellum af HIV smiti frá móður til barns þar sem vitað er um uppruna einstaklinga voru 41% frá Afríku sunnan Sahara. 18% af þeim 5048 HIV smitum vegna kynlífs meðal samkynhneigðra karla voru innflytjendur, aðallega frá Suður Ameríku (215) og Vestur Evrópu (247). Af 1590 HIV smitum hjá sprautufíkulum þar sem vitað er um uppruna einstaklinga voru 86% innfæddir og 14% innflytjendur, aðallega frá Vestur Evrópu(63) og Austur Evrópu(64). Fjöldi tilkynnta HIV smita í Evrópu hefur aukist tilfinnanlega á árunum 1999-2006, bæði hjá innfæddum og innflytjendum. Þessa aukningu skal túlka með hliðsjón af innleiðingu HIV tilkynningaskýldu innan ESB, sem er enn ekki lokið.

HIV smit innan ESB eru almennt mun algengari hjá körlum en konum, en hlutfall kvenna fer aukandi. Skv. rauntölum um tilkynnt HIV smit árið 2006 hjá körlum og konum frá Afríku sunnan Sahara voru tilkynnt 1764 smit hjá körlum og 2989 hjá konum. Miðað við að heildarfjöldi HIV smita meðal innfæddra karla og kvenna var 7891 karlar og 2028 konur var hlutfallið milli karla frá Afríku sunnan Sahara og innfæddra 0,1 og milli kvenna frá Afríku sunnan Sahara og innfæddra kvenna var hlutfallið 1,5. Fjöldi tilkynnta HIV smita hjá konum frá Afríku sunnan Sahara telur nærri 1000 fleiri tilfelli en hjá innfæddum konum, þrátt fyrir að 2910 smita voru hjá konum með óþekktan uppruna. Fjöldi smita hjá konum frá Afríku sunnan Sahara telur yfir 1000 fleiri tilfelli en hjá körlum frá Afríku sunnan Sahara. Karlar frá Vestur Evrópu eru næst stærsti hópurinn meðal karla (539) og karlar frá Suður Ameríku koma þar á eftir (456). Munur var á löndum sem flest smit komu frá, ef undan er skilin Afríka sunnan Sahara, milli karla og kvenna. Flest tilfelli HIV smita meðal kvenna komu frá Suð-austur Asíu með 179 smit og Karabíska hafinu með 161 smit, á meðan smit meðal kvenna frá Vestur Evrópu voru 85 og 111 frá Austur Evrópu.

Það er gríðarleg misleitni milli landa þegar lítið er til hlutfalls innflytjenda á meðal tilfella HIV smita. Í löndum þar sem HIV tíðni er undir 20 tilfelli fyrir milljón íbúa, aðallega í Mið Evrópu, er hlutfall innflytjenda í faraldrinum lítið. Í löndum þar sem HIV tíðni er milli 21-49 tilfelli fyrir milljón íbúa, fyrir utan Litháen, þá var hlutfall innflytjenda af tilkynntum HIV tilfellum meira en 40% árið 2006. Í ljósi mismunandi íbúafjölda, þá er fjöldinn allt frá 24 tilfellum HIV smita greindum í innflytjendum í Kýpur til 258 greindra tilfella í Svíþjóð. Í löndum þar sem HIV tíðni er 50-99 tilfelli fyrir milljón íbúa, utan Grikklands, þá er hlutfall innflytjenda meðal tilkynnta HIV smita um 40% í Hollandi og Þýskalandi, nærri 60% í Noregi, um 65% í Írlandi og Frakklandi og 70% í Belgíu. Í löndum þar sem HIV tíðni er 100-199 tilfelli fyrir milljón íbúa, þá er hlutfall innflytjenda meðal tilkynnta HIV smita um 30% í Austurríki, 71% í Bretlandi, og hátt í 80% í Luxemburg. Í Portúgal, landinu með hæstu HIV tíðni innan ESB, er hlutfall innflytjenda meðal HIV tilkynninga um 20%.

Á árunum 1999-2006 voru 16222 berklatilfelli tilkynnt sem upphaflegu AIDS-skilgreinandi ástand, þar af 8028 tilfelli greind á meðal innflytjenda, 3883 frá Afríku sunnan Sahara og 2684 frá óþekktum uppruna. Það var mikil misleitni milli hlutfalls berkla sem upphaflegs AIDS-skilgreinandi ástands eftir landsvæðum. Lægri hlutföll voru meðal fólks frá Norður Ameríku (8%) og innfæddra (16%), en hæstu hlutföllin frá Afríku sunnan Sahara (40%), Austur Evrópu (40%), Suð-austur Asíu (32%) og Suður Ameríku (30%).

Af þeim um það bil 495 milljón manns sem eru skráð hjá þjóðskrá hinna 27 ríkja ESB auk Noregs, Íslands og Liechtenstein, eru um 32,5 milljónir (6,5%) skráðir sem innflytjendur. Upplýsingar um þjóðerni þessa fólks er tiltækt hjá þeim 30 löndum sem rannsókn þessi nær til, utan Búlgaríu, Eistlands, Frakklands og Luxemburg. Af þessum 32,5 milljónum skráðra innflytjenda er helmingurinn frá Evrópu (6,5 milljónir frá Vestur Evrópu, 7,4 milljónir frá Mið-Evrópu, 2,3 milljónir frá Austur Evrópu), svo koma flestir frá Suður Ameríku (2,31 milljón) og Karabíska hafinu (261000), Suður- og Suð-austur Asíu (2,25 milljónir), Norður Afríku og Mið-austurlöndum (2,19 milljónir) og Afríku sunnan Sahara (1,32 milljónir).

## Umræður og takmarkanir

Hlutfall innflytjenda, að miklum hluta fólk frá Afríku sunnan Sahara, eru talsvert og stækkandi hvað varðar tilfelli bæði AIDS og HIV smita sem tilkynnt eru í 27 löndum ESB auk Noregs og Íslands á árunum 1999-2006. Þrátt fyrir að hlutfall tilkynntra smita, meðal gagnkynhneigðra og frá móður til barns, meðal innflytjenda frá Afríku sunnan Sahara sé mjög hátt, þá er umtalsvert hlutfall smita meðal samkynhneigðra karla einnig tengt innflytjendum, að miklum hluta frá Vestur Evrópu, Suður Ameríku og Karabíska hafinu, sem undirstrikar þörfina á að viðurkenna kynferðislegan fjölbreytileika innflytjenda sem þjást af HIV/AIDS. Hluttur innflytjenda í AIDS og HIV faröldrunum er talsvert hærra meðal kvenna, sem undirstrikar kvenvæðingu HIV/AIDS innflytjenda faraldursins innan ESB. Ástæða varnarleysis kvenna gagnvart HIV smiti er á sér bæði samfélagslegar og líffræðilegar ástæður. Þessar tölur krefjast aðgerða í kynbundnum HIV forvörnum og stefnumótun varðandi meðferðir á þjóðlegu sviði. Hátt hlutfall tilkynntra HIV smita frá móður til barns innan ESB meðal innflytjenda frá Afríku sunnan Sahara er mjög tengt því að HIV smit eru þetta algeng meðal kvenna frá Afríku sunnan Sahara. Þrátt fyrir að fækkun smita milli móður og barns við fæðingu innan ESB endurspeglir mikilvægan árangur í heilbrigðismálum, þá eru talsverðar áskoranir enn eftir, sérstaklega á meðal innflytjenda mæðra.

Það er gríðarleg fjölbreytni meðal hlutfalls innflytjenda með HIV smit milli landa. Í löndum Austur Evrópu og sumum landa Mið-Evrópu, þá er þetta hlutfall undir 10% en á meðal flestra norrænna landa þá er þetta hlutfall yfir 40%. Í flestum löndum Vestur Evrópu er hlutfall innflytjenda af HIV smituðum einstaklingum milli 20% og 40%. Þetta mynstur er í samræmi við tilhneigingar fólksflutninga þar sem þau lönd sem hlutfall innflytjenda af HIV smitum er hærra eru einnig þau lönd sem hafa hærra hlutfall innflytjenda, aðallega sökum nýlendusögu og nýlegri félagslegs, efnahagslegs og lýðfræðilegs ójafnvægis. Það er einnig umtalsvert hlutfall tilfella þar sem uppruni einstaklinga er óþekktur, sérstaklega í Bretlandi, Frakklandi, Belgíu og Þýskalandi, og veldur það áhyggjum.

Þau gögn sem fyrirleggja gera ekki kleift að gera greinarmun á HIV smitum sem eiga sér stað innan ESB eða utan þess. Aðrar skýrslur gefa til kynna að flest HIV smit hjá fólki frá Afríku sunnan Sahara hafi átt sér stað í upprunalöndum þeirra, með því að bera saman meðaldvalartíma í Evrópu og fjölda CD4 fruma við HIV greiningu. Hins vegar eru einnig gögn þess efnis að fólk frá Afríku sunnan Sahara smitist af HIV innan landa ESB. Lítið er til um gögn fyrir fólk frá öðrum svæðum varðandi hvar smit átti sér stað, þó styðja gögn um innflytjendur sem smitast með sprautunálum að þeir smitist af HIV í Evrópu. Þrátt fyrir að umfjöllun um í hvaða landi smit átti sér líklegast stað sé umdeild – í ljósi þess að því miður hefur slík umræða vakið upp viðbrögð sem einkennast af kynþóttaförðum - þá er mikilvægt að skilja hvar HIV smit og þróun smitsins í AIDS átti sér stað út frá lýðheilsusjónarmiði: Það gæti táknað brest í fyrsta stigs HIV forvörnum, annars stigs HIV forvörnum eða báðum. Óf sein greining á HIV er stórt vandamál innan ESB og Bandaríkjanna og gögn gefa til kynna að þetta vandamál sé jafnvel verra hjá HIV jákvæðu fólki sem er ekki frá vesturlöndum. Fjöldi tilkynntra AIDS tilfella í flestum löndum ESB hefur dregist tilfinnanlega saman upp frá miðjum tíunda áratug síðustu aldar, sem er að miklu leyti skrifað á áhrif þess að almenningur hefur haft aðgang að fjölyfjameðferð (HAART). Þessi samdráttur hefur ekki átt sér stað meðal innflytjenda, og endurspeglar það hversu seint HIV smit er greint og lakari aðgengi og notkun HAART, og getur þetta haft áhrif á dánarhlutfall HIV jákvæðra innflytjenda innan ESB. Auk þess er fullnægjandi meðferð við HIV einnig aðferð við að koma í veg fyrir HIV smit í ljósi þess að fólk sem er á HAART er minna smitandi. Þessi nálgun meðferðar og forvarnar á einnig við um berkla þar sem tímanleg greining HIV myndi örugglega draga úr HIV tengdum berklatilfellum. Eins og hefur verið sýnt fram á þá jafnast meðferð við berklum á við forvarnir við berklasmiti, og þar af leiðandi annars stigs tilfellum.

Túlkun á hlut innflytjenda í faraldsfræði HIV á svæðinu er bundið ákveðnum takmörkunum vegna misleitni innleiðingar HIV tilkynningarkerfa og lélegra upplýsinga um uppruna einstaklinga í ESB ríkjum. Í raun er þetta há hlutfall gagna sem ekki eru til staðar í þessum flokki ákveðin viðvörðun þegar tölurnar eru túlkaðar og krefst bætts HIV eftirlits innan ESB til að tryggja umbeðin gæði upplýsinga.

Að lokum þá koma þessar tölur sem koma fram í þessari skýrslu ekki á óvart þeim sem vinna á þessu sviði, sérstaklega þegar skoðuð er HIV faraldsfræðin á heimsmælikvarða og straumar fólksflutninga, sem bæði eru keyrð áfram af hnattrænum ójöfnuði. Að ná stjórn á HIV/AIDS faraldrinum ætti að brjóta niður hindranir að HIV forvörnum og meðferð fyrir innflytjendur innan ESB. Upplýsingarnar sem fengust og voru greindar í þessari skýrslu staðfesta að bæði fyrsta stigs og annars stigs HIV forvarnir eru ekki að virka og að þörf er á afgerandi aðgerðum.

## 6. Kortlagning HIV/STI hegðunareftirlits í Evrópu

(Gefið út í september 2009)

### Bakgrunnur

Farsóttirnar sem eiga rætur sínar að rekja til eyðniveiru (HIV) og annarra kynsmitsjúkdóma (STI) eru mikið heilsufarsvandamál í Evrópu. Sóttvarnastofnun Evrópu (ECDC) var stofnuð árið 2005 til að efla getu Evrópusambandsins (ESB) til að koma í veg fyrir og hafa stjórn á smitsjúkdómum, þar sem HIV og aðrir kynsmitsjúkdómar eru í forgangsatriði. Eftirlit er mikilvægt verkefni hvað þetta varðar, og ECDC hefur sterkt valdsvið til að viðhalda og samræma gagnagrunn fyrir eftirlit á smitsjúkdómum á öllu ESB svæðinu. Annarar kynslóðar eftirlit (SGS) vísar til eftirlits sem sameinar bæði eftirlit með líffræðilegum (ný tilfelli HIV/AIDS og STI) og hegðunarfræðilegum (t.d. kynhegðun, notkun verja) vísam. Þessi nálgun er mikilvæg bæði hvað varðar stefnumótun í upplýsingagjöf og við að meta niðurstöðurnar.

Árið 2006 fékk ECDC alþjóðlegu teymi sérfræðinga það verkefni að búa til ítarlega greiningu á núverandi ástandi hvað varðar hegðunareftirlits verkefni tengt HIV og STI í evrópskum löndum og að þróa tillögu fyrir regluverk fyrir innleiðingu á lyklatríðum í hegðunarvísam tengdum HIV og STI í Evrópu. Þessi skýrsla birtir yfirlit yfir hegðunareftirlitskerfi sem tengjast HIV og STI í aðildarríkjum ESB og EFTA löndunum. Eftirlit er kannað meðal eftirfarandi hópa fólks: Almennir íbúar, ungt fólk, sprautufíklar (IDU), samkynhneigðir karlar (MSM), fólk með HIV/AIDS (PLWHA), fólk í kynlífsiðnaði, skjólstæðingar kynsmitsjúkdóma heilsugæslustöðva, innflytjenda- og þjóðlegir minnihlutahópar.

### Aðferðir

Röð spurningalista var send til allra landa ESB og EFTA. Röðin samanstóð af níu einstökum spurningalistum: Einn fyrir þjóðbundið hegðunar- og annarrar kynslóðar eftirlitskerfum í heild, og einn spurningalisti fyrir hvern einstakan hóp af fólki. Í spurningalistanum varðandi eftirlitskerfið í heild sinni var beðið um upplýsingar um tilvist og skilgreiningu á:

- Þjóðbundnu eða svæðisbundnu hegðunareftirlitskerfi;
- Virkni annarrar kynslóðar kerfisins á þjóðbundnu eða svæðisbundnu sviði; og
- Mögulegar eða raunverlegar hindranir við að koma upp annarrar kynslóðar eftirlitskerfum.

Í spurningalistunum varðandi sérstaka hópa fólks var fyrst spurt hvort að til væri eftirlitskerfi fyrir þennan hóp fólks og óskað eftir upplýsinga um tilvist hegðunar kannana (eða annarra gerða af upplýsingaöflun) sem farið hafa fram á mismunandi hópum fólks síðan 1985, varðandi:

- Aðferðafræðina notaða í hverri könnun eða gagnaöflunarkerfi;
- Megin vísar sem notast er við; og
- Skylt útgefið efni.

Spurningalistinn var sendur á tölvupósti til tengiliða fyrir HIV eftirlit í hverju landi; þetta fólk gat bundið svo um hnútana að hver spurningalisti um sérstaka hópa fólks væri útfylltur af viðkomandi sérfræðingi í því landi. Ábyrgðaraðilinn safnar síðan saman spurningalistunum og sendir þá aftur til greiningar hjá sérfræðingsteyminu. Drög að skýrslu voru rædd á fundi hegðunareftirlits sérfræðinga í Montreux (Sviss) í febrúar 2009, og voru einnig send til staðfestingar til tengiliða fyrir HIV eftirlit í hverju landi, sem höfðu safnað saman spurningalistunum upphaflega í hverju landi.

### Niðurstöður

Tuttugu og átta af þeim 31 landi sem tóku þátt í könnuninni skiluðu útfylltri röð spurningalista (þau lönd sem ekki svöruðu: Búlgaría, Rúmenía og Portúgal). Kortlagning hegðunareftirlits aðgerða í ESB/EFTA löndum sýnir fram á talsverðan mismun milli landa hvað varðar stöðu þróunar á hegðunareftirliti: 15 lönd hafa komið á fót HIV/STI hegðunareftirlitskerfi (Belgía, Kýpur, Danmörk, Eistland, Finnland, Frakkland, Þýskaland, Lettland, Litháen, Pólland, Slóvenía, Spánn, Svíþjóð, Sviss og Bretland), og eitt land að auki (Holland) hefur komið á fót eftirliti á nokkrum ákveðnum þjóðfélagshópum en ekki formlegu heildar hegðunareftirlitskerfi fyrir allt landið.

Formfesta hegðunareftirlits í 'kerfi' er mjög ójafnt eftir löndunum. Á meðal hinna 16 landa sem hafa hegðunareftirlitskerfi, voru aðeins átta sem greindu frá gögnum sem lýsa kerfinu eða formfesta tilvist þess. Í mörgum löndum sem hafa hegðunareftirlitskerfi, þá hefur þetta kerfi verið byggt smám saman upp, ásamt nýjum þjóðfélagshópum sem fylgst er með í gegn um tíðina, oft án skýrrar stefnu hvað eftirlitið varðar. Í mörgum löndum, þ.á.m. þeim með formfast hegðunareftirlitskerfi, er oft engin föst tíðni eða venja fyrir tímasetningu hegðunareftirlits hjá hinum fjölbreyttu þjóðfélagshópum. Skipulag hegðunareftirlits er einnig mismunandi: Í löndum með formfast hegðunareftirlit, þá er skipulagi og samhæfingu stjórnað frá heilbrigðisráðuneytinu,

Þjóðbundinni heilbrigðisstofnun, eða háskóla. Í löndum með ekki jafn formföst kerfi, þá fer óformleg samhæfing í gegn um kerfi stofnanna: Opinberar stofnanir, háskólar, frjáls félagasamtök, o.s.frv. Hvað varðar fullnægjandi virkni kerfisins (t.d. hvaða þjóðfélagshópar eru með í könnuninni), þá hefur oft ekki verið borið kennsl á áhættuhópa og ekki verið haft eftirlit með þeim eða því verið ábótavant. Þeir þjóðfélagshópar sem hvað mest eftirlit er haft með eru almennir íbúar, ungt fólk, samkynhneigðir karlar og sprautufíklar. Hegðunareftirlit hjá fólki í kynlifsíðnaði og skjólstæðingar þeirra, innflytjendum og þjóðlegum minnihlutahópum, fólk með HIV/AIDS og skjólstæðingar STI heilsugæslustöðva fer einungis fram í nokkrum löndum.

Hvað varðar annarrar kynslóðar eftirlitskerfi, þá hjá þeim 16 löndum með virkt hegðunareftirlit voru 13 einnig með annarrar kynslóðar eftirlitskerfi, og tvö að auki sem hafa annarrar kynslóðar eftirlitskerfi með einungis einum þjóðfélagshópi. Formlegt skipulag þessa kerfis, með stjórnendum eða samhæfingaraðila, er til staðar í sex löndum.

Fyrir hvern þjóðfélagshóp sem um ræðir, þá eru löndin sem veittu upplýsingar um forgangs vísa þeirra færri en þau lönd sem minntust á að hafa safnað upplýsingum um viðkomandi mál. Fyrir hvern þjóðfélagshóp sem um ræðir, þá eru löndin sem veittu upplýsingar um forgangs vísa þeirra færri en þau lönd sem minntust á að hafa safnað upplýsingum um viðkomandi mál. Fyrir hvern þjóðfélagshóp sem um ræðir, þá eru löndin sem veittu upplýsingar um forgangs vísa þeirra færri en þau lönd sem minntust á að hafa safnað upplýsingum um viðkomandi mál. Í ljósi þess að mikill mismunur er til staðar ætti að halda áfram á evrópsku sviði ferli til að samræma vísa, sértæka fyrir hvern þjóðfélagshóp. Hjá þjóðfélagshópum sem eru undir hegðunareftirliti, eða gætu verið undir slíku eftirliti, sem er framkvæmt með því að nota sýni byggð á hópurtaki eða þjónustu, þá ættu frumumfjöllun að fara fram með hagsmunaaðilum hvað varðar að koma á fót hegðunareftirliti í slíku umhverfi.

Þar sem evrópskt samþykki liggur þegar fyrir, ætti að stinga upp á vísam sem þegar hafa verið samþykktir, og þeir valdir sem ætti að vera 'þýðanlegir' í alþjóðlega viðurkennda vísa. Í framhaldi af heildargreiningu, þá er stungið upp á notkun grunn vísa, sem eru sameiginlegir öllum þjóðfélagshópum. Þessir grunnvísar tengjast fjölda bólfélaga, notkun smokks við síðustu samfarir, hafa farið í HIV próf, hafa borgað fyrir kynlíf, og þekking á HIV. Grunn vísar eiga einnig að taka á kerfisbundið menntunarstigi, þjóðlegum uppruna og kynhneigð.

## 7. Sýklavandamálið: tími kominn til að bregðast við (sameiginleg tækniskýrsla ECDC/EMEA)

(Gefið út í september 2009)

### Megin niðurstöður

Það er bil milli vanda sem skapast af sýkingum vegna fjöllyfjaónæmra sýkla og þróunar nýrra sýklalyfja til að takast á við vandamálið.

- Ónæmi gegn sýklalyfjum er mikið á meðal Gram-jákvæðra og Gram-neikvæðra sýkla sem valda alvarlegum sýkingum í fólki og fer upp í 25% eða meira í nokkrum aðildarríkjum ESB.
- Ónæmið er að aukast innan ESB á meðal ákveðinna Gram-neikvæðra sýkla eins og hefur nýlega komið fram hjá *Escherichia coli*.
- Á hverju ári deyja um 25000 sjúklingar innan ESB vegna sýkingar af völdum ákveðinna fjöllyfjaónæmra sýkla.
- Sýkingar vegna þessara ákveðnu fjöllyfjaónæmu sýkla innan ESB valda auknum kostnaði í heilbrigðismálum og framleiðslutapi fyrir að minnsta kosti 1,5 milljarð evra á hverju ári.
- Fimmtán sýklalyf sem gefin eru á kerfisbundinn hátt sem hafa nýja aðferð eða beinast gegn nýrri tegund sýkils hafa verið tilgreind sem eru í framleiðslu og geta hugsanlega mætt vandanum sem skapast af fjöllyfjaónæmi. Flest þessara lyfja voru enn á frumstigi þróunar og voru aðallega þróuð gegn sýklum sem nú þegar eru til úræði gegn.
- Það er sérstaklega skortur á nýjum lyfjum með nýja virkni gegn fjöllyfjaónæmum Gram-neikvæðum sýklum. Borin hafa verið kennsl á tvö slík lyf með nýja eða mögulega nálgun virkni og skjalfesta virkni, og eru bæði á frumstigi þróunar.
- Það er mikil þörf á áætlun á evrópsku sviði og á heimsvísu til að bregðast við þessu bili.

Árið 2007 hófust umræður milli Sóttvarnastofnunar Evrópu (ECDC), Lyfjastofnunar Evrópu (EMEA) og alþjóðlegs nets Aðgerða gegn sýklalyfjaónæmi (ReAct) um þörfina á að skjalfesta bilið milli tíðni sýkinga af völdum fjöllyfjaónæmra sýkla innan ESB og þróunar nýrra sýklalyfja. Í kjölfarið á því var komið á fót sameiginlegum vinnuhóp ECDC/EMEA árið 2008 til að gera grein fyrir staðreyndum og tölum sem myndu gefa nokkuð greinargóða mynd af bilinu fyrir komandi ár.

Eftirfarandi fjöllyfjaónæmir sýklar urðu fyrir valinu vegna þess að þeir valda iðulega sýkingum í blóði og vegna þess að eiginleiki skylds sýklalyfjaónæmis er, í flestum tilfellum, vísir um fjöllyfjaónæmi gegn sýklalyfjum:

- *Staphylococcus aureus*, methicillin ónæmi (MRSA);
- *S. aureus*, vancomycin miðlungs ónæmi og vancomycin ónæmi (VISA/VRSA);
- *Enterococcus* spp. (þ.e. *Enterococcus faecium*), vancomycin ónæmi (VRE);
- *Streptococcus pneumoniae*, penicillin ónæmi (PRSP);
- Enterobacteriaceae (þ.e. *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*), þriðju kynslóðar cephalosporin ónæmi;
- Enterobacteriaceae (þ.e. *K. pneumoniae*), carbapenem ónæmi; og
- Ógerjaður Gram-neikvæður sýkill (þ.e. *Pseudomonas aeruginosa*), carbapenem ónæmi.

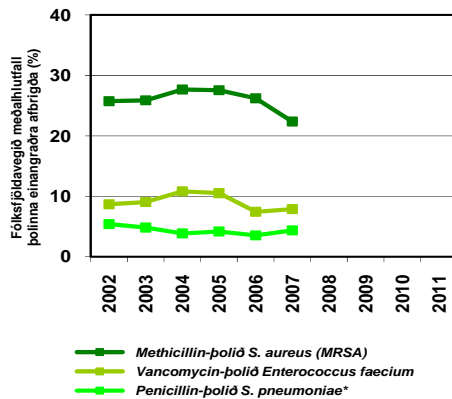
### Tilhneingar og vandamál sem leiða af sýkingum vegna fjöllyfjaónæmra sýkla innan ESB

Gögn um þessa völdu fjöllyfjaónæmu sýkla í ágengum sýkingum (aðallega blóðsýkingum) voru fánleg frá evrópska eftirlitskerfinu með þoli gegn sýklalyfjum (EARSS) fyrir aðildarríki ESB, Ísland og Noreg fyrir öll árin á tímabilinu 2002-2007.

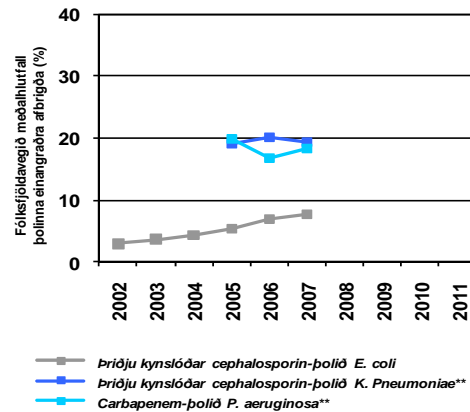
Tilhneiging hlutfalls af sýklalyfjaónæmum einangruðum afbrigðum á meðal blóðeinangruðum afbrigðum af völdum sýklum sem eru oft valdir að blóðsýkingum í Evrópu er sýnt á mynd 7.1

### Mynd 7.1 Íbúavegið meðalhluftfall ónæmra einangraðra afbrigða á meðal blóðeinangraðra afbrigða sýkla sem eru iðulega orsök blóðsýkinga, aðildarríki ESB, Ísland og Noregur, 2002-2007.

#### a. Gram-jákvæður sýkill



#### b. Gram-neikvæður sýkill



\**S. pneumoniae*: Fyrir utan Grikkland sem skilaði engum gögnum um þennan sýkil til EARSS.

\*\**K. pneumoniae* og *P. aeruginosa*: Fyrir utan Belgíu og Slóvakíu, sem skiluðu engum gögnum um þennan sýkil til EARSS.

Árið 2007 var meðalhluftfall *Staphylococcus aureus* blóðeinangraðra afbrigða sem sýndu ónæmi gegn methicillin (% MRSA) hæsta hlutfall sýklalyfjaónæmra einangraðra afbrigða á meðal henna völdu sýkla sem eru iðulega valdar að blóðsýkingum í Evrópusambandinu. Þetta hlutfall hefur hins vegar farið minnkandi undanfarin ár (mynd 7.1). Það er vegna minnkandi MRSA tilhneigingar í mörgum aðildarríkjum, líklega vegna aðgerðaáætlana á þjóðlegu sviði eins og hefur verið skjalfest hjá Frakklandi, Slóveníu og Bretlandi. Meðalhluftfall MRSA hefur náð stigi sem er nálægt stigi valdar sýklalyfjaónæms Gram-neikvæðs sýkils.

Hlutfall *S. aureus* blóðeinangraðra afbrigða sem sýndu miðlungsónæmi gegn vancomycin (VISA) var mjög lágt (innan við 0,1%) í aðildarríkjum ESB, Íslandi og Noregi. Ekki var tilkynnt um nein vancomycin-ónæm *S. aureus* einangrið afbrigði til EARSS árið 2007 (gögn ekki birt á mynd 7.1)

Á hinn bóginn hefur meðalhluftfall *Escherichia coli* - algengasta Gram-neikvæða sýklinum sem veldur sýkingu hjá mönnum - blóðeinangraðra afbrigða sem sýna ónæmi gegn þriðju kynslóðar cephalosporins verið stöðugt aukandi.

Á sama tíma eru engin merki um minnkandi ónæmi gegn þriðju kynslóðar cephalosporins hjá *Klebsiella pneumoniae* eða gegn carbapenems hjá *Pseudomonas aeruginosa* (mynd 7.1).

Árið 2007 var hlutfall *K. pneumoniae* blóðeinangraðra afbrigða frá aðildarríkjum ESB, Íslandi og Noregi sem sýndu ónæmi gegn carbapenems almennt mjög lágt (miðgildi = 0%) fyrir utan Grikkland þar sem hlutfallið náði 42% (gögn ekki sýnd á mynd 7.1).

Einungis var hægt að áætla bæði efnahagslegan kostnað og kostnað í mannlífum vegna sýklalyfjaónæmra sýkla fyrir eftirfarandi fimm sýklalyfjaónæmra sýkla: MRSA, vancomycin-resistant *Enterococcus faecium*, þriðju kynslóðar cephalosporin-ónæm *E. coli* og *K. pneumoniae* og carbapenem-ónæm *P. aeruginosa*.

Rannsóknin staðfesti að MRSA var algengasti, einstaki, fjölyfjaónæmi sýkillinn í Evrópusambandinu. Hins vegar var heildarfjöldi tilfella af algengum sýklalyfjaónæmum Gram-jákvæðum sýklum (aðallega MRSA, og vancomycin-ónæm *Enterococcus faecium*) sambærilegur fjölda tilfella algengra sýklalyfjaónæmra Gram-neikvæðra sýkla (þriðju kynslóðar cephalosporin-ónæmra *E. coli* og *K. pneumoniae*, og carbapenem-ónæmra *P. aeruginosa*).

Á heildina litið var áætlað að árið 2007 hafi um það bil 25000 sjúklingar dáíð vegna sýkingar af völdum einhverra hinna fimm völdu sýklalyfjaónæmu sýkla í Evrópusambandinu, Íslandi og Noregi. Auk þess þá urðu sýkingar af völdum einhverra af hinum völdu sýklum til þess að um það bil 2,5 milljón dagpláss á sjúkrahúsum voru nýtt og aukalegur kostnaður sjúkráhusa vegna þeirra nam meira en 900 milljónum evra.

Þar af leiðandi var áætlað framleiðslutap vegna þessara sýkinga. Á grunni gagna frá 2007 var kostnaður vegna göngudeilda áætlaður á um 10 milljónir evra og framleiðslutap vegna fjarvista frá vinnu hjá sýktum sjúklingum var

metið á yfir 150 milljónir evra árlega. Framleiðslutap vegna sjúklinga sem létust af völdum sýkinga var metið á um 450 milljónir evra árlega. Yfir heildina litið þá var kostnaður samfélagsins vegna sýkinga af völdum hinna völdu sýkla metinn á um 1,5 milljarð evra árlega.

Það eru margar ástæður (t.d. takmarkað úrval innifaldrá sýkla, sýkingar göngudeildarsjúklinga ekki tekin með í myndina, meðal kostnaður umönnunar á sjúkrahúsi sem tekur ekki mið af sérstakri umönnun eins og gjörgæslu) sem styðja þá niðurstöðu að þessar tölur samsvari vanmati á kostnaði, bæði efnahagslega og í mannlífum, vegna sýkinga af völdum sýklalyfjaðnæmum sýklum.

## Rannsókn- og þróunar vinnsluferli fyrir lyf gegn sýklum

Til að meta ástand þróunarferlis hjá sýklalyfjum var lögð fyrirspurn inn hjá tveim viðskiptagagnagrunnum (Adis Insight R&D og PharmaProjects) um sýklalyf í klínískri þróun hvar sem er í heiminum. Það var ákveðið að framkvæma ekki ítarlega rannsókn á lyfjum sem höfðu enn ekki komist á stig klínískra prófana vegna háðs brottfallshlutfalls við frumprófanir og skorti á gögnum sem hægt væri að fara yfir.

Í þeim tilfellum sem það var hægt voru þau lyf sem kennsl voru borin á metin út frá virkni þeirra gegn hinum völdu sýklum byggt á raunverulegum gögnum sem voru fáanleg í gegn um gagnagrunnana eða í fræðigreinum. Í ljósi skorts á raunverulegum gögnum úr tilraunastofum, tóku rýnendur einnig með í reikninginn eðlilegar ályktanir varðandi virkni sumra lyfja byggt á eiginleikum sambærilegra lyfja (t.d. í sama flokki eða með svipaða virkni) til að geta hannað 'besta tilfelli'.

Auk þess voru rýnendur beðnir um að gefa vísbendingu um hvert nýtt lyf hvort það væri í nýjum flokki eða hvort það tilheyrði flokki sýklalyfja sem þegar er til og að gefa vísbendingu um hvort það:

- Virkaði gegn sama sýkli og á sama hátt og að minnsta kosti eitt samþykkt sýklalyf;
- Hefði þekktu virkni gegn nýjum sýkli; eða
- Hefði nýja virkni.

Megin niðurstöður eru sem segir:

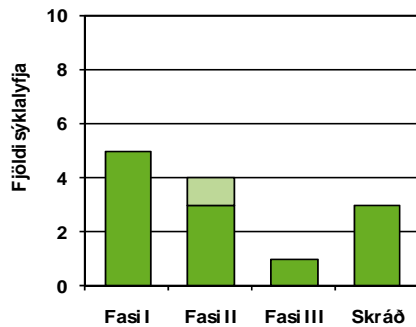
- Af þeim 167 lyfjum sem leitirnar bentu á voru 90 sýklalyf með virkni á tilraunastofu skv. besta tilfelli (byggt á raunverulegum gögnum eða gert ráð fyrir virkni flokks hvað varðar virkni) gegn í það minnsta einum af hinum völdu sýklum sem valdir voru vegna mikilvægis þeirra varðandi lýðheilsu.
- Af þessum 90 lyfjum voru 24 nýjar útgáfur af lyfjum sem þegar hafa verið samþykkt og 66 voru ný lyf.
- Af þessum 66 nýju lyfjum voru einungis 27 sem voru álitin hafa annað hvort nýja virkni eða vera gegn nýjum sýkli, og þar af leiðandi bjóða upp á kosti fram yfir sýklalyf sem þegar eru til staðar.
- Af þessum 27 lyfjum voru 15 sem hægt væri að gefa á kerfisbundinn hátt.
- Af þessum 15 lyfjum með kerfisbundna lyfjagjöf voru átta talin hafa virkni gegn að minnsta kosti einum af hinum völdu Gram-neikvæðu sýklum.
- Af þessum átta með virkni gegn Gram-neikvæðum sýklum, var virkni fjögurra þeirra byggð á raunverulegum gögnum og fjögur voru metin hafa áhrif byggt á þekktum eiginleikum eða virkni flokks.
- Af þessum fjórum með virkni gegn Gram-neikvæðum sýklum byggt á raunverulegum gögnum, tvö fóru gegn nýjum skotmörkum og ekkert með nýrri virkni.

Mynd 7.2 sýnir upplýsingar um þessi 15 sýklalyf. Eftirtektarvert er að einungi fimm þessara lyfja hafa farið í klínískar prófanir til að staðfesta klíniska virkni (þriðji fasi eða síðar í klínískri þróun).

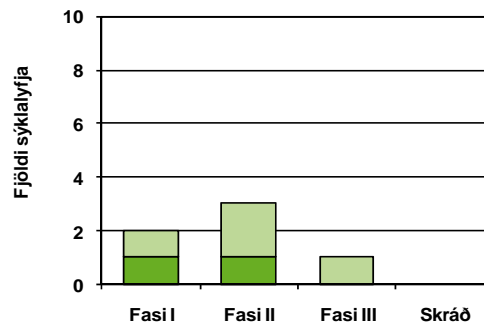


**Mynd 7.2 Ný kerfisbundin sýklalyf með nýtt skotmark eða nýja virkni og virkni í tilraunaglassi byggt á raunverulegum gögnum (dökku súlurnar) eða með ályktaðri virkni í tilraunaglassi byggt á þekktum eiginleikum eða virkni flokks.**

**a. Gram-jákvæður sýkill**



**b. Gram-neikvæður sýkill\***



*Ath.: Virkni í tilraunaglassi byggt á raunverulegum gögnum er sýnt á botni hvernar dökklituðu súlu. Virkni í tilraunaglassi sem gert er ráð fyrir byggt á þekktum eiginleikum eða virkni flokks (þar sem við á) er sýnt í ljósari lit efst á hverri súlu.*

*\*tveimur carbapenems er sleppt úr mynd 7.2 þar sem þeir eru ekki virkari en eldri carbapenem gegn Gram-neikvæðum sýklum. Afstæð nýlunda þessara lyfja var byggð á betra mati á virkni gegn sýklalyfjaónæmum Gram jákvæðum sýklum og eru þar af leiðandi með á mynd 7.2a.*

Kostnaður vegna sýklavarna innan ESB er nú þegar umtalsverður og er líklegt að hann aukist. Á grundvelli nýjustu gagna er búist við að sértæk vandræði risi á komandi árum vegna ónæmis meðal Gram-neikvæðra sýkla.

Á sama tíma eru mjög fá sýklalyf í þróun með nýja virkni til að mæta vanda vegna fjöllyfjaónæmis. Það er sérstaklega skortur á nýjum lyfjum til að meðhöndla sýkingar af völdum fjöllyfjaónæmra Gram-neikvæðra sýkla.

Þessi skýrsla hefur bent á bil milli vanda sem skapast af sýkingum vegna fjöllyfjaónæmra sýkla og þróunar nýrra sýklalyfja til að takast á við vandamálið. Það er mikil þörf á áætlun á evrópsku sviði og á heimsvísu til að bregðast við þessu bili. Það er þörf á ráðstöfunum sem hvetja áfram lyfjaþróun.

## 8. Skilvirkni hegðunarlegra og sálfélagslegra HIV/STI forvarna íhlutanna fyrir samkynhneigða karla í Evrópu

(Gefið út í nóvember 2009, breytt í desember 2009)

### Bakgrunnur

Vegna skorts á skilvirku bóluferni á viðráðanlegu verði og að núverandi lyfjameðferðir eru ekki lækandi þá eru hegðunarlegar og sálfélagslegar forvarnir með það að markmiði að takmarka kynferðislega áhættuhegðun megin þungi átaks til að draga úr HIV/STI smitum meðal samkynhneigðra karla (MSM). Í ljósi þarfar þeirra sem sjá um áætlanagerð og stefnumótun á lýsingum á einstökum íhlutunum og magnbundin mót á skilvirkni íhlutana til að geta tekið upplýstar ákvarðanir varðandi fjárfstyrki til forvarna og rannsókna, þá er þörf á kerfisbundnu yfirliti sem uppfærir núverandi þekkingu varðandi HIV/STI forvarnar íhlutanir sem miðast að samkynhneigðum körlum í Evrópu.

### Markmið

Takmarkið var að draga saman og meta skilvirkni HIV/STI forvarna íhlutanir fyrir samkynhneigða karla í Evrópu og bera kennsl á einkenni íhlutana sem tengjast skilvirkni, svo og möguleg göt í upplýsingagrunninum.

### Aðferðir

Framkvæmd var kerfisbundin leit að viðkomandi fræðigreinum í átta alþjóðlegum gagnagrunnum og í tilvísanalistum yfir viðkomandi umsagnir og rannsóknir. Rannsóknir voru valdar eftir fyrirfram ákveðnum forsendum og greindar út frá áhættu á fordómum. Niðurtöður voru dregnar saman með notkun taflna og mót á afleiðingum kynferðislegrar hegðunar voru reiknuð út.

### Niðurstöður

Niðurtöður voru fengnar frá sex stjórnunum rannsóknum, með alls 4111 þátttakendum frá fjórum Evrópulöndum. Niðurstöðurnar sýndu að það var 'mikil' eða 'óljós' hætta á fordómum á einni eða fleiri matforsendum í öllum rannsóknunum. Samanlagðar niðurstöður þeirra fjögurra íhlutanna sem gögn voru til um gáfu til kynna að samkynhneigðir karlar sem taka þátt í HIV/STI forvarna íhlutunum eru að vissu leyti ólíklegri til að segja frá óvörðum endaparmsmökum (UAI). Upplýsingarnar voru ónógar til að kanna einkenni íhlutana sem tengdust hvað mest mikilli skilvirkni. Mjög fáir þátttakendur í rannsókninni höfðu ekki hvítan bakgrunn og einungis ein rannsókn notaði líffræðilega mælingu á STI sem vísi að breytingu.

### Umræða

Þrátt fyrir þroska HIV faraldursins, þá eru hárnákvæm mót á einhvers konar hegðunarlegum HIV/STI íhlutunum fyrir samkynhneigða karla fá og langt á milli þeirra. Niðurstöðurnar benda til mögulegra skammtíma áhrifa íhlutana á þann hátt að hlutfall samkynhneigðra karla sem stunda óvarin endaparmsmök minnkar, en skortur á stjórnunum rannsóknum benda á þörfina á rannsóknum á þessu sviði. Vísindasamfélagið ætti að ræða sín á milli um möguleikana á færanleika íhlutanna og ef best væri á kosið, framkvæma mótunar rannsóknir áður en ný áætlun fer af stað.

### Að lyktum

Það er á heildina litið skortur á mati á útkomu íhlutanna sem miðast að því að draga úr HIV/STI áhættu meðal samkynhneigðra karla í Evrópu. Að hanna hegðunarlegar HIV/STI forvarna áætlanir til að koma í veg fyrir ný smit, og mat á slíkum forvarna áætlunum fyrir samkynhneigða karla er mikilvægur þáttur í yfirgripsmiklum HIV/STI einangrunar áætlunum með hliðsjón af forvörnum og umönnun.

# Leiðbeiningaskýrslur

## 9. Stjórn á klamydíu í Evrópu

(Gefið út í júní 2009)

### Hví klamydía er lýðheilsuvandamál

*Chlamydia trachomatis* er einn algengasti sýkill sem smitast með kynmökum í Evrópu. Hlutfall hjá kynferðislega virku ungu fólki er jafnan milli 5-10%. Greindum tilfellum fer fjölgandi í mörgum Evrópulöndum, að hluta til vegna aukinna prófana og notkun nákvæmari prófa. Fólk með kynfæra klamydíu getur fundið fyrir einkennum bólgu í þvagrás þar með talið þvagrásarbólgu og leghálsbólgu en meirihlutinn er einkennalaus. Klamydía er umtalsvert lýðheilsuvandamál vegna þess að ómeðhöndluð klamydía getur orsakað bólgusjúkdómum í mjaðmagrind og lélegri frjósemi hjá sumum konum. Klamydía auðveldar einnig HIV smit. Kostnaðurinn við að meðhöndla lélega frjósemi vegna klamydíu er mikill, þar sem það krefst skurðaðgerðar og frjóvgunar á tilraunastofu. Þrátt fyrir að það séu til ódyr og skilvirk meðferð gegn klamydíu, þá er erfitt að hafa stjórn á klamydíu því að flest fólk er einkennalaust.

### Aðgerðir til að hafa stjórn á klamydíu í Evrópu

Kerfisbundin könnun með aðgerðum til að hafa stjórn á klamydíu í 29 Evrópulöndum sýndi fram á mikinn mismun hvað varðar skipulag á stjórnun klamydíu. Næstum helmingur landanna var ekki með neinar skipulagðar aðgerðir, og þjóðleg stjórnunarverkefni voru til staðar í einungis tveim löndum.

### Að koma á stjórnun klamydíu

Fyrsta skrefið að yfirgripsmiklu og skilvirku stjórnunar verkefni er að innleiða klamydíu stjórnunar áætlun sem byggð er á víðtæku samráði við lykil hagsmunaaðila. Áætlunin ætti að taka með í reikninginn hin sértæku þjóðlegu tækifæri og takmarkanir ásamt yfirliti yfir gögn fyrir ihlutanir og ráðstafanir. Áætlunin getur verið byggð á þrepaskiptri nálgun eins og lýst er í þessum leiðbeiningum.

Mælt er með þrepa nálguninni til að tryggja að nákvæmar STI forvarnir og meðhöndlun sjúklinga sé til staðar áður en flóknar ihlutanir eins og kembirannsóknir eru teknar til skoðunar.

Fjögur svið klamydíu stjórnunarverkefnis eru útlustuð:

- Svið A, aðal forvarnir: Þetta felur í sér kynningu og menntun varðandi heilbrigðismál, skólaverkefni og dreifing smokka.
- Svið B, meðhöndlun tilfella: Þetta byggir á sviði A ásamt reglulegu eftirliti með tilfellum, nákvæmum klamydíu greiningum, þjónustu heilsugæslustöðva, og þjónustu við sjúkling og maka. Hvert þessara krefst skýrra leiðbeininga byggðum á gögnum og reglulegu yfirliti.
- Svið C, hentistefnu prófanir: Þetta byggir á sviði B ásamt prófunum sem eru reglulega boðin einum eða fleiri þjóðfélagshópum sem koma á heilsugæslustöðvar af öðrum ástæðum, með það að markmiði að finna og bera kennsl á einkennalaus tilfelli.
- Svið D, kembirannsóknar áætlun: Þetta byggir á sviði C ásamt skipulagðrar veitingar reglulegra klamydíu prófana sem nær yfir talsverðan hluta ákveðins þjóðfélagshóps, með það að markmiði að draga úr útbreiðslu klamydíu í viðkomandi þjóðfélagshóp.

Gögn fyrir áhrif af áætlana á sviði C og D eru takmörkuð og því er nauðsynlegt að meta þær nákvæmlega á meðan framkvæmd stendur til að leiðbeina stefnumótun framtíðarinnar. Sérstaklega þarf að fylgjast með og meta áhrif slíkra áætlana á stjórnun klamydíu hjá viðkomandi þjóðfélagshóp. Innleiðing kembirannsóknna fyrir klamydíu ætti að vera skoðuð með mikilli varfærni líkt og aðrar kembirannsóknir, þar sem mat er lagt á mögulegt hagræði, skaða og kostnað.

Skilvirk beiting þjóðlegra klamydíu stjórnunar áætlana krefst stjórnunar og skuldbindingar hjá stefnumótendum á heilbrigðissviði. Mest víðeigandi þjóðlegar áætlanir verða líklegast mismunandi milli landa, og þjóðlegar áætlanir ættu að vera þróaðar í samráði við fagleg heilbrigðissamtök, fjarveitingaraðila og þá sem veita heilbrigðisþjónustu og greiningarþjónustu.

## Mat á klamydíu stjórnunar áætlunum

Stjórnunaráætlanir miða að því að draga úr útbreiðslu klamydíu, en það er erfitt að fylgjast með þessu þar sem það krefst reglubundinna kannana á íbúum lands. Á hinn bóginn eru margir aðrir visar um skilvirkni sem ættu að vera innleiddir í áætlunina frá byrjun.

Áætlanir á þjóðlegu sviði ættu að fylgjast með vísum sem tengjast stefnumótun og viðmiðun áætlunarinnar, innleiðingu og framgangi og útkomu hennar. Þetta þarf að byggja á einstökum markmiðum sem eru viðeigandi fyrir svið innleiðingar.

Ef lönd fara frá einu sviði stjórnunar yfir á annað, þurfa þau að taka ákvarðanir byggðum á stífu mati á gögnum um skilvirkni, hagkvæmni og skaða. Þetta verður auðveldara ef lönd tryggja að allar aðgerðir séu metnar að fullu og niðurstöðum deilt með öllum öðrum Evrópuríkjum. Á þennan hátt munu fjárfestingar í áætlunum sem gerðar eru nú styrkja gagnagrunn fyrir stjórnun á klamydíu og auðvelda ákvarðanatöku framtíðarinnar og bæta lýðheilsu.

Á evrópsku sviði ætti takmarkið að vera að draga úr hlutfalli landa sem eru ekki með neinar skipulagðar aðgerðir.

## Tilgangur þessa skjals

Þetta skjal veitir leiðbeiningar til stefnumótenda í heilbrigðismálum í Evrópusambandinu varðandi þjóðlegar áætlanir fyrir stjórnun klamydíu. Það veitir ekki sértækar klínískar eða greiningarlegar leiðbeiningar, fremur ramma fyrir þróun, innleiðingu eða bætur á þjóðlegum áætlunum til að fyrirbyggja og stjórna klamydíu. Nýlegar kerfisbundnar skoðanir ættu að vera hafðar til samráðs þegar gerð eru svo nákvæmar leiðbeiningar.

Stefnumótun í heilbrigðismálum, líkt og klínískar leiðbeiningar, ætti að byggja á bestu fyrirliggjandi gögnum. Hins vegar er almennt minna til af gögnum til að byggja stefnumótun á. Í þessu leiðbeiningaskjali var það markmið okkar að auðvelda þróun á staðbundnum leiðbeiningum byggðum á fyrirliggjandi gögnum í samræmi við góðar þjóðlegar klamydíu áætlanir. Slíkar leiðbeiningar þurfa ekki einungis að taka mið af klínískum og farsóttarfræðilegum þáttum (svo sem útbreiðslu klamydíu meðal almennings) heldur einnig staðbundnum kerfum til veitingar heilbrigðisþjónustu, innviðum og úrræðum.

Leiðbeiningarnar hafa verið þróaðar af hópi tæknilegra sérfræðinga og notast var við gögn sem safnað var í ECDC skýrslunni 'Skoðun á klamydíu stjórnunar aðgerðum í ESB löndum', könnun á klamydíu stjórnunar aðgerðum sem voru skoðuð til hliðsjónar við nýleg kerfisbundin yfirlit yfir klamydíu skoðanir og stjórnun.

Þessar leiðbeiningar fjalla um hið algenga kynsmiðaða form *Chlamydia trachomatis* (frymisnet D til K) og tekur ekki á *Lymphogranuloma venereum* eða trachoma.

## 10. Lýðheilsunotkun á víruslyfjum gegn influensu á meðan influensu faraldur gengur yfir

(Gefið út í júní 2009, uppfært í ágúst 2009)

Þessu bakgrunns plaggi er ætlað að vera heimild fyrir þá aðila innan Evrópusambandsins og EEA/EFTA svæðisins sem eru að þróa stefnur og aðferðir varðandi notkun víruslyf gegn influensu, sérstaklega í tengslum við influensu faraldra. Greinin er byggð á vísindalegum gögnum, leiðbeiningum frá WHO, sérfræðiálitum (þar á meðal frá leiðbeinandi málþingi ECDC) og ráðleggingum sem finna má í þjóðlegum evrópskum viðbragðsáætlunum gegn heimsfaröldrum. Greinin einbeitt sér að notkun víruslyfja í tengslum við influensu faraldur.

Fyrirliggjandi gögn um skilvirkni víruslyfja fyrir annað hvort meðferð eða forvörn og þar af leiðandi lýðheilsu notkun á meðan faraldur stendur yfir koma frá rannsóknum sem gerðar eru á meðan árstíðabundinn influensa gengur yfir á meðal heilbrigðra fullorðinna einstaklinga, og að minna leyti hjá einum af áhættumeiri hópunum (eldra fólk) og börnum.

Þessi gögn gefa í skyn að ákveðin víruslyf, sérstaklega neuraminidase hemill (oseltamivir og zanamivir), bjóða upp á ákveðna kosti í meðferð með því að stytta veikindatíma vegna influensu vanalega um 1-2 daga og einnig draga úr fylgikvillum og þörfina á sýklalyfjum hjá smituðum einstaklingum. Þessi áhrif eru bundin þeim takmörkunum að lyfin þarf að gefa snemma (innan 48 tíma frá upphafi einkenna). Það eru einnig veikburða gögn frá eftirlitsrannsóknum sem gefa til kynna að lyfin gætu dregið úr sýkingartölu og jafnvel dánartölu hjá veikari sjúklingum jafnvel þótt lyfin séu gefin eftir að 48 tímar eru liðnir. Oft er tilkynnt um minniháttar hliðaráhrif með munnlegu inntökunni (oseltamivir), sérstaklega ógleði og jafnvel stundum uppköst, sem er ástæða þess að framleiðandinn mælir með að lyfið sé tekið með máltíð.

Prófanir á heilbrigðum fullorðnum einstaklingum gefa til kynna að hægt sé að koma í veg fyrir smit með forvarnarmeðferð með 70% til 90% árangri svo framarlega sem lyfið er tekið í samræmi við leiðbeiningar. Gögnin sem styðja lýðheilsu kosti fyrir áhættumeiri hópa og aðstæður eru ekki jafn sterk en það virðist vera ákveðinn samdráttur í smitum, til dæmis við árstíðabundinn influensufaraldur í lokuðu umhverfi eins og hjúkrunarheimilum. Þetta gefur til kynna að slík lyf geti haft áhrif á stig vírus smitleiða og aðstoðað við að koma í veg fyrir smit.

Oft á tíðum geta influensu vírusar sem hafa frumónæmi gegn einu eða fleiri víruslyfjum skapast af náttúrulegum orsökum vegna erfðabreytinga og náttúrulegra vírus endurröðunar. Þetta gerðist þegar 2007-2008 árstíðabundni influensufaraldurinn gekk um Evrópu, en þá kom fram influensu vírus sem var ónæmu gegn oseltamivir. Þetta var ekki tengt notkun víruslyfja og sá möguleiki ætti ekki að hafa áhrif á sjálfgildar stefnur varðandi notkun víruslyfja á meðan faraldri stendur. Hins vegar er möguleikinn á nýjum vírus sem er ónæmur gegn víruslyfjum mikið áhættuefni og gæti krafist snögggra breytinga á stefnu varðandi víruslyf, sérstaklega fyrir forvarnir, ef slíkur vírus skyldi birtast í miðjum faraldri. Forðast skal að rugla þessu við seinni stigs ónæmis gegn víruslyfjum, sem kemur mun oft fram þegar víruslyf eru notuð. Það skilar sér vanalega í vírus sem getur ekki smitast á milli manna og er þar af leiðandi ekki lýðheilsu áhyggjuefni.

Það er til mikið úrval af mismunandi áætlunum fyrir notkun víruslyfja og þær treysta á það heildar lýðheilsuáhrif sem yfirvöld vilja halda við, framboð af víruslyfjum og öðrum raunsæjum þáttum. Þessi markmið geta verið m.a. meðferð veikara fólks, meðferð eða forvarnir fyrir fólk sem er í meiri áhættuhópum, meðferð allra tilfella, draga úr smitum eða vernda heilbrigðisstarfsfólk og annað lykilsarfsfólk. ECDC hefur stungið upp á stigskiptu kerfi forgangsráða:

Á meðan faraldur stendur yfir, vegna mikils fjölda og hugsanlegs alvarleika sýkingar, er talsverð raunhæf vandræði sem mæta mögulegri þörf fyrir víruslyf, bæði til meðferðar fyrir veika og forvarnir gegn smitum. Mörg lönd hafa komið sér upp varaforða af víruslyfjum sem eru sérstaklega ætluð faröldrum. Í dag eru varaforðar Evrópuríkja mismiklir og eru allt frá því að duga fyrir lítið hlutfall íbúa til þess að duga fyrir meira en 50% íbúa. Jafnvel með varaforða til staðar er hins vegar er allt að því óumflýjanlegt að eftirspurn eftir víruslyfjum verði meira en framboðið þegar faraldur skellur á. Vegna þessa er mikilvægt að gerð sé ítarleg aðgerða og skipulagsáætlun sé gerð til að nýta á sem bestan hátt þann varaforða sem er til staðar. Mikilvægt almennt lögmál er að það gerir takmarkað gagn að eiga varaforða án ákveðinna markmiða, verkferla og stjórnunar og afhendingarkerfa.

Þar af leiðir að skýr mörkum markmiða sem hluti af faraldsundirbúningi er nauðsynlegt til að nýta varaforða sýklalyfja sem best. Þetta áætlunarferli ætti að taka með í reikninginn heildarmagn og framboð af víruslyfjum, undirliggjandi farsóttarfræði (metin smithætta o.s.frv.), stærð og tími faraldurs og stærð þjóðfélagshópa. Líkanagerð getur einnig verið mikilvægt verkfæri til að áætla áhrif hinna margvíslegu víruslyfja áætlana í faraldri en slík líkanagerð er ekki vafningalaus. Á grunni fyrirliggjandi gagna leggur ECDC til eftirfarandi forgangsröðunar áætlun fyrir notkun víruslyfja:

1. **Fólk með alvarlegri veikindi.** Fyrsta forgangsatridið er að meðhöndla fólk með alvarlegri influensu veikindi jafnvel þótt það sé komið fram yfir 48 tíma 'gluggann' í kjölfar upphafs einkenna, þegar það er metið svo að víruslyf hafi áhrif. Hins vegar er jafnvel enn mikilvægara fyrir þessa sjúklinga að til séu fullnægjandi birgðir af viðeigandi sýklalyfjum til að meðhöndla sýkingar sem koma í kjölfarið, ásamt öðrum mikilvægum lyfjum.
2. **Fólk sem er í mestri hættu að fá alvarleg veikindi.** Á meðal þessa hóps ætti að veita þeim forgang sem eru í mestri hættu að þróa með sér alvarleg veikindi. Í tilfellum árstíðabundinnar influensu þá er mælt með að eftirfarandi verði bólusettt fyrir árstíðabundinni influensu: Eldra fólk, fólk sem er þegar með þrálát veikindi og heilbrigðisstarfsfólk sem er í beinni snertingu við sjúklinga. Þessu má hins vegar breyta á meðan faraldur stendur yfir og ætti að endurspegla þá sem eru í mestri hættu gagnvart þessum faraldri. Þegar bæði heimsfaraldur og árstíðabundinn influensufaraldur sameinast þá er þörf á að sameina hópana sem eru í mestum áhættuhópi í báðum tilvikum. Sum lönd gætu viljað íhuga forvarnir heima fyrir með því að einangra fólk í meiri áhættuhópum, en erfitt gæti reynst að fylgja þessari stefnu eftir.
3. **Allt fólk í byrjun veikinda.** Á eftir alvarlegri tilfellum, væri hægt að forgangsráða víruslyfjum til þeirra sem eru nýbyrjaðir að finna fyrir einkennum (innan 48 tíma frá fyrstu einkennum) því það er þá sem lyfin hafa mest áhrif.
4. **Notkun í forvarnaskyni.** Lönd með mikinn varaforða af víruslyfjum geta einnig íhugað að nota þau einnig til forvarna. Mögulegir hópar eru: Þeir sem hafa nán samskipti við greind tilfelli, fjölskyldumeðlimir og lykilstarfsfólk til að viðhalda gangi samfélagsins. Ekki er mælt með varaforða á heimilum, þar sem framboð er takmarkað, þrátt fyrir að óumflýjanlegt er að sumt fólk muni biðja um þetta frá læknum sínum líkt og það gerði við fuglavlensu.
5. Heilbrigðisstarfsfólk í beinni snertingu við sjúklinga eru sértilfelli. Það þarf að hafa hæfilega vörn með hlífðarbúnaði. Verði það veikt þarf að gefa þeim víruslyf strax og halda þeim heima. Lönd með meiri varaforða ættu að íhuga forvarnir fyrir ákveðna hópa af þessu starfsfólki.

Jafnvel enn stærra vandamál mæta skipulagshlið veitingar víruslyfja. Gögnin gefa til kynna að víruslyfjameðferð skili einungis tilætluðum árangri ef þau eru veitt innan 48 tíma frá fyrstu einkennum. Þetta verður sérstaklega mikilvægt í heimsfaraldri. Þar af leiðandi, að til að víruslyf hafi áhrif við að lækna smit, ætti einnig að beita úrræðum til að þróa verkferla og kerfi til að tryggja hraða afgreiðslu og veitingu lyfjanna.

Vinnan sem ECDC og WHO Svæðisskrifstofa Evrópu hafa farið í með aðildarríkjum gefur til að kynna eftirfarandi atriði varðandi afhendingu og stjórnun landsbundinna varaforða víruslyfja og annarra lyfja þurfi vandlega íhugun í heimsfaraldri:

1. Í upphafi heimsfaraldurs þarf að taka ákvörðun um hvort alvarleiki smits hjá einstaka sjúklingum sé nægilegur til að bjóða öllum með einkenni víruslyf eða jafnvel að reyna að tefja faraldurinn eða einangra hann.
2. Tryggja að það séu alltaf til víruslyf til staðar fyrir heilsugæslulækna til að meðhöndla þá sem eru veikastir.
3. Að geta afhent víruslyf þeim sem þurfa mest á þeim að halda tímanlega, því þau verða að vera gefin 48 tímum eftir fyrstu einkennum til að hafa áhrif.
4. Bera kennsl á lykilhópa sem ættu að hafa forgang í að fá víruslyf, byggt á fyrirfram ákveðnum forsendum (sjálfgild staða).
5. Hafa kost á að breyta forgangsröðun ef svo virðist að þeir sem eru í mestri hættu séu ekki þeir sem álitnið var vegna reynslu af árstíðabundinni influensu.
6. Tryggja að svæðin verða fyrst fyrir barðinu á faraldurinum klári ekki varaforða þjóðarinnar og geta fært birgðir milli staða.
7. Hafa stöðu gagnvart borgurum sem leitast eftir að hafa varaforða heima hjá sér og fyrirtækjum sem leitast eftir að vernda starfsfólk sitt.
8. Eftirlit með ónæmi gegn víruslyfjum, sérstaklega aðal ónæmi og að hafa kost á að breyta áætlunum um meðferð á landsvísi ef útlit er fyrir að birgðir klárast eða fram kemur ónæmi gegn víruslyfjum (sérstaklega ef verið er að nota lyfin í forvarnaskyni).
9. Ekki leggja meiri byrði á megin ummönnumarþjónustuveitendur með því að láta þá dreifa víruslyfjum til lítið eða miðlungsveiks fólks þegar þeir eru undir miklu álagi að sinna veikara fólki. Þetta kemur einnig hugsanlega í veg fyrir að smitað fólk hópist saman til að fá víruslyf (t.s. í röðum eða biðstofum) og þannig breiða sjúkdóminn frekar út.
10. Tryggja að nóg sé til af öðrum lykil lyfjum, sérstaklega, en ekki bundið við, viðeigandi sýklalyf.

11. Að geta fylgst með fylgni, sérstaklega meðal þeirra sem eru lítið veikir og þeirra sem fá lyf í forvarnaskyni.
12. Búast við mildum hliðarverkunum af oseltamivir, aðallega smá ógleði, og gera sér grein fyrir að það gætu komið fréttir af sjaldgæfari en alvarlegri hliðarverkunum.
13. Hafa undir höndum efni til þjálfunar og aðferðir til að auðvelda notkun zanamivir þústæki, sérstaklega fyrir þá sem gætu fundist þau erfið í notkun.
14. Hafa hliðsjón af nálgunum fyrir sérstaka hópa svo sem barnshafandi konur og ung börn.
15. Búa yfir öflugum, traustum og prófuðum samskiptaáætlunum fyrir fagfólk og almenning varðandi allt það framansagða sem hluta af almennari samskiptaleiðum í heimsfaraldri.

Auk þessa leggur ECDC til að það verði nokkur raunhæf kerfi sem hægt er að keyra á ESB sviði:

16. Aðildarríki tilkynni í gegn um EWRS hver þeirra sjálfgilda stefna er og svo um markverðar breytingar.
17. Hafa kerfi sem geta numið fréttir og orðróm um öflug áhrif og hafa ferla með EMEA og ECDC til að bregðast við þessu þegar það kemur óhjákvæmilega upp.
18. Fylgjast með hvort upp komi ónæmi gegn víruslyfjum í samvinnu við ECDC, sambandi samfélagslegra rannsóknarstöðva og WHO.
19. Vera viðbúinn óumflýjanlegri internet sölu á víruslyfjum og öðrum lyfjum frá óviðurkenndum aðilum.

Þessi vinna vísar í fjölda rannsókna og þróunar forgangsatríða, þar með talið þörfina á því að ákveða hvort víruslyf hafi hagkvæm áhrif þegar þau eru gefin eftir að 48 tímar eru liðnir, sérstaklega þegar verið er að meðhöndla þá sem eru alvarlega veikir. Auka forgangsatríði er að hafa til staðar kerfi í aðildarríkjum sem getur ákvarðað á rauntíma hvort víruslyf hafi raunverulega áhrif gegn heimsfaraldursvírus; og kerfi til að bera snemma kennsl á raunverulegan misbrest í meðferð og forvörnum, sem gætu gefið til kynna að ónæmi sé að koma fram.

## 11. Notkun sérstaks heimsfaraldurs influensu bóluefni í H1N1 2009 heimsfaraldrinum

(Gefið út í ágúst 2009)

Í apríl 2009 var borin kennsl á nýjan stofn influensu í mönnum A(H1N1) og einkenni hennar. Smithlutfall þessa A(H1N1) heimsfaraldurs er talið verða hærra en hjá árstíðabundnum stofnum vegna lægra stigs af ónæmi sem er til staðar hjá almenningi (nema hjá eldra fólki þar sem margir virðast búa yfir ákveðnu ónæmi). Þar af leiðandi er líklegt að fjöldi tilfella influensu hjá heilbrigðisstofnum verði meiri yfir stuttan tíma en vanalegt við árstíðabundna influensu.

Bólusetning með bóluefni sérstaklega gegn ákveðnum stofni er talið ein skilvirkasta gagnaðgerð til að vernda einstaklinga í heimsfaraldri. Hins vegar þá verða sértæk bóluefni ekki til samstundis, afhending frá framleiðendum verður hnökrott og það verða einnig vandræði með dreifingu. Það verður erfitt að tryggja birgðir af bóluefni innan skynsamlegra tímamarka. Skipulögð notkun bóluefna, eftir að hafa forgangsraðað mismunandi hópum, verður mikilvæg til að fullnýta þá skammta sem til eru.

Heildarmarkmið bólusetningar ætti að vera tilgreint áður en ákveðið er hverjum skal bjóða bóluefni og hvernig eigi að forgangsraða fyrirhuguðum þjóðfélagshópum. Þetta getur verið mismunandi eftir löndum og svæðum. Þetta mun sérstaklega vera mismunandi eftir úrræðum, magni bóluefna, fjölda sprauta, o.s.frv. sem eru til staðar og raunsæ atriði varðandi dreifingu og afhendingu. Munurinn milli landa mun valda samskiptavandræðum þegar hann verður ljós og því skal búa sig undir þetta.

Markmið með áætlun um bólusetningu í heimsfaraldri getur verið skoðað í tveim breiðum flokkum sem á engan hátt útiloka hver annan: a) mildun, að verja einstaklingana sem eru í mestri hættu að verða mjög veikir; og B) vernda nauðsynlega þjónustu.

Influensa A(H1N1) er nýr vírus og nútíma heimsfaraldrar hafa allir verið frábrugðnir hvorum öðrum og árstíðabundinni influensu. Þar af leiðandi geta áhættuhópar (þeir sem eru í hættu að verða alvarlega veikir) verið frábrugðnir áhættuhópum í árstíðabundinni influensu. Mismunandi áætlanir koma einnig við sögu með meiri áherslu á þörfina að viðhalda nauðsynlegri þjónustu með bólusetningu. Þar af leiðandi geta markhópar (hópar sem boðnir eru bóluefni og geta verið eða ekki verið hluti af áhættuhópum) einnig verið mismunandi.

Samkvæmt núverandi gögnum um A(H1N1) 2009 heimsfaraldrinn þá er hægt að bera kennsl á eftirfarandi þjóðfélagshópa sem áhættuhópa:

- Fólki yngra en 65 ára með þrálát fyrirbyggjandi veikindi, sem sé:
  - Langvinna öndunarsjúkdóma;
  - Langvinna hjarta- og æðasjúkdóma;
  - Langvinna efnaskiptasjúkdóma (sem sé sykursýki);
  - Langvinna nýrna- og lifrarsjúkdóma;
  - Fólki með ófullnægjandi ónæmi (meðfætt eða áunnið);
  - Langvinna tauga- eða taugavöðvasjúkdóma;
  - Einhver annar sjúkdómur sem hamlar ónæmi fólks eða gerir öndunarfærin veikari fyrir;
- Ung börn (sérstaklega yngri en tveggja ára);
- Barnshafandi konur.

Þessi listi er að einhverju leyti frábrugðinn þeim hópum sem mörg lönd ráðleggja bólusetningu gegn árstíðabundinni influensu, sérstaklega með tilliti til fólks 65 ára og eldra. Eldra fólk virðist almennt vera í minni hættu á að smitast – hugsanlega vegna ónæmis sem er til staðar - en það er merki um að ef það smitast þá verði það mun veikara en ungt fullorðið fólk.

Auk þess eru aðrir hópar sem gætu verið boðin bóluefni þrátt fyrir að vera ekki í meiri hættu að verða alvarlega veikir (markhópar). Það eru rök fyrir því að bjóða börnum bóluefni þar sem mikið er um smit meðal barna (væg veikindi hins vegar) og gæti verið sérstaklega mikilvægt við að magna upp staðbundna útbreiðslu. Það eru einnig rök fyrir því að bjóða öllu heilbrigðisstarfsfólki bólusetningu, það er gert bæði til að koma í veg fyrir að fólk í áhættuhópum smitist af heilbrigðisstarfsfólki og til að vernda heilbrigðisstarfsfólk frá smitum af smituum sjúklingum og þar með viðhalda heilbrigðisþjónustu. Það eru kostir við að bjóða þeim bólusetningu sem annast þá sem bólusetning hefur ekki áhrif á (t.d. fólk í meðferð sem minnkar ónæmisviðbrögð). Börn undir 6 mánaða aldri geta ekki fengið bólusetningu á þessu stigi máls vegna skorts á gögnum um ónæmisvalda og öryggi og því eru góð rök að bjóða þeim bólusetningu sem eru í nánustu tengslum við börnin. Aðrir mögulegir markhópar eru starfsmenn sem eru nauðsynlegir fyrir viðbrögð gegn heimsfaraldrinum.



Þessari leiðbeiningar eru byggðar á núgildandi ástandi A(H1N1) heimsfaraldrinum. Gert er grein fyrir ákveðnum óvissuþáttum og fjallað um þá. Eftir því sem til er meira af upplýsingum, gögnum og álitum mun þetta skjal uppfært ásamt áhættumati ECDC sem er tengt þessu skjali.

Þrjár aðrar aðstæður eru gefnar byggðar á reynslu frá fyrri heimsfaröldrum þar sem meinvirknin og smithætta vírussins jókst með tímanum. Það eru einnig viðaukar sem draga saman gögn um bólusetningar á ákveðnum áhættuhópum fyrir árstíðabundinni influensu og núverandi heimsfaraldurs influensu og veita viðtæk mót um stærð áhættu hópa og markhópa. Grunnurinn að þeim útreikningum sem eru gefnir af það fullnægjandi nákvæmni að fólk í aðildarríkjunum getur notað aðferðafræðina á þeirra eigin íbúa eða borið saman við aðferðir sem þegar eru í notkun.

# Eftirlitsskýrslur

## 12. Berklaeftirlit í Evrópu 2007

(Gefin út í mars 2009)

Síðan 1. janúar 2008 hefur Sóttvarnastofnun Evrópu (ECDC) og WHO svæðisskrifstofu Evrópu í sameiningu samhæft berklaeftirlit í Evrópu. Markmið þeirra er að tryggja gögn af háum gæðaflokki sem gilda um öll 53 löndin sem eru undir WHO evrópska svæðinu.

Árið 2007, var tilkynnt um 477327 berklatilfelli í þeim 51<sup>1</sup> löndum í WHO Evrópu svæðinu auk Liechtenstein<sup>2</sup> Heildarhlutfall tilfella var að meðaltali 54 tilfelli fyrir 100000 íbúa, en mjög mismunandi eftir löndum og stigvaxandi stigul frá vestri til austur undanfarin ár. Þetta samsvarar aukningu um 54497 tilfelli frá árinu 2006 og heildar aukningu í tilkynningum um 13% (frá 48/100000 í 54/100000), sem er aðallega skrifað á skráningu rússneska sambandsríkisins á áður óskráðum tilfellum í kjölfar stækkun á tilkynningakerfi þeirra og bættu aðgengi sjúklinga að umönnun. Tilkynningarhlutfall á áður ómeðhöndluðum tilfellum á öllu svæðinu dróst saman um 2,5% (úr 36,6 í 35,7 á hverja 100000 íbúa). Almenn séð þá endurspeglar dánartíðni vegna berkla heildar tilkynningarhlutfall í samræmi við landfræðilega dreifingu yfir svæðið (miðgildis heildar hlutfall: 0,6/100000, spönnun yfir lönd: 0,0–22,3). Miðgildis stig fjöllyfja ónæmra berkla (MDR TB) var 1,5% í þeim 22 löndum sem tilkynntu um fjöllyfjaónæma berkla. Meðalhlutfall árangursríkra meðferða var 73%, með 11% tilfella sem ekki var hægt að fylgja eftir, 8% dauðsföll og 7% brestir í meðferð.

### Evrópusambandið (ESB) og lönd Evrópska efnahagssvæðisins (EES)/Fríverslunarsamtaka Evrópu (EFTA) (30 lönd)

27 lönd ESB ásamt þrem löndum EES/EFTA (Ísland, Noregur Liechtenstein), tilkynntu um 84917 berklatilfelli árið 2007. Hlutfall berklatilfella (17/100000 yfir heildina) var hæst í Rúmeníu (118), Búlgaríu (40) og í Eystrasaltslöndunum (36-71). Á árunum 2003-2007, drógu tilkynningar saman um 4% árlega á heildina litið, sem endurspeglar samdrátt á áður ómeðhöndluðum berklatilfellum. Hins vegar var vart við umtalsverða aukningu tilfella á Möltu (+61%) og á Íslandi (+37%), einhver aukning í Svíþjóð (+5%) og í Bretlandi og Kýpur (bæði +3%), aðallega hjá einstaklingum með erlenda uppruna. Árið 2007, var 27% tilfella (spönnun yfir lönd: 0-78%) hjá fólki með erlenda uppruna, næstum tveir þriðju hluti var frá Asíu og Afríku og 6% frá löndum Austur Evrópu utan ESB og Mið Asíu löndum. HIV útbreiðsla meðal berklatilfella jókst á árunum 2001-2007 í Eistlandi og Lettlandi (frá <1% til 11% og 4%, hver um sig) og tvöfaldaðist í Bretlandi á árunum 2002-2003 (úr 4% í 8%). Hjá hinum löndunum sem sendu inn gögn var HIV útbreiðsla meðal berklatilfella 1% eða minna í fimm löndum, 2-5% í sjö löndum og 14% í Portúgal. Fjöllyfjaónæmi var mun algengara í Eystrasaltslöndunum (samanlagt fjöllyfjaónæmi: 10-21%) en í hinum löndunum (0-4%), þar sem það var almennt mun algengara í tilfellum einstaklinga af erlendum uppruna. Tuttugu og eitt land gaf upplýsingar um eftirlit með útkomu meðferðar (TOM) fyrir örugg berklatilfelli í lungum árið 2006. Fyrir tilfelli sem voru hluti af TOM hópnun, meðal áður ómeðhöndlaðra tilfella, höfðu 80% jákvæða útkomu. Algengara var að ekki væri hægt að hafa eftirfylgni með lungnatilfellum hjá fólki af erlendum uppruna heldur hjá innfæddum (35% á móti 16%, hver um sig), á meðan dauðsföll voru sjaldnar tilkynnt (8% á móti 4%). Dánartíðni berkla var frá 0,0-10,9/100000 (29 lönd, nýjustu gögn 2001-2006).

### Vesturlönd (ekki ESB) (5 lönd)

Árið 2007 var tilkynnt um 881 berklatilfelli í þrem löndum - Andorra, Ísrael og Sviss – með hlutfall frá 5,6 til 7,3/100000. Hlutfall var almennt lágt og meirihluti tilkynnta berklatilfella var hjá einstaklingum með erlenda uppruna. Upplýsingar um eftirlit með lyfjaónæmi fengust frá Sviss og Ísrael, þar sem útbreiðsla fjöllyfjaónæmra berklatilfella hjá öllum prófuðum tilfellum var 2,3% og 6,7% hvert um sig. Upplýsingar um útkomu meðferðar fyrir tilfelli skráð árið 2006 fengust frá Ísrael, þar sem hlutfall árangursríkra meðferða við nýjum lungnaberkjum var 74%.

<sup>1</sup> Engar upplýsingar frá Monaco og San Marino.

<sup>2</sup> Liechtenstein er hluti af skýrslunni en er einungis þar sem EES/EFTA ríki, það er ekki hluti af WHO Evrópu svæðinu

## Balkanskagi (7 lönd)

Löndin á Balkanskaga tilkynntu um 26296 tilfelli árið 2007, 75% af þeim var frá Tyrklandi einu saman (tilkynnt var um 930 tilfelli til viðbótar frá Stjórnarsvæði Sameinuðu þjóðanna í Kosovo) Heildarhlutfall berklartilfella árið 2007 var 29/100000, og var hærra í Bosníu og Hersegóvínu (62) en í Albaníu, Króatíu, Fyrrum Júgóslavneska lýðveldinu Makedóníu, Svartfjallalandi, Serbíu og Tyrklandi (spönnun: 14–28). Útbreiðsla HIV meðal berklartilfella var 0,0-0,4% í þeim löndum sem höfðu gögn (Albanía, Bosnía og Hersegóvína, Júgóslavneska lýðveldinu Makedóníu, Svartfjallalandi og Serbíu). Samanlagt megin og aðfengið fjöllyfjaónæmi var 0-0,6% og 9,7-34,6%, hvert um sig, í þeim fjórum löndum sem skiluðu gögnum (Albanía, Bosnía og Hersegóvína, Júgóslavneska lýðveldinu Makedóníu, Svartfjallalandi og Serbíu). Hlutfall árangursríkra meðferða meðal nýrra lungnaberklartilfella árið 2006 var 80-97% í fimm löndum, og lægra í tveim öðrum sem veittu gögn (35-70%). Dánartíðni berkla var frá 0,25/100000 (fimm lönd, nýjustu gögn 2001-2006).

## Austur (12 Austur evrópsk lönd utan ESB og Mið asísk lönd)

Árið 2007 var tilkynnt um 365233 berklartilfelli frá austri, 59% þeirra frá Rússneska sambandsríkinu. Hlutfall berklartilfella árið 2007 (131/100000 á heildina litið) var hæst í Kasakstan (258), Moldavíu (178), Rússneska sambandsríkinu (151), Georgíu (135), og Kyrgistan (125) og í kjölfarið kom Armenía, Azerbasjan, Hvíta Rússland, Tadjíkistan, Úkraína og Úsbekistan (59-119). Meðal árleg aukning á árunum 2002-2007 var sú sama og á árunum 1998-2002 (+6%). Fjöldi nýrra tilfella dróst saman á árunum 2006-2007 í sex löndum. Útbreiðsla HIV meðal berklartilfella var 1% eða lægra í fimm löndum undanfarin ár, en var hærra í Rússneska sambandsríkinu og Úkraínu (7% og 6%, hvert um sig, meðal nýra tilfella árið 2007). Landsbundnar og svæðisbundnar upplýsingar um lyfjaónæmi frá nokkrum löndum gefa til kynna mjög útbreitt fjöllyfjaónæmi. Samanlagt fjöllyfjaónæmi berklartilfella var frá 14% til 57%, þrátt fyrir að frambærileiki gagnanna var mismunandi eftir löndum. Hjá löndum sem tilkynntu um ný lungnaberklartilfelli (2006), var meðal árangurshlutfall 64% (spönnun: 58–86%). Lélegur árangur, saman við mikið af misbrestum (meðaltals: 12%, spönnun: 3-16%) er aðallega sökum útbreiðslu fjöllyfjaónæmis og skorti á eftirfylgni (meðaltal: 13%, spönnun: 4–35%). Dánartíðni vegna berkla spannaði frá 3,0 til 22,3/100000 (öll lönd nema Túrkménistan, með tæmandi gögn, nýjustu fyrirliggjandi gögn fyrir öll árin frá 2003-2006).

## Að lyktum

Austur Evrópulöndin utan ESB og Mið Asíu löndin eru enn forgangsaþriði svæðisins fyrir stjórnun á berklum. Í þessum löndum er ástandið oft flóknara vegna lélegrar nákvæmni eða lélegra gæða upplýsinga og viðverandi skorti á úrræðum til að hefja best passandi viðbrögð og/eða ófullnægjandi notkun þeirra sem eru til staðar. Lengra til vesturs er þrálátt fjölbreytt berklamynstur. Iðnvædd ríki sem stefna að því að eyða berklum eru í sívaxandi mæli að gera sér grein fyrir samþyrpingu tilfella meðal sérstaklega viðkvæmra þjóðfélagshópa. Á meðal þeirra ríkja sem eru meðal þjökuð, til að mynda Eystrasaltlöndin, er mikil útbreiðsla fjöllyfjaónæmra berkla. Draga má nokkrar eftirlitstillögur til að styrkja bættu stjórn á berklum af greiningu gagnanna, þar á meðal:

- setja staðla á skilgreiningu tilfella sem notað skal yfir allt svæðið og verkfærin til að meðhöndla gögnin;
- Koma berklum í heildareftirlit smitsjúkdóma;
- Leggja áherslu á hópgreiningu til eftirlits með útkomu meðferðar;
- Þróa betri innsýn í sameiginlegan berkla/HIV faraldur; og
- Framkvæma ítarlegt mat á útbreiðslu og tilhneingingu fjöllyfjaónæmra berkla á landsvísu og fyrir allt svæðið.

## 13. Árleg faraldra skýrsla um smitsjúkdóma í Evrópu 2009

(Gefið út í október 2009)

### Bakgrunnur

Árið 2007 lagði ECDC til að tíðni yfirgripsmikilla árlegra faraldra skýrslna (AER) sem fjölluðu um á ítarlegan hátt, öll atriði sem ECDC hefur eftirlit með, myndi vera á þriggja til fimm ára fresti. Þetta fékk stuðning ráðgefandi umræðuþings ECDC. Núgildandi útgáfa er því víðtæk samantekt um ástandið varðandi smitsjúkdóma í Evrópusambandinu, en veitir einungis ítarlega greiningu á einu sviði: Sjúkdómar sem hægt er að koma í veg fyrir með bólusetningu. Skýrslan veitir upplýsingar um tilvik sjúkdóma fyrir árið 2007 í stöðluðum töflum og grófum með takmörkuðum athugasemdum, og metur heilsufar og ógnanir fyrir 2008.

### Meiriháttar álag á lýðheilsu vegna smitsjúkdóma

Helstu ógnirnar er tengjast smitsjúkdómum í Evrópusambandinu hafa ekki breyst frá því að skýrslan var síðast gefin út og eru m.a.:

- Þol gegn sýklalyfjum;
- Sýkingar í tengslum við heilsugæslu;
- Sjúkdómar sem hægt er að koma í veg fyrir með bólusetningu, með sérstaka áherslu á lungnabólguþingum;
- Sýkingar í öndunarfærum, með sérstaka athygli á influensu (hugsanlega faraldur sem og árstíðarbundin) og berklar;
- HIV-smit;

### Samantekt yfir eftirlit með smitsjúkdómum 2007

3. kafli safnar saman og ber fram öll tilfelli sem tilkynnt voru 2007 á 27 aðildarríkjum ESB auk hinna þriggja EES/EFTA ríkja Íslands, Liechtenstein og Noregs. Eins og bent er á í mörgum einstaka sjúkdómshlutum þess kafla, er varhugavert að bera saman tilfelli milli landa. Eftirlitskerfi eru mismunandi, og tengslin milli tilkynntra og raunverulegra tilfella eru mismunandi milli landa hvað marga sjúkdóma varðar. Í flestum tilfellum er meira viðeigandi að einbeita samanburðinum að fylgni yfir ákveðinn tíma, þar sem þetta er mun stöðugri þáttur eftirlitskerfa.

Með þetta í huga eru sumar af megin niðurstöðum úr eftirliti á öllu ESB svæðinu á smitsjúkdómum dregnar saman hér að neðan fyrir megin sjúkdómshlokkana og/eða aðstæður sem ber að fylgjast með.

### Þol gegn sýklalyfjum og smit tengd heilbrigðiskerfi (AMR/HCAI)

Árið 2007 var methicillin þolinn *Staphylococcus aureus* (MRSA) mikið vandamál um alla Evrópu. Engu að síður virtist MRSA hlutfall verða stöðugra í löndum þar sem það var landlægt, og var jafnvel vart við minnkun í sumum löndum.

Ónæmi fyrir penicillin hjá *Streptococcus pneumoniae* (PNSP) birti misleita mynd í Evrópu með lága tíðni í flestum löndum Norður Evrópu, og hlytfallslega háa tíðni í löndum Suður Evrópu og Miðjarðarhafslöndum. Hins vegar þá héldust stig penicillin ónæmis og erythromycin þols haldast stöðug í flestum löndum á heildina litið.

Með útbreiðslu clonal flóka 17, hélt birting vancomycin þolins *Enterococcus faecium* áfram að hafa áhrif á fleiri sjúkrahús í ýmsum löndum.

Þol gegn flourkínólón, aminopenicillin, aminoglycoside og þriðju kynslóðar cephalosporin hjá *Escherichia coli* hefur aukist tilfinnanlega hjá nær öllum löndum undanfarin ár. Þetta er mikilvæg athugun því það gefur merki um þróun í átt að fjölgun á fjölyfjabólnum Gram-neikvæðum gerlum, og jafnvel í átt að algerlega ónæmum stofnum.

Minnkandi tilhneiging smita við skurðstofur eftir aðgerðir tengdum gerviliðum í mjóðm var staðfest árið 2007, sem undirstrikar hlutverk eftirlits, þar með talið samanburður á áhættuþáttum milli sjúkrahúsa, við HCAI forvarnir og stjórn.

## Sjúkdómar sem hægt er að koma í veg fyrir með bólusetningu

Árið 2007 var hlutfall tilkynninga um ágengan *Haemophilus influenzae* sjúkdóm stöðugt í Evrópu, og vel undir einum fyrir hverja 100000. Hib bóluefnið hélt áfram að hafa umtalsverð áhrif á tíðni þessa sjúkdóms í öllum löndum sem því hafði verið beitt.

Heildar tilkynningarhlutfall ágengra meningococcal sjúkdóma árið 2007 var ein fyrir hverja 100000, sambærilegt og árið 2006, og gerlahópar B (77%) og C (16%) voru áfram megin orsök ágengra meningococcal sjúkdóma í Evrópu. Bóluefni sem vanalega er notað ver aðeins gegn gerlahópi C.

Borið saman við árið á undan var talsverð aukning á fjölda staðfesta ágengra lungnabólguþýkinga (IPD) í Austurríki og Slóveníu, líklegast vegna nýlegra endurbóta á eftirlitskerfum þeirra. Á heildina litið var erfitt að bera saman tilkynningarhlutfall milli aðildarríkja vegna mikillar misleitni milli IPD eftirlitskerfa innan ESB. Heptavalent lungnabólguþýkja blandprótín bóluefnið (PCV7) var skráð innan ESB árið 2001, en notkun þessa efnis er mismunandi eftir löndum.

Árið 2007 var tilkynnt um færri tilfelli mislinga í ESB og EES/EFTA löndunum en árið 2006, en mislingar héldu áfram að vera lýðheilsu forgangsmatið með 2795 staðfest tilfelli, þar með talið eitt dauðsfall og tvö tilfelli af heilabólgu. Einungis fjögur lönd hafa verið laus við mislinga undanfarið þrjú ár.

Árið 2007 var hettusótt var áfram sjúkdómur sem hægt var að koma í veg fyrir með bólusetningu með einna hæsta hlutfall tilkynnta tilfella í Evrópu en minnkandi tilhneiging hélt áfram og hefur ekki verið tilkynnt um færri hettusóttartilfelli síðan 1995.

Likt og árið 2006, var hlutfall staðfesta tilfella rauðu hunda lágt árið 2007.

## Sýkingar í öndunarvegi

2007-2008 flensutiðin í Evrópu einkenndist af vægum klínískum aðgerðum með hápunkti influensu A(H1N1) sem var fylgt eftir af hápunkti influensu B. Það voru einungis fáir A(H3N2) stofnar einangraðir.

Mikilvægt nýtt fyrirbæri var framkoma fyrsta árstíðabundins influensustofns sem hafði þol gegn víruslyfinu oseltamivir: A(H1N1-H247Y). Þessi stofn var fullfær um að smitast manna á milli, en dreifing hans var mjög mismunandi yfir svæðið - allt frá rúmlega helmingi allra einangraðra stofna í sumum löndum niður í bara örfá prósent í öðrum. Birting og dreifing þessa þolna vírus er ekki hægt að útskýra með fyrri notkun víruslyfja.

Likt og árið 2006 var röð af tilfellum af mjög meinvirkri fuglaflensu meðal fugla í Evrópu, aðallega í alifuglum, en ekki var tilkynnt um nein tilfelli í mönnum. Það var eitt tilvik af dýra og fuglaflensu A(H7N2) með litilli meinvirkni sem kom upp í Bretlandi í maí 2007 með nokkrum tengdum tilfellum af influensu-líkum veikindum og/eða hornhimnubólgu í mönnum.

Fjöldi tilkynninga um hermannaþveiki í ESB og EEA/EFTA löndum árið 2007 hélst stöðugur við 1,1 tilfelli fyrir hverja 100000 íbúa. Fjöldi tilkynnta tilfella af ferðatengdum tilfellum af hermannaþveiki jókst ef miðað er við árið 2006, líklegast vegna betra eftirlits og tilkynninga; þar eð fjöldi ferðatengdra klasa fór minnkandi, sem gæti endurspeglad áhrif leiðbeininga Evrópska vinnuhópsins fyrir hermannaþveikisýkingar (EWGLINET) fyrir hvernig stjórnari eigi hermannaþveiki.

Hvað berkla varðar þá hefur hlutfall tilkynninga farið sífellt minnkandi í 25 löndum síðan 2003. Tuttugu prósent af heildarfjölda tilfella voru hjá fólki með erlendan uppruna, líkt og árið 2006, aðallega frá Asíu eða Afríku. Fjölyfjapól var áfram algengara í Eystrasaltslöndunum en í öðrum löndum; og almennt algengara í tilfellum fólks með erlendan uppruna. Gögn halda áfram að endurspeglar misleitni berklaástandsins, með lönd með lága tíðni tilfella þar sem tilfelli eru í auknum mæli að greinast hjá fólki með erlendan uppruna, önnur lönd með hóflegt til há hlutfalls tilkynnta tilfella en þar sem fjölyfjapólnir berklar eru óalgengir, og lönd með tiltölulega hátt hlutfall tilkynnta tilfella og hátt hlutfall fjölyfjapólinna berklartilfella. Á heildina litið fyrir árið 2007, tilkynntu ESB og EES/EFTA löndin 41205 staðfest berklartilfelli (8,2 fyrir hverja 100000 íbúa).

## HIV, kynsmitsjúkdómar, lifrabólga B og C

Árið 2007 voru HIV smit enn mikilvægt atriði varðandi lýðheilsu í Evrópu með engin merki um minnkun í fjölda tilkynnta nýgreindra tilfella. Hins vegar þá minnkaði fjöldi tilkynnta AIDS tilfella, nema í sumum Austur- og Mið Evrópulöndum. Ráðandi smitleið var mismunandi milli landa og landsvæða, sem undirstrikar fjölbreytileika faraldsfræði HIV í Evrópu.

Árið 2007 var *Chlamydia trachomatis* smit enn algengasti tilkynnti kynsmitsjúkdómurinn (og algengasti tilkynnti sjúkdómurinn í Evrópu almennt). Fleiri en 250000 staðfest tilfelli af *C. trachomatis* smitum voru tilkynnt hjá 22 af

ríkjum ESB og EES/EFTA löndunum, sem gerir heildarhlutfall 122,6 fyrir hverja 100000 íbúa. Klamydia herjaði enn aðallega á ungt fólk milli 15-24 ára. Rauntíðni *C. trachomatis* smita er líklegast hærrí og tilkynningahlutfall er líklega að endurspegla framkvæmd kembirannsóknna og magn prófana fremur en raunverulegan fjölda tilvika.

Merkilega þá tilkynnti Svíþjóð um 45% aukningu tilfella frá árinu 2006, líklega vegna nýrra prófunaraðferða til að finna nýtt afbrigði af *C. trachomatis* sem fannst fyrst í Svíþjóð í nóvember 2006. Könnun yfir allt ESB leiddi í ljós að útbreiðsla þessa afbrigðis var bara í Svíþjóð eða meðal einstaklinga sem höfðu stundað kynlíf með Svíum í öðrum löndum.

Flest Evrópulönd hafa eftirlitskerfi fyrir lifrabólgu B og C, en vegna þess hve mismunandi þau eru, sérstaklega hvað varðar uppbyggingu kerfis, er erfitt að bera saman upplýsingar úr eftirliti milli **landa**.

## Sjúkdómar sem berast með mat eða drykk og mannsmitanlegir dýrasjúkdómar

Kamfýlobaktensýkingar héldust sem algengasti tilkynnti meltingarfærasjúkdómurinn innan ESB og EES/EFTA og hafði hlutfall tilkynninga aukist um 15% á árunum 2006-2007. Mikill mismunur tilkynningarkerfa milli landa ásamt hás hlutfalls af vantilkynningum sem þekkt er í sumum löndum og er því beinn samanburður milli landa erfiður.

Árið 2007 var tilkynningarhlutfall salmónellusýkingar enn hátt innan ESB og EES/EFTA landa en stöðug fækkun tilfella síðan 2004 hélt áfram.

Tilkynnt var um samtals 13952 tilfelli af lifrabólgu A í 29 löndum ESB og EES/EFTA árið 2007, og faraldsfræðileg mynd lifrabólgu A var mjög mismunandi þegar lítið var yfir svæðið. Lifrabólgu A faraldur hófst í nóvember 2007.

## Umhverfissjúkdómar og sjúkdómar sem smitast með smitberum

Í ágúst 2007 var tilkynnt um faraldur chikungunya hitasóttar í Ítalíu með 217 tilfelli staðfest á tilraunastofu. Staðbundin smit chikungunya vírusins komu í kjölfar þess að einn einstakur ferðalangur kom til bara frá Indlandi og það gaf til kynna að *Aedes albopictus* moskitöflugan sé smitberi sem sé vel fær um að bera vírusinn manna á milli á skilvirkan hátt á breiddargráðum ESB.

Árið 2007 var tilkynnt um samtals 637 staðfest Q hitasóttar smit frá 22 af löndum ESB og EES/EFTA, sem er svipaður fjöldi og árið 2006 (583). Tilkynnt var um Q hitasóttarfaraldra í Hollandi og Slóveníu, sem fólu í sér 168 og 86 tilfelli, hver um sig.

Tilkynnt var um samtals 40 blæðandi hitasóttir af völdum vírusa, aðallega Hantavírus smit, frá samtals 7 aðildarríkjum.

## Yfirlit yfir ógnir árið 2007

Síðan upplýsingaaðgerðir um farsóttir hófust í júlí 2005, hefur ECDC fylgst með 696 ógnunum til ársloka 2008. Árið 2008 fylgdist ECDC með 250 ógnunum, þarf af 227 (91%) sem komu fram árið 2008, 14 (6%) komu frá árinu 2007 og níu (4%) voru endurtekna ógnir. Endurtekna ógnir voru í tengslum við fuglaflensu á heimsvísu og á Evrópu svæðinu, heimsástand chikungunya hitasóttar, mænusóttar, beinbrunasótt, kólera og mislingar, ásamt nýrra afbrigða af Creutzfeldt-Jakob sjúkdómnum og mjög fjöllyfjapolnum berklum.

Sé farið nánar í efnið fólu sumar af ógnunum sem fylgst var með í sér:

- Oseltamivir þolinn influensuvírus A(H1N1) meðal 21 aðildarríkis, með hlutfall allt frá 1% í Ítalíu til 68% í Noregi;
- Fylgst var með fimm lifrabólgu A faröldrum sem voru alþjóðlegt áhyggjuefni árið 2008, sem er talsveð aukning frá fyrri árum;
- *Shigella sonnei* faraldur sem herjaði á yfir 140 starfsmenn sem komust í snertingu við sjúkdóminn á skrifstofumötuneytum í Svíþjóð;
- Áttatíu og fimm klasar af hermannaveiki skráðir árið 2008;
- tilkynnt um ellefu mislingafaraldra árið 2008 innan ESB og EES/EFTA, sem skilaði sér í afleiddum tilfellum í öðrum aðildarríkjum þrátt fyrir fækkun mislingatilfella í Evrópu síðan 2006. Þetta táknar aukningu í tilkynntum faröldrum ef borin eru saman árin 2007 (sjö) og 2006 (tvö);
- Ellefu berklatengdar ógnanir voru metnar árið 2008. Atburðirnir tengdust allir ferðum sjúklinga með berkla: Sjö með loftferðum og þrír tengdir sjóferðum;
- Banvænt smit Marburg vírus hjá ferðamanni sem kom frá Úganda til hollands í júlí 2008;
- Fyrsta tilfelli Krimskaga-Kongó blæðandi hitasóttar staðfest í Norður Grikklandi í júlí 2008.

## Að lyktum

Á grundvelli samantektar á lykilstærðum og tilhneigingum getum við komist að þeirri niðurstöðu að forgangsröðun forvarna og stjórnunar smitsjúkdóma innan ESB og EEA/EFTA hefur ekki breyst tilfinnanlega síðan síðustu útgáfu AER, en þörf er á að undirstrika nokkur atriði.

Gögnin frá 2007 sýna að þol gegn sýklalyfjum er sívaxandi ógnun við lýðheilsu í Evrópu. Alþjóðlega ferðalög og viðskipti auðvelda útbreiðslu þols gegn sýklalyfjum. Þetta vandamál krefst alþjóðlegrar samvinnu - jafnt sem samstillts átaks á þjóðlegu sviði - til að einangra og hamla tilfellum þols gegn sýklalyfjum.

Á sviði heilbrigðisþjónustutengdra smita, er þörf á könnun á útbreiðslu yfir allt ESB svæðið til að geta metið álagið sem allar tegundir heilbrigðisþjónustutengdra smita valda í Evrópu. Útlistun á stöðluðu evrópsku verklagi fyrir þessa útbreiðslukönnun er nú í ECDC vinnuáætluninni og mun bjóða tækifæri á upptöku mismunandi þjóðlegum HCAI útbreiðslu verklagsreglum til að gera alþjóðlegan samanburð kleifan.

Á sviði sjúkdóma sem hægt er að koma í veg fyrir með bólusetningu er enn verið að vekja athygli á áhyggjum varðandi þann möguleika að eftir að bólusetning á sér stað, að í stað sermigerða sem bóluefnið hefur áhrif gætu smám saman komið sermigerðir sem bóluefnið hefur ekki áhrif á, eins og þegar hefur orðið vart í Bandaríkjunum. Í þessum tilgangi gæti verið nauðsynlegt að koma á auknu eftirliti, þar með talið eftirliti á rannsóknarstofum, innan ESB.

Eins og við mátti búast var nærri 90% mislingatífella sem tilkynnt var um innan ESB og EFTA hjá óbólusettum einstaklingum; merki um að mislingar eru enn vandamál hjá þjóðfélagshópum þar sem bólusetningarhlutfall er lágt. Ennfremur voru öll dauðsföll eða tilfelli með alvarlegum fylgikvillum hjá óbólusettum sjúklingum. Þar af leiðandi er það forgangsatríði í lýðheilsu í Evrópu að auka umfang bólusetninga, jafnvel þótt ekki verði hægt að eyða sjúkdómnum árið 2010.

Hettusóttarsmit eiga sér stundum stað hjá einstaklingum sem hafa fengið tvo skammta af MMR bóluefninu, og þetta þarf að kanna betur.

Meiri áhersla hefur verið lögð á að staðfesta öll tilkynnt tilfelli rauðu hunda hjá aðildarríkjum, með fáum undantekningum. Að bæta næmni og nákvæmni eftirlits með rauðum hundum er efst á lista í ljósi útrýmingarmarkmiðs WHO 2010.

Óvanalegt einkenni 2007-2008 árstíðabundnu inflúensunnar var framkoma oseltamivir þolins A(H1N1) vírus. Þetta var fyrsta tilfelli af árstíðabundinni inflúensu í mönnum sem hafði þol gegn neuraminidase hemli og var fullfær um að smitast manna á milli. Eftirlit með þoli gegn viruslyfjum hjá árstíðabundnum inflúensu virusum ætti að halda áfram að fylgjast með mögulegri endurkomu þolinna stofna.

Á sviði berklastjórnunar – innan hins misleitna farsóttarfræðilega umhverfis ESB og EEA/EFTA landanna – hélst fjöldi landa með háa/miðlungs berklatiðni sá sami og þrátt fyrir árangur þeirra við að halda faraldrinum niðri er þörf á mikilli athygli frá stjórnunarlegu sjónarmiði, þar með talið hámrökun eftirlits. Í sumum löndum með lága tíðni sýndu gögnin áfram lækkandi tíðni hjá innlendum tilfellum og skýra færslu faraldursins í átt að berskjaldaðri þjóðfélagshópum svo sem innflytjendahópum. Tilkynningar um veikindatengsl berkla og HIV voru ófullkomnar, þörf er á frekari umfjöllun um prófanir á næmni fyrir lyfjum, auk tilkynninga og greininga á þols gegn annars flokks lyfjum.

Þróun og innleiðing bætts eftirlits með lifrabólgu B og C eru forgangsatríði hjá ECDC. Betri eftirlitsgögn eru ómissandi til að veita nauðsynlegar upplýsingar til að geta fylgst með tilhneigingum, til að skilja farsóttarlegan mismun og til að meta forvarnarverkefni innan ESB. Hins vegar gerir þrálátt eðli beggja þessara sjúkdóma erfitt fyrir að greina tilfelli frá útbreiðslu - eins og fyrir HIV smit - og það er engin auðveld lausn á þessu vandamáli.

Að lokum, á sviði sjúkdóma sem berast með mat eða drykk, munu skýrslur framtíðar reyna að greina á milli upplýsinga um vero/shiga eiturframleiðandi *Escherichia coli* (VTEC) gerlahópa O157 og ekki-O157, þar sem þeir hafa mjög mismunandi forgangsröðum í kerfum landanna og fá þar af leiðandi mismunandi umfjöllun, þar sem O157 fær klárlega meiri umfjöllun en hinir gerlahóparnir.

**Tafla A. Yfirlit yfir almenna hneigð, EST tilkynningahlutfall og megin aldurshópar sem verða fyrir áhrifum smitsjúkdóma í ESB og EES/EFTA árið 2007. Fjöldi landa sem tilkynna (n=30)**

| Sjúkdómur  | Almenn 10 ára hneigð | Tilkynningahlutfall fyrir hverja 100000 íbúa (2007) | Megin aldurshópar sem verða fyrir áhrifum (2007) |
|--|----------------------|---|--|
| <b>Sýkingar í öndunarvegi</b>  |                      |   |  |
| Inflúensa  | ↔                    | Engar upplýsingar                                   | Ónógar upplýsingar                               |
| Fuglaflensa  | ↑                    | 0   | Engin tilfelli                                   |
| Hermannaveiki  | ↑                    | 1.1   | 65+  |
| Berklar  | ↓                    | 8.2   | 25–44  |
| <b>HIV, kynsmitsjúkdómar og veirusýkingar sem berast með blóði</b>             |                      |   |  |
| Klamydíusmit   | ↑                    | 122.6   | 15–24  |
| Lekandi  | ↔                    | 9.5   | 15–24  |
| Lifrabólga B   | ↓                    | 1.5   | 25–44  |
| Lifrabólga C   | ↑                    | 6.9   | 25–44  |
| HIV  | ↑                    | 6.0   | 25–44  |
| AIDS   | ↓                    | 1.2   | 25–44  |
| Syfillis   | ↑                    | 4.4   | 25–44  |
| <b>Sjúkdómar sem berast með mat eða drykk og mannsmitanlegir dýrasjúkdómar</b> |                      |   |  |
| Miltisbrandur  | ↔                    | <0.01   | Ónógar upplýsingar                               |
| Bótulismi  | ↔                    | <0.1  | 25–44  |
| Brúsellósa   | ↓                    | 0.1   | 25–64  |
| Kampylóbaktería  | ↑                    | 46.7  | 0–4  |
| Kólera   | ↓                    | <0.01   | 25–44  |
| Launsporasyki  | ↓                    | 2.4   | 0–4  |
| Echinococcosis   | ↓                    | 0.2   | 45–64  |
| Verocytotoxin-framleiðandi <i>Escherichia coli</i> (VTEC/STEC)                 | ↔                    | 0.6   | 0–4  |
| Giardíusyki  | Ónógar upplýsingar   | 61.7  | 0–4  |
| Lifrabólga A   | ↓                    | 2.8   | 5–14   |
| Leptóspírósa   | ↔                    | 0.2   | 45–64, 25–44                                     |
| Mjógrymasótt   | ↑                    | 0.4   | 65+  |
| Salmonellusýkingar   | ↓                    | 34.3  | 0–4  |
| Sigellusyki  | ↓                    | 2.1   | 0–4  |
| Bogfrymilssótt   | ↓                    | 0.8   | 5–14   |
| Trikinuveiki   | ↔                    | 0.2   | 25–44  |
| Hérasótt   | ↔                    | 0.3   | 45–64  |
| Taugaveiki/taugaveikisótt  | ↓                    | 0.2   | 0–4  |
| CJD afbrigði   | Ónógar upplýsingar   | <0.01   | 15–24  |
| Rauðmunnaveiki   | ↑                    | 2.9   | 0–14   |



| Sjúkdómur   | Almenn 10 ára hneigð | Tilkynningahlutfall fyrir hverja 100000 íbúa (2007) | Megin aldurshópar sem verða fyrir áhrifum (2007) |
|---|----------------------|---|--|
| <b>Nýir sjúkdómar og sjúkdómar sem smitast með smitberum</b>          |                      |   |  |
| Malaria   | ↔                    | 1   | 25–44  |
| Svartidauði   | Ónógar upplýsingar   | 0   | Engin tilfelli                                   |
| Q hitasótt  | ↓                    | 0.2   | 15–24, 45–64                                     |
| Heilkenni alvarlegrar bráða lungnabólgu (HABL)                        | Ónógar upplýsingar   | 0   | Engin tilfelli                                   |
| Bólusótt  | Ónógar upplýsingar   | 0   | Engin tilfelli                                   |
| Virushitasóttir   | Ónógar upplýsingar   | Ónógar upplýsingar                                  | Ónógar upplýsingar                               |
| Chikungunya   | Ónógar upplýsingar   | <0.01   | Ónógar upplýsingar                               |
| Vestur Níl hitasótt   | Ónógar upplýsingar   | <0.01   | > 15   |
| Gulusótt  | Ónógar upplýsingar   | 0   | Engin tilfelli                                   |
| <b>Sjúkdómar sem hægt er að koma í veg fyrir með bólusetningu</b>     |                      |   |  |
| Barnaveiki  | ↓                    | <0.01   | 45–64, 5–14                                      |
| Ágeng <i>Haemophilus influenzae</i> smit                              | ↔                    | 0.5   | 65+, 0–4   |
| Ágengir meningococcal sjúkdómar                                       | ↓                    | 1.0   | 0–4  |
| Smit ágengar lungnabólguþýkingar                                      | ↔                    | 6.3   | 65+, 0–4   |
| Mislingar   | ↓                    | 0.6   | 0–4  |
| Hettusótt   | ↓                    | 4.3   | 5–14   |
| Kighósti  | ↓                    | 4.4   | 5–14   |
| Lömunarveiki  | Ónógar upplýsingar   | 0   | Engin tilfelli                                   |
| Hundaæði  | Ónógar upplýsingar   | <0.01   | Ónógar upplýsingar                               |
| Rauðir hundar   | ↓                    | 1.2   | 0–4  |
| Stífkrampi  | ↓                    | <0.1  | 65+  |
| <b>Þol gegn sýklalyfjum og smit tengd heilbrigðiskerfi (AMR/HCAI)</b> |                      |   |  |
| Þol gegn sýklalyfjum  | ↑                    | Á ekki við  | Engar upplýsingar                                |
| Spítalasykingar   | ↑                    | Á ekki við  | Engar upplýsingar                                |

## 14. Eftirlit með HIV/AIDS í Evrópu

(Gefið út í desember 2009)

### Lykilatriði

HIV-smit er enn mikilvægur þáttur hvað varðar lýðheilsu í Evrópu, og orðið hefur vart við aukna útbreiðslu HIV í nokkrum löndum Evrópu. Þrátt fyrir ófullkomna skýrslugjöf má í heild sjá að fjöldi nýlega greindra tilfella HIV-sýkingar hefur aukist á árinu 2008 um leið og fjöldi greindra AIDS tilfella hélt áfram að fara minnkandi á öllu Evrópusvæði Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar, þó svo að fjöldi AIDS tilfella hafa áfram farið hækkandi í austurhlutanum.

- Árið 2008 var tilkynnt um 51.600 greind tilfelli HIV-sýkingar í 48 af 53 löndunum á Evrópusvæði Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar og Liechtenstein (gögn ekki fáanleg frá Austurríki, Danmörku, Liechtenstein, Rússlandi og Tyrklandi). Tilkynnt var um hæstu tíðnina frá Eistlandi, Lettlandi, Kasakstan, Moldavíu, Portúgal, Úkraínu og Bretlandi.
- Tilkynnt var um 7.565 AIDS tilfelli frá 47 löndum (gögn ekki fáanleg frá Danmörku, Svíþjóð, Kasakstan, Liechtenstein, Mónakó, Rússlandi og Tyrklandi).
- Árið 2008 var tilkynnt um 25656 ný greind tilfelli HIV smits í löndum Evrópusambandsins og Evrópska efnahagssvæðisins (ESB/EES) (gögn ekki fáanleg frá Austurríki, Danmörku eða Liechtenstein). Innan ESB/EES var hæsta tilkynningarhlutfall frá Eistlandi, Lettlandi, Portúgal og Bretlandi.
- Í ESB/EFTA eru algengustu smitleiðir HIV-sýkingar vera kynmök milli karlmannna og því næst kynmök milli einstaklinga af gagnstæðu kyni. Um 40% tilfellanna sem tilkynnt var um að væru til komin vegna kynmaka milli einstaklinga af gagnstæðu kyni voru greind í fólki sem á uppruna sinn í löndum þar sem almennur faraldur HIV/AIDS geisar.
- Á hinum þrem landfræðilegu/farsóttarfræðilegu svæðum, er ráðandi smitleið mismunandi eftir svæðum, sem synir hinn mikla fjölbreytileika í farsóttarfræði HIV í Evrópu. Í austri er smit með sprautunálum meðal eiturfjafíkla enn megin smitleiðin, en í Mið-Evrópu er algengasta smitleið HIV kynlíf samkynhneigðra karla og svo kynlíf gagnkynhneigðra. Í vesturhlutanum er algengasta smitleiðin kynmök milli karlmannna, því næst kynmök milli einstaklinga af gagnstæðu kyni, þegar undanskilin eru tilfelli meðal einstaklinga sem eiga uppruna sinn í löndum þar sem almennur faraldur geisar.
- Frá því árið 2000 hefur fjöldi nýlega greindra HIV-tilfella meðal hvernar milljónar íbúa næstum tvöfaldast frá því að vera 44 tilfelli meðal hvernar milljónar íbúa árið 2000 í 89 tilfelli meðal hverjar milljónar íbúa árið 2008, miðað við þau 43 lönd sem hafa stöðugt greint frá upplýsingum um eftirlit með HIV-smiti.
- Meðal hinna 46 landa sem gefa reglulega gögn um AIDS fyrir 2000-08, hefur fjöldi tilkynntra AIDS greininga dregist saman úr 12072 tilfellum (19/milljón) í 7564 (12/milljón).
- Gögnin sem birt eru hér eru háð nokkrum takmörkunum, vegna ófullkominna tilkynninga og skorts á gögnum frá fjölda landa og vegna þess að tafir verða á að gögn séu tilkynnt. Niðurstöðurnar sem hægt er að komast að með tilliti til umfangs HIV- og AIDS faraldursins í Evrópu eru því takmarkaðar. Ef gögnin væru leiðrétt miðað við þessar takmarkanir, myndi heildarfjöldi HIV smita líklegast tvöfaldast fyrir árið 2008. Enn fremur er búist við því að fjöldi tilkynntra tilfella fyrir árið 2008 verði uppfærður á komandi árum vegna tafa á tilkynningum frá nokkrum löndum.

### Ráðleggingar varðandi eftirlit með HIV/AIDS

Eftirlitsgögn í tengslum við HIV/AIDS eru mikilvæg því að fylgjast með þróun HIV-faraldursins og til að leggja mat á viðbrögð við honum á sviði lýðheilsu. Öll lönd í Evrópu ættu því að:

- koma á tilkynningarkerfum á landsvísi sem taka til hvers HIV- og AIDS tilfellis fyrir sig, og tryggja að slík kerfi séu fullbúin og virki tímanlega;
- bæta gæði þeirra gagna sem gefin eru upp, einkum varðandi líklegar smitleiðir.

### Ráðlagningar á sviði lýðheilsu

Inngrip til að verjast faraldrinum ættu að styðjast við sönnunargögn og aðlöguð því landi og landsvæði sem á í hlut hverju sinni. Miðað við þau eftirlitsgögn sem nú eru aðgengileg er rétt að mæla með eftirfarandi aðgerðum:

- Fyrir lönd í austri: Íhlutanir til að hafa stjórn á HIV meðal sprautufikla, þar með talið aðgerðir til að draga úr skaða, ættu að vera hornsteinn HIV forvarnaráætlanir. Úrræði ættu einnig að vera styrkt til að koma í veg fyrir smit með gagnkynhneigðu kynlífi með því að miða að þeim sem eiga maka sem er í miklum áhættuhóp.
- Fyrir lönd í Mið-Evrópu: Forvarnir ættu að vera aðlagðar að aðstæðum hvers lands til að halda faraldrinum í því lága stigi sem hann nú er. Hins vegar, í ljósi þess að faraldurinn meðal karla sem stunda kynmök með körlum er á uppleið, ætti það að vera forgangsatriði að efla forvarnir hjá þessum hóp.
- Fyrir lönd í vestri: Íhlutanir til að hafa stjórn á HIV meðal karla sem stunda kynmök með körlum ætti að vera hornsteinn HIV forvarnaáætlana, þar með talið nýungagjörn verkefni fyrir þennan hóp. Íhlutanir sem forvarnir, meðferð og umönnun verða að vera aðlagðar svo þær nái til innflytjendahópa.
- Almenn ætti að hvetja til HIV-prófa til að tryggja snemmbúinn aðgang að meðhöndlun og ráðgjöf til að stuðla að því að hindra eða draga úr frekari smiti og bæta árangur af langtíma meðferð fyrir þá einstaklinga sem eiga í hlut. Jafnt aðgengi að HIV meðferð og umönnun fyrir alla þjóðfélagshópa sem á þurfa að halda ætti að vera tryggt til að lönd geti náð alheimsmarkmiði um Almenn Aðgengi að forvörnum, meðferð og umönnun.

## Viðauki: Rit gefin út af Sóttvarnastofnun Evrópu á árinu 2009

Þessi listi felur í sér opinberar útgáfur ECDC árið 2009. Hægt er að finna þær allar á vefsvæði stofnunarinnar ([www.ecdc.europa.eu](http://www.ecdc.europa.eu)) og margar eru einnig fáanlegar í prenti. Sumar voru uppfærðar yfir árið eða hafa seinni útgáfu - mánuðirnir sem eru taldir upp að neðan vísa til nýjustu útgáfu.

Starfsfólk ECDC gaf út á árinu, eða tók þátt í, fjölmörgum vísindagreinum og öðru útgefnu efni, þar með talið *Eurosurveillance*, sem er ekki talið upp hér. Stofnunin hefur einnig framleitt mikið magn af stuttu kynningarefni í tengslum við influensu heimsfaraldur, á borð við áhættumöt og forsendur fyrir áætlanir. Það er til á rafrænu formi á vefnum en er ekki talið upp hér.

### Tækniskýrslur

#### Maí

Development of *Aedes albopictus* risk maps

#### Júní

Risk assessment guidelines for infectious diseases transmitted on aircraft

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

Surveillance and studies in a pandemic in Europe

#### Júlí

Migrant health series: Background note

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

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

#### September

Mapping of HIV/STI behavioural surveillance in Europe

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

#### Nóvember

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

### Leiðbeiningar Sóttvarnastofnunar Evrópu

#### Maí

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

#### Júní

Chlamydia control in Europe

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

Public health use of influenza antivirals during influenza pandemics

#### Ágúst

Use of specific pandemic influenza vaccines during the H1N1 2009 pandemic

#### Nóvember

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

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

## Eftirlitsskýrslur

### *Mars*

Tuberculosis surveillance in Europe – 2007

### *Júní*

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

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

### *Október*

Annual epidemiological report on communicable diseases in Europe – 2009

### *Desember*

HIV/AIDS surveillance in Europe – 2008

## Fundarskýrslur

### *Mars*

Expert meeting on chikungunya modelling (April 2008)

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

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

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

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

### *Apríl*

Technical meeting on hepatitis A outbreak response (November 2008)

### *Mai*

European pandemic influenza planning assumptions (January 2009)

### *Júní*

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

Scientific Consultation Group – second meeting (December 2008)

### *Ágúst*

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

Expert consultation on West Nile virus infection (April 2009)

### *Október*

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

### *Nóvember*

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

### *Desember*

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

## Tæknileg skjöl

### *Júlí*

Web service technical documentation, TESSy, Version 1.1

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

Transport Protocol Specification CSV – Comma Separated Value, TESSy

### *September*

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

### *Nóvember*

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

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

### *Desember*

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

## **Fyrirtækisrit**

### *Ársfjórðungslega (mars, júní, september, desember)*

ECDC Insight

Executive Science Update

### *Júní*

Annual Report of the Director – 2008

Summary of key publications

### *Ágúst*

Annual Report of the Director: Summary – 2008