



ECDC **CORPORATE**

Samenvatting van belangrijke publicaties uit 2008

ECDC **CORPORATE**

Samenvatting van belangrijke publicaties uit 2008



Stockholm, juni 2009

© Europees Centrum voor Ziektepreventie en -bestrijding, 2009

Overname met bronvermelding is toegestaan.

Vertaling van het originele document "Summary of key publications 2008". Alle inspanningen zijn gedaan om de betrouwbaarheid van deze vertaling te waarborgen. Mochten er toch verschillen zijn met de Engelse versie, dan is deze laatste doorslaggevend.

Inhoudsopgave

Inleiding	1
Technisch rapport	2
1. Overzicht van de activiteiten in EU-landen op het gebied van chlamydiabestrijding.....	2
ECDC-leidraad	4
2. Richtsnoer voor de introductie van HPV-vaccins in EU-landen	4
3. Risicogroepen met prioriteit voor influenzavaccinatie	6
Surveillancerapporten.....	8
4. Jaarlijks epidemiologisch rapport over overdraagbare ziekten in Europa 2008 – Rapport over de status van overdraagbare ziekten in de EU- en EER-/EVA-landen.....	8
5. Hiv-/aidssurveillance in Europa	11
Speciale rapporten	13
6. Kaderactieplan voor de bestrijding van tuberculose in de Europese Unie.....	13
7. Surveillance van overdraagbare ziekten in de Europese Unie, een langetermijnstrategie: 2008-2013	14
Notulen.....	17
8. Infectieziekten en sociale determinanten	17
9. Workshop over milieuverandering en infectieziekten	18
Bijlage: ECDC-publicaties in 2008	20

Inleiding

In 2008 publiceerde het Europees Centrum voor Ziektepreventie en -bestrijding (ECDC) in totaal 21 documenten. Belangrijke publicaties zijn het *Kaderactieplan voor de bestrijding van tuberculose in de Europese Unie*, het richtsnoer inzake beleidsopties voor het invoeren van vaccinatie tegen humaan papillomavirus (HPV) en de twee surveillancerapporten *Jaarlijks epidemiologisch rapport over overdraagbare ziekten in Europa 2008* en *Surveillance van hiv/aids in Europa – 2007*. Dit laatste rapport is voor de eerste keer gezamenlijk opgesteld met het Regionale Bureau van de Wereldgezondheidsorganisatie voor Europa (WHO EURO) en bestrijkt de situatie in de EU en EER-landen, evenals de andere 23 landen van de regio WHO EURO.

Er zijn samenvattingen opgesteld van geselecteerde ECDC-documenten, zoals bovengenoemde stukken, om ze in alle EU-talen beschikbaar te stellen aan de beleidsvormers. Ze zijn een afspiegeling van de geest van de oorspronkelijke publicaties, maar bij het samenvatten kunnen enkele belangrijke nuances verloren zijn gegaan. Lezers die meer willen weten, kunnen de volledige tekst van de documenten raadplegen. Die zijn online verkrijgbaar op: <http://ecdc.europa.eu/en/Publications>.

Een lijst van alle ECDC-publicaties uit 2008 bevindt zich in de bijlage. Alle publicaties zijn elektronisch verkrijgbaar via bovengenoemde link, met een korte beschrijving van de inhoud. Sommige rapporten zijn ook in druk verkrijgbaar. Om een gedrukt exemplaar te ontvangen, kunt u een e-mail sturen naar publications@ecdc.europa.eu.

Technisch rapport

1. Overzicht van de activiteiten in EU-landen op het gebied van chlamydiabestrijding

(Gepubliceerd in mei 2008)

Dit rapport illustreert de reikwijdte en de bevindingen van het project 'Screening for Chlamydia Review in Europe' (SCREEn), waarschijnlijk het grootste onderzoek tot op heden naar activiteiten in de EU om chlamydia te bestrijden. Het project vond plaats tussen november 2006 en augustus 2007 en verzamelde gegevens van EU-lidstaten, kandidaat-lidstaten, EVA-lidstaten en de VS.

SCREEn voerde een onderzoek uit in alle EU-lidstaten en kandidaat-lidstaten. Aan de hand van vragenlijst per post en bezoeken ter plekke aan zorgverleners en beleidsmedewerkers in de gezondheidszorg, verzamelde SCREEn gedetailleerde informatie over de diagnose van chlamydia, screening op chlamydia, case-management, onderzoeken naar de prevalentie van chlamydia en een breed scala aan verwante onderwerpen uit de volksgezondheid. Het project biedt diep inzicht in de strategieën die nationale volksgezondheidsstelsels gebruiken om de stroom chlamydia-infecties te beteugelen.

Het algemene doel van dit project was de chlamydiabestrijdingsprogramma's en -activiteiten in de lidstaten te beoordelen en aanbevelingen te doen voor het verbeteren van chlamydiapreventie en -bestrijding in de regio.

Specifieke doelstellingen waren:

- het verzamelen van systematische informatie over activiteiten op het gebied van de volksgezondheid met betrekking tot de bestrijding van *C. trachomatis* in EU-lidstaten en kandidaat-lidstaten, naburige Europese landen en de VS;
- het verzamelen van informatie uit dezelfde landen over demografische en economische indicatoren, zorgstelsels, prevalentie van chlamydia en onderzoek naar seksueel gedrag;
- het opzetten van een elektronische databank om de gegevens in te kunnen opslaan;
- het verzamelen van diepgaande informatie uit bepaalde Europese lidstaten over hun activiteiten om chlamydia te bestrijden; en
- het doen van aanbevelingen aan het ECDC voor actie op het gebied van volksgezondheid en voor verder onderzoek.

Op een totaal van 34 geselecteerde landen kwamen er reacties uit 29 Europese landen en de VS (totale respons 88 %). Er zijn geen gegevens ontvangen van Cyprus, Slowakije, Polen en Kroatië. Enkele van de belangrijkste bevindingen van het onderzoek waren:

- 17 van de 29 deelnemende Europese landen bezaten ten minste één gepubliceerd richtsnoer voor de klinische praktijk dat door een nationale instantie was aanbevolen en waarin enkele aspecten aan de orde kwamen die betrekking hadden op het casemanagement van mensen die besmet zijn met chlamydia. Drie EU-lidstaten (Bulgarije, Griekenland en Finland) waren bezig met het publicatie- of ontwikkelingsproces van richtsnoeren.
- In gynaecologische praktijken of klinieken in alle deelnemende landen was het mogelijk om op chlamydia te testen; in 23 landen was deze test onderdeel van de eerstelijnszorg. In vijf landen waren chlamydiatests verkrijgbaar bij de apotheek of op andere plaatsen waar vrij verkrijgbare middelen worden verkocht.
- Daar waar patiënten werden doorverwezen, werd gerapporteerd dat het initiatief hiertoe meestal werd genomen door de praktijkbeoefenaars zelf of door verwijzing naar een gespecialiseerde kliniek.
- Tot op zekere hoogte waren nucleïnezuuramplificatietests in alle landen verkrijgbaar, op één land na. In negen landen werd minder dan 50% van de monsters getest met gebruikmaking van nucleïnezuuramplificatietests.
- De meeste landen bezaten een systeem voor het rapporteren van gediagnosticeerde chlamydia-infecties aan volksgezondheidsinstanties, maar circa een derde publiceerde deze gegevens niet als standaardwerkwijze.
- In 13 landen zijn standaardgegevens beschikbaar over klinische complicaties die door chlamydia veroorzaakt kunnen worden.
- In acht landen is onderzoek gedaan naar seksueel gedrag en chlamydiaprevalentie en in zeven landen zijn bevolkingsonderzoeken gedaan naar chlamydiaprevalentie.

Om de landen te kunnen categoriseren, heeft het SCREEn-project ook een typologie ontwikkeld van activiteiten om chlamydia te bestrijden, gebaseerd op de bestrijding van seksueel overdraagbare aandoeningen. De

categorieën van activiteiten op het gebied van chlamydiabestrijding waren: geen georganiseerde activiteit (13 landen: Bulgarije, Finland, Griekenland, Ierland, Liechtenstein, Luxemburg, Malta, Portugal, Roemenië, Slovenië, Spanje, Turkije en Zwitserland); casemanagement (vijf landen: Duitsland, Italië, Litouwen, Oostenrijk en Tsjechië); opsporing (drie landen: België, Frankrijk en Hongarije); opportunistisch onderzoek (zes landen: Denemarken, Estland, IJsland, Letland, Noorwegen en Zweden); georganiseerde screening (twee landen: Nederland en het VK (alleen Engeland)).

De resultaten toonden aan dat er twee Europese landen waren met een lopend (Engeland, VK, opportunistisch) of pilot (Nederland, proactief) screeningprogramma op chlamydia. Negen andere landen verklaarden plannen te hebben voor de invoering van een screeningprogramma met een opportunistische, proactieve of onbesliste organisatie. Vijf van deze landen behoren tot de landen die op dit moment geen richtsnoer hebben voor het casemanagement van chlamydia. Daarnaast worden in Estland en Letland alleen zwangere vrouwen gescreend op chlamydia en worden er in twee regio's in Denemarken jaarlijks per post uitnodigingen voor chlamydiascreening verstuurd naar 18- tot 19-jarigen of 21- tot 22-jarigen.

Deze door het SCREen-project ontwikkelde typologie kan in de toekomst gebruikt worden om op landenniveau de intensiteit te bewaken van de activiteiten om chlamydia te bestrijden en om hulp te bieden bij de besluitvorming over welke activiteiten versterkt of ingevoerd moeten worden.

ECDC-leidraad

2. Richtsnoer voor de introductie van HPV-vaccins in EU-landen

(Gepubliceerd in januari 2008)

Dit document legt de wetenschappelijke grondslag voor de introductie van humaan papillomavirus (HPV)-vaccins. Het is bedoeld om de EU-lidstaten te helpen beleidskeuzes te maken. Het stuk benadrukt de kwesties die in overweging genomen moeten worden en biedt een lijst met beleidsopties voor elk van deze kwesties.

Dit richtsnoer is ontwikkeld door een wetenschappelijk panel van deskundigen, opgezet en gecoördineerd door het ECDC, en beoordeeld door het Adviesforum van het ECDC.

Baarmoederhalskanker en infecties met humaan papillomavirus in de Europese Unie

Baarmoederhalskanker is in de Europese Unie (EU) na borstkanker de meest voorkomende vorm van kanker bij vrouwen van 15-44 jaar. Elk jaar doen zich in de EU ongeveer 33 000 gevallen van baarmoederhalskanker en 15 000 sterfgevallen voor. De voornaamste oorzaak van baarmoederhalskanker is een aanhoudende infectie van de geslachtsorganen met een hoogrisicotipe van het humaan papillomavirus (HPV).

Genitale HPV-infecties doen zich zeer vaak en snel na de eerste seksuele activiteit voor. De meeste van deze infecties verdwijnen weer spontaan. Aanhoudende infecties met een hoogrisico-HPV-type kunnen echter cellulaire veranderingen in de cervix veroorzaken. Die kunnen leiden tot baarmoederhalskanker. Hoogrisico-HPV-typen zijn ook in verband gebracht met andere vormen van anogenitale kanker, en met hoofd- en halskanker bij zowel mannen als vrouwen. Sommige laagrisico-HPV-typen veroorzaken genitale wratten bij zowel mannen als vrouwen.

Het humaan-papillomavirusvaccin

In Europa zijn twee prophylactische HPV-vaccins goedgekeurd: het quadrivalente Gardasil®-vaccin (Sanofi Pasteur MSD) en het bivalente Cervarix®-vaccin (GlaxoSmithKline Biologicals). Beide vaccins zijn gemaakt van virusachtige deeltjes, zijn niet-infectueus en hebben een goed veiligheidsprofiel. Ze beschermen allebei tegen de hoogrisico-HPV-typen 16 en 18, die verantwoordelijk zijn voor naar schatting 73 % van de gevallen van baarmoederhalskanker in Europa. Gardasil beschermt ook tegen HPV 6 en 11, die de meeste gevallen van genitale wratten veroorzaken. In grootschalige fase-III-onderzoeken is gebleken dat beide vaccins bij HPV-naïeve vrouwen meer dan 90 % van de aan de typen 16 of 18 gerelateerde precarcinomateuze laesies voorkomen. De vaccins worden toegediend in drie doses verspreid over een periode van zes maanden.

HPV-vaccins en bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker

Goed opgezette screeningsprogramma's voor baarmoederhalskanker met een hoge dekkingsgraad en effectieve follow-up en behandeling van vrouwen met afwijkende cytologie, verminderen aantoonbaar de incidentie van baarmoederhalskanker met meer dan 80 %. Georganiseerde screeningsprogramma's zijn effectiever dan opportunistische screening in het bereiken van vrouwen met het hoogste risico, het instellen van mechanismen voor kwaliteitscontrole en het bewaken van gestandaardiseerde graadmeters voor activiteit en impact.

Het HPV-vaccin biedt een nieuw, complementair instrument voor een betere bestrijding van baarmoederhalskanker. Screening op baarmoederhalskanker blijft echter noodzakelijk, ook voor vrouwen die tegen HPV-type 16 en 18 zijn gevaccineerd en nog steeds risico lopen op andere hoogrisicotypen. Onafhankelijk van de invoering van vaccinatie moeten nationale autoriteiten zich blijven inspannen voor de organisatie van bevolkingsonderzoeken en verbetering van de dekking en kwaliteit van de screeningsprogramma's. Het opzetten van screeningsprogramma's waar deze nog ontbreken, lijkt prioriteit te hebben.

HPV-vaccins zullen van invloed zijn op de doeltreffendheid van bestaande screeningsprogramma's, die nauwlettend gevolgd moeten worden. Brede vaccinatie zal leiden tot een zekere afname van het aantal HPV-gerelateerde cytologische afwijkingen. Daarnaast krijgen gevaccineerde vrouwen mogelijk een vals gevoel van veiligheid, met als gevolg een lagere opkomst bij bevolkingsonderzoeken. Vrouwen moeten worden voorgelicht en gemotiveerd om deel te nemen aan bevolkingsonderzoeken, ook als ze gevaccineerd zijn. Een van de belangrijkste uitdagingen zal zijn om een synergie te bereiken tussen vaccinatie en screening waar vrouwen maximaal baat bij hebben en die ook een aanvaardbare kosten-batenverhouding heeft.

Wie moet gevaccineerd worden? Doelpopulaties voor HPV-vaccinatie

Om de impact van de nieuwe vaccins op HPV-gerelateerde ziekte te optimaliseren, is de primaire doelgroep voor routinematige vaccinatie meisjes op de leeftijd vlak voordat seksuele activiteit (en dus HPV-infecties) in die groep gangbaarder wordt. Vaccinatie op jongere leeftijd zou niet veel infecties voorkomen en dient te worden vermeden tot er bewijs is dat het vaccin een langdurige bescherming (langer dan 15-20 jaar) biedt. Wanneer men zich bij aanvang van een programma van standaardvaccinatie met catch-upvaccinatie richt op iets oudere meisjes en jonge vrouwen, zal dit waarschijnlijk de impact van het vaccinatieprogramma versnellen en de vaccinatievoordelen op korte termijn vergroten.

Landspecifieke factoren zullen belangrijk zijn bij het bepalen van de exacte leeftijd voor standaardvaccinatie en de leeftijd voor eventuele catch-upvaccinatie. Deze factoren zijn onder meer: gemiddelde leeftijd van eerste seksuele ervaring, leeftijdspecifieke prevalentie van HPV-infecties (wanneer bekend), strategieën voor vaccintoediening en acceptatie van vaccinatie door de doelgroep (en hun ouders/voogden).

Het is onwaarschijnlijk dat selectieve vaccinatie van alleen hoogrisicogroepen praktisch is of effectiever dan vaccinatie van alle meisjes. Niettemin verdient de potentiële rol van selectieve/opportunistische vaccinatie van sommige hoogrisicopersonen naast standaardvaccinatie mogelijk verdere aandacht.

Strategie-opties voor toediening van het HPV-vaccin in EU-landen

Immunisatie op scholen is waarschijnlijk de goedkoopste mogelijkheid voor toediening van HPV-vaccins aan preadolescente meisjes. Lokale kwesties, zoals of er binnen scholen gezondheidsdiensten aanwezig zijn, financiële regelingen voor de aankoop van vaccins en administratie, en het verkrijgen van toestemming van de ouders kunnen echter van invloed zijn op de haalbaarheid van deze benadering.

Immunisatie in kliniek of praktijk is een overal beschikbare, aanvullende of alternatieve optie voor HPV-vaccinatie. Dit kan duurder zijn dan immunisatie op scholen. Bovendien kan het hier lastiger zijn te monitoren in welke mate van de vaccinatiemogelijkheid gebruik wordt gemaakt.

Ziekenhuisdiensten voor seksuele en reproductieve gezondheid en andere speciale medische voorzieningen voor vrouwen kunnen belangrijke locaties voor immunisatie zijn. Het is echter mogelijk dat meisjes hier niet komen vóór hun eerste seksuele activiteit, dus zijn deze waarschijnlijk voornamelijk zinvol voor catch-upprogramma's voor oudere adolescenten en vrouwen. Er kunnen ook andere settings zijn voor het toedienen van HPV-vaccins aan meisjes in 'moeilijk te bereiken' gemeenschappen en voor opportunistische immunisatie wanneer meisjes om andere redenen een bezoek brengen aan medische diensten. Door hiervan gebruik te maken, kan de brede toepassing van vaccinatie worden verbeterd.

Bij het plannen van strategieën voor toediening van het HPV-vaccin moet rekening worden gehouden met bestaande vaccinatieprogramma's voor adolescenten en andere lopende activiteiten ter bevordering van de gezondheid. Het is essentieel dat steeds wanneer vaccinatie wordt toegediend, duidelijk wordt gemaakt dat immunisatie slechts een aanvulling op en geen vervanging van screening op baarmoederhalskanker is.

Kosten voor het opstellen van modellen en resultaten van HPV-vaccinatie

HPV-vaccinatie moet niet alleen worden beoordeeld op doeltreffendheid, maar moet ook vanuit economisch perspectief worden bekeken. Economische beoordeling heeft tot doel te bepalen of de kosten voor de maatschappij van een dankzij HPV-vaccinatie gewonnen en op het vlak van kwaliteit gecorrigeerd levensjaar (quality adjusted life year of QALY) overeenkomt met die van andere algemeen geaccepteerde interventies in de medische zorgsector.

Vanwege de variabiliteit van kosten en gezondheidszorgsystemen in verschillende landen zijn economische beoordelingen niet volledig exporteerbaar. Daarom moet in elk land worden getracht een raming van de kosten te maken (waarbij ook rekening wordt gehouden met het type screening op baarmoederhalskanker dat wordt toegepast) alvorens een beslissing te nemen over de beste strategie ter voorkoming van baarmoederhalskanker.

Tot nu toe gaan economische ramingen ervan uit dat HPV-vaccinatie van preadolescente meisjes (met of zonder catch-up van oudere leeftijdsgroepen) een aanvaardbaar kosten-batenprofiel heeft. De resultaten zijn gunstiger wanneer dynamische simulatiemodellen worden gebruikt, waarbij ook het effect van vaccinatie op de overdrachtpercentages wordt meegenomen.

Monitoring en beoordeling van de invloed van HPV-vaccinatie

Nadat een vergunning is verleend, moeten evaluaties uitwijzen in welke mate gebruik wordt gemaakt van de vaccinatie, hoe trouw de therapie gevolgd wordt, of de vaccins op lange termijn werkzaam en doeltreffend zijn, hoe de vaccins geïntegreerd worden in andere strategieën als bevolkingsonderzoek op baarmoederhalskanker en hoe veilig de vaccinatie is. Coördinatie tussen toezicht op vaccins en programma's voor bestrijding van kanker zullen essentieel zijn om de invloed van het vaccin en voordelen ervan te beoordelen ten opzichte van andere, bestaande preventieve interventies als screening.

Methoden om de invloed van vaccins op klinisch relevante ziekte-eindpunten te beoordelen, zijn onder meer surveillance van vaccingerelateerde HPV-infectie, precarcinomeuze laesies of vormen van kanker door middel van bestaande of recentelijk ontwikkelde laboratorium-, cytologie- of kankerregistraties.

Ook fase-IV-onderzoeken zijn voorgesteld voor de beoordeling van de invloed van het HPV-vaccin op de volksgezondheid. Deze kunnen nadere informatie opleveren over de incidentie van abnormale en precarcinomeuze cellen, en over de incidentie en mortaliteit van kanker. Ze zouden ook nuttig kunnen zijn voor de beoordeling van de potentiële integratie van screenings- en vaccinatieprogramma's voor baarmoederhalskanker. Monitoring op basis van systematische registratie van HPV-vaccinatie en koppelingsonderzoeken aan de hand van relevante gezondheidszorgregisters kan worden gebruikt om de effectiviteit van de vaccins te beoordelen onder praktijkomstandigheden.

De minimale informatie voor monitoring van HPV-vaccinatie moet onder meer gegevens bevatten over vaccinatiedekking, monitoring van ongewenste voorvallen na immunisatie en ten minste surveillance van de invloed op precarcinomeuze laesies via peilstations.

3. Risicogroepen met prioriteit voor influenzavaccinatie

(Gepubliceerd in augustus 2008)

Op verzoek van de Europese Commissie heeft het ECDC een wetenschappelijk volksgezondheidsonderzoek uitgevoerd naar risicogroepen voor influenza¹ en andere groepen in Europa aan wie immunisatie tegen seizoensinfluenza wordt aangeboden. De specifieke doelstellingen van dit onderzoek waren:

- het beschrijven van de risicogroepen waarvoor in de EU/EER-landen immunisatie wordt aanbevolen, samen met bijzonderheden over andere groepen waaraan immunisatie wordt aangeboden,
- het samenvatten van het ondersteunende bewijs voor de risicogroepen waarvoor vaccinatie wordt aanbevolen,
- het op grond van transparante criteria voorstellen van een lijst van risicogroepen in de EU die prioriteit hebben,
- het maken van een grove schatting van het aantal mensen in EU-landen dat tot risicogroepen met prioriteit behoort en
- het vaststellen op welke gebieden verdere werkzaamheden noodzakelijk zijn, waaronder onderzoek en ontwikkeling.

De beschrijvingen van de risicogroepen voor influenza en de andere groepen waaraan op dit moment immunisatie wordt aangeboden, zijn afkomstig van een onderzoek uit 2008 door het VENICE-project in samenwerking met het ECDC. Volgens de door ECDC/VENICE ontwikkelde criteria moeten risicogroepen goed omschreven groepen zijn waarvan waarschijnlijk is dat ze een ernstigere vorm van de ziekte ontwikkelen dan anderen. Daarnaast moet er gepubliceerd bewijs zijn dat hun risico van infectie werd verminderd door immunisatie. Wat betreft het eerste criterium werden de werkzaamheden belemmerd door het feit dat er op dit moment in Europa geen routinematige surveillance plaatsvindt van ernstige aan influenza gerelateerde morbiditeit en mortaliteit. Criteria voor aan het beroep gerelateerde gezondheid (voornamelijk immunisatie van medewerkers in de gezondheidszorg) zonder bewezen voordeel voor patiënten werden vermeld, maar kregen een lager gewicht toegekend – met uitzondering van één groep medewerkers, namelijk degenen die betrokken zijn bij de zorg aan ouderen in residentiële settings waar duidelijke aanwijzingen bestaan dat dit bewoners bescherming biedt. Ten slotte werd de mate van consensus tussen EU-landen genoteerd.

Uit de analyse van de literatuur blijkt dat er in Europa twee risicogroepen zijn waarvoor standaard jaarlijkse immunisatie tegen seizoensgriep op wetenschappelijke grond en met het oog op de volksgezondheid te rechtvaardigen is. Dit zijn:

- oudere leeftijdsgroepen, doorgaans 65 jaar en ouder en
- mensen met chronische aandoeningen, in het bijzonder aandoeningen in de volgende categorieën:
 - chronische respiratoire aandoeningen,
 - chronische cardiovasculaire aandoeningen,
 - chronische stofwisselingsziekten,
 - chronische nier- en leveraandoeningen,
 - personen met immuundeficiëntie (aangeboren of verworven),
 - jongeren die langdurig worden behandeld met salicylaat en
 - personen met aandoeningen die de ademhalingsfunctie aantasten.

¹ Risicogroepen voor influenza worden hier gedefinieerd als groepen mensen die een groter risico hebben van ernstige ziekte bij infectie en van wie daarnaast bekend is dat ze baat hebben bij vaccinatie doordat dit het risico van infectie verlaagt.

Dit zijn ook de enige risicogroepen waarover in alle landen van de Europese Unie consensus bestaat. De exacte leeftijdsdefinitie van de leeftijdsgroep van ouderen is enigszins arbitrair (ouder dan 64 jaar, ouder dan 59 jaar, etc.) en een klein aantal landen wijkt al af van het criterium 'ouder dan 64 jaar', afhankelijk van nationale omstandigheden en analyses.

Er bestaan goede argumenten voor het aanbieden van immunisatie aan twee andere risicogroepen: zwangere vrouwen en kinderen (wisselend gedefinieerd als 'jonger dan twee jaar' of 'jonger dan vijf jaar'). Voor beide groepen is er in Europa echter slechts beperkte informatie beschikbaar, zowel over risico als over werkzaamheid, en tot nu toe is er geen Europese consensus. Er zijn te weinig gegevens om deze twee groepen op EU-niveau aan te merken als risicogroep. Naarmate er meer informatie en gegevens beschikbaar komen, moeten deze groepen opnieuw worden beoordeeld. Het is met name belangrijk dat gegevens worden verzameld over de invloed van immunisatie in deze groepen zodat er na verdere beoordeling consensus kan worden bereikt.

Daarnaast zijn er groepen waaraan dikwijls immunisatie wordt aangeboden, maar die geen risicogroepen vormen en waarvoor er vanuit volksgezondheidsoogpunt ook geen sterke argumenten zijn. Zo is er binnen de EU een ruime consensus over het feit dat medewerkers in de gezondheidszorg die contact hebben met patiënten, moeten worden geïmmuniseerd vanuit bedrijfsgeneeskundig oogpunt (bescherming van de werknemers). Er bestaat krachtig, op onderzoek gebaseerd bewijs dat immunisatie van werknemers in zorginstellingen voor ouderen indirect voordeel oplevert voor de bewoners en hen tegen een ernstige afloop van influenza-infectie beschermt. Het is echter opvallend dat de meeste gezondheidszorgmedewerkers in Europa geen gebruik maken van de mogelijkheid tot immunisatie. Er is geen duidelijk bewijs dat mensen in de twee voornaamste risicogroepen er baat bij hebben wanneer aan personen met wie zij samenleven, immunisatie wordt aangeboden.

Er worden grove schattingen gemaakt ten aanzien van de aantallen en percentages mensen die tot de twee voornaamste risicogroepen in EU-landen behoren. In dit onderzoek werd één methode toegepast die suggereerde dat in EU-landen op dit moment jaarlijks ongeveer 25 % van de bevolking moet worden geïmmuniseerd aangezien deze personen tot minstens één van de twee belangrijkste risicogroepen behoren. Andere nationale schattingen komen met soortgelijke percentages. De spreiding tussen de landen bedraagt 19 % tot 28 %, afhankelijk van het percentage ouderen binnen de populatie van elk land. Het totaal in de EU wordt geschat op ongeveer 125 miljoen personen, waarvan twee derde (ongeveer 84 miljoen) mensen van 65 jaar of ouder betreft en een derde (ongeveer 41 miljoen) jongere mensen met een chronische ziekte. Deze cijfers zullen in de loop van de tijd onvermijdelijk stijgen door de vergrijzing en het succes van de moderne geneeskunde waardoor mensen met een chronische ziekte langer een productief leven kunnen leiden.

Dit onderzoek beveelt een aantal prioriteiten aan voor ontwikkeling en onderzoek in Europa:

- ontwikkeling van surveillance: standaardsurveillance van ernstige manifestaties van influenza in Europa (ziekenhuisopnamen en overlijden),
- standaardmonitoring van de effectiviteit van influenzavaccinatie, met name ten aanzien van risicovermindering van ernstige ziekte en overlijden als gevolg van influenza,
- schatting van de ziektelast door influenza bij zwangere vrouwen en bij kinderen, en beoordeling van de invloed van immunisatie van zwangere vrouwen en van kinderen van alle leeftijden in Europa,
- verder onderzoek om aan te tonen of immunisatie van gezondheidszorgmedewerkers en gezinsleden het risico van kwetsbare personen in de twee voornaamste risicogroepen verkleint,
- ontwikkeling van projecten voor een sterkere bevordering van griepimmunisatie onder gezondheidszorgmedewerkers, zowel voor henzelf als voor hun patiënten,
- specifiek onderzoek naar de vraag of er sprake is van een hoger risico van ernstige ziekte door influenza-infectie bij met hiv geïnfecteerde personen in Europa en soortgelijke onderzoeken voor andere, vaker voorkomende aandoeningen als lichte astma,
- onderzoeken naar de invloed op de gezondheid en gezondheidseconomische onderzoeken inzake influenza-immunisatie, bijv. bij personen ouder dan de drempelleeftijd voor immunisatie, waarbij erkend wordt dat verschillende landen hun eigen drempelleeftijd moeten vaststellen,
- onderzoek naar de invloed van algemene immunisatie om vast te stellen welke indirecte positieve impact een algemene vermindering van het aantal overdrachten heeft.

Surveillancerapporten

4. Jaarlijks epidemiologisch rapport over overdraagbare ziekten in Europa 2008 – Rapport over de status van overdraagbare ziekten in de EU- en EER- /EVA-landen

(Gepubliceerd in december 2008)

Ieder jaar publiceert het ECDC het jaarlijks epidemiologisch rapport (Annual Epidemiological Report (AER)). De in 2008 gepubliceerde tweede editie bevat een overzicht uit 2006 van de surveillance van overdraagbare ziekten in tabelvorm met beperkte commentaren en geeft een beschrijving van acute bedreigingen voor de menselijke gezondheid door overdraagbare ziekten in 2007. Daarnaast richt het rapport zich ook op een uitgebreide beschrijving van met de gezondheidszorg verband houdende infecties, waaronder antimicrobiële resistentie (AMR).

Sinds de vorige editie van dit rapport zijn de grote bedreigingen met betrekking tot overdraagbare ziekten in de EU niet veranderd. Het gaat om:

- antimicrobiële resistentie;
- met de gezondheidszorg verband houdende infecties;
- hiv-infectie;
- pneumokokkeninfecties;
- influenza (pandemisch potentieel, evenals jaarlijkse seizoensepidemieën);
- tuberculose.

BELANGRIJKSTE ONDERWERP VAN DEZE EDITIE

Met de gezondheidszorg verband houdende infecties

De surveillance van met de gezondheidszorg verband houdende infecties in Europa vindt plaats via het IPSE-netwerk (Improving Patient Safety in Europe) (2005–juni 2008). Naast surveillance van ziekenhuisinfecties (Hospitals in Europe Link for Infection Control through Surveillance, HELICS-SSI) houdt het IPSE-netwerk ook de surveillance van intensive care-afdelingen (HELICS-ICU) in.

In 2006 bleef de incidentie van ziekenhuisinfecties stabiel vergeleken met 2004-2005, met uitzondering van heupprotheseoperaties, waarbij een significant dalende trend werd waargenomen; van 2,2% in 2004 tot 1,6% in 2005 en 1,3% in 2006 ($p = 0,039$).

Van de 51 621 patiënten die langer dan twee dagen op de afdeling intensive care verbleven, kreeg 6,8% longontsteking. De incidentie varieerde van 1,5% bij niet-beademde patiënten tot 22,2% bij patiënten die een week of langer werden beademd. Het vaakst geïsoleerde micro-organisme bij op de IC verworven longontsteking was *Pseudomonas aeruginosa*. Bij de op de IC verkregen infecties van de bloedbaan waren coagulase-negatieve stafylococci het vaakst voorkomend.

In 2006 werd de surveillance van met de gezondheidszorg verband houdende infecties verder uitgebreid. Die uitbreiding zal worden voortgezet na de transitie van de surveillanceonderdelen van het IPSE-netwerk naar het ECDC in 2008.

Over het algemeen bleven de aantallen met de gezondheidszorg verband houdende infecties in geheel Europa in 2006 stabiel. Er blijven tussen de landen echter grote verschillen in surveillance bestaan en er dient verdere nadruk gelegd te worden op de harmonisatie van de methoden.

Antimicrobiële resistentie

De gegevens over antimicrobiële resistentie zijn afkomstig van het Europees systeem voor de surveillance van antimicrobiële resistentie (EARSS), een netwerk dat zich toelegt op de surveillance van antimicrobiële resistentie in Europa.

Streptococcus pneumoniae

In 2006 waren in de meeste Europese landen de percentages van penicilline-resistente *S. pneumoniae* (PNSP) lager dan 5%, terwijl dit aandeel in de Zuid-Europese landen en de landen rond de Middellandse Zee varieerde van 7% tot > 25%.

Staphylococcus aureus

Methicilline-resistente *Staphylococcus aureus* (MRSA) bleef zich in 2006 verspreiden in Europese landen met een hoog, middelhoog en laag endemisch niveau. Vijftien van de 31 landen (hoofdzakelijk Zuid-Europese landen, het VK en Ierland) rapporteerden dat de proportie van alle *Staphylococcus aureus*-isolaten die resistent zijn voor methicilline 25% of meer bedraagt, waarbij in landen met een hoog endemisch niveau deze proporties zich stabiliseren. In Noord-Europa blijft de proportie MRSA < 4%.

Escherichia coli

Het toenemende niveau van fluoroquinolon-resistentie in Europa was bijzonder alarmerend.

Pseudomonas aeruginosa

In 2006 was bijna een vijfde van de invasieve *P. aeruginosa*-isolaten resistent voor drie of meer antibiotica, in het bijzonder in Zuid-Europese landen.

SAMENVATTING VAN DE SURVEILLANCE VAN OVERDRAAGBARE ZIEKTEN 2006

Hiv, seksueel overdraagbare aandoeningen, hepatitis B en C

In 2006 bleef hiv-infectie een groot probleem voor de volksgezondheid in Europa, met ruim 25 000 nieuw gediagnosticeerde gevallen die door 29 landen werden gerapporteerd (met uitzondering van Italië, Spanje en Liechtenstein), leidend tot een algemene incidentie van 6 per 100 000. In de landen bestaat een brede diversiteit in de epidemiologie van hiv-infectie. In sommige Europese landen werd een toenemend aantal hiv-gevallen gerapporteerd, met name in Estland, Letland, Luxemburg, Portugal en het Verenigd Koninkrijk. Het aantal nieuw gerapporteerde aidsgevallen in de EU- en EER-/EVA-landen was 7 035, oftewel 1,4 per 100 000 inwoners, hetgeen overeenkomt met een afname van meer dan een derde sinds 1999.

Heteroseksueel contact (53%) was de belangrijkste wijze van transmissie van hiv-infectie; in circa 40% van de gevallen werd de diagnose echter gesteld bij mensen uit landen met een gegeneraliseerde epidemie. Deze gevallen buiten beschouwing latend, is de belangrijkste wijze van transmissie seksueel contact tussen mannen (37%).

Een groot aantal hiv-positieve personen in de EU is zich nog altijd niet bewust van hun infectie. Dit benadrukt de noodzaak inspanningen te doen om de mogelijkheid van hiv-tests te vergroten.

Seksueel overdraagbare aandoeningen

In 2006 bleven infecties met *Chlamydia trachomatis* de vaakst gerapporteerde soa (en in het algemeen de vaakst rapporteerbare ziekte in Europa). De 22 EU- en EER-/EVA-lidstaten die deze ziekte opvolgen, rapporteerden bijna een kwart miljoen gevallen van deze infectie. Het gerapporteerde aantal was 92 per 100 000 inwoners.

In 2006 werd in Zweden een nieuwe variant van *Chlamydia trachomatis* gerapporteerd die niet kon worden opgespoord met behulp van de algemeen verkrijgbare commerciële tests. Dit leidde tot een onderzoek naar deze nieuwe variant in de andere lidstaten, maar de aandoening lijkt zich nog altijd hoofdzakelijk tot Zweden te beperken.

In 2006 werd een vergunning verleend voor het eerste vaccin tegen infectie met het humaan papillomavirus.

Influenza

In 2006 deden zich de eerste gevallen voor van de sterke pathogene vogelgriep (A(H5N1)) bij wilde vogels en pluimvee in de Europese Unie. In 2006 werden er echter geen menselijke besmettingsgevallen met A(H5N1) gerapporteerd; er is slechts één besmettingsgeval met een laag-pathogene H7 vogelgriepstam gerapporteerd bij iemand in het VK die met pluimvee werkte. Niettemin zorgde aangescherpte wetgeving op het gebied van de diergezondheid voor een consistente respons op de toenemende dreiging van het A(H5N1)-virus in de EU-lidstaten. Aangezien het hoofdzakelijk een vogelvirus bleef, bleef snelle identificatie en uitroeiing van de infectie bij vogels en vooral bij pluimvee de eerste bescherming voor de mens.

Tuberculose

De incidentie van tuberculose (tbc) bleef afnemen onder de autochtone bevolking van bijna alle lidstaten, waar tbc vooral een ziekte bij ouderen is die nu gereactiveerd is na een primaire infectie, vele decennia geleden. Recente demografische, politieke en sociaaleconomische veranderingen in Europa, zoals toenemende migratie, zijn echter van invloed op deze situatie. Het gevolg hiervan is dat tbc vaker optreedt bij migranten, daklozen, arme mensen in de binnensteden, gevangenen, mensen met hiv en drugsgebruikers in de EU.

Daarnaast zijn er gebieden met een hoge incidentie van tuberculose die resistent is voor geneesmiddelen, hetgeen vooral te wijten is aan onvolledige of slecht opgezette behandelregimes.

Door een vaccin te voorkomen ziekten (VPD)

Sinds de introductie van de algemene jeugdvaccinatie met het *Haemophilus influenzae* type B (Hib) vaccin in de meeste EU-landen, is de incidentie van invasieve Hib-ziekte gedaald en blijft ze laag voor de gehele bevolking van de EU-landen (in 2006 minder dan 1 op de 100 000 inwoners).

Verscheidene Europese landen hebben het pneumokokkenvaccin 7 (PCV7) toegevoegd aan hun vaccinatieschema's, in elk geval voor groepen met een verhoogd risico. Dit heeft geleid tot bezorgdheid over de mogelijkheid dat gewone serotypes geleidelijk aan vervangen kunnen worden door serotypes waartegen PCV7 geen bescherming biedt, zoals in de Verenigde Staten reeds is waargenomen. Dit versterkt het belang van surveillancesystemen die niet alleen betrekking hebben op de ziekte, maar ook op de verspreiding van het serotype.

Ondanks een algemene dalende trend in het afgelopen decennium waren mazelen in 2006 nog altijd een prioriteit voor de volksgezondheid, met ruim 7 000 bevestigde gevallen en zes gerapporteerde sterfgevallen. Enkele voorvallen toonden ook duidelijk aan hoe groot de kans op een uitbraak van mazelen was.

De meeste EU-landen gebruikten in 2006 het acellulair kinkhoestvaccin (aK). Na een periode van stabiliteit lijkt het meldingspercentage in bepaalde EU-landen sinds 2003 licht te stijgen.

Door voedsel en water overgedragen ziekten

Campylobacter blijft de meest frequent gerapporteerde verwekker van maag-darmziekten in de EU en de EER-/EVA-landen, met een incidentie van bijna 40 op de 100 000 gevallen, ook al lijkt er van 2005 tot 2006 sprake geweest te zijn van een lichte afname.

VTEC-/STEC-infecties lijken ook af te nemen, met in 2006 een meldingspercentage van net iets meer dan 1 geval op de 100 000 inwoners, hoewel sommige landen aanzienlijk hogere aantallen rapporteren, vooral bij jonge kinderen.

SAMENVATTING VAN DE BEDREIGINGEN IN 2007

In 2007 bewaakte het ECDC 168 bedreigingen, waarvan:

- 142 (85%) nieuw waren;
- 21 in 2006 begonnen waren en in 2007 nog altijd actief waren;
- 5 in 2005 begonnen waren en in 2007 nog altijd actief waren;
- 66 bedreigingen een actieve follow-up door het ECDC vereisten;
- 10 resulteerden in een gedetailleerde dreigingsanalyse die via het EWRS (systeem voor vroegtijdige waarschuwing en maatregelen) verspreid werd naar de EU-lidstaten en de Europese Commissie.

In het algemeen bleven de bedreigingen voor de EU in 2007 wijdverbreid. Door voedsel en water overgedragen ziekten blijven de meest voorkomende bron van bedreigingen die in de EU bewaakt worden. Belangrijk is dat er in 2007 sprake was van een significante stijging van aan tuberculose gerelateerde bedreigingen en in het bijzonder voorvallen met betrekking tot *multidrug-resistant tuberculosis* (tuberculose die resistent is tegen de meest effectieve tbc-geneesmiddelen (MDR-tbc)) en tot *extensively drug-resistant tuberculosis* (tuberculose die resistent is tegen de meest effectieve tbc-geneesmiddelen en tegen tweedelijns-geneesmiddelen (XDR-tbc)), evenals voorvallen van medepassagiers die blootgesteld werden aan tuberculosepatiënten die reisden terwijl ze besmettelijk waren.

De meeste bedreigingen waarvan was vastgesteld dat ze in 2007 mogelijke gevolgen voor de EU hadden, werden gerapporteerd via het EWRS of de Europese netwerken die daartoe waren opgezet (EWGLI voor veteranenziekte en ENTERNET voor door voedsel en water overgedragen ziekten). Het EWRS heeft steeds bewezen een effectief hulpmiddel te zijn bij de coördinatie van de tijdige uitvoering van maatregelen op het gebied van de volksgezondheid door EU-lidstaten om bevestigde bedreigingen te beteugelen. In 2007 begon het ECDC met de ontwikkeling van een EU-breed communicatieplatform voor inlichtingen over epidemieën.

CONCLUSIES

De prioriteiten voor de preventie en bestrijding van overdraagbare ziekten in de EU zijn sinds de vorige editie van het jaarlijks epidemiologisch rapport niet aanzienlijk gewijzigd.

Enerzijds blijven de problemen hetzelfde, ook bij aandoeningen met een consequent hoge last. Naast de zes grote bedreigingen die aan het begin van deze samenvatting vermeld staan, verdienen de grote aantallen gerapporteerde besmettingen met chlamydia en campylobacter onze aandacht.

Anderzijds is er op het gebied van sommige ziekten, zoals bij sommige door een vaccin te voorkomen ziekten (waaronder Hib), een afname in incidentie geweest en is de incidentie van enkele andere door een vaccin te voorkomen ziekten (zoals difterie) uitzonderlijk laag – circa 0,1 gevallen op de 100 000 inwoners. De EU-lidstaten hebben echter nog lang niet de doelen bereikt die gesteld waren door de programma's voor de uitroeiing van ziekten, vooral wat betreft mazelen.

De kwaliteit van de gegevens waarop deze conclusies zijn gebaseerd, is nog altijd verre van volmaakt en er moet veel energie worden gestoken in het verbeteren van de surveillance van overdraagbare ziekten in de Europese Unie. Het belangrijkste is dat er nog altijd grote problemen zijn rond de vergelijkbaarheid van gegevens afkomstig uit verschillende lidstaten, wat duidelijk afbreuk doet aan het nut ervan voor het Europese niveau van de verzamelde gegevens.

Er moeten nieuwe methoden onderzocht worden om gegevens aan te leveren waarmee de prioriteiten inzake overdraagbare ziekten bepaald kunnen worden. Het inschatten van de huidige en toekomstige last van overdraagbare ziekten hoort daarbij.

Met een blik op de toekomst is het duidelijk dat enkele langetermijntrends van invloed zullen zijn op het overzicht van overdraagbare ziekten in de EU, zoals:

- de vergrijzende EU-bevolking;
- milieuveranderingen, waaronder klimaatverandering;
- toegenomen reizen en migratie; en
- maatschappelijke veranderingen.

De last en de trends van overdraagbare ziekten in de EU moeten aanhoudend bewaakt worden teneinde de juiste gegevens te verstrekken op basis waarvan een gemeenschappelijk gezondheidsbeleid opgesteld kan worden.

5. Hiv- /aidssurveillance in Europa

(Gepubliceerd in december 2008)

Kernpunten

Hiv-infectie blijft in Europa van zeer groot belang voor de volksgezondheid. Er is bewijs van een toenemende transmissie van hiv in verschillende Europese landen.

- In 2007 zijn er 48 892 nieuw gediagnosticeerde gevallen van hiv-infectie gerapporteerd door 49 van de 53 landen in de Europese WHO-regio (geen gegevens beschikbaar van Oostenrijk, Italië, Monaco en Rusland). Het hoogste aantal gevallen is gerapporteerd door Estland, Oekraïne, Portugal en Moldavië. 5 244 aidsgevallen zijn gerapporteerd door 48 landen (geen gegevens beschikbaar van Italië, Kazachstan, Monaco, Rusland en Oekraïne).
- In 2007 zijn er 26 279 nieuw gediagnosticeerde gevallen van hiv-infectie gerapporteerd in de landen van de Europese Unie en de Europese Vrijhandelsassociatie (in dit rapport EU/EVA) (geen gegevens beschikbaar van Oostenrijk en Italië). In de EU/EVA werd het hoogste aantal gevallen gemeld door Estland, Portugal en Letland; het laagste aantal gevallen werd gemeld door Slowakije, Tsjechië en Roemenië.
- In de EU/EVA blijkt de belangrijkste transmissiewijze van hiv-infectie seksueel contact tussen mannen te zijn, gevolgd door heteroseksueel contact. Circa 40% van de gevallen die gerapporteerd zijn als heteroseksueel verworven werd gediagnosticeerd bij personen uit landen met gegeneraliseerde hiv-/aids-epidemieën.
- In de drie geografische gebieden van de Europese WHO-regio is de belangrijkste transmissiewijze telkens anders. In het oosten is intraveneus drugsgebruik nog altijd de belangrijkste transmissiewijze, terwijl in het midden de belangrijkste transmissiewijze van hiv heteroseksueel contact is, hoewel het aantal gerapporteerde hiv-gevallen bij mannen die seksueel contact met mannen hebben er ook is toegenomen. In het westen is de belangrijkste transmissiewijze seksueel contact tussen mannen, gevolgd door heteroseksueel contact, wanneer gevallen bij personen uit landen met gegeneraliseerde epidemieën niet worden meegerekend.
- In het algemeen, ondanks onvolledige rapportering, is het aantal gerapporteerde nieuw gediagnosticeerde gevallen van hiv-infectie in 2007 toegenomen, terwijl het aantal gediagnosticeerde aidsgevallen in de Europese WHO-regio bleef afnemen, hoewel het aantal aidsgevallen in het oosten bleef stijgen. Sinds 2000 is het aantal gerapporteerde nieuw gediagnosticeerde hiv-gevallen per miljoen inwoners bijna verdubbeld, van 39 per miljoen inwoners in 2000 tot 75 per miljoen inwoners in 2007, gebaseerd op de 44 landen die consequent hiv-surveillancegegevens gerapporteerd hebben.
- Het totale aantal hiv-tests dat jaarlijks voor diagnostische doeleinden wordt verricht, met uitzondering van ongekoppelde anonieme tests en bloeddonaties, is in de meeste landen tussen 2003 en 2007 toegenomen.

- De hier gepresenteerde gegevens hebben enige beperkingen, hetgeen hoofdzakelijk te wijten is aan het feit dat van een aantal landen gegevens ontbreken. Dit beperkt de conclusies die getrokken kunnen worden inzake de omvang van de hiv- en aidsepidemieën in Europa. Als deze gegevens meegenomen zouden worden, zou het totale aantal gevallen voor 2007 ruwweg verdubbeld kunnen worden.

Aanbevelingen voor hiv-/aidssurveillance

Gegevens over hiv-/aidssurveillance zijn van zeer groot belang om de trends van de hiv-epidemie te kunnen bewaken en de respons vanuit het perspectief van de volksgezondheid te kunnen beoordelen. Daarom moeten alle landen in Europa:

- voor hiv- en aidsgevallen nationale rapporteringssystemen invoeren, gebaseerd op de hiv- en aidsgevallen, en de volledigheid en tijdigheid hiervan waarborgen;
- de kwaliteit van de gerapporteerde gegevens verbeteren, vooral met betrekking tot mogelijke transmissieroutes; en
- uitgebreide hiv-surveillance bevorderen, waaronder routinematige surveillance van het gedrag en onderzoeken naar de prevalentie van hiv.

Aanbevelingen voor de volksgezondheid

Maatregelen om de epidemie te bestrijden moeten wetenschappelijk onderbouwd zijn en afgestemd zijn op het land en het geografische gebied. Op basis van de beschikbare surveillancegegevens is het redelijk om het volgende aan te bevelen:

- Oosten: maatregelen om hiv bij intraveneuze drugsgebruikers te bestrijden moeten de hoeksteen zijn van hiv-preventiestrategieën; ook moeten de maatregelen om heteroseksuele transmissie te voorkomen, worden aangescherpt, in het bijzonder bij diegenen met een partner met een verhoogd risico.
- Midden: de preventie moet worden afgestemd op de omstandigheden van elk land om hun epidemiologische voordelen in stand te houden.
- Westen: maatregelen om hiv te bestrijden bij mannen die seksueel contact met mannen hebben, moeten de hoeksteen zijn van hiv-preventiestrategieën, bijv. vernieuwde campagnes over veilig vrijen gericht op mannen die seksueel contact met mannen hebben; maatregelen voor preventie, behandeling en zorg moeten worden aangepast om migrantenpopulaties te bereiken.
- In alle subregio's moeten hiv-tests gepropageerd worden om vroege toegang tot behandeling en counseling te waarborgen teneinde verdere transmissie te helpen voorkomen of verminderen en de uitkomsten van de behandeling op langere termijn voor de betreffende personen te verbeteren.

Speciale rapporten

6. Kaderactieplan voor de bestrijding van tuberculose in de Europese Unie

(Gepubliceerd in maart 2008)

Tbc is een ernstige, van mens op mens overdraagbare ziekte. Ze wordt meestal opgelopen ademhalingsdruppeltjes met bacteriën van iemand met een longziekte in te ademen. Hoewel er een effectieve behandeling voor tbc bestaat, kan een gebrekkige behandeling of slechte naleving van de behandelvoorschriften ertoe leiden dat patiënten niet genezen of een vroegtijdige terugval vertonen. Daardoor kunnen zich ook tbc-vormen ontwikkelen die resistent zijn voor geneesmiddelen.

De incidentie van tbc is in de afgelopen decennia gestaag teruggelopen. De incidentiepercentages van de EU-27 behoren tot de laagste in de wereld, maar zijn wel hoger dan in andere geïndustrialiseerde landen, zoals de Verenigde Staten en Australië. Er is echter nog weinig reden om zelfgenoegzaam achterover te leunen, aangezien een soortgelijke, positieve epidemiologische situatie tientallen jaren geleden ook al eens in verschillende landen is geconstateerd. Dat leidde toen tot een vermindering van de aandacht voor tbc en tot het terugschroeven van de beschikbare middelen en diensten voor de preventie en bestrijding van tbc. Daardoor stak de ziekte opnieuw de kop op, aangejaagd door de hiv-epidemie en de ontwikkeling van MDR-tbc. Nieuwe maatregelen waren derhalve nodig, zowel op het gebied van de bestrijdingsprogramma's als met betrekking tot activiteiten om een vroegtijdige diagnose, de beschikbaarheid van adequate behandelingen en de voltooiing van die behandelingen te waarborgen.

In maart 2007 is het Europees Centrum voor Ziektepreventie en -bestrijding door de toenmalige commissaris van de Europese Unie (EU) voor gezondheid, Markos Kyprianou, verzocht om een voorstel te ontwikkelen voor een actieplan voor de bestrijding van tuberculose (tbc) in de EU.

De langetermijndoelstelling van het kaderactieplan voor de bestrijding van tbc is het bestrijden en uiteindelijk elimineren van tbc in de EU. De meeste activiteiten die gericht zijn op het verminderen van de tuberculosedreiging worden door de lidstaten zelf verricht, waarbij zij door de EU-instellingen worden ondersteund. De doelstellingen van het plan zijn:

- het vergroten van het politieke en publieke besef dat tbc de volksgezondheid in de EU nog steeds in belangrijke mate beïnvloedt;
- het ondersteunen en vergroten van de inspanningen van de lidstaten bij de bestrijding van tbc, op een manier die aansluit bij de nationale epidemiologische situatie en uitdagingen;
- het bijdragen aan de bestrijding van tbc in de EU door steun te verlenen aan die landen waaruit de meeste 'geïmporteerde' gevallen afkomstig zijn.

Dit voorstel is op vier beginselen gebaseerd: het waarborgen van een snelle en kwalitatief hoogwaardige zorg voor iedereen; het vergroten van de draagkracht van de gezondheidszorg; het ontwikkelen van nieuwe instrumenten; en het creëren van partnerschappen en samenwerkingsverbanden met en tussen landen en andere betrokken partijen. De acht gebieden voor strategische ontwikkeling waren rond deze beginselen gegroepeerd. Samengevat zijn dit de aanbevolen doelstellingen/acties voor elk van de acht gebieden:

Gebied 1: gerichte nadruk op tbc-bestrijding, tbc-bewustzijn en de capaciteit van de gezondheidszorg

1. Het verhogen van het politiek engagement en van de beschikbare middelen voor plannen voor de tbc-bestrijding als onderdeel van de algemene strategieën op het gebied van de volksgezondheid.
2. Het vergroten van de capaciteit van de gezondheidszorg in de lidstaten met het oog op het uitvoeren van activiteiten voor de bestrijding en eliminatie van tbc.

Gebied 2: surveillance

1. Het evalueren van de epidemiologische kenmerken en de verspreiding van tbc binnen de populatie qua tijdsverloop en geografie, zowel binnen de lidstaten als voor Europa als geheel.
2. Het controleren van de resultaten van de activiteiten op het gebied van tbc-bestrijding en het integreren van de betreffende informatie in de beleidsvormingscyclus met het oog op adequate maatregelen om de nationale en Europese tbc-plannen te upgraden.
3. Het in kaart brengen en beschrijven van kwetsbare bevolkingsgroepen met een verhoogd tbc-risico en een ongunstige prognose waarvoor gerichte activiteiten binnen de gezondheidszorg noodzakelijk zijn.

Gebied 3: laboratoriumvoorzieningen

1. Het ontwikkelen en gebruiken van kwalitatief hoogwaardige, moderne tbc-laboratoriumvoorzieningen ter ondersteuning van klinische, zorgtechnische en onderzoeksbehoeften.
2. Het waarborgen van de beschikbaarheid van veilige, betrouwbare en kwalitatief hoogwaardige laboratoriumvoorzieningen en adequaat opgeleid personeel om de benodigde werkzaamheden uit te voeren.
3. Het beschikbaar stellen van voldoende financiële middelen om het functioneren van de laboratoriumvoorzieningen op de lange termijn te waarborgen.

Gebied 4: snelle en kwalitatief hoogwaardige tbc-zorg voor iedereen

1. Een snelle diagnose van alle gevallen en het waarborgen van een adequate tbc-behandeling en zorg.
2. Het afstemmen van maatregelen op specifieke epidemiologische situaties en kwetsbare groepen om op alle niveaus een optimale effectiviteit van de tbc-bestrijding te waarborgen.
3. Een consequente toepassing van maatregelen voor de aanpak van tbc-uitbraken.
4. Waarborgen dat tegemoet wordt gekomen aan de individuele gezondheidsbehoeften van alle tbc-patiënten.

Gebied 5: MDR- en XDR-tbc

De onderstaande doelstellingen zijn weliswaar voor alle lidstaten bedoeld, maar daarbij dient wel speciale aandacht uit te gaan naar de landen waar de problemen met MDR- en XDR-tbc het grootst zijn:

1. Het optimaliseren van de surveillance van en de controle op MDR- en XDR-tbc.
2. Specifieke aandacht voor het verbeteren van de voorzieningen voor het testen op sensitiviteit voor tbc-geneesmiddelen in de EU, in de context van de intensivering van de laboratoriumdiensten voor tbc.
3. Het verbeteren van de zorg voor en het beheer rond MDR- of XDR-tbc-patiënten, inclusief infectiebestrijding, het traceren van mensen die contact hebben gehad met tbc-patiënten en goede praktijken op preventiegebied.
4. Het verbeteren van de toegang tot en de beschikbaarheid van eerstelijns- en tweedelijns geneesmiddelen om een rationeel gebruik van tbc-geneesmiddelen te waarborgen.

Gebied 6: tbc/hiv-co-infectie

1. Het verminderen van de belasting als gevolg van tbc/hiv-co-infecties in de EU door een intensievere afstemming van de tbc- en hiv/aids-plannen en een betere coördinatie van de diensten binnen de gezondheidszorg.
2. Het bevorderen van onderzoeksactiviteiten en klinische studies op EU-niveau naar de co-morbiditeit van tbc/hiv.

Gebied 7: nieuwe instrumenten voor de bestrijding van tbc

1. Het stellen van prioriteiten voor fundamenteel, toegepast en operationeel onderzoek in de EU.
2. Financiering en coördinatie.

Gebied 8: opbouw van partnerschappen en samenwerking met andere landen

1. Waarborgen dat tbc hoog op de politieke, technische en onderzoeksagenda van de EU en nationale overheidsinstellingen blijft staan, waarbij rekening dient te worden gehouden met het feit dat voor meerdere prioriteiten een beroep op de beperkt beschikbare middelen gedaan zal worden.
2. Het verminderen van de stigmatisering en het waarborgen van een vroegtijdige en snelle opsporing van tbc, MDR-tbc en XDR-tbc; het aanmoedigen van mensen om te vragen naar behandelingen die in overeenstemming zijn met het Patiëntenhandvest voor tuberculosezorg.
3. Waarborgen dat de benodigde behandelingen beschikbaar, toegankelijk, betaalbaar, adequaat en – vooral – succesvol zijn.
4. Het verder ontwikkelen van de gemeenschappelijke samenwerking en coördinatie tussen het ECDC, de Europese Commissie, afzonderlijke landen, de WHO en andere belanghebbenden.

7. Surveillance van overdraagbare ziekten in de Europese Unie, een langetermijnstrategie: 2008-2013

(Gepubliceerd in mei 2008)

Deze langetermijnvisie en -strategie met betrekking tot de toekomstige surveillance van overdraagbare ziekten in de EU is opgesteld om de besluitvorming voor de langetermijntoekomst van het Europese surveillancesysteem te helpen aansturen. De strategie heeft betrekking op de jaren tot 2013, waardoor ze aansluit bij het meerjarige

strategische plan van het ECDC (in juni 2007 goedgekeurd door de Raad van Bestuur van het ECDC). Daarnaast zijn ook effecten te verwachten van de synergie met de laboratoriumstrategie van het ECDC.

Met de strategie wordt getracht de voorwaarden en reikwijdte van de surveillance te definiëren, evenals de doelstellingen en de eisen die aan de organisatie worden gesteld. In deze strategie worden ook manieren bedacht om de lidstaten te ondersteunen en wordt een routekaart opgesteld voor de implementatie.

Het algemene doel is bijdragen tot het verminderen van de incidentie en prevalentie van overdraagbare ziekten in Europa door het verstrekken van relevante gegevens met betrekking tot de volksgezondheid, informatie en rapporten voor besluitvormers, specialisten en zorgverleners, in een poging acties te bevorderen die zullen leiden tot de tijdige preventie en bestrijding van overdraagbare ziekten in Europa. Om dit doel te bereiken, dienen de gegevens over overdraagbare ziekte van de lidstaten zeer valide en goed vergelijkbaar te zijn.

Een meer gecoördineerde aanpak van de surveillance zal:

- de regionale vergelijkbaarheid van de gegevens verbeteren;
- de complexiteit van de surveillance in geheel Europa verminderen;
- ervoor zorgen dat de surveillance op een synergetische manier wordt aangepakt;
- ervoor zorgen dat er geen dubbel werk wordt verricht;
- de kwaliteit van de bewijzen over de volksgezondheid op de lange termijn verbeteren dankzij meer relevante en betrouwbare gegevens;
- het gemakkelijker maken om de nationale surveillancesystemen te versterken;
- naar alle waarschijnlijkheid economisch efficiënter en duurzaam zijn;
- zorgen voor een betere toegankelijkheid tot en gebruik van de gegevens;
- de opsporing en surveillance van internationale uitbraken versterken;
- bijdragen tot het opbouwen van draagkracht; en
- de opname van ziekten op de agenda's voor surveillance en onderzoek, overeenkomstig Europese prioriteiten.

Het ECDC is bezig met de ontwikkeling van een systeem voor op indicatoren gebaseerde surveillance van infectieziekten op Europees niveau, genaamd 'The European Surveillance System (TESSy)'. TESSy zal een waardevol hulpmiddel zijn om het verzamelen, valideren, bewaren en verspreiden van surveillancegegevens uit de EU-lidstaten en EER-landen te verbeteren. In eerste instantie zal TESSy een gereduceerde verzameling kernvariabelen vergaren die belangrijk zijn voor de standaard-surveillance van gevallen van infectieziekte. Wanneer TESSy eenmaal algemeen geaccepteerd is en gebruikt wordt als regionale standaarddatabank, zullen de langetermijndoelen van het ECDC, het verder terugbrengen van de complexiteit en werklast voor alle deelnemers, ondersteund worden door:

- het standaardiseren van de gegevensverzameling over de surveillance van infectieziekten;
- het bieden van een centraal aanspreekpunt voor het melden en verkrijgen van gegevens voor de lidstaten;
- het standaardiseren van rapporten gebaseerd op surveillancegegevens; en door
- het bieden van een samenhangend en gemakkelijk verkrijgbaar overzicht van de huidige situatie in de EU.

Het huidige systeem van de dubbele rapportage van bepaalde ziekten, waarbij verschillende regionale organisaties, zoals WHO/Europa of EMDCCA, betrokken zijn bij de surveillance van ziekten, zal ook worden aangepakt. Het doel hiervan is het terugbrengen en mogelijk elimineren van dubbele inspanningen.

Er zal een interim-procedure opgesteld moeten worden met betrekking tot de samenwerkingsbeginselen voor de gegevensuitwisseling tussen het ECDC en de lidstaten en tussen het ECDC en de Dedicated Surveillance Networks (DSNs). De rol van gegevensleveranciers en -gebruikers zullen duidelijk moeten worden gedefinieerd, zowel in de lidstaten als bij het ECDC (en andere partijen, bijv. de WHO). Deze interim-procedure moet onder andere ook de procedures omvatten voor het publiceren van de resultaten van de data-analyse. Op basis van de ervaring met deze interim-procedure zal er met de betrokken belanghebbenden een gedetailleerdere, uiteindelijke, langetermijnprocedure worden opgesteld.

De toekomstige samenwerking met deskundigen op het gebied van bepaalde ziekten (benoemd door de bevoegde instanties) zal op de volgende wijze worden gestructureerd: de ziekten/ziekteverwekkers zullen worden onderverdeeld in zes hoofdgroepen. Waar nodig zullen binnen elk van deze zes groepen of taskforces meer gerichte (per ziekte) subgroepen worden opgericht. Er zullen jaarvergaderingen voor elk van deze zes hoofdgroepen worden georganiseerd, waarbij kwesties aan de orde zullen komen die belangrijk zijn voor de surveillance van de gehele groep ziekten. Indien nodig kunnen tegelijkertijd meer parallelle symposia per ziekte gehouden worden. Voor elk van de zes hoofdgroepen/taskforces zal een coördinerende groep worden opgericht. Deze groepen zullen veel van de taken overnemen die werden verricht door de voormalige DSN-stuurgroepen.

Goede laboratoriumvoorzieningen in de landen zijn van wezenlijk belang voor het versterken van de surveillance op EU-niveau. Het ECDC zal voortbouwen op het reeds verrichte werk en zal de versterking ondersteunen van de laboratoriumcapaciteit in de lidstaten, de EER-/EVA-landen en de kandidaat-lidstaten, in samenwerking met de

Commissie, de bevoegde instanties van het ECDC en de contactpunten op het gebied van microbiologie van de lidstaten.

Het ECDC zal alles in het werk stellen om ervoor te zorgen dat elk land nationale referentielaboratoria heeft die diensten verlenen, direct of indirect, waardoor alle landen in staat zijn om de diagnose te bevestigen en de ziekteverwekkers te isoleren en verder te karakteriseren. Dit dient als basis voor het rapporteren van bevestigde en waarschijnlijke gevallen op normale momenten en in noodgevallen. Het ECDC zal in contact treden met deze nationale referentielaboratoria en hen helpen hun gegevens te integreren met de epidemiologische (en klinische) gegevens op nationaal niveau. Kwaliteitsborging van laboratoriummethoden is van wezenlijk belang om geldige en nauwkeurige gegevens te leveren en de Europese normen zullen gedurende deze periode ook gepropageerd worden.

Het ECDC zal haar surveillancestrategie in twee fasen uitvoeren: fase één is een overgangsperiode die tot 2010 zal duren en die hoofdzakelijk gericht is op de geleidelijke integratie van de huidige surveillance van overdraagbare ziekten in de Europese Unie binnen het ECDC; tijdens fase twee (2010-2013) zal het ECDC de volledige verantwoordelijkheid voor de surveillance hebben overgenomen en kan het zich vervolgens richten op de ontwikkeling en consolidatie van de best mogelijke kwaliteitssystemen in Europa.

Om de strategie en de doelstellingen ervan toepasbaar en actueel te houden, zullen de lidstaten en de grootste belanghebbenden deze opnieuw beoordelen, zodat nieuwe strategieën en bewijzen er als nodig in opgenomen kunnen worden.

Notulen

8. Infectieziekten en sociale determinanten

(Vergadering gehouden in april 2007, rapport gepubliceerd in februari 2008)

Dit rapport heeft betrekking op een workshop over de maatschappelijke determinanten van infectieziekten die was georganiseerd door het ECDC en werd bijgewoond door onderzoekers op het gebied van infectieziekten en sociale determinanten. De belangrijkste doelstellingen van de workshop waren:

- beoordelen van het belang van sociale ongelijkheid bij de last van overdraagbare ziekten;
- het vaststellen van de beste praktijken bij de aanpak van ongelijkheden op gezondheidsgebied, gebruikt op het gebied van preventie of beheer van infectieziekten;
- het ontwikkelen van strategieën en maatregelen om ongelijkheden op gezondheidsgebied aan te pakken die voortvloeien uit sociale determinanten.

Het rapport richt zich op belangrijke thema's en discussiegebieden van de workshop en is onderverdeeld in vijf belangrijke rubrieken:

- sociale determinanten van overdraagbare ziekte;
- ziektespecifieke kwesties;
- gerichte maatregelen om sociale ongelijkheid te overwinnen;
- beleid om sociale ongelijkheid te overwinnen;
- het identificeren van prioritaire acties.

Tijdens deze workshop werd gezien dat er een sociale kloof bestaat voor de last van overdraagbare ziekten die minstens even groot is als bij niet-overdraagbare ziekten. De kloof kan voor specifieke groepen en specifieke infecties zelfs nog groter zijn. Hoewel groepen aan de zelfkant van de maatschappij hier over het algemeen het meest onder te lijden hebben, is de sociale gradiënt niet op dezelfde manier van invloed op alle infecties: de hoogste sociaaleconomische groepen kunnen een hoger risico op bepaalde infecties hebben vanwege bepaald gedrag met een hoog risico.

Er bestaat een duidelijke behoefte aan meer kennis over de last van overdraagbare ziekten in Europa om de prioriteiten te kunnen vaststellen bij evaluatie, onderzoek, maatregelen en beleidsverandering. Deze oefening tot het in kaart brengen is in gang gezet, bijvoorbeeld met betrekking tot tbc.

Een van de aanbevelingen die uit de workshop voortvloeide, was de aanvulling van de surveillance van infectieziekten met één of twee sociale determinanten. Dit kan basiskennis opleveren en daarna kan aan de hand van onderzoeken uitgebreidere kennis verkregen worden. Biologische markers van infectieziekten kunnen worden opgenomen binnen standaardgezondheidsonderzoeken, mogelijk binnen Europese onderzoeken.

Een andere conclusie van de workshop was dat sociale determinanten niet langer op de onderzoeksagenda staan. Ze moeten echter weer op de agenda komen, omdat er sprake is van een kenniskloof inzake de determinanten van infecties in verschillende regio's en bevolkingen. Een belangrijke maar vaak over het hoofd geziene parameter is de omgeving waarin mensen leven en werken. Risicofactoren voor infectieziekten zijn geen individuele risicofactoren en de ziekteverwekkers kunnen binnen de sociaaleconomische groepen verschillen. Er moet optimaal gebruik gemaakt worden van de bestaande gegevens om de sociale determinanten van infectieziekten te verkennen. Specifieke gebieden waarop meer onderzoek nodig is, zijn migranten, de vermindering van het stigma en de sociale en politieke processen die van invloed zijn op de ongelijkheid op gezondheidsgebied.

Eén specifiek verzoek van de bijeenkomst was een databank van goede maatregelen. Het doel van een dergelijke om een goede informatiestroom te verzekeren, vooral vanuit regio's die hier niet veel over publiceren, maar een schat aan ervaring bezitten.

Gezondheidsvoorlichting werd op twee manieren aangemerkt als prioriteit voor beleidsactie.

Gezondheidsvoorlichting op jonge leeftijd en later moet hoog op de voorlichtingsagenda van beleidsvormers staan. Deze gezondheidsvoorlichting moet de gezondheidskwesties ook zien vanuit de sociale determinanten, zodat de toekomstige generaties het politieke proces kunnen beïnvloeden. Het onderwijs moet onder meer betrekking hebben op de effecten van sociale segregatie op de gezondheid, er moeten specifieke vaardigheden worden aangeleerd waarmee mensen zich tegen gezondheidsrisico's kunnen beschermen en mensen moeten in staat worden gesteld zelfstandig te leren denken en hun blootstelling aan risicofactoren te beïnvloeden. Verder moet de scholing op het gebied van sociale determinanten aan medische en sociologische faculteiten en onderwijsinstellingen voor verpleegkunde versterkt worden. Toekomstige gezondheidswerkers moeten betrokken

worden bij het debat en pleiten voor verandering in de 'upstream' determinanten. Het domein van de volksgezondheid moet bijdragen aan het debat over sociale ongelijkheden en hun invloed op de gezondheid.

Er bestaat een duidelijke prioriteit om macrosociale determinanten te benadrukken en om te werken met sectoren buiten het domein van de volksgezondheid (politiek, maatschappelijk, technisch, enz.). Om deze zaak te helpen bepleiten, moeten de doelen worden overdacht en besproken. Er kan gebruik worden gemaakt van goede voorbeelden uit de geschiedenis van alle Europese landen. Het ECDC kan een belangrijke rol spelen als bepleiter van het belang van ongelijkheid bij de bestrijding van overdraagbare ziekten.

9. Workshop over milieuverandering en infectieziekten

(Vergadering gehouden in maart 2007, rapport gepubliceerd in mei 2008)

Doelstellingen van de vergadering

- Het beoordelen van bewijs met betrekking tot de gevolgen van wereldwijde klimaatverandering en ecologische verandering voor de last van overdraagbare ziekten in Europa;
- het bespreken van de bevoegdheden op het gebied van de volksgezondheid die nodig zijn om te kunnen omgaan met klimaatveranderingen en bedreigingen van infectieziekten; en
- het vaststellen van de onderzoeksbehoeften.

Klimaatverandering

De Intergouvernementele Werkgroep inzake klimaatverandering (IPCC) stelt dat het klimaat verandert; er worden hogere temperaturen, een stijging van de zeespiegel en meer extreme weersomstandigheden verwacht. Deze veranderingen zijn van invloed op het ecosysteem, het water, de landbouw, de sociaaleconomische ontwikkeling en daardoor – direct of indirect – op de gezondheid van de bevolking. Klimaatverandering en andere ecologische veranderingen kunnen de verspreiding van infectieziekten op verschillende manieren beïnvloeden. Alle deelnemers waren het erover eens dat er onmiddellijke actie nodig is om de vastgestelde doelstellingen voor de beperking van de klimaatverandering te kunnen verwezenlijken.

Bedreigingen van ziekten

De deelnemers aan de bijeenkomst hebben de gevolgen besproken van klimaatverandering en andere gerelateerde milieuveranderingen voor ziekten die overgebracht worden door vectoren, knaagdieren, water, voedsel en lucht. Hoewel het bewijs schaars is, zijn de volgende conclusies geformuleerd:

- Van verscheidene door vectoren en knaagdieren overgedragen ziekten is vastgesteld dat ze mogelijk in staat zijn om hun verspreidingsbereik te veranderen op grond van klimaatverandering (temperatuur, extreme weersomstandigheden, seizoensgebondenheid) en milieufactoren (gebruik van land, ecosystemen, ontbossing, hydrologie, biodiversiteit). Dit zijn onder meer door bloedzuigende insecten verspreide ziekten zoals knokkelkoorts, chikungunya, westnijlvirus en mogelijk malaria. De dichtheid en de verspreiding van knaagdierpopulaties worden ook door weersomstandigheden beïnvloed.
- Europa moet voorbereid zijn op geïmporteerde, watergerelateerde ziekten zoals cholera, plaatselijke uitbraken na extreme overstromingen en gezondheidsproblemen die het gevolg zijn van de overloop van afval en afvalwater. Ook een mogelijk belangrijke verandering is de frequentie van ziekten die met diarree gepaard gaan. De groepen met het hoogste risico zijn armen, ouderen, zeer jonge mensen, groepen aan de zelfkant van de samenleving, reizigers die in het buitenland zijn blootgesteld en mensen bij wie het immuunsysteem is aangetast of die reeds andere gezondheidsproblemen hebben.
- Door voedsel overgedragen ziekten zijn beoordeeld in relatie tot veranderende menselijke gedragingen en veranderende contactpatronen tussen wilde dieren en huisdieren, vooral tijdens droge omstandigheden.
- Vastgesteld is dat de verergering van astma en chronisch obstructieve pulmonaire ziekte (COPD) het belangrijkste gevolg van de klimaatverandering is voor de gezondheid van de luchtwegen. Gedacht wordt dat deze aandoeningen door hun hoge prevalentie goede bewakingsmarkers zijn om de gevolgen van klimaatverandering te kunnen opsporen.

Competenties op het gebied van volksgezondheid

Onder de deelnemers heerste overeenstemming over het feit dat de vereiste vaardigheden kerncompetenties zijn op het gebied van de volksgezondheid en dat ze waarden vertegenwoordigen die in alle landen bestaan – of moeten bestaan. Verder waren ze het eens over:

- Het versterken van de capaciteiten om om te gaan met nieuwe, aan klimaatverandering gerelateerde bedreigingen van infectieziekten kan worden beschouwd als een manier om de volksgezondheid op bredere schaal te verbeteren. De noodzaak tot het coördineren van overkoepelend werk door de sectoren en de bureaus was van bijzonder belang.

- De vier gebieden van de competenties op het gebied van de volksgezondheid waren surveillance, onderzoek, verzekering en beleid. Er bestaan reeds surveillancestrategieën voor bepaalde problemen op het gebied van klimaatverandering, maar er blijven hiaten op het gebied van infectieziekten.
- Een noodzakelijke eerste stap zou zijn het verrichten van een risicoanalyse die kan bepalen wat de risicofactoren en de kwetsbare groepen zijn. Dit zou een op bewijzen gefundeerde basis leggen voor richtsnoeren voor de volksgezondheid en klinische richtsnoeren, evenals aanbevelingen voor beleid.
- Hiaten op het gebied van entomologische kennis vormen een grote hinderpaal. Het uitbreiden van entomologische scholing zou dit probleem kunnen verhelpen.
- Er ontbreekt een uitgebreid bewakingssysteem, maar de groep was het erover eens dat het niet noodzakelijk was om een systeem voor heel Europa op te zetten, omdat veel van de mogelijk bedreigende ziekten in de meeste gebieden slechts zelden voorkomen.
- De heersende opvatting was dat een 'reageren wanneer nodig' aanpak volstaat. Deze aanpak streeft ernaar flexibel te zijn en zorgt ervoor dat er snel gereageerd kan worden zodra zich problemen voordoen. De aanpak is gebaseerd op de veronderstelling dat slechts zeer weinig van deze infectieziekten – wanneer bekeken in samenhang met klimaatverandering of andere milieukwesties – tot dusver grote problemen hebben opgeleverd.
- Het publiek (en wellicht ook de professionelen) moet bewust gemaakt worden van enkele algemene kwesties om het inzicht in enkele op handen zijnde veranderingen te vergroten.
- Het nieuwe Groenboek over klimaatverandering biedt een unieke kans om de draagkracht van de Europese Commissie op het gebied van het gezondheidsbeleid te versterken.

Onderzoeksbehoeften, uitdagingen en hinderpalen

De vergadering stelde verschillende onderzoekskwesties vast, waaronder de noodzaak van indicatoren en de identificatie van kwetsbare groepen. De deelnemers merkten op dat er in de verschillende lidstaten een duidelijk verschillende draagkracht bestaat voor aan klimaatverandering gerelateerde surveillance en onderzoek. Ze suggereerden dat het gebruik van bewakingsinstellingen in alle landen een snelle oplossing zou zijn voor het verzamelen van gegevens op Europese schaal totdat alle volksgezondheid- en surveillancesystemen volledig functioneel zijn.

Toegang tot langetermijngegevens is een andere noodzaak. Het is een uitdaging om deze gegevens te koppelen aan gegevens die afkomstig zijn van satellieten en om tot nuttige conclusies op het gebied van de menselijke gezondheid te komen. Het koppelen van langetermijnprocessen aan klimaatverandering is ook een moeilijke kwestie voor onderzoekers.

Aanbevelingen voor actie

Bij de ontwikkeling van werkprogramma's en daaruit voortkomend beleid op het gebied van volksgezondheid, gericht op klimaatverandering en infectieziekten, bestaat de behoefte om:

- voort te bouwen op bestaande initiatieven en capaciteiten;
- een 'win-win'-cultuur te ontwikkelen met betrekking tot overkoepelend werk binnen de sectoren en de bureaus;
- te erkennen dat de verschillende delen van de regio de gevolgen van de klimaatverandering op verschillende manieren zullen ondervinden;
- te onderkennen dat de verschillende lidstaten een verschillende responsdraagkracht hebben;
- verschillende surveillancemethoden te verkennen;
- hinderpalen bij de surveillance uit de weg te ruimen;
- samen te werken en een uitgebreide, verkennende risicostrategie te ontwikkelen;
- de ontwikkeling en uitvoering van professionele voorlichtingsprogramma's mogelijk te maken; en
- de capaciteit op het gebied van communicatie te versterken.

Bijlage: ECDC-publicaties in 2008

Deze lijst omvat uitsluitend officiële ECDC-publicaties in 2008. Medewerkers van het ECDC hebben echter vele wetenschappelijke artikelen en publicaties gepubliceerd of eraan meegewerkt (waaronder in *Eurosurveillance*) die hier niet genoemd worden. Alle onderstaande documenten zijn beschikbaar via de website van het ECDC (<http://ecdc.europa.eu>).

Technisch rapport

Mei

Review of Chlamydia control activities in EU countries

ECDC-leidraad

Januari

Guidance for the introduction of HPV vaccines in EU countries

Augustus

Priority risk groups for influenza vaccination

Surveillancerapporten

December

Annual epidemiological report on communicable diseases in Europe 2008

HIV/AIDS surveillance in Europe 2007

Missierapport

Augustus

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

Speciale rapporten

Maart

Framework action plan to fight tuberculosis in the European Union

Mei

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

Juli

ECDC strategic multi-annual programme 2007–2013

Notulen

Januari

Networking for public health (27–28 February 2007)

Februari

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

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

Maart

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)

Mei

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)

Technische documenten*Januari*

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

Corporate publicaties

Driemaandelijks (maart, 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