



## ECDC **CORPORATE**

# Sammendrag af nøglepublikationer 2008

ECDC CORPORATE

# Sammen drag af nøglepublikationer 2008



Stockholm, juni 2009

© Det Europæiske Center for Forebyggelse af og Kontrol med Sygdomme, 2009

Eftertryk tilladt med kildeangivelse.

Oversat fra det originale dokument "Summary of key publications 2008". Der er gjort en stor indsats for at sikre, at oversættelsen er nøjagtig, men i tilfælde af uoverensstemmelser er den engelske version gældende.

# Indholdsfortegnelse

Indledning.....	1
Teknisk rapport .....	2
1. Gennemgang af aktiviteter til klamydiakontrol i EU-landene.....	2
ECDC-vejledning .....	4
2. Vejledning i introduktion af HPV-vacciner i EU-lande .....	4
3. Influenzavaccination af prioriterede risikogrupper .....	6
Overvågningsrapporter .....	8
4. Annual epidemiological report on communicable diseases in Europe 2008 – årlig epidemiologisk rapport om smitsomme sygdomme i EU og EØS/EFTA-landene.....	8
5. Overvågning af hiv/aids i Europa .....	11
Specialrapporter .....	13
6. Handlingsplan for bekæmpelse af tuberkulose i EU.....	13
7. Overvågning af smitsomme sygdomme i EU, en langsigtet strategi: 2008-2013.....	14
Møderapporter.....	17
8. Smitsomme sygdomme og sociale determinanter .....	17
9. Workshop om miljøændringer og smitsomme sygdomme .....	18
Bilag: ECDC-publikationer i 2008 .....	20



## Indledning

I 2008 offentliggjorde det Europæiske Center for Sygdomsforebyggelse og –kontrol (ECDC) i alt 21 videnskabelige dokumenter. De vigtigste er *Handlingsplan for bekæmpelse af tuberkulose i EU*, vejledning i forskellige muligheder for at indføre vaccination mod humant papillomavirus (HPV) og de to overvågningsrapporter: *Annual epidemiological report on communicable diseases in Europe 2008* og *HIV/AIDS surveillance in Europe – 2007*. Sidstnævnte rapport blev for første gang præsenteret i samarbejde med WHO's regionalkontor for Europa (WHO EURO) og beskriver situationen i EU- og EØS-landene samt de øvrige 23 lande i WHO EURO-regionen.

Der er udarbejdet sammendrag af udvalgte ECDC-dokumenter som ovenstående for at gøre dem tilgængelige for de politiske beslutningstagere på alle EU-sprog. De afspejler ånden i de oprindelige dokumenter, men visse vigtige nuancer kan være gået tabt i processen. Læsere, som ønsker en mere detaljeret beskrivelse, bør læse de fulde dokumenter, som er tilgængelige elektronisk på: <http://ecdc.europa.eu/en/Publications>

Der findes en liste over alle ECDC-publikationer i 2008 i bilaget. De er alle tilgængelige elektronisk via ovennævnte link med en kort beskrivelse af deres indhold. Udvalgte rapporter kan også fås på tryk. Du kan bestille de trykte rapporter ved at sende en e-mail til [publications@ecdc.europa.eu](mailto:publications@ecdc.europa.eu)

# Teknisk rapport

## 1. Gennemgang af aktiviteter til klamydiakontrol i EU-landene

(Offentliggjort i maj 2008)

Denne rapport viser omfanget og resultaterne af projektet Screening for Chlamydia Review in Europe (SCREEn), som velsagtens er den største undersøgelse til dato om klamydiakontrolaktiviteter i EU. Projektet blev gennemført mellem november 2006 og august 2007 og indsamlede data fra EU-medlemsstater, EU-kandidatlande, EFTA-medlemslande og USA.

SCREEn indsamlede via et spørgeskema, der blev sendt med posten til alle EU-medlemsstater og kandidatlande, og grundige besøg hos embedsmænd i det offentlige sundhedsvæsen og sundhedsleverandører i udvalgte medlemsstater detaljerede oplysninger om diagnosticering af klamydia, case management klamydiaprævalensundersøgelser og en række relaterede sundhedsspørgsmål. Projektet giver en dyb indsigt i de strategier, som de offentlige sundhedssystemer benytter sig af for at dæmme op for bølgen af klamydiainfektioner.

Det overordnede mål med projektet var at gennemgå klamydiakontrolprogrammerne og -aktiviteterne i medlemsstaterne og give anbefalinger til forbedring af klamydiaforebyggelse og kontrol med sygdommen i regionen. De specifikke formål var:

- at indsamle systematiske oplysninger om sundhedsaktiviteter relateret til kontrol af *C. trachomatis* i EU-medlemsstater og EU-kandidatlande, nabolande i Europa og USA
- at sammenstille oplysninger fra de samme lande om demografiske og økonomiske indikatorer, sundhedssystemer, klamydiaprævalens og undersøgelser af seksuel adfærd
- at oprette en elektronisk database til dataene
- at indsamle dybdegående oplysninger om klamydiakontrolaktiviteter fra udvalgte EU-medlemsstater
- at give anbefalinger til ECDC om sundhedstiltag og yderligere forskning

Af de 34 udvalgte lande var der svar fra 29 europæiske lande og USA (samlet responsrate 88 %). Der blev ikke modtaget data fra Cypern, Slovakiet, Polen og Kroatien. Blandt de vigtigste resultater af undersøgelsen var følgende:

- 17 af de 29 deltagende europæiske lande havde mindst én offentliggjort klinisk praksisvejledning anbefalet af et nationalt organ, som tog sig af nogle aspekter vedrørende case management af personer, som er smittet med klamydia. Tre EU-medlemsstater (Bulgarien, Grækenland og Finland) var i gang med at offentliggøre eller udarbejde vejledninger.
- Klamydiatestning var tilgængelig i gynækologisk praksis eller på klinikker i alle deltagende lande, og i 23 lande var det en del af den primære sundhedssektor. I fem lande var klamydiatest tilgængelige på apoteker eller i håndkøbsudsalg.
- Når der var partnersporing, blev det oftest iværksat af lægerne selv eller ved henvisning til en specialklinik.
- NAT-test var i et vist omfang tilgængelige i alle lande undtagen et. I ni lande blev under 50 % af prøverne testet med NAT-test.
- De fleste lande har et system til indberetning af diagnosticerede klamydiainfektioner til sundhedsmyndighederne, men omkring en tredjedel af dem offentliggjorde ikke disse data rutinemæssigt.
- I 13 lande er rutinemæssige data om kliniske komplikationer, som kan være forårsaget af klamydia, tilgængelige.
- Der er udført undersøgelser af seksuel adfærd og forekomsten af klamydia i otte lande, og der er udført befolkningsundersøgelser af klamydiaprævalens i syv lande.

For at kunne kategorisere landene udviklede SCREEn-projektet også en typologi af klamydiakontrolaktiviteter ud fra principperne om kontrol af seksuelt overført smitte. Kategorierne af klamydiakontrolaktivitet var følgende: ingen organiseret aktivitet (13 lande: Bulgarien, Finland, Grækenland, Irland, Liechtenstein, Luxembourg, Malta, Portugal, Rumænien, Schweiz, Slovenien, Spanien og Tyrkiet); case management (fem lande: Italien, Litauen, Tjekkiet, Tyskland og Østrig); påvisning af tilfælde (tre lande: Belgien, Frankrig og Ungarn); opportunistisk testning (seks lande: Danmark, Estland, Island, Letland, Norge og Sverige); organiseret screening (to lande: Nederlandene og Storbritannien (kun England)).

Resultaterne viste, at der var to europæiske lande med et igangværende screeningsprogram (England, Det Forenede Kongerige, opportunistisk) eller pilotscreeningsprogram (Nederlandene, proaktivt) for klamydia. Andre ni

lande nævnte planer om at indføre et screeningsprogram med opportunistisk, proaktiv eller endnu ikke besluttet organisering. Fem af disse lande er blandt dem, som i øjeblikket ikke har nogen vejledning i case management for klamydia. Desuden praktiseres klamydiatestning forbeholdt gravide kvinder i Estland og Letland, og der udsendes invitationer til klamydiascreening hvert år pr. post til 18-19-årige eller 21-22-årige i to regioner i Danmark.

Denne typologi, som er udviklet af SCREEn-projektet, kan i fremtiden anvendes til at overvåge intensiteten af klamydiakontrolaktiviteter på landeniveau og bistå, når der skal tages beslutninger om, hvilke aktiviteter der skal styrkes eller indføres.



# ECDC-vejledning

## 2. Vejledning i introduktion af HPV-vacciner i EU-lande

(Offentliggjort i januar 2008)

Dette dokument beskriver det videnskabelige grundlag for at indføre humant papillomavirus-vacciner (HPV-vacciner) for at bistå EU-medlemsstaterne i deres beslutningsproces. Det opsummerer de spørgsmål, der bør overvejes, og giver en liste over mulige strategier for de enkelte spørgsmål.

Denne vejledning er udviklet af et videnskabeligt ekspertpanel, som er oprettet og koordineres af ECDC, og som overvåges af ECDC's rådgivningsforum.

### *Livmoderhalskræft og humant papillomavirus-infektioner i EU*

Livmoderhalskræft er den næsthøypigste cancertype efter brystkræft i EU og rammer kvinder i alderen 15-44. I EU er der hvert år ca. 33 000 tilfælde af livmoderhalskræft og 15 000 dødsfald som følge af livmoderhalskræft. Den primære årsag til livmoderhalskræft er en vedvarende infektion i underlivet forårsaget af et humant papillomavirus (HPV) af højrisikotypen.

HPV-infektioner i underlivet er meget almindelige og pådrages typisk tidligt efter den seksuelle debut. De fleste af disse infektioner forsvinder af sig selv. Men vedvarende HPV-infektioner af højrisikotypen kan forårsage celleforandringer i livmoderhalsen, som kan resultere i livmoderhalskræft. HPV-infektioner af højrisikotypen er også forbundet med andre anogenitale cancertyper og hoved-hals-cancer hos både mænd og kvinder. Nogle HPV-infektioner af lavrisikotypen forårsager kønsvorter hos både mænd og kvinder.

### *Den humane papillomavirus-vaccine*

Der findes to forebyggende HPV-vacciner med markedsføringstilladelse i Europa: Den tetravalente vaccine, Gardasil® (Sanofi Pasteur MSD), og den bivalente vaccine, Cervarix® (GlaxoSmithKline Biologicals). Begge vacciner fremstilles af viruslignende partikler og er ikke smitsomme. Begge vacciner har en gunstig sikkerhedsprofil. Begge vacciner beskytter mod HPV-infektion af højrisikotype 16 og 18, som anslås at være ansvarlige for 73 % af alle livmoderhalskræfttilfælde i Europa. Gardasil beskytter også mod HPV 6 og 11, som forårsager de fleste tilfælde af kønsvorter. I omfattende fase III-undersøgelser har begge vacciner vist sig at forhindre mere end 90 % af forstadierne til kræft i forbindelse med type 16 eller 18 blandt HPV-naive kvinder. Vaccinerne gives i tre doser fordelt over en periode på seks måneder.

### *HPV-vacciner og screening for livmoderhalskræft*

Velorganiserede screeningsprogrammer for livmoderhalskræft, som opnår høj dækningsgrad og som omfatter effektiv opfølgingsbehandling til kvinder med abnorm cytologi, har vist sig at reducere forekomsten af livmoderhalskræft med over 80 %. Organiserede screeningsprogrammer er mere vellykkede end opportunistisk screening, når det handler om at finde frem til de kvinder, der har størst risiko, etablere systemer for kvalitetskontrol og overvåge standardiserede mål for aktivitet og effekt.

HPV-vaccinen er et nyt supplerende værktøj, hvormed man kan opnå større kontrol med livmoderhalskræft. Men det eliminerer ikke behovet for også at screene for livmoderhalskræft hos kvinder, som er vaccineret mod HPV-typerne 16 og 18, og som stadig har risiko for andre højrisikotyper. De nationale myndigheder bør fortsætte deres bestræbelser på at organisere og forbedre dækningen og kvaliteten af screeningsprogrammer, uafhængigt af introduktionen af vaccine. Organisering af screeningsprogrammer, hvor disse ikke eksisterer, synes at være et prioriteret område.

HPV-vacciner vil få indvirkning på effektiviteten af eksisterende screeningsprogrammer, som man vil skulle overvåge nøje. Udbredt anvendelse af vaccinen vil resultere i et fald i HPV-relaterede cytologiske abnormiteter. Vaccinerede kvinder kan desuden få en falsk fornemmelse af tryghed, hvilket kan medføre mindre fremmøde ved screeninger. Kvinderne skal informeres og motiveres til at deltage i screeningsprogrammer, også selvom de er blevet vaccineret. En af de vigtigste udfordringer bliver at opnå synergieffekt mellem vaccination og screening på en omkostningseffektiv måde og med maksimalt gavnligt udbytte for kvinderne.

### *Hvem bør vaccineres? Bestemmelse af målpopulationer for HPV-vaccination*

For at få optimal virkning af de nye vacciner mod HPV-relateret sygdom vil den primære målgruppe, som bør komme i betragtning til rutinemæssig vaccination, være piger i alderen lige før den seksuelle debut (og dermed udsat for risiko for HPV-infektioner). At fastsætte vaccinationsalderen lavere end denne alder vil ikke forebygge

mange tilfælde af smitte og bør undgås, indtil der foreligger bevis for, at vaccinen giver langvarig beskyttelse (mere end 15-20 år). Hvis programmet målrettes mod lidt ældre piger og unge kvinder med såkaldt catch up-vaccination i starten af et rutinemæssigt vaccinationsprogram, vil det sandsynligvis accelerere indvirkningen af vaccinationsprogrammet og øge de gavnlige virkninger af vaccinationen på kort sigt.

Landespecifikke faktorer vil være vigtige ved fastsættelse af en bestemt alder for rutinevaccination og aldersgrupperne for eventuel catch up-vaccination. Blandt disse faktorer er: Gennemsnitsalder for seksuel debut, aldersspecifik forekomst af HPV-infektioner (når det forefindes), strategier for udlevering af vaccine og accept af vaccination i målgruppen (og blandt deres værger).

Selektiv vaccination udelukkende af "højrisikogrupper" forekommer hverken at være praktisk muligt eller mere effektivt end at vaccinere alle piger. Dog kunne man som supplement til rutinemæssig vaccination overveje den potentielle rolle ved selektiv/opportunistisk vaccination af visse enkeltpersoner med høj risiko.

### *Mulige strategier for HPV-vaccination i EU-lande*

Skolebaseret vaccination vil sandsynligvis være det billigste alternativ til HPV-vaccinering af piger lige før teenagealderen. Gennemførligheden af denne fremgangsmåde kan dog blive påvirket af lokale spørgsmål, såsom hvorvidt der findes skolebaserede sundhedstjenester, finansieringsarrangementer til køb af vaccine og administration og indhentning af forældrenes samtykke.

Klinik- eller praksisbaseret vaccination, som er tilgængelig overalt, kan være en ekstra eller alternativ mulighed for indgivelser af HPV-vacciner. Dette vil muligvis være en dyrere løsning end skolebaseret vaccination, og overvågningen af deltagelsen i vaccinationsprogrammet kan vise sig mere vanskelig her.

Seksual- og fertilitetsklinikker og andre sundhedsklinikker specifikt rettet mod kvinder kan være vigtige vaccinationssteder. Piger besøger imidlertid sjældent disse klinikker, før de har fået deres seksuelle debut, hvorfor disse sandsynligvis vil være mest nyttige i forbindelse med catch up-programmer for ældre teenagere og voksne kvinder. Man kan også forestille sig andre rammer og lokaliteter for indgivelse af HPV-vaccine til piger fra samfundsgrupper, der er "svære at nå", og for opportunistisk vaccination, når piger besøger lægetjenesterne af andre årsager. Brugen af disse kanaler kan muligvis være med til at forbedre den samlede deltagelse i vaccinationsprogrammet.

Eksisterende vaccinationsprogrammer for unge og andre igangværende sundhedsfremmende aktiviteter bør tages med i betragtning ved planlægningen af strategier for indgivelse af HPV-vaccine. Uanset hvor vaccinationen foretages, er det afgørende, at budskabet om, at vaccination er et supplement til, og ikke en erstatning for livmoderhalscreening, når ud.

### *Pris og resultat af model til HPV-vaccination*

HPV-vaccination skal ikke blot evalueres ud fra, hvor effektiv den er, men også ud fra et økonomisk synspunkt. Den økonomiske evaluering skal vise, om samfundets udgifter til HPV-vaccination for at spare et kvalitetsjusteret leveår (QALY) svarer til de almindeligt accepterede udgifter andre steder i sundhedssektoren.

Økonomiske evalueringer kan være svære at sammenligne på tværs af landegrænserne på grund af forskellene på udgifter og sundhedssystemer i de forskellige lande. Derfor bør man i det enkelte land forsøge at foretage en sådan evaluering (idet der også tages hensyn til typen af livmoderhalscreening, der anvendes), før der træffes beslutning om den bedste strategi til forebyggelse af livmoderhalskræft.

De økonomiske evalueringer, der er foretaget til dato, synes at antyde, at HPV-vaccination af piger lige før teenagealderen har en acceptabel omkostningseffektiv profil. Resultaterne er mere fordelagtige, når der anvendes dynamiske simulationsmodeller, hvor virkningen af vaccinationen på smittetrekvenser også tages med i betragtning.

### *Overvågning og evaluering af effekten af HPV-vaccination*

Der vil være behov for evaluering af HPV-vaccinerne efter godkendelsen for at vurdere deltagelsen i vaccinationsprogrammet og compliance, vaccineres langsigtede virkning og effektivitet, integration af vaccinationsstrategien med andre strategier, såsom organiseret screening for livmoderhalskræft, og vaccinesikkerhed. Koordinationen mellem vaccineovervågning og cancerkontrolprogrammer vil være af afgørende betydning for at kunne vurdere indvirkningen af vaccinen og dens fordele sammenlignet med andre eksisterende forebyggende foranstaltninger, såsom screening.

De metoder, der kan anvendes til at vurdere indvirkningen af vaccinerne på klinisk relevante sygdomseffekt mål, kan eksempelvis omfatte overvågning af vaccinerelateret HPV-infektion, forstadier til kræft eller cancertyper via etablerede eller nyoprettede laboratorier eller cytologi- eller cancerregistre.

Der er også fremlagt forslag om fase IV-undersøgelser til evaluering af HPV-vaccinens indvirkning på folkesundheden. Disse kan give yderligere oplysninger om forekomsten af abnorme og præcancerøse celler samt forekomst og dødelighed i forbindelse med cancer. De kunne også være nyttige i forbindelse med at vurdere potentialet for at integrere livmoderhalscreening og vaccinationsprogrammer. Overvågning baseret på systematisk registrering af HPV-vaccination og sammenkædningsundersøgelser ved hjælp af relevante sundhedsregistre kan anvendes til at vurdere vaccinens effektivitet under feltbetingelser.

Det mindste sæt af information, der skal anvendes til overvågning af HPV-vaccination, bør omfatte data om vaccinens dækningsgrad, overvågning af bivirkninger efter vaccination og mindst én kontrolovervågning af indvirkning på forstadier til kræft.

### 3. Influenzavaccination af prioriterede risikogrupper

(Offentliggjort i august 2008)

På opfordring af Europa-Kommissionen har ECDC foretaget en videnskabelig undersøgelse af folkesundheden med hensyn til risikogrupper for influenza<sup>1</sup> og andre grupper, som tilbydes vaccination mod sæsoninfluenza i Europa. De specifikke formål med denne undersøgelse var:

- at redegøre for de risikogrupper i EU/EØS-landene, der anbefales at få vaccination, og give detaljerede oplysninger om andre grupper, der tilbydes vaccination
- at give et sammendrag af den foreliggende underbyggende dokumentation for de risikogrupper, der anbefales at få vaccination
- at foreslå en prioritering af risikogrupper i EU, baseret på gennemsigtige kriterier
- at anslå det omtrentlige antal personer i EU-landene, der er i prioriterede risikogrupper, og
- at identificere områder, der kræver yderligere indsats, herunder forskning og udvikling.

Beskrivelserne af influenzarisikogrupperne og de øvrige grupper, som i øjeblikket tilbydes vaccination, stammer fra en undersøgelse, som blev foretaget i 2008 i forbindelse med VENICE-projektet i samarbejde med ECDC. Ifølge de kriterier, som blev udarbejdet af ECDC/VENICE, bør risikogrupperne være veldefinerede grupper, der har vist sig at have større sandsynlighed for at udvikle alvorlig sygdom end andre. Desuden bør der foreligge publiceret dokumentation, der viser, at deres risiko for at blive inficeret blev reduceret ved vaccination. Med hensyn til det første kriterium blev arbejdet vanskeliggjort af, at der i øjeblikket ikke er nogen rutinemæssig overvågning af alvorlig influenzarelateret sygdom og død i Europa. Erhvervs-mæssige sundhedskriterier (primært vaccination af ansatte i sundhedssektoren) uden påvist gavnlige virkning for patienterne blev bemærket, men tillagt mindre betydning – med undtagelse af én erhvervsgruppe, nemlig ansatte i hjemmeplejen, hvor der findes god dokumentation for, at vaccinen beskytter patienterne. Endelig blev graden af konsensus blandt EU-landene taget til efterretning.

Hvis man analyserer litteraturen på dette område, ser man en indikation af, at der er to risikogrupper i Europa, hvor videnskabelige og folkesundhedsmæssige årsager berettiger en rutinemæssig årlig vaccination med vaccine mod sæsoninfluenza.

Disse er:

- ældre aldersgrupper, som regel 65 år og derover, og
- personer med kroniske medicinske sygdomme, særligt sygdomme inden for følgende kategorier:
  - kroniske luftvejssygdomme
  - kroniske hjertekarsygdomme
  - kroniske stofstiftesygdomme
  - kroniske nyre- og leversygdomme;
  - personer med immundefekt (enten medfødt eller erhvervet)
  - unge i langtidsbehandling med et salicylsyrepræparat, og
  - personer med tilstande, der nedsætter lungefunktionen.

Disse grupper er også de eneste risikogrupper, for hvem der er konsensus mellem landene i EU. Den nøjagtige definition af aldersgruppen af ældre er en smule vilkårlig (over 64 år, over 59 år osv.), og i nogle enkelte lande afviger man allerede fra kriteriet "over 64 år", afhængigt af de nationale forhold og analyser.

Der findes gode argumenter for at tilbyde vaccination til to andre risikogrupper, nemlig gravide kvinder og børn (definitionen varierer fra "under to år" til "under fire år"). I Europa findes der dog begrænset med information for begge disse grupper, både med hensyn til risiko og effektivitet, og der er endnu ingen europæisk konsensus. Der

<sup>1</sup> Influenzarisikogrupper defineres her som grupper af personer, der har større sandsynlighed for at få alvorlig sygdom, hvis de smittes, og som også vides at have gavn af vaccination i kraft af den reducerede risiko for infektion

findes utilstrækkelige data for disse to grupper til, at de kan identificeres som risikogrupper på EU-niveau. I takt med, at der kommer mere information og flere data til rådighed, vil disse grupper skulle revurderes. Det er især vigtigt at indsamle data om indvirkningen af vaccination i disse grupper, så der kan nås til en konsensus efter yderligere evalueringer.

Der er også grupper, som ofte tilbydes vaccination, men som ikke er risikogrupper, og som der ikke findes et godt folkesundhedsmæssigt argument for at vaccinere. Der er for eksempel en betragtelig konsensus i EU om, at alt sundhedspersonale med patientkontakt bør vaccineres af erhvervs-mæssige sundhedsårsager (for at beskytte de ansatte). Der er stærk undersøgelsesbaseret dokumentation for, at vaccination af ansatte i ældreplejen på plejehjem indirekte gavner patienterne og beskytter dem mod alvorlige konsekvenser af influenzainfektion. Det er dog bemærkelsesværdigt, at det meste sundhedspersonale i Europa afslår disse tilbud om vaccination. Der findes ingen god dokumentation for de gavnlige virkninger ved at tilbyde vaccination til personer, som deler husstand med personer i de to primære risikogrupper.

Der er foretaget omtrentlige beregninger af antallet og procentdelene af personer i de to primære risikogrupper i EU-landene. I denne undersøgelse anvendte man én metode, som antydede, at EU-landene i øjeblikket bør vaccinere omkring 25 % af befolkningen hvert år, da disse befolkningsgrupper tilhører mindst én af de to primære risikogrupper. I andre nationale estimater er man kommet frem til lignende procentsatser. På nationalt plan ligger tallet i området fra 19 % til 28 %, afhængigt af procentdelen af ældre i befolkningen i det enkelte land. Det samlede tal for EU estimeres til at være omkring 125 mio. mennesker, fordelt på 2/3 (omkring 84 mio. personer på 65 år eller ældre) og 1/3 (omkring 41 mio. yngre personer med kronisk sygdom). Disse tal vil uvægerligt stige med tiden på grund af den stigende gennemsnitsalder i befolkningerne og fremskridtene inden for moderne lægevidenskab, som gør det muligt for personer med kronisk sygdom at leve længere og mere produktive liv.

I disse undersøgelser anbefales en række prioriteringer for forskning og udvikling i Europa:

- udvikling inden for overvågning: rutinemæssig overvågning af alvorlige manifestationer af influenza i Europa (indlæggelser og død)
- rutinemæssig overvågning af influenzavaccinationens effektivitet, navnlig med hensyn til at mindske risikoen for alvorlig sygdom og død som følge af influenza
- beregning af sygdomsbyrden som følge af influenza blandt gravide kvinder og børn samt evaluering af effekten af at vaccinere gravide kvinder og børn i alle aldre i Europa;
- yderligere undersøgelser, der kan vise, om vaccination af sundhedspersonale og af personer i samme husstand som disse mindsker risikoen blandt sårbare personer i de to primære risikogrupper
- udvikling af projekter til fremme af influenzavaccination blandt sundhedspersonale, både til gavn for dem selv og deres patienter
- specifikke undersøgelser af, om der er større risiko for svær sygdom som følge af influenzainfektion blandt hiv-smittede personer i Europa, og lignende undersøgelser i forbindelse med andre mere almindelige tilstande, såsom mild astma
- undersøgelser af sundhedseffekt og sundhedsøkonomi i forbindelse med influenzavaccination, for eksempel for personer over aldersgrænsen for vaccination, idet der tages højde for, at de forskellige lande skal fastsætte deres egne aldersgrænser
- undersøgelser af effekten af generel vaccination for at fastslå eventuelle indirekte fordele ved at reducere den samlede smitte.

## Overvågningsrapporter

### 4. Annual epidemiological report on communicable diseases in Europe 2008 – årlig epidemiologisk rapport om smitsomme sygdomme i EU og EØS/EFTA-landene

(Offentliggjort december 2008)

ECDC offentliggør hvert år sin årlige epidemiologiske rapport for Europa (European Annual Epidemiological Report). Anden udgave, som blev offentliggjort i 2008, indeholder en oversigt over overvågning af smitsomme sygdomme fra 2006 i tabelform med begrænsede kommentarer og giver en beskrivelse af akutte trusler mod menneskers sundhed fra smitsomme sygdomme i 2007. Desuden fokuserer rapporten også på en omfattende beskrivelse af hospitalsinfektioner, herunder antibiotikaresistens.

De største trusler i forbindelse med smitsomme sygdomme i EU har ikke ændret sig fra den foregående udgave af rapporten og omfatter følgende:

- Antibiotikaresistens
- Hospitalsinfektioner
- Hiv-smitte
- Pneumokokinfektioner
- Influenza (pandemisk potentiale samt årlige sæsonepidemier)
- Tuberkulose

#### HOVEDEMNET I DENNE UDGAVE

##### *Hospitalsinfektioner*

Overvågning af hospitalsinfektioner i Europa sker gennem IPSE-netværket (Improving Patient Safety in Europe) (2005-juni 2008), som omfatter overvågning af kirurgiske sårinfektioner (Hospitals in Europe Link for Infection Control through Surveillance, HELICS-SSI) og overvågning af intensivafdelinger (HELICS-ICU).

Forekomsten af kirurgiske sårinfektioner var i 2006 stabil sammenlignet med 2004-05, dog med undtagelse af hofteproteseoperationer, hvor der blev observeret en signifikant faldende tendens, fra 2,2 % i 2004 til 1,6 % i 2005 og 1,3 % i 2006 ( $p = 0,039$ ).

Af 51.621 patienter, som lå på intensivafdeling i mere end to dage, fik 6,8 % lungebetændelse. Forekomsten varierede fra 1,5 % hos ikke-ventilerede patienter til 22,2 % hos patienter, der blev ventileret i en uge eller mere. Den mikroorganisme, som hyppigst blev isoleret i lungebetændelse erhvervet på intensivafdeling, var *Pseudomonas aeruginosa*, og i blodinfektioner erhvervet på intensivafdeling var det koagulasenegative stafylokokker.

Overvågningen af hospitalsinfektioner blev forlænget yderligere i 2006, og forlængelsen fortsætter, efter at overvågningskomponenterne i IPSE-netværket overgår til ECDC i 2008.

Overordnet set var forekomsten af hospitalsinfektioner stabil i Europa i 2006. Der er dog fortsat betydelige variationer i overvågningen fra land til land, og der bør lægges mere vægt på harmonisering af metoder.

##### *Antibiotikaresistens*

Dataene vedrørende antibiotikaresistens kommer fra det europæiske monitoreringsnetværk for antibiotikaresistens (European Antimicrobial Resistance Surveillance System – EARSS), som er et netværk, der specifikt beskæftiger sig med overvågning af antibiotikaresistens i Europa.

##### *Streptococcus pneumoniae*

I 2006 havde de fleste nordeuropæiske lande en resistens over for *S. pneumoniae* på under 5 %, mens denne andel lå fra 7 % til > 25 % i de sydeuropæiske lande og middelhavslandene.

##### *Staphylococcus aureus*

Methicillinresistent *Staphylococcus aureus* (MRSA) har fortsat med at sprede sig i høj-, mellem- og lavendemiske lande i Europa i 2006. I 15 ud af 31 lande (hovedsageligt sydeuropæiske lande, Storbritannien og Irland) rapporteredes det, at andelen af alle *Staphylococcus aureus*-isolater, som var resistente over for methicillin, var 25 % eller højere, hvor andelen stabiliseredes i nogle af de højdendemiske lande. I Nordeuropa holdt andelen af MRSA sig på < 4 %.

### *Escherichia coli*

Stigende resistens over for fluoroquinolon i Europa var særligt alarmerende.

### *Pseudomonas aeruginosa*

In 2006 var næsten en femtedel af de invasive *P. aeruginosa*-isolater resistente over for tre eller flere antibiotika, især i de sydeuropæiske lande.

## SAMMENDRAG AF OVERVÅGNING AF SMITSOMME SYGDOMME I 2006

### *Hiv, seksuelt overførte infektioner og hepatitis B og C*

I 2006 var hiv-smitte stadig af stor sundhedsmæssig betydning i Europa med over 25.000 nye tilfælde rapporteret af 29 lande (ekskl. Italien, Spanien og Liechtenstein), hvilket gav en samlet forekomst på 6 pr. 100.000. Der er stor spredning i hiv-smittens epidemiologi i landene. Der rapporteres om stigende antal hiv-tilfælde i nogle Europæiske lande, især Estland, Letland, Luxembourg, Portugal og Storbritannien. Derimod var antallet af nye aids-tilfælde i EU og EØS/EFTA 7.035 svarende til 1,4 pr. 100.000, hvilket er et fald på mere end en tredjedel siden 1999.

Heteroseksuel kontakt (53 %) var den dominerende smittekilde for hiv, men omkring 40 % af tilfældene blev fundet hos personer, som stammer fra lande med generaliseret epidemi. Hvis disse tilfælde udelukkes, er den dominerende smittekilde sex mellem mænd (37 %).

Et stort antal hiv-positive personer i EU er fortsat ikke klar over, at de er smittet. Det understreger behovet for en indsats for at øge deltagelsen i hiv-test.

### *Seksuelt overførte infektioner*

I 2006 var *Chlamydia trachomatis*-infektioner fortsat den hyppigst indberettede seksuelt overførte sygdom (og den mest almindelige indberetningspligtige sygdom globalt set i Europa), idet den udgjorde næsten en kvart million tilfælde indberettet af de 22 EU- EØS/EFTA-medlemsstater, der overvåger denne sygdom. Den indberettede hyppighed var 92 pr. 100.000.

I 2006 var der indberetninger om en ny variant af *Chlamydia trachomatis* i Sverige, som ikke kunne påvises af de almindeligt tilgængelige testmetoder. Det gav anledning til en undersøgelse, hvor man søgte efter denne nye variant i andre medlemsstater, men den synes fortsat hovedsageligt at være til stede i Sverige.

I 2006 blev den første vaccine mod humant papillomavirus-infektion godkendt.

### *Influenza*

I 2006 sås de første tilfælde af en stærkt patogen fugleinfluenza (A(H5N1)) hos vilde fugle og fjerkræ i EU. Der blev dog ikke rapporteret nogen tilfælde af smitte med A(H5N1) hos mennesker i EU i 2006, og der blev kun rapporteret et tilfælde af smitte med en lavpatogen H7-fuglestamme hos en fjerkræarbejder i Storbritannien. Ikke desto mindre sikrede en udvidet lovgivningspakke vedrørende dyresundhed en ensartet respons på den stigende trussel fra A(H5N1)-virusset i EU-medlemsstaterne. Da det forblev et primært fuglevirus, var hurtig identifikation og udryddelse af infektion, især blandt opdrættet fjerkræ, første forsvarslinje for mennesker.

### *Tuberkulose*

Forekomsten af tuberkulose (TB) faldt fortsat i de indfødte befolkninger i næsten alle medlemsstater, hvor sygdommen mest forekommer hos ældre mennesker og nu reaktiveres efter en primær infektion for mange årtier siden. Demografiske, politiske og samfundsøkonomiske ændringer i Europa i de senere år, f.eks. den stigende indvandring, påvirker dog situationen. Tuberkulose er derfor ved at blive mere almindelig hos indvandrere, hjemløse, fattige i storbyerne, indsatte i fængsler, personer, som lever med hiv, og stofmisbrugere i EU.

Desuden er der områder med høj forekomst af medicinresistent tuberkulose, som mest skyldes ufuldstændige eller dårligt designede behandlingsregimer.



### *Sygdomme, der kan forebygges med vaccination*

Siden den universelle børnevaccination med *Haemophilus influenzae* type B (Hib) blev indført i de fleste EU-lande, er forekomsten af Hib-sygdom faldet og er fortsat lav for befolkningen som helhed i EU-landene (i 2006 under 1 pr. 100.000).

Flere europæiske lande har føjet konjugeret pneumokokvaccine 7 (PCV7) til deres vaccinationsprogrammer, i hvert fald for højrisikogrupper. Det har givet anledning til bekymring om muligheden for, at almindelige serotyper gradvist kan blive erstattet af serotyper, som ikke er dækket af PCV7, hvilket man allerede har observeret i USA. Det understreger, hvor vigtigt det er, at overvågningssystemerne ikke kun dækker sygdommen, men også serotypefordelingen.

Til trods for den generelt faldende tendens i de sidste 10 år er mæslinger med over 7.000 bekræftede tilfælde og seks rapporterede dødsfald stadig højt prioriteret på sundhedsområdet i 2006. Flere hændelser har også klart vist mæslingers høje udbrudspotentiale.

De fleste EU-lande brugte acellulær pertussis-vaccine i 2006. Efter en stabil periode synes anmeldelsesfrekvensen at have været let stigende i visse EU-lande siden 2003.

### *Fødevarer- og vandbårne sygdomme*

Campylobacter er fortsat det hyppigst rapporterede mave-tarm-patogen i EU- og EØS/EFTA-landene med en forekomst på næsten 40 tilfælde pr. 100.000, selvom der synes at være et lille fald i antallet fra 2005 til 2006.

Infektioner med verotoksin/shigatoksin-producerende *E. coli* synes også at falde med en anmeldelsesfrekvens i 2006 på lidt over 1 tilfælde pr. 100.000, selvom nogle lande rapporterer betydeligt højere tal, især hos små børn.

### **SAMMENDRAG AF TRUSLER 2007**

I 2007 overvågede ECDC 168 trusler, hvoraf:

- 142 (85 %) var nye
- 21 blev åbnet i 2006 og stadig var aktive i 2007
- fem blev åbnet i 2005 og stadig var aktive i 2007
- 66 trusler krævede aktiv opfølgning af ECDC
- 10 resulterede i en detaljeret trusselvurdering, som blev rundsendt til EU-medlemsstaterne og Europa-Kommissionen gennem EWRS.

Trusler af interesse for EU favnede generelt bredt. Fødevarer- og vandbårne sygdomme var fortsat den mest almindelige trusselskilde, som blev overvåget i EU. Det er vigtigt at bemærke, at der var en betydelig stigning i trusler relateret til tuberkulose i 2007, og især hændelser relateret til multiresistente former for TB (MDR og XDR) samt medpassagerer, som udsættes for smitte fra tuberkulosepatienter, der rejser, mens de smitter.

De fleste af de trusler, der mentes at have en potentiel indvirkning på EU i 2007, blev indberettet gennem EWRS eller gennem europæiske netværk beregnet til formålet (EWGLI for legionærsyge og ENTERNET for fødevarer- og vandbårne sygdomme). EWRS har løbende vist sig at være et effektivt værktøj til koordinering af rettidig implementering af sundhedsforanstaltninger i EU-medlemsstaterne for at inddæmme bekræftede trusler. I 2007 begyndte ECDC at udvikle en kommunikationsplatform for epidemiiske efterretninger i hele EU.

### **KONKLUSIONER**

Prioriteringerne i forhold til forebyggelse og kontrol af smitsomme sygdomme i EU har ikke ændret sig væsentligt siden den foregående udgave af den årlige epidemiologiske rapport:

På den ene side er de områder, som vækker bekymring, herunder tilstande med en løbende høj forekomst, fortsat de samme. Ud over de seks vigtigste trusler, som er anført i begyndelsen af dette sammendrag, fortjener det høje antal rapporterede tilfælde af infektion med klamydia og campylobacter opmærksomhed.

På den anden side har der på nogle sygdomsområder, f.eks. nogle af de vaccineforebyggelige sygdomme (herunder Hib), været et fald i forekomsten, og nogle andre vaccineforebyggelige sygdomme (f.eks. difteri) har en ekstremt lav forekomst – omkring 0,1 tilfælde pr. 100.000. EU-medlemsstaterne er dog stadig langt fra at nå de mål, som er sat i sygdomsudryddelsesprogrammerne, især hvad angår mæslinger.

Kvaliteten af de data, som disse konklusioner kan baseres på, er fortsat langt fra perfekt, og der skal stadig gøres en betydelig indsats for at forbedre overvågningen af smitsomme sygdomme i EU. Vigtigst er det, at der stadig er store problemer i forhold til sammenligneligheden af data fra forskellige medlemsstater, og det bevirker naturligvis, at de data, som er indsamlet på europæisk plan, er mindre nyttige.

Der skal undersøges nye tilgange til at levere data til prioriteringer inden for smitsomme sygdomme, herunder estimering af den nuværende og fremtidige forekomst af smitsomme sygdomme.

Når man ser frem i tiden, er det tydeligt, at visse langsigtede tendenser vil påvirke udsigterne for smitsomme sygdomme i EU, f.eks.:

- den aldrende befolkning i EU
- miljøændringer, herunder klimaændringer
- stigende rejseaktivitet og indvandring
- samfundsmæssige ændringer

Den løbende overvågning af forekomsten og tendenserne i forhold til smitsomme sygdomme i EU skal opretholdes for at kunne levere brugbare data, som man kan bygge en fælles sundhedspolitik på.

## 5. Overvågning af hiv/aids i Europa

(Offentliggjort i december 2008)

### Nøglepunkter

Hiv-smitte er fortsat af stor sundhedsmæssig betydning i Europa, og der er tegn på stigende transmission af hiv i flere europæiske lande.

- I 2007 blev der rapporteret om 48.892 nye tilfælde af hiv-smitte af 49 af de 53 lande i WHO's europæiske region (der foreligger ikke data fra Italien, Monaco, Rusland og Østrig). De højeste forekomster er rapporteret fra Estland, Moldova, Portugal og Ukraine. Der blev rapporteret om 5.244 tilfælde af aids af 48 lande (der foreligger ikke data fra Italien, Kasakhstan, Monaco, Rusland og Ukraine).
- I 2007 blev der rapporteret om 26.279 nye tilfælde af hiv-smitte i landene i Den Europæiske Union og det europæiske frihandelssamarbejde (kaldes i denne rapport EU/EFTA) (der foreligger ikke data fra Italien og Østrig). I EU/EFTA-landene blev de højeste forekomster rapporteret fra Estland, Portugal og Letland og de laveste fra Slovakiet, Tjekkiet og Rumænien.
- I EU/EFTA synes hiv-smitte hovedsageligt at blive overført ved sex mellem mænd efterfulgt af heteroseksuel kontakt. Omkring 40 % af de tilfælde, som rapporteres erhvervet ved heteroseksuel kontakt, blev fundet hos personer, som stammer fra lande med generaliserede hiv/aids-epidemier.
- I de tre geografiske områder i WHO's europæiske region er injektion af narkotika stadig den største kilde til smitteoverførsel i øst, mens det i den centrale del er heteroseksuel kontakt, selvom antallet af hiv-tilfælde blandt mænd, som har sex med mænd, også er steget. I den vestlige del er hovedsmitekilden sex mellem mænd efterfulgt af heteroseksuel kontakt, når tilfælde hos personer, som stammer fra lande med generaliseret epidemi, udelukkes.
- Overordnet set er antallet af rapporterede nye tilfælde af hiv-smitte i 2007 trods den ufuldstændige rapportering steget, mens antallet af påviste aids-tilfælde fortsat faldt i WHO's europæiske region generelt, selvom der i den østlige del fortsat er en stigning i antallet af aids-tilfælde. Hyppigheden af rapporterede nye tilfælde af hiv pr. million indbyggere er næsten fordoblet fra 2000 fra 39 pr. million i 2000 til 75 pr. million i 2007. Dette baseres på de 44 lande, som løbende har rapporteret hiv-overvågningsdata.
- Det samlede antal årlige hiv-test, der udføres med henblik på diagnosticering, hvor enkeltstående anonyme test og bloddonationer ikke er medregnet, er i de fleste lande steget fra 2003 til 2007.
- De præsenterede data har visse begrænsninger, især på grund af manglende data fra en række lande. Det begrænser de konklusioner, som kan drages med hensyn til hiv- og aids-epidemiens omfang i Europa. Hvis disse data skulle regnes med, kunne det samlede antal tilfælde groft sagt være fordoblet for 2007.

### Anbefalinger for overvågning af hiv/aids

Hiv/aids-overvågningsdata er afgørende for at kunne overvåge tendensen i hiv-epidemien og evaluere sundhedsvæsenets respons. Derfor bør alle lande i Europa:

- indføre tilfældebaserede nationale rapporteringssystemer for hiv- og aids-tilfælde og sikre, at de er fuldstændige og rettidige
- forbedre kvaliteten af de rapporterede data, især med hensyn til mulige smitteveje
- fremme omfattende hiv-overvågning, herunder rutinemæssig adfærdsovervågning og hiv-prævalensundersøgelser

### Anbefalinger for folkesundheden

Foranstaltninger til at kontrollere epidemien skal være evidensbaserede og tilpasset landet og det geografiske område. Ud fra overvågningsdataene er det rimeligt at anbefale følgende:



- Øst: Foranstaltninger til at kontrollere hiv blandt stiknarkomaner bør være hjørnestenen i hiv-forebyggelsesstrategierne. Der skal også ske en styrkelse i foranstaltningerne til at forebygge heteroseksuel smitteoverførsel specifikt målrettet personer med højrisikopartnere.
- Central: Forebyggelsen skal tilpasses det enkelte lands vilkår, for at opretholde deres epidemiologiske fordele.
- Vest: Foranstaltninger til at kontrollere hiv blandt mænd, som har sex med mænd, bør være hjørnestenen i hiv-forebyggelsesstrategierne, f.eks. fornyede sikker sex-kampagner målrettet mænd, som har sex med mænd. Interventioner til forebyggelse, behandling og pleje skal tilpasses for at nå ud til indvandrerbefolkningerne.
- I alle underregioner skal hiv-test fremmes for at sikre tidlig adgang til behandling og rådgivning for at forebygge eller mindske smitteoverførslen og forbedre de langsigtede behandlingsudfald for de berørte personer.

# Specialrapporter

## 6. Handlingsplan for bekæmpelse af tuberkulose i EU

(Offentliggjort maj 2008)

Tuberkulose er en alvorlig smitsom sygdom blandt mennesker, der som regel påføres ved indånding af bakterier i dråbeform fra personer med en lungelidelse. Selvom der findes effektiv behandling, kan utilstrækkelig behandling eller manglende overholdelse af behandlingsregimet føre til fejlbehandling, tidlige tilbagefald eller udvikling af antibiotikaresistent tuberkulose.

Antallet af tuberkulosestilfælde er faldet støt i EU i de seneste årtier. Tallene for EU 27 er blandt de laveste i verden, men dog højere end i andre industrialiserede lande som USA og Australien. Der er dog ingen grund til at hvile på laurbærrerne, idet flere lande oplevede en lignende gunstig epidemiologisk situation for flere årtier siden, hvilket resulterede i mindre opmærksomhed på problemet og reduktion af ressourcerne til tuberkuloseforebyggelse og -kontrol. Sygdommen brød derfor ud igen, ikke mindst som følge af hiv-epidemien og udvikling af multiresistent tuberkulose (MDR-TB). Dette krævede en fornyet indsats med hensyn til både kontrolprogrammer og aktiviteter for at sikre, at der kan stilles tidlige diagnoser, at de rette behandlingsformer er til rådighed, og at behandlingerne føres helt til ende.

I denne situation bad EU's sundhedskommissær, Markos Kyprianou, i marts 2007 det Europæiske Center for Sygdomsforebyggelse og -ontrol (ECDC) om at udvikle et forslag til en handlingsplan til bekæmpelse af tuberkulose i EU.

Det langsigtede mål i tuberkulosehandlingsplanen er at kontrollere og til sidst udrydde tuberkulose i EU. De fleste af de aktiviteter, der var rettet mod en reduktion af forekomsten af tuberkulose, hviler på nationale indsatser, hvor EU's institutioner støtter medlemsstaterne i deres arbejde. Målene med planen er:

- at øge politikernes og offentlighedens opmærksomhed på tuberkulose som en sundhedstrussel i EU
- at støtte og styrke EU-medlemsstaternes bestræbelser på at bekæmpe tuberkulose i overensstemmelse med det enkelte lands epidemiologiske situation og udfordringer
- at bidrage til tuberkulosekontrollen i EU ved at støtte de lande, hvorfra importerede tilfælde af tuberkulose stammer

Dette forslag bygger på fire principper: at sikre en hurtig hjælp af høj kvalitet til alle, at øge sundhedssystemets kapacitet, at udvikle nye redskaber og at etablere partnerskaber i samarbejde med lande og aktører. Otte områder for strategisk udvikling er bygget op omkring disse principper. Dette er et sammendrag af de anbefalede mål/handlinger for hvert af de otte områder:

### *Område 1. Tuberkulosekontrol, opmærksomhed på tuberkulose og sundhedssystemernes kapacitet*

1. At øge medlemsstaternes politiske engagement og tildeling af ressourcer til udarbejdelse af planer for tuberkulosekontrol som led i de overordnede offentlige sundhedsstrategier.
2. At øge kapaciteten i medlemsstaternes sundhedssystemer, så de bliver i stand til at gennemføre aktiviteter relateret til kontrol med og udryddelse af tuberkulose.

### *Område 2. Overvågning*

1. At evaluere de epidemiologiske karakteristika og spredningen af tuberkulose i befolkningen over tid og geografisk, både i medlemsstaterne og i EU generelt.
2. At overvåge resultaterne af aktiviteter til kontrol med tuberkulose og formidle disse oplysninger videre til beslutningstagerne, så der kan træffes passende foranstaltninger til at videreudvikle de nationale og europæiske planer for bekæmpelse af tuberkulose.
3. At identificere og beskrive udsatte befolkningsgrupper, der har øget risiko for tuberkulose og for en dårlig behandlingsprognose, og som skal være i fokus for en målrettet indsats fra det offentlige sundhedssystem.

### *Område 3. Laboratorietjenester*

1. At udvikle og gennemføre moderne laboratorietjenester af høj kvalitet, som støtter de kliniske, offentlige og sundheds- og forskningsmæssige behov i forbindelse med tuberkulose.

2. At garantere sikre og pålidelige laboratorietjenester af høj kvalitet samt sundhedspersonale med den rette uddannelse.
3. At sikre investeringer i laboratorietjenesterne på lang sigt.

#### **Område 4. Hurtig tuberkulosebehandling af høj kvalitet til alle**

1. Altid at stille en hurtig diagnose og tilbyde en korrekt behandling og pleje
2. At skræddersy foranstaltninger til de specifikke epidemiologiske situationer og udsatte befolkningsgrupper for at sikre en så effektiv tuberkulosekontrol som muligt på alle niveauer.
3. At opnå en konsekvent anvendelse af foranstaltninger til styring af sygdomsudbrud.
4. At sikre, at alle tuberkulosepatienters individuelle sundhedsbehov opfyldes.

#### **Område 5. MDR- og XDR-TB**

Følgende mål er gældende for alle medlemsstater, men bør især overholdes af de lande, som er hårdest ramt af MDR- og XDR-TB.

1. At effektivisere og styrke overvågningen af MDR- og XDR-TB.
2. At forbedre de tjenester, der udfører test af følsomheden over for tuberkuloselægemidler i EU, som led i den generelle styrkelse af laboratorietjenester, der beskæftiger sig med tuberkulose.
3. At forbedre plejen og håndteringen af patienter med MDR- og XDR-TB, herunder infektionskontrol og kontaktsporing/profylaktiske behandlingspraksisser.
4. At forbedre adgangen til første- og andetvalgspræparater for at sikre rationel brug af tuberkuloselægemidler.

#### **Område 6. Tuberkulose/hiv-saminfektion**

1. At mindske forekomsten af tuberkulose/hiv-saminfektioner i EU ved at styrke interaktionen mellem planerne for bekæmpelse af henholdsvis tuberkulose og hiv/aids eller mellem de relevante tjenester i sundhedssystemet.
2. At fremme forskningsaktiviteter og kliniske undersøgelser på EU-plan vedrørende dødeligheden for tuberkulose/hiv-saminfektioner.

#### **Område 7. Nye værktøjer til tuberkulosekontrol**

1. At fastsætte prioriteter for grundforskning, anvendt forskning og operationel forskning i EU.
2. At yde finansiering og koordinering.

#### **Område 8. Etablere partnerskaber og samarbejde med lande**

1. At sikre, at tuberkulose forbliver en høj prioritet på den politiske, tekniske og forskningsmæssige dagsorden for EU og de nationale offentlige institutioner, da de forskellige prioriteter konkurrerer om begrænsede midler.
2. At bidrage til at afskaffe stigmatisering, sikre en tidlig og hurtig sporing af tuberkulose, MDR-TB og XDR-TB og opmuntre folk til at tage imod behandling i overensstemmelse med patientchartret for tuberkulosebehandling.
3. At sikre, at den efterfølgende behandling er tilgængelig, til at betale, passende og ikke mindst vellykket.
4. At udbygge samarbejdet og koordineringen mellem ECDC, Europa-Kommissionen, de enkelte lande, WHO og andre aktører.

## **7. Overvågning af smitsomme sygdomme i EU, en langsigtet strategi: 2008-2013**

(Offentliggjort maj 2008)

Denne langsigtede vision og strategi vedrørende den fremtidige overvågning af smitsomme sygdomme i EU er udviklet med henblik på at vejlede beslutningerne for den langsigtede udvikling af det europæiske overvågningssystem. Denne strategi dækker årene indtil 2013, hvilket er på linje med ECDC's flerårige strategiplan (godkendt af ECDC's bestyrelse i juni 2007). Desuden forudses der synergieffekter med ECDC's laboratoriestrategi.

Strategien forsøger at definere betingelserne for og omfanget af overvågningen, dens mål og de organisationsmæssige krav. Den beskriver også måder at støtte medlemsstaterne på og præsenterer en køreplan for indførelsen.

Det overordnede mål er at bidrage til at mindske forekomsten og prævalensen af smitsomme sygdomme i Europa ved at levere relevante sundhedsdata, oplysninger og rapporter til beslutningstagere, fagfolk og

sundhedsmedarbejdere i et forsøg på at fremme handlinger, som vil føre til rettidig forebyggelse af og kontrol med smitsomme sygdomme i Europa. Høj validitet og god sammenlignelighed af data for smitsomme sygdomme fra medlemsstaterne er afgørende for at nå dette mål.

En mere koordineret tilgang til overvågning vil:

- forbedre den regionale sammenlignelighed af data
- forenkle overvågningen over hele Europa
- gøre det muligt at takle overvågningen synergistisk
- undgå dobbeltarbejde
- give sundhedsmæssig evidens af bedre kvalitet med mere relevante og pålidelige data på lang sigt
- gøre det lettere at styrke de nationale overvågningsystemer
- sandsynligvis være mere økonomisk effektive og bæredygtige
- give lettere adgang til og benyttelse af dataene
- forbedre påvisning og overvågning af internationale udbrud
- bidrage til kapacitetsopbygning
- sikre, at sygdomme kommer med på overvågnings- og forskningsdagsordenerne ifølge europæiske prioriteringer

ECDC er i gang med at udvikle et system kaldet "The European Surveillance System (TESSy)" for indikatorbaseret overvågning af smitsomme sygdomme på europæisk plan. TESSy vil være et værdifuldt værktøj til at forbedre indsamling, validering, opbevaring og formidling af overvågningsdata fra EU-medlemsstaterne og EØS-landene. I starten kommer TESSy til at indsamle et reduceret sæt kernevariabler, som er vigtige for den rutinemæssige overvågning af tilfælde af smitsomme sygdomme. Når TESSy er generelt accepteret og anvendes som regional standarddatabase, understøttes ECDC's langsigtede mål om yderligere forenkling og mindskning af arbejdsbelastningen for alle deltagere ved at:

- standardisere dataindsamling om overvågning af smitsomme sygdomme
- give et samlet sted til rapportering og udtræk af data til medlemsstaterne
- standardisere de rapporter, som er baseret på overvågningsdata
- give en ensartet og let tilgængelig oversigt over den aktuelle situation i EU

De nuværende problemer med dobbeltrapportering af visse sygdomme med forskellige regionale organisationer, som er involveret i overvågning af sygdomme — f.eks. WHO/Europa eller EMCDDA — vil også blive forsøgt løst med henblik på at mindske og muligvis helt eliminere dobbeltarbejde.

Der skal etableres en midlertidig procedure efter principperne om samarbejde om dataudveksling mellem ECDC og medlemsstaterne samt ECDC og de dedikerede overvågningsnetværk (Dedicated Surveillance Networks – DSN'er) for klart at definere dataleverandørernes og databrugernes roller, både i medlemsstaterne og ECDC (og andre parter, f.eks. WHO). Denne midlertidige procedure skal også omfatte procedurer for offentliggørelse af bl.a. resultater af dataanalyser. Ud fra erfaringerne med denne midlertidige procedure etableres der en langsigtet procedure med de involverede aktører.

Det fremtidige samarbejde med sygdomsspecifikke eksperter (udpeget af de kompetente organer) struktureres på følgende måde: Sygdommene/patogenerne opdeles i seks hovedgrupper. Hvor det er nødvendigt, etableres der mere fokuserede (sygdomsspecifikke) undergrupper inden for hver af de seks grupper eller arbejdsgrupper. Der afholdes årlige møder for hver af de seks hovedgrupper, hvor spørgsmål vedrørende overvågning af hele sygdomsgruppen drøftes. Der kan om nødvendigt afholdes mere sygdomsspecifikke "parallelsymposier" på samme tid. For hver af de seks hovedsygdomsgrupper/arbejdsgrupper etableres der en koordinationsgruppe, og disse grupper overtager mange af de funktioner, som varetages af de tidligere DSN-styregrupper.

Gode laboratorietjenester i landene er afgørende for at styrke overvågningen på EU-niveau. ECDC bygger på det arbejde, der allerede er udført, og støtter udvidelsen af laboratoriekapaciteten i medlemsstaterne, EØS/EFTA-landene og kandidatlandene i samarbejde med Kommissionen, ECDC's kompetente organer og medlemsstaternes nationale mikrobiologiske kontaktpunkter.

ECDC vil arbejde hårdt på at sikre, at alle lande har nationale referencelaboratorietjenester til rådighed, enten direkte eller indirekte, således at alle lande kan bekræfte diagnose, isolering og yderligere karakterisering af patogener som grundlag for rapportering af bekræftede og sandsynlige tilfælde til daglig og i nødsituationer. ECDC vil være i kontakt med disse nationale referencelaboratorier og hjælpe dem med at integrere deres data med de epidemiologiske (og kliniske) data på nationalt niveau. Kvalitetssikring af laboratoriemetoder er afgørende for at sikre gyldige og nøjagtige data, og europæiske standarder vil også blive fremmet i denne periode.

ECDC indfører sin overvågningsstrategi i to faser. Fase et er en overgangsperiode, der varer indtil 2010, hvor fokus hovedsageligt er på gradvis integration af de nuværende DSN'ers overvågning af smitsomme sygdomme i

EU med ECDC. I fase to (2010-2013) har ECDC overtaget det fulde ansvar for overvågningen og kan efterfølgende fokusere på at udvikle og konsolidere systemer af bedst mulig kvalitet for Europa.

For at holde denne strategi og dens målsætning relevant og ajour bliver der genbesøg fra medlemsstaterne og de vigtigste aktører, således at nye strategier og ny dokumentation kan inkorporeres efter behov.

# Møderapporter

## 8. Smitsomme sygdomme og sociale determinanter

(Møde afholdt i april 2007, rapport offentliggjort februar 2008)

Denne rapport henviser til en workshop om de sociale determinanter for smitsomme sygdomme, der blev indkaldt af ECDC, og hvor forskere fra felterne smitsomme sygdomme og sociale determinanter deltog. Hovedformålet med workshoppen var:

- at vurdere betydningen af social ulighed for forekomsten af smitsomme sygdomme
- at identificere bedste praksis med hensyn til at afhjælpe sundhedsmæssige uligheder, som anvendes inden for forebyggelse eller behandling af smitsomme sygdomme
- at udvikle strategier og foranstaltninger for at afhjælpe sundhedsmæssige uligheder, der opstår som følge af sociale determinanter

Rapporten fokuserer på nøgletemaer og diskussionsområder i workshoppen og er opdelt i fem hovedsektioner:

- sociale determinanter for smitsomme sygdomme
- sygdomsspecifikke spørgsmål
- målrettede foranstaltninger med henblik på at afhjælpe social ulighed
- politikker til at afhjælpe social ulighed
- identifikation af prioriterede foranstaltninger

Under workshoppen blev det observeret, at der er en social kløft i forekomsten af smitsomme sygdomme, der er mindst lige så dyb som for ikke-smitsomme sygdomme. Kløften kan være endnu større for specifikke grupper og specifikke smittetyper. Selvom marginaliserede grupper generelt er hårdest ramt, påvirker den sociale gradient ikke alle infektioner på samme måde: De højeste socialgrupper kan have højere risiko for visse typer infektioner på grund af visse former for højrisikoadfærd.

Der er et tydeligt behov for at vide mere om forekomsten af smitsomme sygdomme i Europa for at kunne fastslå, hvad der skal prioriteres med hensyn til vurdering, forskning, foranstaltninger og politiske ændringer. Denne kortlægningsøvelse er sat i gang, f.eks. med hensyn til tuberkulose.

En anbefaling, der kom ud af workshoppen, var at supplere overvågningen af smitsomme sygdomme med en eller to sociale determinanter. Det kan give en grundviden, og der kan derefter opnås en mere detaljeret viden fra undersøgelser. Biomarkører for smitsomme sygdomme kan inkluderes i standardsundhedsundersøgelserne, muligvis i europæiske undersøgelser.

En anden konklusion af workshoppen var, at sociale determinanter ikke længere står på forskernes dagsorden. De skal tilbage, fordi der er en mangel i vores viden om de determinanter, som driver infektioner i forskellige regioner og befolkningsgrupper. En vigtig, men ofte overset parameter er den sammenhæng, folk bor og arbejder i. Risikofaktorerne for smitsomme sygdomme er ikke individuelle risikofaktorer, og patogenerne kan være forskellige i forskellige socialgrupper. De eksisterende data skal udnyttes maksimalt til at undersøge de sociale determinanter for smitsomme sygdomme. Specifikke områder, hvor der er behov for mere forskning, er indvandrere, afstigmatisering og de sociale og politiske processer, som påvirker uligheden på sundhedsområdet.

En specifik anmodning fra mødet var en database med eksempler på vellykkede foranstaltninger. Formålet med en sådan database ville være at sikre et godt informationsflow, især fra områder, som ikke offentliggør så meget af det, men som har stor erfaring.

Sundhedsuddannelse blev betragtet som en prioritet for politisk handling på to måder. Sundhedsuddannelse fra en tidlig alder og fremefter frem bør stå højt på beslutningstagernes dagsorden på uddannelsesområdet. Sundhedsuddannelsen skal beskæftige sig med de sociale determinanter som et perspektiv på sundhedsspørgsmål, så de kommende generationer kan påvirke den politiske proces. Undervisningen skal omfatte sundhedseffekten af social adskillelse og specifikke færdigheder i at beskytte mod sundhedsrisici, og den skal lade folk tænke selv og påvirke deres eksponering for risikofaktorer. Derudover skal uddannelsen i sociale determinanter på medicinstudiet, sygeplejeskolerne, inden for sociologi osv. styrkes. Fremtidens sundhedsmedarbejdere skal være engageret i debatten og tale for en ændring af de tidlige determinanter. Folkesundhedsområdet skal bidrage til debatten om social ulighed og dens indflydelse på sundheden.

Der er en klar prioritering af at fremhæve makrosociale determinanter og at arbejde med sektorer uden for sundhedsområdet (politisk, samfundsmæssigt, teknisk osv.). For at bistå med denne støtteindsats skal målene

gennemtænkes og debatteres. Gode eksempler fra alle europæiske landes historie kan bruges. ECDC kan spille en vigtig rolle som fortæller for betydningen af ulighed for kontrol af smitsomme sygdomme.

## 9. Workshop om miljøændringer og smitsomme sygdomme

(Møde afholdt i marts 2007, rapport offentliggjort i maj 2008)

### Formål med mødet

- At gennemgå dokumentationen vedrørende implikationerne af globale klimaændringer og økologiske ændringer for forekomsten af smitsomme sygdomme i Europa
- At drøfte de sundhedskompetencer, der er nødvendige for at kunne håndtere trusler som følge af klimaændringer og smitsomme sygdomme
- At identificere forskningsbehov

### Klimaændring

FN's klimapanel (IPCC) siger, at klimaet ændrer sig, og der forventes højere temperaturer, stigninger i havniveauet og mere ekstremt vejr. Disse ændringer påvirker økosystemerne, vores vand, landbruget, den samfundsøkonomiske udvikling og dermed — direkte eller indirekte — befolkningens sundhed. Klimaændringer og andre økologiske ændringer kan påvirke udbredelsen af smitsomme sygdomme på forskellige måder. Alle deltagere var enige om, at "constant composition commitment" — den form for klimaændring, vi allerede har anerkendt — kræver omgående handling.

### Sygdomstrusler

Mødedeltagerne drøftede implikationerne af klimaændringer og andre relaterede miljøændringer for vektor-, gnaver-, vand-, fødevarer- og luftbårne sygdomme. Selvom dokumentationen er knap, nåede man frem til følgende konklusioner:

- Flere vektor- og gnaverbårne sygdomme er identificeret som havende potentiale til at ændre deres udbredelse ud fra klimaændring (temperatur, ekstremt vejr, sæsonudsving) og miljøfaktorer (jordudnyttelse, økosystemer, skovrydning, hydrologi, biodiversitet). Dette omfatter arbovirale sygdomme som dengue-feber, chikungunya-feber, West Nile-virus og muligvis malaria. Tætheden og udbredelsen af gnaverpopulationen påvirkes også af vejrforholdene.
- Europa skal være forberedt på importerede vandrelaterede sygdomme som kolera, lokaliserede udbrud af ekstrem nedbør og sundhedsproblemer, der er forbundet med overløb af kloakker og spildevand. Potentielle ændringer i hyppigheden af diarrésygdom blev også identificeret som vigtige. De grupper, der er mest udsatte, er fattige, ældre, børn, marginaliserede grupper, rejsende, som smittes i udlandet, og immunkompromitterede personer eller personer, som allerede lider af en sygdom.
- Fødevarerbårne sygdomme blev evalueret i forhold til ændring af menneskelig adfærd og ændringer i kontaktmønstre mellem vilde dyr og tamdyr, især under tørke.
- Forværringen af astma og kronisk obstruktiv lungesygdom blev identificeret som den mest betydningsfulde klimaændringspåvirkning på den respiratoriske sundhed. Den høje forekomst af disse sygdomme mentes at gøre dem til gode varslingsmarkører for sporing af konsekvenserne af klimaændringen.

### Offentlige sundhedskompetencer

Der var enighed blandt deltagerne om, at de nødvendige færdigheder er offentlige kernefærdigheder og repræsenterer værdier, som eksisterer — eller burde eksistere — i alle lande. Andre punkter, man var enig om:

- Styrkelse af kapaciteten til at håndtere nye klimaændringsrelaterede trusler fra smitsomme sygdomme kan ses som en måde at styrke folkesundheden på mere bredt. Af særlig vigtighed nævntes behovet for koordinering af samarbejdet mellem sektorer og organer.
- De fire områder inden for offentlige sundhedskompetencer, som blev behandlet, var overvågning, forskning, sikkerhed og politik. Der er allerede overvågningsstrategier for visse klimaændringsproblemer, men der er huller på området for smitsomme sygdomme.
- Et nødvendigt første skridt ville være at foretage en risikovurdering, som kunne identificere risikofaktorer og sårbare grupper. Det ville danne det evidensmæssige grundlag for sundhedsvejledninger, kliniske vejledninger og politikanbefalinger.
- Huller i den entomologiske viden er en stor barriere. Dette problem kan afhjælpes ved at gøre den entomologiske uddannelse mere omfattende.
- Der er mangel på et omfattende overvågningssystem, men gruppen var enig om, at der ikke var behov for at etablere et system, som dækker hele Europa, da mange af de potentielt truende sygdomme er sjældne de fleste steder.

- Der var enighed om, at man skulle "reagere, når der er behov". Denne tilgang fokuserer på at være fleksibel og gør det muligt at reagere hurtigt på problemer, når de opstår. Den er baseret på en antagelse om, at foreløbig kun meget få af disse smitsomme sygdomme — set i forbindelse med klimaændringen eller andre miljøspørgsmål — har givet større problemer.
- Der er behov for at øge offentlighedens (og måske også fagfolkenes) bevidsthed om nogle af de generelle spørgsmål for at give en bedre forståelse af nogle af de forestående ændringer.
- Den nye grønbog om klimaændringer er en unik mulighed for at styrke Europa-Kommissionens kapacitet inden for sundhedspolitikken.

### *Forskningsbehov, udfordringer og hindringer*

Mødet identificerede forskellige forskningsspørgsmål, herunder behovet for indikatorer og identifikation af udsatte grupper. Deltagerne bemærkede, at der er tydelig forskel på medlemsstaternes kapacitet til at udføre klimaændringsrelateret overvågning og forskning. De foreslog, at brug af varslingscentre i alle lande kan være en hurtig måde at indsamle data fra hele Europa på, indtil alle offentlige sundheds- og overvågningssystemer er fuldt funktionsdygtige.

Adgang til langsigtede data er et andet behov. Det er en udfordring at knytte alle disse data sammen med data, der er indsamlet fra satellitter, og nå frem til nyttige konklusioner vedrørende menneskers sundhed. En anden udfordring for forskningen er at knytte langsigtede processer til klimaændringerne.

### *Anbefalinger til handling*

Under udviklingen af arbejdsprogrammer og efterfølgende sundhedspolitikker, der fokuserer på klimaændringer og smitsomme sygdomme, er der behov for at

- bygge videre på eksisterende initiativer og kapaciteter
- udvikle en "win-win"-kultur vedrørende samarbejde mellem sektorer og organer
- anerkende, at forskellige dele af området oplever konsekvenserne af klimaændringerne på forskellige måder
- anerkende de forskellige responskapaciteter i de forskellige medlemsstater
- undersøge forskellige tilgange til overvågning
- afhjælpe forhindringer for overvågning
- samarbejde og udvikle en omfattende og afsøgende strategi
- lette udvikling og implementering af faglige uddannelsesprogrammer
- styrke kommunikationskapaciteten



## Bilag: ECDC-publikationer i 2008

Denne liste indeholder kun officielle ECDC-publikationer i 2008. ECDC's personale har også offentliggjort eller samarbejdet om mange videnskabelige artikler og publikationer, herunder i *Eurosurveillance*, som ikke er anført her. Alle nedenstående dokumenter er tilgængelige på ECDC's hjemmeside <http://ecdc.europa.eu/>

### *Teknisk rapport*

*Maj*

Review of Chlamydia control activities in EU countries

### *ECDC-vejledning*

*Januar*

Guidance for the introduction of HPV vaccines in EU countries

*August*

Priority risk groups for influenza vaccination

### *Overvågningsrapporter*

*December*

Annual epidemiological report on communicable diseases in Europe 2008

HIV/AIDS surveillance in Europe 2007

### *Missionsrapport*

*August*

Measles outbreak in Austria: risk assessment in advance of the EURO 2008 football championship

### *Specialrapporter*

*Marts*

Framework action plan to fight tuberculosis in the European Union

*Maj*

Surveillance of communicable diseases in the European Union. A long-term strategy: 2008–2013

*Juli*

ECDC strategic multi-annual programme 2007–2013

### *Møderapporter*

*Januar*

Networking for public health (27–28 February 2007)

*Februar*

Consultation on vector-related risk for chikungunya virus transmission in Europe (22 October 2007)

Infectious diseases and social determinants (26–27 April 2007)

*Marts*

Now-casting and short-term forecasting during influenza pandemics (29–30 November 2007)

Second consultation on outbreak investigation and response in the EU (15 November 2007)

Third meeting of the Chairs of Commission and Agency scientific committees/panels involved in risk assessment (6–7 November 2007)

*Maj*

Environmental change and infectious disease (29–30 March 2007)

*Juni*

Training strategy for intervention epidemiology in Europe (11–12 September 2007)

*Oktober*

Annual meeting on TB surveillance in Europe (3–4 June 2008)

HIV testing in Europe: from policies to effectiveness (21–22 January 2008)

*December*

Workshop on linking environmental and infectious diseases data (28–29 May 2008)

***Tekniske dokumenter****Januar*

Core competencies for public health epidemiologists working in the area of communicable disease surveillance and response, in the European Union

***Corporate-publikationer***

*Kvartal (marts, juni, september, december)*

ECDC Insight

Executive science update

*Juni*

Annual report of the Director 2007

*December*

Keeping Europe healthy: ECDC in action

Protecting health in Europe: our vision for the future