



## ECDC **CORPORATE**

# Samenvatting van belangrijke publicaties uit 2009

ECDC CORPORATE

# Samenvatting van belangrijke publicaties uit 2009



Stockholm, januari 2010.

© Europees Centrum voor ziektepreventie en -bestrijding, 2010.

Overname met bronvermelding is toegestaan.

## Inhoudsopgave

Inleiding.....	1
Technische rapporten .....	2
1. Richtsnoeren voor de risicobeoordeling van aan boord van vliegtuigen overgedragen infectieziekten.....	2
2. Surveillance en studies over een pandemie in Europa .....	3
3. Leidraad voor volksgezondheidsmaatregelen om het effect van griep pandemieën in Europa te beperken: 'het ECDC-menu' .....	4
4. 'Migrant health series': toegang tot hiv-preventie, -behandeling en -zorg voor migrantenpopulaties in landen van de EU/EER .....	11
5. 'Migrant health series': epidemiologie van hiv en aids bij migrantengroepen en etnische minderheden in landen van de EU/EER.....	14
6. Overzicht van hiv/soa-gedragssurveillance in Europa .....	18
7. Het bacteriële probleem: tijd om te reageren (een gezamenlijk technisch rapport van het ECDC en het Europees Geneesmiddelenbureau) .....	20
8. Doeltreffendheid van gedrags- en psychosociale hiv/soa-preventiemaatregelen voor homoseksuele en biseksuele mannen in Europa .....	24
Richtsnoeren .....	25
9. Bestrijding van chlamydia in Europa .....	25
10. Gebruik van antivirale middelen tegen griep tijdens een griep pandemie.....	27
11. Gebruik van specifieke pandemische griepvaccins tijdens de H1N1-pandemie van 2009.....	30
Surveillancerapporten .....	32
12. Surveillance van tuberculose in Europa 2007 .....	32
13. Epidemiologisch jaarverslag over overdraagbare ziekten in Europa 2009.....	34
14. Surveillance van hiv/aids in Europa 2008 .....	41
Bijlage: ECDC-publicaties in 2009 .....	43

## Inleiding

In 2009 publiceerde het Europees Centrum voor ziektepreventie en -bestrijding (ECDC) 43 documenten. De belangrijkste publicaties zijn:

- de derde editie van het epidemiologische jaarverslag over overdraagbare ziekten in Europa: *Annual epidemiological report on communicable diseases in Europe 2009*, met een uitgebreid overzicht van surveillancegegevens voor 2007 en bedreigingen die in 2008 werden bewaakt;
- de rapporten over tuberculose en hiv/aids, *Tuberculosis surveillance in Europe 2007*, respectievelijk *HIV/AIDS surveillance in Europe 2008*, beide gezamenlijk opgesteld met het Regionaal Bureau voor Europa van de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO EURO), over de situatie in de Europese Unie (EU) en de landen van de Europese Economische Ruimte (EER), naast 23 andere landen in de regio WGO EURO;
- de lancering van de *Migrant Health series*, een verzameling publicaties gericht op een bepaalde ziekte, met gegevensanalyses, overzichten van bewijsmateriaal, interpretaties en aanbevelingen voor maatregelen op het vlak van migratie en bepaalde infectieziekten. De eerste twee documenten van deze reeks die in 2009 werden gepubliceerd, handelden over hiv/aids;
- *The bacterial challenge: time to react*, een technisch rapport over de kloof tussen de last van infecties door multiresistente bacteriën (MDR) en de ontwikkeling van nieuwe antibiotica om het probleem aan te pakken, gezamenlijk opgesteld met het Europees Geneesmiddelenbureau; en
- *Mapping of HIV/STI behavioural surveillance in Europe*, een grondige analyse van de huidige situatie met betrekking tot gedragssurveillanceprogramma's voor hiv en seksueel overdraagbare aandoeningen (soa's) in de landen van de EU en de Europese Vrijhandelsassociatie (EVA).

Er zijn samenvattingen van bepaalde ECDC-documenten, zoals bovengenoemde stukken, opgesteld in alle EU-talen, plus het IJslands en Noors ten behoeve van de beleidsmakers. Ze geven de strekking weer 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 online raadplegen op [www.ecdc.europa.eu](http://www.ecdc.europa.eu).

Een lijst van alle ECDC-publicaties uit 2009 is beschikbaar in de bijlage. Alle publicaties zijn elektronisch verkrijgbaar via bovengenoemde link, met telkens 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](mailto:publications@ecdc.europa.eu).

## Technische rapporten

### 1. Richtsnoeren voor de risicobeoordeling van aan boord van vliegtuigen overgedragen infectieziekten

(Gepubliceerd in juni 2009)

Het aantal passagiers in de nationale en internationale burgerluchtvaart is de laatste jaren gestaag toegenomen. Internationale luchthavens verwelkomen dagelijks miljoenen passagiers, die in enkele uren tijd naar bestemmingen over de hele wereld kunnen reizen. Tegelijk kunnen de veranderende reisgewoonten aanleiding geven tot nieuwe bedreigingen: binnen de besloten omgeving van een moderne vliegtuigcabine kunnen passagiers blootstaan aan diverse infectieziekten die medereizigers hebben opgelopen.

De opkomst van SARS (severe acute respiratory syndrome) in 2003 wees op het gevaar dat een nieuwe ziekte plots kan opduiken en zich via de luchtvaart kan verspreiden. De vroegtijdige opsporing van infectieziekten aan boord van vliegtuigen is, samen met een tijdige risicobeoordeling, van cruciaal belang voor de volksgezondheid. Waar een risico voor de volksgezondheid wordt vastgesteld is het traceren en contacteren van passagiers die hieraan tijdens een vlucht hebben blootgestaan, een essentiële stap om het gevaar in te perken; een zware uitdaging voor deskundigen op het vlak van de volksgezondheid overal ter wereld.

Het RAGIDA-project (richtsnoeren voor de risicobeoordeling van aan boord van vliegtuigen overgedragen infectieziekten) is een combinatie van bewijsmateriaal uit de wetenschappelijke vakliteratuur en deskundige kennis die beleidsmakers haalbare opties bieden. RAGIDA kan een waardevol hulpmiddel vormen bij het bepalen van passende maatregelen en bij de vraag of luchtvaartpassagiers en cabinepersoneel die tijdens de vlucht waren blootgesteld aan infectieziekten al dan niet moeten worden gecontacteerd.

Voor het RAGIDA-project waren deskundigen van het Robert Koch Institute en het ECDC het eens over 12 ziekten: tuberculose (tbc), griep, SARS, meningokokkenziekte, mazelen, rodehond, difterie, hemorrhagische ebolakoorts, hemorrhagische Marburgkoorts, Lassakoorts, pokken en miltvuur. Meer dan 3 700 artikelen met intercollegiale toetsing en 'grijze' literatuurbronnen werden systematisch geëvalueerd om de precieze omstandigheden na te gaan die hebben geleid tot de transmissie van deze infectieziekten aan boord van vliegtuigen. Bovendien werd systematisch gezocht naar richtsnoeren voor risicobeoordeling en risicobeheer van deze infectieziekten bij internationale luchtvaartinstanties en nationale of internationale agentschappen voor de volksgezondheid. Voor extra input en advies werd contact opgenomen met 73 deskundigen uit 38 landen.

Het systematische literatuuronderzoek gaf aan dat tbc, griep, SARS, meningokokkenziekte en mazelen relatief vaak worden overgedragen aan boord van vliegtuigen. Het aantal artikelen waarin melding werd gemaakt van bevestigde gevallen van transmissie van een van deze ziekten was echter verrassend klein, vooral gezien het grote aantal potentiële contacten. In het licht van deze resultaten is het aantal gevallen van transmissie aan boord van vliegtuigen wellicht ook vrij klein. Hoewel moeilijk conclusies kunnen worden getrokken over het aantal infecties via transmissie aan boord van vliegtuigen, lijkt het waarschijnlijk dat de kans op verspreiding van infectieziekten aan boord van vliegtuigen niet groter is dan op de begane grond.

In het algemeen blijven we ervan overtuigd dat de risicobeoordeling en de beslissing om contacten te traceren voor iedere gebeurtenis apart moet worden gemaakt, waarbij rekening moet worden gehouden met factoren zoals de kans op epidemische verspreiding, besmettelijkheid en pathogeniteit van indexpatiënten, functionaliteit van ventilatiesystemen aan boord, intensiteit van contacten en zitplaatsgegevens, zoals is aangegeven in dit technisch rapport.

## 2. Surveillance en studies over een pandemie in Europa

(Gepubliceerd in juni 2009)

Surveillance en studies over een pandemie vormen een complex onderwerp met, zoals hier gedefinieerd, vier aparte bestanddelen:

- 1) vroegtijdige opsporing en onderzoek;
- 2) vroegtijdige uitgebreide evaluatie;
- 3) bewaking; en
- 4) versneld onderzoek naar de doeltreffendheid en het effect van tegenmaatregelen (met inbegrip van de veiligheid van farmaceutische tegenmaatregelen) om ze af te zwakken.

Het uitbreken van een pandemie in Europa is weinig waarschijnlijk, zodat vroegtijdige opsporing en onderzoek wellicht elders zullen gebeuren, maar Europa zal wel de drie andere processen moeten uitvoeren. Surveillance op basis van (microbiologische) laboratoriumanalyses zal van essentieel belang zijn voor alle bestanddelen, maar zal meestal worden gekaderd in epidemiologische en klinische surveillance. Een vroegtijdige analyse (bestanddeel 2) is cruciaal, omdat het aantal belangrijke parameters voor de volgende pandemie onvoorspelbaar is. Toch hoeven niet alle landen een vroegtijdige beoordeling uit te voeren. In het beste geval zal dit bij voorkeur worden gedaan door de Europese landen die het eerst zijn getroffen, met de steun van het Europees Centrum voor ziektepreventie en -bestrijding (ECDC) en de WGO (Wereldgezondheidsorganisatie) en zal dit beperkt blijven tot het bepalen van de 'strategische parameters'. De waarden voor deze parameters zullen bepalen welke maatregelen op het vlak van de volksgezondheid en welke klinische maatregelen de grootste kans op succes zullen hebben. De resultaten van enkele landen zouden dan onmiddellijk worden overgebracht op alle andere landen.

Een inschatting van de ernst van de pandemie zal deel uitmaken van de vroegtijdige analyse. Dit wordt moeilijk maar essentieel, omdat bepaalde nationale plannen in Europa ingrijpender maatregelen beogen in geval van een ernstige pandemie. Verwacht wordt dat de Wereldgezondheidsorganisatie bij deze beoordeling een leidende rol zal spelen. De details zullen echter een Europese aanpak vergen gekoppeld aan een risicobeoordeling, omdat de complexiteit van het concept ernstgraad moeilijk valt te herleiden tot een enkele maatregel. Alle Europese landen zullen de situatie moeten bewaken (bestanddeel 3) om hun eigen gezondheidszorgsystemen en overige dienstverlening naar behoren te kunnen beheren. De nationale centrale overheden zouden inzake bewaking misschien massa's informatie willen, maar de informatie dient te worden beperkt tot de belangrijkste mededelingen en tot wat essentieel is voor de besluitvorming. De bewaking dient te worden getest op uitvoerbaarheid in griepseizoenen, maar er moet ook rekening worden gehouden met de wijze waarop routinematige bewakingssystemen zullen veranderen of zullen ophouden gegevens te verstrekken tijdens een pandemie. De internationale bewaking (rapportering aan de WGO en de Europese instanties) dient eenvoudig te worden gehouden aangezien heel wat landen moeilijkheden zullen ondervinden om routine-informatie te verstrekken aan internationale instellingen en interne processen uit te voeren. Bovendien zullen niet alle landen in staat zijn alle details te verstrekken die de Europese instanties wellicht zouden wensen.

Ook het onderzoek naar het effect van volksgezondheidsmaatregelen (en de veiligheid van farmaceutische tegenmaatregelen) (bestanddeel 4) is een proces dat enkel in bepaalde landen moet worden uitgevoerd. De kans is klein dat het tijdens de pandemie zelf duidelijk zal worden of (en welke) volksgezondheidsmaatregelen doeltreffend waren.

De WGO en het ECDC hebben samen met de Europese lidstaten procedures en "modelprotocollen" ontwikkeld voor bestanddeel 2, het vroegtijdige beoordelingsproces, en het is de bedoeling dat deze concreet worden uitgetest op aanvaardbaarheid in het griepseizoen 2009–2010. Het opduiken van het nieuwe griepvirus A(H1N1) betekent dat deze procedures en protocollen zullen worden uitgetest op een echt pandemische virusstam. Momenteel worden er in Europa methodes bepaald om de doeltreffendheid van griepvaccins in te schatten (deel van bestanddeel 4). Op nationaal niveau is het van belang dat de autoriteiten plannen hoe ze bestanddelen 2 tot en met 4 zullen uitvoeren, met inbegrip van de samenwerking met academische instellingen en personeel, en hoe ze tijdens de pandemie zelf de nodige middelen ter beschikking zullen stellen.

### 3. Leidraad voor volksgezondheidsmaatregelen om het effect van griepandemieën in Europa te beperken: 'het ECDC-menu'

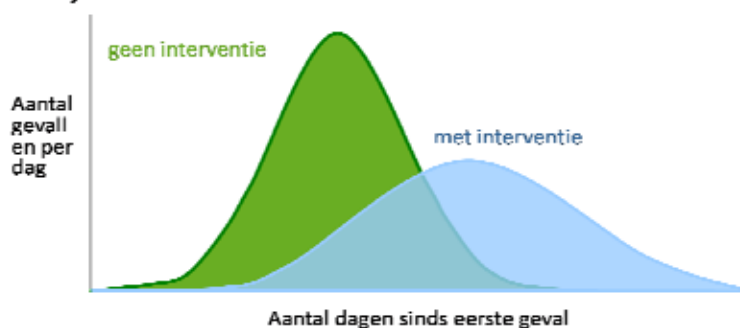
(Gepubliceerd in juni 2009, bijgewerkt in oktober 2009)

De toepassing van volksgezondheidsmaatregelen (zie de overzichtstabellen op pagina 6) zal het aantal besmette personen die medische zorg nodig hebben en tijdens een griepandemie sterven tot op zekere hoogte beperken. Waarschijnlijk zullen ze er ook voor zorgen dat minder mensen door ernstige epidemieën van seizoensgriep worden getroffen. Door de piek van de pandemiecurve (figuur 3.1) te verlagen, en misschien uit te stellen, kunnen de maatregelen ook de neveneffecten van pandemieën verlichten die voortvloeien uit het feit dat veel mensen tegelijk ziek worden, d.w.z. het effect van een massaal absentisme op kritieke posities, zoals de gezondheidszorg, voedselvoorziening, brandstofverdeling, nutsvoorzieningen, enz. Volksgezondheidsmaatregelen kunnen de piek van de epidemische curve van een pandemie mogelijk zelfs uitstellen tot dichterbij het moment waarop een pandemisch vaccin beschikbaar komt, en het totale aantal getroffen personen op die manier verlagen. In theorie kunnen ze de piek mogelijk uitstellen totdat de griepbesmettingen op natuurlijke wijze afnemen in de zomermaanden.

**Figuur 3.1** Doelstellingen van de toepassing van volksgezondheidsmaatregelen tijdens een pandemie

#### Streefdoelen van beperking van griepoverdracht in de gemeenschap

- Piek van de epidemie vertragen en afvlakken
- Belasting van gezondheidszorg en bedreiging tijdens de piek verlagen
- Totaal aantal gevallen verminderen
- Tijd winnen



Er is een reeks maatregelen voorgesteld (zie de overzichtstabellen), inclusief persoonlijke maatregelen, zoals de handen wassen en een masker dragen, naast farmaceutische ingrepen zoals antivirale middelen, vaccins tegen het vogelgriepvirus (zogenaamde prepandemische vaccins) en, in een later stadium van de pandemie, gerichte vaccins en maatregelen om sociale contacten te beperken. Aangenomen wordt dat combinaties van maatregelen efficiënter zijn dan afzonderlijke maatregelen, de zogenaamde defensie 'in de diepte' of 'gelaagde maatregelen'. Werk met modellen en gezond verstand wijzen uit dat vroegtijdige maatregelen doeltreffender zijn dan wachten tot de pandemie al ver is gevorderd.

Het is moeilijk voorstelbaar dat maatregelen in de categorie van minder sociaal contact geen positief effect zouden hebben omdat de overdracht van een infectie van de menselijke ademhalingswegen van mens op mens via speekseldruppeltjes of indirect contact wordt beperkt. De wetenschappelijke basis voor iedere maatregel afzonderlijk is echter vaak zwak. Onduidelijk is ook hoe ze onderling op elkaar inwerken. Werken de effecten van, bijvoorbeeld, de beperking van sociaal contact cumulatief? In bepaalde gevallen is dit gebrek aan duidelijkheid te wijten aan te weinig onderzoek. Vaker is het omdat de maatregelen via een experimentele benadering moeilijk zijn te beoordelen en waar de maatregelen in reële situaties werden uitgevoerd gebeurde dit steeds in combinatie met andere maatregelen. Vandaar dat de absolute positieve effecten en de relatieve sterkten van verschillende maatregelen bijzonder moeilijk te beoordelen zijn. Daarnaast zou de doeltreffendheid redelijkerwijs kunnen



wisselen naargelang de karakteristieken van de pandemie. Zo zou het bijvoorbeeld goed kunnen dat maatregelen gericht op kinderen tijdens de pandemie van 1957 behoorlijk doeltreffend waren, gezien de overdracht vooral meer lijkt te hebben plaatsgevonden bij jongere leeftijdscategorieën, maar zouden ze minder doeltreffend geweest zijn tijdens de pandemieën van 1918-1919 en 1968. Om die reden zijn geen vaste plannen beschikbaar die voor iedere pandemie geschikt zijn. Verder zullen de doeltreffendheid, uitvoerbaarheid en kostenlast van maatregelen om sociale contacten te beperken vermoedelijk verschillen tussen Europese landen of zelfs binnen landen (bijvoorbeeld, dichtbevolkte steden tegenover het platteland).

Uit ervaring met vorige pandemieën en aanverwante gebeurtenissen zoals SARS blijkt dat volksgezondheidsmaatregelen tot op zekere hoogte worden uitgevoerd volgens lokale praktijken en gebruiken. In de Verenigde Staten waren ze tijdens de pandemie van 1918-19 georganiseerd en vaak proactief, terwijl ze in Europa tijdens pandemieën en SARS veeleer reactief waren.

Er zijn dan ook goede argumenten aan te halen voor het bestaan van standaardplannen (plannen die tijdens oefeningen zijn uitgetest bij gebrek aan andere informatie). Ook de richtlijnen van de WGO pleiten in die richting en heel wat Europese landen hebben inmiddels plannen uitgewerkt. Met het oog op het voorgaande dienen deze plannen echter te beschikken over de nodige flexibiliteit en bevel- en controlestructuren om snel aanpassingen te kunnen aanbrengen in het licht van nieuwe gegevens en ervaring.

Alle volksgezondheidsmaatregelen kosten geld en vaak hebben ze ook neveneffecten. De neveneffecten van de meeste maatregelen zijn aanzienlijk en heel wat maatregelen dienen dan ook zorgvuldig te worden overwogen. Drastischere sociale maatregelen die zijn voorgesteld (bv. proactieve schoolsluitingen en reisbeperkingen) gaan gepaard met aanzienlijke kosten en hebben gevolgen die op hun beurt afhangen van de omstandigheden. Ze zijn ook moeilijk vol te houden. Vandaar dat de toepassing ervan bij een gewone seizoensgriep of milde pandemie, vooral bij een vroegtijdige toepassing ervan, meer schade kan berokkenen dan indien men de infectie gewoon zijn gang laat gaan en personen met ernstiger ziekten behandelt.

Sommige maatregelen zijn vrij probleemloos uit te voeren en zijn reeds bij milde vormen van seizoensgriep aan te bevelen (bv. regelmatig de handen wassen en zichzelf vroegtijdig afzonderen bij het eerste gevoel van koorts). Voordeel daarvan is ook dat ze mensen verantwoordelijk maken en hen nuttig advies geven in een moeilijke en verontrustende periode. Andere zijn moeilijker uitvoerbaar of te duur (bv. tijdig massaal gebruik van antivirale middelen door mensen die ziek worden) en nog andere zijn potentieel bijzonder ingrijpend in de maatschappelijke functies en moeilijk vol te houden (bv. grenzen sluiten, interne vervoersbeperkingen). Vandaar dat alle maatregelen planning, voorbereiding en oefening vergen.

Het punt over dure en ingrijpende maatregelen is cruciaal. Bij een pandemie met een kleiner aantal minder ernstige ziekten, zoals die in 1957 en 1968, kan de invoering van een aantal mogelijke maatschappelijke maatregelen (preventieve schoolsluitingen, thuis werken, enz.) duurder en ingrijpender zijn dan de consequenties van de pandemie zelf, ook al verminderen ze wellicht de kans op overdracht. Vandaar dat dergelijke maatregelen per saldo slechts voordelig zijn indien ze worden ingevoerd bij een ernstige pandemie, met bijvoorbeeld een grote kans op ziekenhuisopname of sterftcijfers die vergelijkbaar zijn met die van de 'Spaanse griep' van 1918-1919.

Daarom zal een vroegtijdige analyse van de klinische ernst van een pandemie, zowel wereldwijd als op Europees niveau, van essentieel belang zijn. Hoewel de vroegtijdige invoering van maatregelen logisch is, zal een te vroege toepassing van ingrijpende maatregelen duur zijn en moeilijker vol te houden.

Verscheidene Europese landen overwegen nu hun beleidsopties voor deze maatregelen. Wegens de diversiteit van Europa, zal geen enkele combinatie van maatregelen op zich geschikt zijn voor iedere Europese situatie: er bestaat geen pasklare oplossing. Een maatschappelijke discussie over de maatregelen zal evenwel zinvol zijn en het besluitvormingsproces efficiënter doen verlopen. Verder hebben een aantal landen reeds veel relevant wetenschappelijk werk geleverd, waar dit document ook deels op is gebaseerd, en waar alle Europese landen mogelijk baat bij hebben, samen met de ideeën van andere landen.

## Doel

Rekening houdend met bovenstaande overwegingen, en gezien het feit dat het mandaat van het ECDC erin bestaat wetenschappelijk advies te verstrekken in plaats van maatregelen voor te schrijven, is het de bedoeling van dit document een menu van mogelijke maatregelen voor te stellen met informatie over de volksgezondheid en wetenschappelijke informatie over wat bekend is, of wat te vertellen valt over hun waarschijnlijke doeltreffendheid, (directe en indirecte) kosten, aanvaardbaarheid, verwachtingen van het publiek en andere meer praktische overwegingen. Dit om de Europese lidstaten en de instellingen van de EU te helpen individueel of gezamenlijk te beslissen welke maatregelen ze zullen toepassen. Sommige maatregelen zijn zo vanzelfsprekend of zo ondoeltreffend dat enkel een uiteenzetting daarvan het nemen van beleidsbeslissingen sterk zou vereenvoudigen.

## Doelgroep

De primaire doelgroep zijn de beleidsontwikkelaars en -vormers. Daarnaast iedereen die te maken heeft met griep, het publiek en de media. Wanneer de media een goed inzicht in de maatregelen en in de beperkingen ervan hebben, is dit van cruciaal belang voor een geslaagde implementatie in geval van een pandemie.

## Toepassingsgebied

Dit document is van toepassing wanneer zich in Europa een pandemie aan het verspreiden is in fasen 5 of 6 van de WGO en wanneer er sprake is van epidemieën of seizoensgriep. Het gaat niet in op de verschillende omstandigheden in fase 4, de unieke vereisten bij het opduiken van een vermeende pandemische stam (de snelle beheersingsstrategie van de WGO), noch op de complexe plannings- en beleidskwesties die opduiken over de handhaving van de belangrijkste diensten tijdens een pandemie (de rampenplannen voor een pandemie). Dat laatste valt alleszins buiten de opdracht van het ECDC.

Dit document dient in combinatie met eerder door het ECDC gepubliceerde richtsnoeren voor persoonlijke beschermingsmiddelen te worden gelezen. Een overzicht daarvan is te vinden in de tekst en de tabellen. Relevante wetenschappelijke richtsnoeren inzake de (prepandemische) H5N1-vogelgriepvaccins zijn gepubliceerd en verwijzingen hiernaar zijn terug te vinden in de tekst. De richtsnoeren dienen samen met de WGO-richtlijnen van 2005 en de nieuwe WGO-richtlijnen inzake tegenmaatregelen (gepubliceerd in 2009) te worden gelezen.

Het gaat hier om een voorlopige leidraad, aangezien verder onderzoek nieuwe bevindingen, en mogelijk nieuwe tegenmaatregelen, zal opleveren. Vandaar dat dit menu regelmatig zal worden bijgewerkt.

### Overzichtstabellen Kenmerken van potentiële maatregelen om de overdracht in fase 6 van een pandemie / ernstige epidemie van seizoensgriep te beperken

#### Internationaal reizen (grenzen sluiten, toegangsbeperkingen, reisadvies)

Maatregel	Kwaliteit van het bewijsmateriaal <sup>1</sup>	Doeltreffendheid (voordelen)	Directe kosten	Indirecte kosten en risico's <sup>2</sup>	Aanvaardbaarheid in Europa	Praktische en andere aspecten
1. Reisadvies	B	Miniem	Laag	Enorm hoog	Goed	Internationaal reizen neemt wellicht vanzelf zeer sterk af
2. Screening bij aankomst	B, Bm	Miniem	Hoog	Hoog	Te verwachten van de lokale bevolking	Internationaal reizen neemt wellicht vanzelf af
3. Grenzen sluiten of zware reisbeperkingen	B, Bm	Miniem, tenzij vrijwel volledig	Enorm hoog	Enorm hoog	Wisselend, maar wel te verwachten van een deel van de lokale bevolking	Internationaal reizen neemt wellicht vanzelf af

#### Persoonlijke beschermingsmiddelen

<sup>1</sup> Bewijzen voor de doeltreffendheid: A, B en C staan respectievelijk voor wetenschappelijk sterk, matig en zwak onderbouwde aanbevelingen.

Niveau A: systematische evaluaties, waar meerdere primaire studies voorhanden zijn (niet in de eerste plaats modellering), degelijk opgezette epidemiologische studies of voornamelijk experimentele studies (gerandomiseerde gecontroleerde proeven). Niveau B: staat voor bewijsmateriaal op basis van degelijk opgezette epidemiologische studies, uitvoerige waarnemingsstudies of experimentele studies met 5 tot 50 personen of experimentele studies met andere beperkingen (bv. met een ander doelwit dan griep). Code Bm wijst op modellerwerk, met de nadruk op studies die berusten op kwalitatief degelijke primaire gegevens. De kwaliteit kan dus tegelijk Bm & C zijn.

Niveau C: staat voor bewijsmateriaal op basis van gevallenrapporten; kleine, minder degelijk gecontroleerde waarnemingsstudies; minder goed bewezen, grotere studies; gebruik van inzichten in de transmissiewijze, besmettelijkheidsduur enz. Cm verwijst naar modellen met weinig of kwalitatief minder degelijke primaire gegevens.

<sup>2</sup> Soms ook wel effecten van tweede of derde orde genoemd – bv. grenzen sluiten belemmert de handel en het vervoer van primaire goederen en werknemers.

Maatregel	Kwaliteit van het bewijsmateriaal	Doeltreffendheid (voordelen)	Directe kosten	Indirecte kosten en risico's	Aanvaardbaarheid in Europa	Praktische en andere aspecten
<b>4. Regelmatig handen wassen</b>	B	Beperkt waarschijnlijk de overdracht	Laag	Nihil	Goed maar de naleving is niet bekend	Matig <sup>3</sup>
<b>5. Goede ademhalingshygiëne (gebruik &amp; wegwerpen van doekjes)</b>	B	Niet bekend, wel aangenomen	Laag	Laag	Goed maar naleving is niet bekend	Klein
<b>6. Veralgemeend dragen van een masker buitenshuis</b>	C, Cm	Niet bekend	Enorm hoog	Laag	Niet bekend, maar weinig culturele achtergrond voor het dragen van maskers in de meeste landen	Enorm groot - problemen met training, leveren, soorten maskers, afvoer en afval. Mogelijk nadelige effecten ten gevolge van verkeerd en hergebruik
<b>7. Masker dragen binnen de gezondheidszorg<sup>4</sup></b>	C	Niet bekend	Matig	Laag	Reeds algemeen gangbaar	Matig - problemen met training, definiëring van risicovolle situaties, levering, soorten maskers, vooral ademhalingsapparaten
<b>8. Masker dragen in andere risicovolle situaties<sup>5</sup></b>	C	Niet bekend	Matig	Laag	Niet bekend, wel logisch	Matig - problemen met training, definiëring van risicovolle situaties, levering en soorten maskers
<b>9. Masker dragen door personen met luchtweg-infecties</b>	C	Niet bekend, wel aangenomen	Matig	Laat zieke en besmette personen mogelijk toe nog te circuleren en anderen te besmetten	Niet bekend, wel logisch. Bestaand hospitaaladvies uitgebreid naar de openbare en thuisomgeving.	Moeilijk te omlijnen wie dit zal moeten naleven, en hoe de maskers worden geleverd. Ook naleving voor mensen met ademhalingsproblemen door een infectie van de luchtwegen
<b>10. Zichzelf in een vroeg stadium van de ziekte afzonderen<sup>6</sup></b>	C	Niet bekend, wel aangenomen	Matig	Matig <sup>7</sup> . Verhoogd risico voor zorgverleners en zij zijn niet op het werk	Reeds standaardadvies in vele landen	Zorgverleners die risico lopen hebben training en uitrusting nodig. Probleem van vergoeding voor gederfd loon en instemming van de werknemers
<b>11. Quarantaine<sup>8</sup></b>	C	Niet bekend	Enorm hoog	Enorm hoog, wegens gederfde productiviteit	Onduidelijk	Moeilijk om goed en eerlijk te doen functioneren, en probleem van vergoeding voor gederfd loon

<sup>3</sup> De mogelijkheid om vaak de handen te wassen moet veel meer beschikbaar komen in de dagelijkse omgeving,, zoals op openbare plaatsen, in fastfoodrestaurants enz.

<sup>4</sup> Personen die rechtstreeks met het grote publiek in contact komen.

<sup>5</sup> Personen die rechtstreeks met het grote publiek in contact komen, in drukke reissituaties.

<sup>6</sup> Gewoonlijk in de woning van iemand die zich slecht en koortsig begint te voelen.

<sup>7</sup> Personen die thuis zorg behoeven, en zichzelf en hun zorgverleners zijn afwezig op het werk.

<sup>8</sup> Isolatie thuis gedurende een aantal dagen van schijnbaar gezonde personen die geacht zijn blootgesteld te zijn geweest aan infectie.

**Maatregelen ter beperking van de sociale contacten**

Maatregel	Kwaliteit van het bewijsmateriaal	Doeltreffendheid (voordelen)	Directe kosten	Indirecte kosten en risico's	Aanvaardbaarheid in Europa	Praktische aspecten
<b>12. Binnenlandse reisbeperkingen</b>	Cm, C	Klein vertragend effect aangewezen	Zwaar	Enorm hoog, inclusief sociale verstoringen <sup>9</sup>	Niet bekend	Vitale functies bedreigd. Probleem van aansprakelijkheid en rechtsgrond <sup>10</sup>
<b>13. Reactieve schoolsluitingen</b>	Bm, C	Mogelijk doeltreffender dan andere beperkingen van sociale contacten	Matig	Enorm hoog want de kinderen hebben thuis opvang nodig <sup>11</sup>	Niet bekend, gebeurt niet vaak in Europa	Kinderen buiten de school moeten uit de buurt van andere kinderen worden gehouden. Probleem van aansprakelijkheid en rechtsgrond <sup>10, 12</sup> Problemen met timing, duur, heropening
<b>14. Preventieve schoolsluitingen</b>	Bm, C	Mogelijk doeltreffender dan andere beperkingen van sociale contacten en mogelijk beter dan reactief	Matig	Zoals hierboven <sup>11</sup>	Zoals hierboven	Zoals hierboven, maar nog meer moeilijkheden met timing (sluiting misschien te vroeg), termijn en heropening <sup>10,12</sup>
<b>15. Reactieve sluitingen van werkplekken</b>	Cm	Niet bekend <sup>9</sup>	Zwaar	Zwaar	Cruciaal probleem dat vergoeding niet bekend is <sup>10</sup>	Kwestie van aansprakelijkheid, vergoeding en rechtsgrond, naast houdbaarheid & heropening. Niet mogelijk voor de belangrijkste functies <sup>13</sup>
<b>16. Thuis werken en meetings beperken</b>	Cm, C	Niet bekend	Matig	Matig	Waarschijnlijk aanvaardbaar	Minder haalbaar voor sleutelposities <sup>13</sup>
<b>17. Openbare samenkomsten, internationale evenementen enz. afgelasten</b>	C	Niet bekend	Enorm hoog <sup>10</sup>	Enorm hoog <sup>10</sup>	Hangt wellicht af van het probleem van vergoeding en of verzekeringstussenkomst <sup>9</sup> . Te verwachten van het grote publiek	Probleem van aansprakelijkheid en rechtsgrond. Moeilijk te definiëren wat een openbare samenkomst of een internationale meeting juist is, en wanneer het verbod wordt opgeheven.

**Gebruik van antivirale middelen: vroegtijdige behandeling**

Maatregel	Kwaliteit van het bewijsmateriaal	Doeltreffendheid (voordelen)	Directe kosten	Indirecte kosten en risico's	Aanvaardbaarheid in Europa	Praktische aspecten
-----------	-----------------------------------	------------------------------	----------------	------------------------------	----------------------------	---------------------

<sup>9</sup> Een voordeel van deze en enkele andere interventies is dat het op georganiseerde wijze zorgt voor iets dat waarschijnlijk met de tijd toch wel zal gebeuren.

<sup>10</sup> Probleem van wie het eventuele economische verlies door openbare (overheids)maatregelen zal vergoeden.

<sup>11</sup> Kinderen hebben thuis opvang nodig en hun verzorgers zijn niet aanwezig op het werk.

<sup>12</sup> Het uitgangspunt bij maatregelen gericht op kinderen is vaak dat zij een bijzonder grote rol spelen in de transmissie, wat niet noodzakelijk bij iedere pandemie het geval is.

<sup>13</sup> Er bestaat een complex proces om te onderscheiden wat al dan niet de *belangrijkste functies* zijn. Hoewel belangrijk valt dit buiten de materie van het onderhavige document.

<b>18. Iedereen met symptomen</b>	A (enkel overdracht en duur van ziekte), Bm	Naar verwachting matig, maar bewijsgrond hiervoor is zwak <sup>14</sup>	Enorm hoog	Matig	Te verwachten van het grote publiek in de meeste landen	Aanzienlijke logistieke kosten en problemen om te bepalen wie griep heeft, tijdige levering aan alle personen die er baat bij zouden kunnen hebben (binnen de 24 tot 48 uur) en billijk beheer van de voorraden <sup>15</sup>
<b>19. Gezondheids- werkers en sociaal werkers of blootgestelde medewerkers op sleutelposities</b>	A	Klein <sup>15</sup>	Zwaar	Laag	Wordt beschouwd als bescherming van de werknemers en belangrijk voor die medewerkers die op het werk blijven	Moeilijk te bepalen wie gezondheidswerkers of blootgestelde medewerkers op sleutelposities zijn <sup>15</sup>

#### Gebruik van antivirale middelen: preventieve behandeling na een geval

Maatregel	Kwaliteit van het bewijsmateriaal	Doeltreffendheid (voordelen)	Directe kosten	Indirecte kosten en risico's	Aanvaardbaarheid in Europa	Praktische aspecten
<b>20. Familie</b>	B, Bm	Matig	Enorm hoog	Matig	Waarschijnlijk aanvaardbaar	Moeilijkheden om een geval te vinden, families te definiëren, snel te leveren, beveiliging en voorraden te verwerken <sup>16</sup>
<b>21. Familie en sociale contacten</b>	B, Bm	Matig	Enorm hoog +	Matig	Niet bekend, maar probleem van mensen die schijnbaar worden geweigerd voor behandeling	Zoals hierboven, met problemen om groepen precies te omlijnen
<b>22. Familie en geografische contacten</b>	B, Bm	Matig	Enorm hoog +	Matig	Niet bekend, maar probleem van mensen die schijnbaar worden geweigerd voor behandeling	Zoals hierboven, met nog meer problemen om groepen precies te omlijnen

#### Gebruik van antivirale middelen: voortdurende preventieve behandeling

Maatregel	Kwaliteit van het bewijsmateriaal	Doeltreffendheid (voordelen)	Directe kosten	Indirecte kosten en risico's	Aanvaardbaarheid in Europa	Praktische aspecten
<b>23. Gezondheids- werkers en sociaal werkers of medewerkers op sleutelposities</b>	C	Matig	Enorm hoog	Matig	Onduidelijk - gezondheidswerkers gebruiken ze misschien helemaal niet, of niet voortdurend	Moeilijk te bepalen wie gezondheidswerkers of medewerkers op sleutelposities zijn. Probleem: hoelang kunnen de antivirale middelen worden aangeboden

<sup>14</sup> Proeven tonen aan dat vroegtijdige behandeling bij de seizoensgriep de duur van de ziekte een of twee dagen verkort en ook de transmissie beperkt. Inschattingen van het positieve effect op hospitalisatie en mortaliteit zijn gebaseerd op waarnemingen, beperkt en veel zwakker.

<sup>15</sup> Het gaat om een reeks grote praktische problemen, bepalen wie griep heeft, hoe de antivirale middelen te leveren, enz.

<sup>16</sup> Er moet nagedacht worden over hoe de eerste meldingen van mogelijke neveneffecten snel en doeltreffend zullen worden onderzocht.

**Vaccins: vogelgriepvirus<sup>16</sup>**

Maatregel	Kwaliteit van het bewijsmateriaal	Doeltreffendheid (voordelen)	Directe kosten	Indirecte kosten en risico's	Aanvaardbaarheid in Europa	Praktische aspecten
<b>24. Gehele bevolking</b>	B, Bm	Onduidelijk, hangt af van het type antigen van de pandemie <sup>17</sup>	Enorm hoog	Zeer hoog <sup>16,18</sup>	Niet bekend <sup>19</sup>	Moeilijk te bepalen welke groepen prioriteit moeten krijgen
<b>25. Gezondheidswerkers of maatschappelijk werkers of medewerkers op sleutelposities</b>	B, Bm	Zoals hierboven	Enorm hoog	Zoals hierboven	Zie hierboven, plus onduidelijk of die groepen dit zullen aanvaarden.	Moeilijk te bepalen wie gezondheidswerkers of medewerkers op sleutelposities zijn
<b>26. Kinderen eerst vaccineren</b>	B, Bm	Zoals hierboven	Enorm hoog	Zoals hierboven	Onduidelijk of ouders dit zullen aanvaarden, vooral indien de ziekte bij kinderen milder is en indien de maatregel nuttig is voor anderen. Veiligheidsprofiel niet goed vastgelegd <sup>20</sup> .	Vergt voorafgaande planning

**Vaccins: specifiek pandemievaccin**

Maatregel	Kwaliteit van het bewijsmateriaal	Doeltreffendheid (voordelen)	Directe kosten	Indirecte kosten en risico's	Aanvaardbaarheid in Europa	Praktische aspecten
<b>27. Pandemisch vaccin</b>	B, Bm	Minim in eerste golf	Enorm hoog en vergt investering vooraf	Laag	Wellicht zeer aanvaardbaar <sup>20</sup>	Moeilijkheid om de eerste prioritaire groepen te bepalen <sup>16</sup>

<sup>17</sup> Gaat ervan uit dat de volgende pandemie gebaseerd is op een H5-antigen. Nut kan worden afgeleid uit experimentele, serologische respons, maar waarnemingen en proeven tegen de pandemische stam zijn niet mogelijk voordat de verspreiding start en proeven in fase 3 kunnen dan onethisch geacht worden.

<sup>18</sup> Financieel risico dat bij de volgende pandemie een andere antigenstam betrokken is dan de huidige, zeer pathogene vogelgriep (A/H5).

<sup>19</sup> Geen enkel land heeft ooit getracht zijn bevolking in te enten met een vaccin waarvan de verwachte doeltreffendheid zo laag was, vandaar de grote uitdaging op het vlak van communicatie.

<sup>20</sup> Er moet nagedacht worden over hoe de eerste meldingen van mogelijke neveneffecten snel en doeltreffend zullen worden onderzocht.

## 4. 'Migrant health series': toegang tot hiv-preventie, -behandeling en -zorg voor migrantenpopulaties in landen van de EU/EER

(Gepubliceerd in juli 2009)

Dit rapport vat de bevindingen samen van een evaluatie van de toegang tot hiv-preventie, -behandeling en -zorg aan migranten in de Europese Unie (EU), uitgevoerd tussen mei en september 2008. De evaluatie gebeurde in opdracht van het Europees Centrum voor ziektepreventie en -bestrijding (ECDC) in het kader van een bredere reeks rapporten over migratie en infectieziekten in de EU.

Dit rapport, dat gebaseerd is op informatie uit een enquête onder respondenten in 27 EU-lidstaten en drie landen van de Europese Economische Ruimte (EER) en via een evaluatie van de literatuur, beoogt een overzicht te geven van de huidige situatie en informatie ter beschikking te stellen voor het toekomstige beleid en onderzoek en diensten die erop gericht zijn migrantenpopulaties een betere toegang te verlenen tot hiv-zorgverlening. Zowat twee derde van de respondenten waren vertegenwoordigers van niet-gouvernementele organisaties (ngo's), de rest bestond uit vertegenwoordigers van gouvernementele organisaties. De bevindingen en voorgestelde maatregelen geven daarom niet noodzakelijk de meningen van de nationale regeringen van de EU weer.

Deel 1 beschrijft bondig de achtergrond en methodologie. Deel 2 legt de nadruk op de belangrijkste bevindingen over migranten en hiv, met nadruk op de factoren die hun kwetsbaarheid voor hiv verhogen en hen de toegang tot preventie, behandeling en gezondheidszorg belemmeren, en hoe de EU en de lidstaten tegemoetkomen aan de behoeften van migranten inzake hiv. Deel 3 bekijkt de toekomst, met een overzicht van de problemen en maatregelen die door de respondenten zijn voorgesteld voor een betere toegang tot de hiv-zorgverlening voor migranten in de EU. Hieronder volgt een samenvatting van de belangrijkste bevindingen, problemen en voorgestelde maatregelen.

### Belangrijkste bevindingen

- De EU heeft belangrijke stappen gezet om migratie en gezondheid in het algemeen, en migratie en hiv in het bijzonder, aan te pakken. De *Verklaring van Dublin over het partnerschap ter bestrijding van hiv/aids in Europa en Centraal-Azië* in 2004, en daaropvolgende verklaringen, hebben hiv hoger op de Europese agenda geplaatst. De Conferentie van Lissabon en de daarop volgende vergaderingen en rapporten hebben in 2007 de aandacht gevestigd op de problematiek van migratie, gezondheid en hiv. Samen hebben ze de politieke betrokkenheid in de EU beïnvloed, wat tot uiting kwam in beleidsmaatregelen en juridische middelen om ervoor te zorgen dat migranten toegang krijgen tot gezondheidszorg, met inbegrip van hiv-preventie, -behandeling en -zorgverlening. Toch verschilt het beleid en het juridische kader inzake hiv-preventie, -behandeling en -zorgverlening voor migranten tussen de EU-lidstaten aanzienlijk.
- Voor hiv komen de meest relevante migrantenpopulaties uit Afrika bezuiden de Sahara, Oost-Europa en Azië en, in bepaalde Europese landen, uit Latijns-Amerika en het Caraïbisch gebied. Belangrijke subpopulaties zijn asielzoekers en vluchtelingen, migranten zonder papieren, prostituees en homo- en biseksuele mannen. Taalbarrières, marginalisatie en sociale uitsluiting werden, naast juridische obstakels, genoemd als meest voorkomende factoren die bijdragen tot de kwetsbaarheid van migranten voor hiv. Cultuurgebonden gedrag, religie, vrees voor discriminatie en onwetendheid over hiv in migrantengemeenschappen werden eveneens aangehaald.
- De factoren die migranten ervan weerhouden gebruik te maken van de zorgverlening hebben te maken met beleid en wetgeving, dienstverlening, migrantengemeenschappen zelf en de maatschappij. Beleidsvormen waarbij migranten binnen een land worden verspreid worden eveneens vermeld als belemmering voor preventie en behandeling. Het wettelijke statuut - het ontbreken van een officiële woonplaats en ziekteverzekering - werd het meest aangehaald als obstakel voor hiv-behandeling, met name door ondervraagden in de nieuwe EU-lidstaten. Een gebrek aan cultureel aangepaste informatie in relevante talen, degelijk opgeleide vakmensen en diensten aangepast aan de specifieke behoeften van migranten vormen obstakels voor de drie pijlers van de dienstverlening. Binnen gemeenschappen van migranten verhinderen culturele en religieuze factoren, vrees voor discriminatie en onwetendheid over de beschikbare diensten dat van die diensten gebruik wordt gemaakt. Binnen de maatschappij belemmeren stigmatisering en discriminatie tegenover migranten de toegang tot preventie en zorgverlening in het bijzonder. De sociale omstandigheden van migranten werden aangehaald als specifiek obstakel voor toegang tot een behandeling.

- Bijna alle landen rapporteren specifieke hiv-maatregelen voor migrantengemeenschappen en subpopulaties. Bepaalde landen, vooral met een lange geschiedenis van migratie, bieden via overheidsagentschappen, ngo's en maatschappelijke organisaties een breed spectrum van diensten aan. In andere landen bestaan er weinig of geen diensten. In de meeste landen zijn de migrantengemeenschappen betrokken bij de toepassing van maatregelen maar hun betrokkenheid in het beleid is beperkt op enkele opmerkelijke uitzonderingen na. De problematiek van migratie en hiv kreeg van respondenten echter een lage prioriteit in de meeste van de 30 deelnemende landen. De prioriteit ligt hoger in landen waar hiv relatief vaak voorkomt in de migrantenpopulatie.

## Belangrijkste uitdagingen

- Het beleidskader en het juridisch kader vormen een probleem voor de hiv-dienstverlening aan migranten. Inconsistenties tussen het gezondheids- en immigratiebeleid kunnen schadelijk zijn voor de volksgezondheid. De toegang tot hiv-behandeling voor migranten zonder papieren en zonder verzekering is een groot punt van zorg. Een daaraan gekoppelde uitdaging is het gebrek aan een duidelijk en consistent juridisch kader voor de rechten van migranten op gezondheidszorg.
- De informatiekloof vormt eveneens een probleem. Het gebrek aan een internationaal gestandaardiseerde inzameling van gegevens maakt de situatie van migranten binnen de EU moeilijk vergelijkbaar. Hoewel er heel wat onderzoek is uitgevoerd, blijven er hiaten bestaan in de informatie over, bijvoorbeeld, migratie en hiv in de nieuwe EU-lidstaten, hiv-risicogedrag, gezondheid en hiv-behoefte van migranten; en het effect van cultuur en religie op gedrag en houding tegenover gezondheid en het gebruik van medische zorgverlening binnen migrantengemeenschappen.
- Op het niveau van de dienstverlening zelf moet in bepaalde landen nog werk worden gemaakt van wettelijke, bestuursrechtelijke en culturele obstakels. Zorgen voor een afdoende en duurzame financiering van sociale preventie en zorgverlening van overheidsagentschappen en ngo's is eveneens een uitdaging.
- Een brede aanpak van de negatieve maatschappelijke houding ten opzichte van migranten - verergerd door kwalijke mediaverslaggeving - en initiatieven ten behoeve van de bredere sociale, economische en juridische behoeften van migranten, vormen een uitdaging omdat dit een collectieve inspanning vergt van beleidsmakers, professionele gezondheidswerkers en sociaal werkers en het maatschappelijke middenveld.

## Voornaamste aanbevelingen

- Teneinde precieze en vergelijkbare surveillancegegevens te verzamelen en consistente en aangepaste beleidslijnen en maatregelen uit te werken, is er behoefte aan een gezamenlijke definitie op communautair niveau voor de term 'migrant'. Respondenten hebben ook op Europees en nationaal niveau maatregelen aanbevolen op het vlak van beleid, financiering, onderzoek, dienstverlening en het opzetten van netwerken.
- Een duidelijk beleid en juridisch kader ter bescherming van het recht van migranten (met name van migranten zonder papieren en verzekering), op hiv-zorgverlening werd aanbevolen als prioriteit op Europees en nationaal vlak. Andere voorgestelde maatregelen waren onder meer de aanpak van inconsistente beleidspunten, beleidsmakers sensibiliseren voor de problematiek van hiv en migratie, en de migrantengemeenschap nauwer betrekken in het beleidsproces. Financiering voor Europese netwerken en projecten die actief zijn in de migratie- en hiv- problematiek, en voor ngo's die hiv-zorg verlenen aan migrantenpopulaties werd ook aangestipt als prioritair.
- Verschillende onderzoeksonderwerpen kwamen aan bod. Op Europees niveau werd onder meer voorgesteld onderzoek te voeren naar migratiepatronen, het effect van Europese wetgeving en beleid op de toegang tot behandeling en een kosten-batenanalyse van universele toegang tot behandeling, en van het effect van maatregelen. Op nationaal niveau kwamen er voorstellen voor betere epidemiologische gegevens, een beter begrip van migrantengemeenschappen - ook in verband met hiv, houdingen en gedrag en de rol van cultuur en religie - een analyse van de invloed van wettelijke bepalingen en de doeltreffendheid van maatregelen voor migrantenpopulaties.
- Als prioriteiten werden onder meer voorgesteld: EU-steun voor een pan-Europees netwerk van organisaties die actief zijn op het vlak van migratie en hiv, naast andere mechanismen om middelen, ervaring en goede werkwijzen onderling te delen, en nauwere relaties en samenwerking tussen verenigingen van professionele gezondheidswerkers en sociaal werkers en migrantenrechten- en mensenrechtenorganisaties op Europees en nationaal niveau.



- Voor wat betreft de dienstverlening onderstreepten de meeste respondenten de behoefte aan cultureel aangepast materiaal en maatregelen, bijbehorende opleiding voor gezondheidswerkers en sociaal werkers, en een grotere betrokkenheid van migrantengemeenschappen bij de dienstverlening. Een communautaire aanpak van hiv-tests, zoals voorlichtingscampagnes, en een totaalaanpak van behandeling en zorg werden, met grotere inspanningen om migrantengemeenschappen te informeren over beschikbare dienstverlening, voorgesteld om de dekkings- en benuttingsgraad van de diensten te verbeteren.

## 5. 'Migrant health series': epidemiologie van hiv en aids bij migrantengroepen en etnische minderheden in landen van de EU/EER

(Gepubliceerd in juli 2009)

### Achtergrond, reden en doelstelling

De wereldwijde hiv/aids-pandemie weerspiegelt de grote ongelijkheid op sociaal-economisch gebied, en op het vlak van gezondheid tussen geïndustrialiseerde en ontwikkelingslanden. UNAIDS schat dat er 33 miljoen mensen met hiv/aids waren in 2007. Meer dan 96% van de nieuwe hiv-infecties vond plaats in landen met een laag en middelmatig inkomen. Van alle mensen met hiv/aids wonen er 22,5 miljoen in Afrika bezuiden de Sahara (SSA), waar de hiv-prevalentie 5% bedraagt, aanzienlijk meer dan de geschatte 0,8% op wereldniveau. Het Caraïbisch gebied zijn met een prevalentie van 1% het op één na zwaarst getroffen gebied, en Oost-Europa neemt met 0,9% de derde plaats in.

Volgens de Internationale Organisatie voor Migratie (IOM) waren ongeveer 192 miljoen mensen (3% van de wereldbevolking) in 2006 internationale migranten, waarvan 95 miljoen vrouwen. Volgens de definitie van de Verenigde Naties is een internationale migrant eenieder die zijn land van herkomst verlaat en zich elders vestigt. De meest gangbare reden om te migreren is het streven naar economische verbetering, zodat de meeste migranten van ontwikkelingslanden naar ontwikkelde landen trekken. De landen van herkomst die het grootste aantal migranten leverden in 2006 waren China, India en de Filippijnen, terwijl de Verenigde Staten, Rusland, Duitsland, Oekraïne en Frankrijk de vijf landen waren die de meeste migranten opnamen. Als een van 's werelds rijkste regio's zag de EU 64 miljoen (8,8%) migranten uit een groot aantal landen komen. De EU is er trots op dat ze een van de regio's is met de langste traditie op het vlak van eerbied voor de mensenrechten. Net als elders in de wereld worden migranten in de EU echter geconfronteerd met ernstige integratieproblemen. Migratie en sociale uitsluiting maken migranten bijzonder kwetsbaar voor hiv/aids en daaraan gekoppelde complicaties.

De hiv-epidemie is een van de belangrijkste volksgezondheidsproblemen in de EU. Het aantal hiv-infecties is onophoudelijk blijven stijgen sinds het begin van de rapportering van hiv-cijfers rond 1999. De transmissie verloopt voornamelijk via heteroseksueel contact (53% van de nieuwe hiv-meldingen in 2006), gevolgd door homo- en biseksuele mannen (37%) en door injecterende druggebruikers (9%). Hier dient te worden aangestipt dat in 2006 204 gevallen werden gerapporteerd van transmissie van hiv van moeder op kind. Ongelijkheid op het vlak van gezondheid, inclusief ongelijkheid vanwege de status van migrant, dient in het oog te worden gehouden bij het uitwerken van een aangepaste respons. Sinds 2000 zamelt het vroegere EuroHIV informatie in over de geografische oorsprong van meldingen. Een aanzienlijk en groeiend deel van de aids- en hiv-meldingen door heteroseksuele contacten komt van mensen met een andere geografische herkomst dan het land van melding zelf, vooral uit SSA. Mogelijk zijn ook andere groepen migranten meer dan evenredig getroffen door hiv/aids maar ontbreken gegevens over hen. Het absolute en relatieve aandeel van migranten in de nationale hiv-epidemieën verschilt binnen de EU en hangt af van migratiepatronen, koloniaal verleden, status van de hiv-epidemieën in de landen van herkomst en bestemming, en van de medische en sociale respons. Al vroeg in de epidemie werd duidelijk dat het behartigen van de rechten van mensen met hiv/aids een van de belangrijkste punten was: onbetwistbaar was het zo dat wetenschap, mensenrechten en volksgezondheidsbeleid daarin een cruciale rol speelden.

In 2007 koos het Portugese voorzitterschap van de EU de problematiek van migratie en gezondheid als hoofdthema. In de conclusies van de Raad van december 2007, werd een beroep gedaan op het ECDC om een rapport te maken over migratie en infectieziekten. Het ECDC beantwoordde die oproep met een reeks verslagen die samen het Rapport over migratie en infectieziekten in de EU zullen vormen. Het huidige rapport *Epidemiology of HIV and AIDS in migrant communities and ethnic minorities* had tot doel de problematiek van hiv-besmetting in migrantenpopulaties en de rol daarvan in de epidemiologie van hiv tijdens de periode 1999-2006 in kaart te brengen.

### Methodologie

De gegevens van het ECDC/voormalige EuroHIV werden wereldwijd en per land gebruikt en de absolute cijfers en percentages voor aids- en hiv-gevallen werden onderzocht naar geografische herkomst en jaartal (1999-2006). Vervolgens werden ze ingedeeld per geslacht en overdrachtscategorie. Waar informatie niet bij het ECDC zelf beschikbaar was, werd rechtstreeks contact opgenomen met de belangrijkste informanten. Het aantal

geregistreerde migranten met geslacht en jaartal werd overgenomen uit publieke Europese databases, Eurostat en de nationale bureaus voor de statistiek van alle deelnemende landen, hetzij via hun website hetzij door hen rechtstreeks aan te schrijven.

## Resultaten

In 2006 werden 6 746 aidsgevallen gerapporteerd in de 27 landen van de EU, plus Noorwegen en IJsland. De grootste groep migranten werd vastgesteld bij gevallen van heteroseksuele transmissie. Van die gevallen waarvan de geografische herkomst bekend was, waren er 1 373 (50%) van een ander land dan het rapporterende, waarvan 77% uit SSA. Van de 57 aidsgevallen door overdracht van moeder op kind met bekende geografische herkomst kwam 23% uit SSA. Ook bestond bijna 20% van de aidsgevallen bij homo- en biseksuele mannen uit migranten; de meest voorkomende regio's van herkomst waren Latijns-Amerika (106) en andere West-Europese landen (52). Van de 1 545 gevallen onder injecterende drugsgebruikers waren 7% migranten, grotendeels uit West-Europa, Noord-Afrika en het Midden-Oosten. Het aantal aidsgevallen in de regio daalde tussen 1999 en 2006 42% bij de autochtone bevolking en migranten uit West-Europa. Steeds meer aidsgevallen werden tussen 1999 en 2006 vastgesteld bij migranten uit Oost-Europa (200%), SSA (89%) en Latijns-Amerika (50%). Aids komt in de EU vaker voor bij mannen dan bij vrouwen, hoewel het verschil afneemt. Hoewel de gerapporteerde absolute cijfers voor aidsgevallen bij mannen en vrouwen uit SSA in 2006 respectievelijk 602 en 623 bedroegen, lag de verhouding van het aantal aidsgevallen bij mannen en vrouwen respectievelijk op 12% en 33%.

In 2006 werden 26 712 hiv-infecties gerapporteerd in de EU-27, plus Noorwegen en IJsland, waarvan 29% zonder opgegeven geografische herkomst. Zowel in absolute als relatieve cijfers, werd het grootste aantal migranten vastgesteld bij gevallen door heteroseksuele transmissie. Van het aantal mensen met bekende geografische herkomst kwam 65% van de 8 354 hiv-infecties uit een ander land dan het rapporterende land, waarvan de overgrote meerderheid (5 046) uit SSA. Van de 169 hiv-gevallen met bekende geografische herkomst door overdracht van moeder op kind kwam 41% uit SSA. Daarnaast bestond 18% van de 5 048 hiv-besmettingen met bekende geografische herkomst bij homo- en biseksuele mannen uit migranten en de meest voorkomende regio's waren Latijns-Amerika (215) en West-Europa (247). Van de 1 590 hiv-infecties onder injecterende drugsgebruikers met bekende geografische herkomst, waren er 86% autochtonen en 14% migranten, grotendeels uit West- (63) en Oost-Europa (64). Het aantal hiv-infecties in Europa kende een forse toename tussen 1999-2006, en dit zowel bij autochtonen als migranten. Deze toename moet worden geplaatst in het kader van de invoering van hiv-rapportering in de EU, die in dit stadium nog niet volledig is.

Hiv-infecties komen in de EU vaker voor bij mannen dan bij vrouwen, hoewel het verschil afneemt. De absolute cijfers voor mannen en vrouwen met hiv uit SSA bedroegen in 2006 respectievelijk 1 764 en 2 989. Aangezien het totale aantal hiv-infecties bij autochtone mannen en vrouwen respectievelijk 7 891 en 2 028 bedroeg, was de ratio tussen SSA en autochtone mannen 0,1 en SSA en autochtone vrouwen 1,5. Het gerapporteerde aantal vrouwen met hiv uit SSA ligt bijna 1 000 infecties hoger dan datzelfde cijfer bij autochtone vrouwen, hoewel van 2 910 hiv-infecties bij vrouwen de geografische herkomst niet bekend is. Het aantal vrouwen met hiv uit SSA is 1 000 gevallen meer dan bij mannen uit SSA. Na SSA vormen mannen uit West-Europa de grootste groep (539), gevolgd door Latijns-Amerika (456). De meest voorkomende landen van herkomst van hiv-infecties bij vrouwelijke migranten, buiten SSA, verschillen van die bij mannen, in die zin dat vrouwen uit Zuidoost-Azië en het Caraïbisch gebied respectievelijk 179 en 161 besmettingen voor hun rekening namen, terwijl vrouwen uit West- en Oost-Europa en Latijns-Amerika 85, respectievelijk 111 gevallen telden.

Tussen de landen onderling loopt het aandeel van migranten in het totale aantal hiv-infecties sterk uiteen. In de landen met een hiv-incidentie van minder dan 20 gevallen per miljoen, in grote lijnen Centraal-Europa, is de bijdrage van migranten tot de epidemie laag. In landen met een hiv-incidentie van 21-49 gevallen per miljoen, behalve Litouwen, bedroeg het percentage migranten in 2006 meer dan 40% van het gerapporteerde aantal gevallen. Gezien de uiteenlopende inwonersaantallen, varieert het aantal gevallen van 24 hiv-diagnoses bij migranten op Cyprus tot 258 diagnoses in Zweden. In landen met een hiv-incidentie van 50-99 gevallen per miljoen, behalve Griekenland, bedraagt het percentage migranten 40% van het aantal gerapporteerde gevallen van hiv in Nederland en Duitsland, bijna 60% in Noorwegen, ongeveer 65% in Ierland en Frankrijk, en 70% in België. In landen met een hiv-incidentie van 100-199 gevallen per miljoen bedraagt het percentage migranten ongeveer 30% van de gerapporteerde hiv-infecties in Oostenrijk, 71% in het Verenigd Koninkrijk en zelfs 80% in Luxemburg. In Portugal, het land met de hoogste hiv-incidentie in de EU, bedraagt het percentage migranten ongeveer 20% van de gerapporteerde hiv-gevallen.

Tijdens de periode 1999-2006 werden 16 222 gevallen van tuberculose (tbc) gerapporteerd als initiële aids-definiërende aandoening, waaronder 8 028 diagnoses bij migranten, 3 883 uit SSA en 2 684 van onbekende herkomst. De percentages mensen met tbc als initiële aids-definiërende aandoening liepen sterk uiteen op basis van geografische herkomst. Kleinere percentages werden vastgesteld bij Noord-Amerikanen (8%) en autochtonen (16%) en de grootste bij mensen uit SSA (40%), Oost-Europa (40%), Zuidoost-Azië (32%) en Latijns-Amerika (30%).

Van de ongeveer 495 miljoen personen die zijn ingeschreven in de nationale bevolkingsregisters van de 27 landen van de EU, plus Noorwegen, IJsland en Liechtenstein, zijn er ongeveer 32,5 miljoen (6,5%) ingeschreven als niet-autochtoon. Gegevens over de nationaliteit van deze personen zijn beschikbaar voor de 30 landen van deze studie, behalve Bulgarije, Estland, Frankrijk en Luxemburg. Van deze 32,5 miljoen ingeschreven migranten komt de helft uit Europa (6,5 miljoen uit West-Europa, 7,4 miljoen uit Centraal-Europa, 2,3 miljoen uit Oost-Europa), gevolgd door Latijns-Amerika (2,31 miljoen) en het Caraïbisch gebied (261.000), Zuid- en Zuidoost-Azië (2,25 miljoen), Noord-Afrika en het Midden-Oosten (2,19 miljoen), en SSA (1,32 miljoen).

## Bespreking en beperkingen

Migrantenpopulaties, voornamelijk uit SSA, namen in 1999-2006 een aanzienlijk en stijgend percentage van het gerapporteerde aantal gevallen van aids- en hiv-infecties voor hun rekening in de 27 landen van de EU, plus Noorwegen en IJsland. Hoewel het percentage migranten uit SSA in het gerapporteerde aantal gevallen van heteroseksuele transmissie en moeder-kindoverdracht zeer hoog ligt, heeft een significant percentage diagnoses bij homo- en biseksuele mannen ook betrekking op migranten die voor het merendeel afkomstig zijn uit West-Europa en het Caraïbisch gebied. Dat toont aan dat de seksuele diversiteit tussen migranten met hiv/aids niet uit het oog mag worden verloren. Het aandeel van migrantenpopulaties in de aids- en hiv-epidemie ligt merkbaar hoger bij meldingen van vrouwen, wat de vervrouwelijking van de hiv-/aids-epidemie onder migranten in de EU onderstreept. Er zijn zowel sociale als biologische redenen waarom vrouwen kwetsbaar zijn voor hiv-infectie. Deze cijfers roepen op tot nationale genderspecifieke maatregelen in het hiv-preventie- en -behandelingsbeleid. De zware last van hiv-infecties in vrouwen uit SSA is nauw verbonden met het zeer hoge percentage migranten uit SSA onder gerapporteerde hiv-gevallen door moeder-kindoverdracht in de EU. Hoewel de afname in perinatale hiv-infecties in de EU een grote prestatie is voor de volksgezondheid, resten er grote problemen, vooral bij migrantenmoeders.

Het percentage migranten met hiv-infectie verschilt enorm van land tot land. In de landen van Oost-Europa en sommige landen van Centraal-Europa bedraagt dit percentage minder dan 10%, terwijl het voor de meeste Noord-Europese landen meer dan 40% bedraagt. In de meeste landen in West-Europa bedraagt het percentage migranten onder met hiv besmette personen 20% tot 40%. Dit patroon loopt samen met de migratietendensen aangezien de landen waar het percentage migranten onder gevallen van hiv hoger ligt dezelfde landen zijn waar het percentage migranten op de gehele bevolking ook hoger ligt, wat meestal voortvloeit uit het koloniale verleden en het recente sociaal-economische en demografische gebrek aan evenwicht. Er bestaat ook een aanzienlijk en verontrustend percentage gevallen van onbekende geografische herkomst, vooral in het Verenigd Koninkrijk, Frankrijk, België en Duitsland.

Op basis van de huidige gegevens zijn we niet in staat een onderscheid te maken tussen hiv-infecties die in de EU zijn opgelopen of elders. Andere rapporten stellen dat de meeste hiv-infecties bij personen uit SSA wellicht zijn opgelopen in de landen van herkomst door de gemiddelde duur van hun verblijf in Europa te vergelijken met de waarde van de CD4-celtelling bij de hiv-diagnose. Er zijn evenwel ook aanwijzingen dat mensen uit SSA door hiv geïnfecteerd raken in de landen van de EU. Er zijn weinig gegevens voorhanden over de plaats van besmetting, hoewel het bewijsmateriaal voor migranten die drugs injecteren er eerder op wijzen dat ze hiv in Europa hebben opgelopen. Hoewel een bespreking van het land waar de infectie waarschijnlijk is opgelopen uiterst controversieel is - het heeft jammer genoeg immers aanleiding gegeven tot openlijke racistische reacties - is het voor de volksgezondheid toch belangrijk te weten waar de hiv-besmetting en de ontwikkeling van aids heeft plaatsgevonden: het kan wijzen op een mislukking in de eerstelijns hiv-preventie, tweedelijns hiv-preventie of allebei.

Laattijdige hiv-diagnose vormt een groot probleem in de EU en de Verenigde Staten en de cijfers wijzen uit dat het een nog groter probleem vormt voor de hiv-positieve migrantenpopulatie van niet-westerse herkomst. Het aantal gevallen van aids in de meeste EU-landen kende een scherpe daling vanaf het midden van de jaren negentig, die voor het grootste deel werd toegeschreven aan het effect van de beschikbaarheid van hoogactieve antiretrovirale therapie (HAART) op de populatie. Bij de meeste migranten werd deze daling echter niet vastgesteld door de laattijdige diagnose van hiv-infectie en de moeilijkere toegang tot HAART en de toepassing ervan, wat mogelijk een negatieve weerslag heeft gehad op de mortaliteit van hiv-positieve migranten in de EU. Verder is een afdoende behandeling van hiv ook een strategie om de transmissie van hiv te verhinderen, aangezien mensen in HAART-therapie minder besmettelijk zijn. De preventieve en behandelende benadering geldt ook voor tbc, aangezien een vroegtijdige hiv-test het aantal gevallen met een co-infectie van hiv en tbc stellig zou verlagen. Het staat intussen vast dat het behandelen van tbc even waardevol is als het voorkomen van tbc-transmissie, en dus van secundaire gevallen.

Bij de interpretatie van de bijdrage van migranten tot de epidemiologie van hiv in de regio stoten we op beperkingen door de ongelijke implementatie van de hiv-rapporteringssystemen en de gebrekkige invulling van de parameter 'geografische herkomst' in de EU-lidstaten. Het zeer hoge aantal ontbrekende waarden in deze

categorie roept op tot voorzichtigheid bij de interpretatie van cijfers en vergt een striktere hiv-surveillance in de EU om te kunnen voldoen aan de vereiste kwaliteitsnormen.

Tot slot zijn de in het onderhavige rapport aangehaalde cijfers geenszins verrassend voor werkers op het terrein, vooral in het licht van de wereldwijde hiv-epidemie en internationale migratietendensen, die beide grotendeels worden aangedreven door de ongelijkheid in de wereld. Om de hiv-/aidsepidemie te bestrijden zouden obstakels in de preventie en behandeling van hiv bij migranten in de EU moeten worden opgeruimd. De cijfers en analyses in dit rapport bevestigen dat er sprake is van een falende eerste- en tweedelijns hiv-preventie en dat doortastende maatregelen nodig zijn.

## 6. Overzicht van hiv/soa-gedragssurveillance in Europa

(Gepubliceerd in september 2009)

### Achtergrond

De epidemieën die te wijten zijn aan hiv (humaan immunodeficiëntievirus) en andere seksueel overdraagbare aandoeningen (soa's) blijven een ernstig probleem voor de volksgezondheid in Europa. Het Europees Centrum voor ziektepreventie en -bestrijding (ECDC) werd opgericht in 2005 met als doel het vermogen van de Europese Unie (EU) om infectieziekten te voorkomen en te bestrijden te versterken, met hiv en soa's als prioriteit. Surveillance speelt hierbij een belangrijke rol, en het ECDC kreeg een krachtig mandaat om de gegevensbestanden voor surveillance van overdraagbare ziekten voor de hele EU te onderhouden en te coördineren. Surveillance van de tweede generatie verwijst naar surveillance die de bewaking van biologische indicatoren (nieuwe gevallen van hiv/aids en soa's) in combinatie met gedragsindicatoren (bv. seksueel gedrag, gebruik van beschermingsmiddelen). Deze aanpak is van belang voor de beleidsvorming en de beoordeling van de resultaten.

In 2008 gaf het ECDC een internationaal team van deskundigen opdracht een uitvoerige analyse te maken van de meest geavanceerde programma's voor gedragssurveillance met betrekking tot hiv en soa's in Europese landen en een voorstel uit te werken voor een kader voor de implementatie van een reeks belangrijke gedragsindicatoren met betrekking tot hiv en soa's in Europa. Dit rapport brengt de gedragssurveillance systemen over hiv en soa in de EU-lidstaten en in de landen van de Europese Vrijhandelsassociatie (EVA) in kaart. Surveillance wordt onderzocht in de volgende populaties: algemene bevolking, jongeren, injecterende druggebruikers, homo- en biseksuele mannen, mensen met hiv/aids, prostituees, patiënten van soa-klinieken, migranten en etnische minderheden.

### Methoden

Er werd een set vragenlijsten verzonden naar alle landen van de EU en de EVA. Die bestond uit negen afzonderlijke vragenlijsten: één over het nationale gedragssysteem en het surveillancesysteem van de tweede generatie in zijn geheel, en één vragenlijst per specifieke populatie. In de vragenlijst over het surveillancesysteem in zijn geheel werd gevraagd naar het bestaan en de definitie van:

- een nationaal of regionaal gedragssurveillance systeem;
- de werking van het systeem van de tweede generatie op nationaal of regionaal niveau; en
- potentiële of bestaande obstakels voor het opzetten van duurzame gedragssurveillance systemen van de tweede generatie.

In de vragenlijsten over specifieke bevolkingsgroepen werd eerst gevraagd of voor de desbetreffende populatie een surveillancesysteem was opgezet, waarna gepeild werd naar het bestaan van gedragsonderzoeken (of andere vormen van gegevensinzameling) die onder de verschillende relevante bevolkingsgroepen vanaf 1985 werden gehouden met vragen over:

- de methodologie die in ieder onderzoek of gegevensinzamelingssysteem werd gebruikt;
- de hoofdindicatoren die momenteel worden gevolgd; en
- aanverwante publicaties.

De vragenlijst werd per e-mail verzonden naar de nationale contactpunten voor hiv-surveillance; die personen waren in staat alle vragenlijsten per populatie te laten invullen door de relevante specialisten in hun land. De verantwoordelijken verzamelden de vragenlijsten in en stuurden ze terug voor analyse door het team van deskundigen. Een ontwerprapport werd in februari 2009 besproken op de Behavioural Surveillance Expert Meeting in Montreux (Zwitserland), en werd tevens voor validatie doorgestuurd naar de contactpunten voor hiv-surveillance, die de vragenlijsten eerder in ieder land hadden ingezameld.

### Resultaten

Van de 31 bestudeerde landen hebben er 28 de vragenlijsten ingevuld en teruggezonden (geen antwoord van Bulgarije, Roemenië en Portugal). Het overzicht van de activiteiten in verband met gedragssurveillance in de EU/EVA-landen toont aan dat de gedragssurveillance in die landen zich in diverse stadia van ontwikkeling bevindt: 15 landen rapporteerden dat ze over een werkend hiv/soa-gedragssurveillance systeem beschikten (België, Cyprus, Denemarken, Estland, Finland, Frankrijk, Duitsland, Letland, Litouwen, Polen, Slovenië, Spanje, Zweden,

Zwitserland en het Verenigd Koninkrijk), en Nederland rapporteerde dat het een surveillance heeft ingesteld voor diverse specifieke populaties maar geen formeel, veralgemeend, nationaal gedragssurveillancesysteem.

De mate van formalisering van gedragssurveillance binnen een 'systeem' verschilt sterk per land. Van de 16 landen die gedragssurveillance opgaven, verklaarden er slechts acht te beschikken over een document dat dit systeem beschrijft of het bestaan ervan formaliseert. In vele landen met een gedragssurveillancesysteem werd dit systeem, soms zonder duidelijke doelstelling inzake surveillance, geleidelijk opgebouwd door mettertijd nieuwe populaties toe te voegen. Bovendien is er in vele landen, ook waar er wel een geformaliseerde gedragssurveillance bestaat, vaak geen sprake van een vaste regelmaat of routine in de timing van de gedragssurveillance bij diverse populaties. Ook de organisatie van de gedragssurveillance loopt uiteen: in landen met een geformaliseerde gedragssurveillance is de organisatie en coördinatie in handen van het Ministerie van Volksgezondheid, een nationale gezondheidsinstantie of een universiteit. In landen met minder geformaliseerde systemen verloopt de informele coördinatie via een netwerk van instellingen: overheidsinstanties, universiteiten, ngo's enz. Op de vraag of het systeem adequaat is (d.w.z. het type populatie dat in de surveillance is opgenomen) bleek dat de identificatie en surveillance van risicopopulaties in veel gevallen niet of onvolledig had plaatsgevonden. De meest onderzochte populaties zijn de algemene bevolking en de jeugd, homo- en biseksuele mannen en injecterende drugsgebruikers. Gedragssurveillance bij prostituees en hun klanten, migranten en etnische minderheden, mensen met hiv/aids en patiënten van soa-klinieken wordt slechts in enkele landen uitgevoerd.

Het bestaan van surveillancesystemen van de tweede generatie werd gemeld door 13 van de 16 landen die gedragssurveillance rapporteerden. Twee andere landen rapporteerden een surveillancesysteem van de tweede generatie voor slechts één populatie. Een formele organisatie van dit systeem met een coördinerende of beheersinstantie is aanwezig in zes landen.

Voor elk van de in overweging genomen populaties waren er minder landen die informatie verstrekten over hun prioritaire indicatoren dan landen die verklaarden informatie in te zamelen over de betreffende onderwerpen. Dit komt waarschijnlijk doordat alleen landen die binnen een surveillanceparadigma werken er uitdrukkelijk voor gekozen hebben hun indicatoren regelmatig in te zamelen en in staat zijn deze duidelijk te omschrijven. Voor wat betreft de onderwerpen die algemeen worden bewaakt, is de overeenkomst tussen prioritaire onderwerpen over de populaties heen vrij groot; dit kan nuttig zijn bij de selectie van indicatoren die landen en populaties gemeen hebben. Omdat de diversiteit nog zo groot is, dient een proces van harmonisatie van indicatoren, per populatie, op Europees niveau te worden voortgezet. Bij populaties waar gedragssurveillance met steekproeven op basis van dienstverlening of cohort reeds wordt uitgevoerd, of uitvoerbaar is, dienen met de belanghebbenden voorbereidende gesprekken te worden gevoerd over het instellen van een gedragssurveillance in dergelijke settings.

Daar waar sprake is van een Europese consensus dienen reeds overeengekomen indicatoren te worden voorgesteld die 'vertaalbaar' zijn naar internationaal overeengekomen indicatoren. Met behulp van de globale analyse worden kernindicatoren voorgesteld die gemeenschappelijk zijn voor alle populaties. Die hebben te maken met het aantal sekspartners, het gebruik van een condoom bij de meest recente geslachtsgemeenschap, betaalde seks en kennis over hiv. Kernindicatoren zouden ook systematisch rekening moeten houden met het onderwijsniveau, de nationaliteit/etnische oorsprong en seksuele geaardheid.

## 7. Het bacteriële probleem: tijd om te reageren (een gezamenlijk technisch rapport van het ECDC en het Europees Geneesmiddelenbureau)

(Gepubliceerd in september 2009)

### Belangrijkste bevindingen

Er bestaat een kloof tussen de last die te wijten is aan infecties veroorzaakt door multiresistente bacteriën en de ontwikkeling van nieuwe antibiotica om dit probleem aan te pakken.

- De resistentie tegen antibiotica onder grampositieve en gramnegatieve bacteriën die ernstige infecties in mensen teweegbrengen is hoog: 25% of meer in een aantal EU-lidstaten.
- In de EU neemt de resistentie bij bepaalde gramnegatieve bacteriën toe, zoals onlangs nog werd vastgesteld voor *Escherichia coli*.
- Jaarlijks sterven ongeveer 25 000 patiënten in de EU aan een infectie met bepaalde multiresistente bacteriën.
- Infecties door deze multiresistente bacteriën in de EU brengen jaarlijks minstens 1,5 miljard EUR extra kosten aan gezondheidszorg en productiviteitsverlies teweeg.
- Vijftien systematisch toegediende antibacteriële middelen met een nieuw werkingsmechanisme tegen een nieuwe doelbacterie werden geïdentificeerd als zijnde in ontwikkeling en met potentieel om de uitdaging van multiresistentie het hoofd te bieden. De meesten daarvan bevonden zich in een vroege ontwikkelingsfase en waren voornamelijk bedoeld tegen bacteriën waarvoor reeds behandelingsopties bestonden.
- Er is een uitgesproken tekort aan nieuwe middelen met nieuwe doelen of werkingsmechanismen tegen multiresistente gramnegatieve bacteriën. Twee zulke middelen met nieuwe of mogelijk nieuwe doelen en een aangetoonde werking werden geïdentificeerd, beiden in een vroege ontwikkelingsfase.
- Er is dringend behoefte aan een Europese en wereldwijde strategie om deze kloof te dichten.

In 2007 openden het Europees Centrum voor ziektepreventie en -bestrijding (ECDC), het Europees Geneesmiddelenbureau (EMA) en het internationale netwerk Action on Antibiotic Resistance (ReAct) het overleg om de kloof tussen de frequentie van multiresistente bacteriële infecties in de EU en de ontwikkeling van nieuwe antibiotica te documenteren. Daarop werd in 2008 een gezamenlijke werkgroep van het ECDC/EMA ingesteld die een overzicht van feiten en cijfers moet opstellen dat redelijke voorspellingen over de evolutie van de kloof in de komende jaren zou toelaten.

De volgende antibioticaresistente bacteriën werden geselecteerd omdat ze vaak infecties van de bloedbaan veroorzaken en omdat de bijbehorende antibiotische resistentie meestal een marker is voor multiresistentie tegen antibiotica:

- *Staphylococcus aureus*, methicillineresistentie (MRSA);
- *S. aureus*, intermediaire vancomycineresistentie en vancomycineresistentie (VISA/VRSA);
- *Enterococcus* spp. (bv. *Enterococcus faecium*), vancomycineresistentie (VRE);
- *Streptococcus pneumoniae*, penicillineresistentie (PRSP);
- Enterobacteriaceae (bv. *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*), resistentie tegen cefalosporine van de derde generatie;
- Enterobacteriaceae (bv. *K. pneumoniae*), carbapenemresistentie; en
- Niet-fermentatieve gramnegatieve bacteriën (bv. *Pseudomonas aeruginosa*), carbapenemresistentie.

### Tendensen en last van infecties door multiresistente bacteriën in de EU

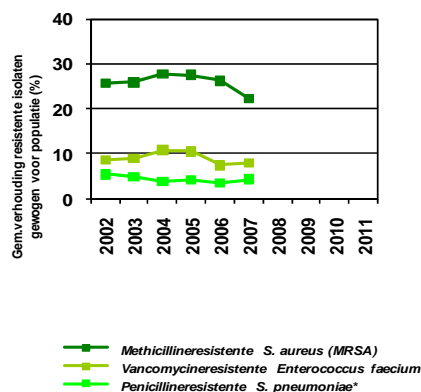
Gegevens over deze bepaalde antibioticaresistente bacteriën in invasieve infecties (hoofdzakelijk infecties van de bloedbaan) waren voor ieder jaar tijdens de periode 2002-2007 beschikbaar bij het EARSS (European Antimicrobial Resistance Surveillance System) voor de EU-lidstaten, IJsland en Noorwegen.

Hoe de antibioticaresistente isolaten verhoudingsgewijs evolueren in de bloedisolaten van genoemde bacteriën die vaak infecties van de bloedbaan in Europa veroorzaken is weergegeven in figuur 7.1.

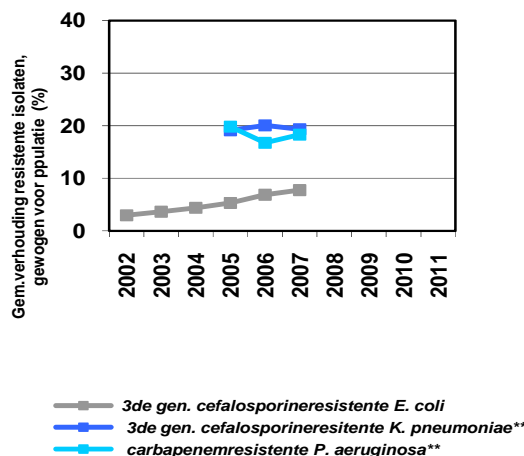


**Figuur 7.1** Gemiddelde verhouding van resistente isolaten tot bloedisolaten van bacteriën die vaak infecties van de bloedbaan veroorzaken, gewogen voor aantal inwoners, EU-lidstaten, IJsland en Noorwegen, 2002-2007.

**a. Grampositieve bacteriën**



**a. Gramnegatieve bacteriën**



\* *S. pneumoniae*: behalve Griekenland, dat geen gegevens over deze bacterie rapporteerde aan het EARSS.

\*\* *K. pneumoniae* en *P. aeruginosa*: behalve België en Slowakije, die geen gegevens over deze bacteriën rapporteerden aan het EARSS.

In 2007 vertoonde het gemiddelde percentage bloedisolaten van *Staphylococcus aureus* dat resistentie vertoonde voor methicilline (% MRSA) het grootste percentage antibioticaresistente isolaten binnen de groep van geselecteerde bacteriën die vaak verantwoordelijk zijn voor bloedbaaninfecties in de Europese Unie. De laatste jaren is dit percentage evenwel gedaald (figuur 7.1). Dit is toe te schrijven aan dalende MRSA-tendensen in een aantal lidstaten, wellicht door actieplannen op nationaal niveau zoals die bestaan in Frankrijk, Slovenië en het Verenigd Koninkrijk. De gemiddelde verhouding heeft een niveau bereikt dat nauw aanleunt bij dat van de geselecteerde antibioticaresistente gramnegatieve bacteriën.

Het percentage bloedisolaten van *S. aureus* dat intermediaire resistentie vertoonde tegen vancomycine (VISA) was zeer laag (minder dan 0,1%) in de EU-lidstaten, IJsland en Noorwegen. Geen vancomycineresistente isolaten van *S. aureus* werden aan het EARSS gerapporteerd in 2007 (gegevens niet getoond in figuur 7.1).

Daarentegen is het gemiddelde percentage bloedisolaten van *Escherichia coli* - de meest voorkomende gramnegatieve bacterie die de mens infecteert - dat resistentie vertoont tegen cefalosporines van de derde generatie gestaag toegenomen.

Tegelijk zijn er geen tekenen die wijzen op een geringere resistentie tegen cefalosporines van de derde generatie in *Klebsiella pneumoniae* of carbapenems in *Pseudomonas aeruginosa* (figuur 7.1).

In 2007 lag het percentage bloedisolaten van *K. pneumoniae* in de EU-lidstaten, IJsland en Noorwegen dat resistentie vertoonde tegen carbapenems algemeen op een zeer laag peil (mediaan = 0%), behalve in Griekenland, waar het 42% bereikte (gegevens niet weergegeven in figuur 7.1).

De menselijke en economische last van antibioticaresistente bacteriën kon enkel worden geschat voor de volgende vijf antibioticaresistente bacteriën: MRSA, vancomycineresistente *Enterococcus faecium*, cefalosporineresistente *E. coli* van de 3<sup>de</sup> generatie en *K. pneumoniae* en carbapenemresistente *P. aeruginosa*.

Deze studie bevestigde dat MRSA zonder meer de meest voorkomende, multiresistente bacterie in de Europese Unie was. Niettemin was de som van het aantal gevallen van gewone, antibioticaresistente grampositieve bacteriën (meestal MRSA en vancomycineresistente *Enterococcus faecium*) vergelijkbaar met die van gewone,

antibioticaresistente gramnegatieve bacteriën (cefalosporineresistente *E. coli* van de 3<sup>de</sup> generatie en *K. pneumoniae* en carbapenemresistente *P. aeruginosa*).

Globaal stierven in 2007 naar schatting zo'n 25 000 patiënten aan een infectie door een van de vijf geselecteerde antibioticaresistente bacteriën in de Europese Unie, IJsland en Noorwegen. Bovendien veroorzaakten infecties met een van deze antibioticaresistente bacteriën ongeveer 2,5 miljoen extra ziekenhuisopnamedagen en meer dan 900 miljoen EUR extra ziekenhuiskosten.

Vervolgens werd een schatting gemaakt van het productiviteitsverlies door deze infecties. Aan de hand van gegevens uit 2007 werden de kosten voor poliklinische gezondheidszorg geraamd op ongeveer 10 miljoen EUR en het productiviteitsverlies door afwezigheid van besmette patiënten op het werk werd geraamd op meer dan 150 miljoen EUR per jaar. Het productiviteitsverlies doordat patiënten aan hun infectie overleden werd geschat op ongeveer 450 miljoen EUR per jaar. Globaal werden de maatschappelijke kosten van infecties door deze antibioticaresistente bacteriën geschat op ongeveer 1,5 miljard EUR per jaar.

Er zijn heel wat redenen (bv. beperkt aantal in overweging genomen bacteriën, geen rekening gehouden met infecties van niet-gehospitaliseerde patiënten, in de gemiddelde hospitalisatiekosten wordt geen rekening gehouden met speciale medische verzorging, zoals verzorging op de intensive care) om aan te nemen dat deze cijfers de menselijke en economische last van infecties door antibioticaresistente bacteriën nog onderschatten.

## Vooruitgang in onderzoek en ontwikkeling van antibacteriële middelen

Om de stand van zaken in de ontwikkeling van antibacteriële geneesmiddelen te beoordelen werd in twee commerciële gegevensbestanden (Adis Insight R&D en Pharmaprojects) gezocht naar antibacteriële stoffen die zich ergens ter wereld in een klinische ontwikkelingsfase bevinden. Omdat het uitvalpercentage bij preklinische proeven zeer hoog is en de voor evaluatie beschikbare gegevens schaars zijn, werd besloten geen diepgaand onderzoek te verrichten naar werkzame stoffen die het stadium van klinisch onderzoek nog niet hadden bereikt.

Werkzame stoffen die uit het onderzoek naar voor kwamen werden zoveel mogelijk beoordeeld op hun antibacteriële werking tegen de geselecteerde bacteriën op basis van in gegevensbestanden of in de literatuur beschikbare gegevens. Waar geen in-vitrogegevens beschikbaar waren, werden ook plausibele veronderstellingen over de werking van enkele stoffen in aanmerking genomen, op basis van de eigenschappen van soortgelijke stoffen (d.w.z. werkzame stoffen van dezelfde categorie of met hetzelfde werkingsmechanisme) om tot een 'best-casescenario' te komen.

Per werkzame stof werd de onderzoekers bovendien gevraagd aan te geven of het tot een nieuwe of bestaande klasse antibiotica behoorde en aan te geven of het:

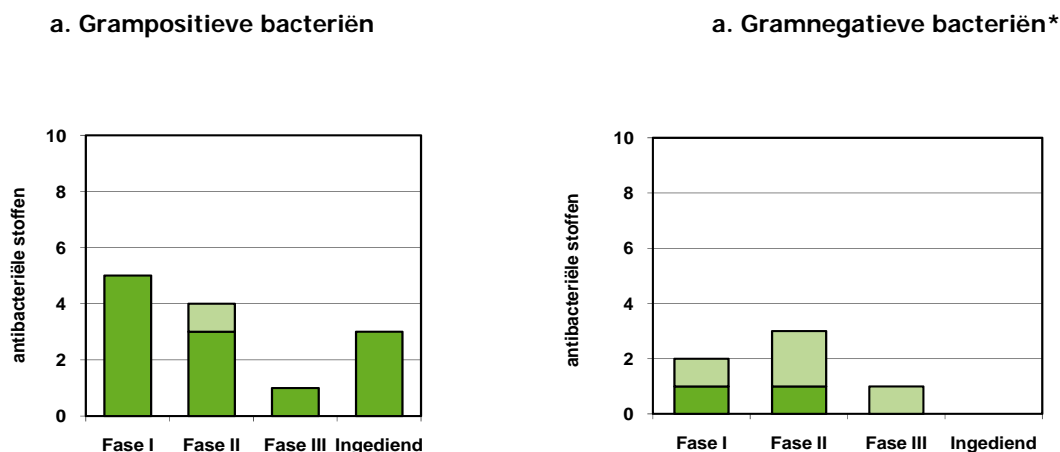
- op hetzelfde doel en op dezelfde manier inwerkte als minstens één goedgekeurd antibacterieel middel;
- inwerkte via een bekend werkingsmechanisme of op een nieuw doel; of
- inwerkte via een nieuw werkingsmechanisme.

De voornaamste resultaten van deze analyse waren als volgt:

- Van de 167 werkzame stoffen die in het onderzoek waren geïdentificeerd, vertoonden 90 antibacteriële stoffen in-vitroactiviteit in een 'best-casescenario' (aan de hand van feitelijke of veronderstelde gegevens op basis van eigenschappen van een klasse of werkingsmechanisme) tegen minstens één organisme in de reeks bacteriën die waren geselecteerd wegens hun belang voor de volksgezondheid.
- Van deze 90 stoffen waren er 24 nieuwe verschijningsvormen van goedgekeurde antibacteriële stoffen en 66 nieuwe werkzame stoffen.
- Van de 66 nieuwe actieve stoffen hadden er naar oordeel van de onderzoekers slechts 27 een nieuw doel of werkingsmechanisme, en dus een mogelijk voordeel boven bestaande antibiotica.
- Van deze 27 stoffen waren er 15 die systemisch zouden kunnen worden toegediend.
- Van 8 van deze 15 stoffen met systemische werking werd geoordeeld dat ze werkzaam zouden kunnen zijn tegen minstens één van de geselecteerde gramnegatieve bacteriën.
- Van deze acht tegen gramnegatieve bacteriën werkzame stoffen was de werking bij vier ervan gebaseerd op feitelijke gegevens en bij de vier andere op een veronderstelde werking op basis van bekende klasse-eigenschappen of werkingsmechanismen.
- Van de vier stoffen die op grond van feitelijke gegevens werkzaam zijn tegen gramnegatieve bacteriën, waren er twee die inwerkten op nieuwe of mogelijke nieuwe doelen en geen enkele via een nieuw werkingsmechanisme.

Figuur 7.2 toont de gegevens voor deze 15 antibacteriële stoffen. Slechts vijf van deze stoffen waren opgenomen in klinische proeven teneinde hun klinische werkzaamheid (fase 3 of verder in de klinische ontwikkeling) te bevestigen.

**Figuur 7.2** Nieuwe systemische antibacteriële middelen met een nieuw doel of nieuw werkingsmechanisme en in-vitroactiviteit op basis van feitelijke gegevens (donkere balken) of veronderstelde in-vitroactiviteit op basis van klasseneigenschappen of werkingsmechanismen (lichte balken) tegenover de geselecteerde bacteriën (best-casescenario), per ontwikkelingsfase (n=15).



*Opmerking: De in-vitroactiviteit op basis van feitelijke gegevens is in iedere kolom donker weergegeven. De veronderstelde in-vitroactiviteit op basis van klassenkenmerken of werkingsmechanismen wordt (waar van toepassing) in iedere kolom lichter weergegeven.*

*\* Twee carbapenems werden in figuur 7.2b weggelaten omdat deze tegen gramnegatieve bacteriën niet werkzamer zijn dan eerdere carbapenems. De betrekkelijke noviteit van deze middelen was gebaseerd op een beter werkingsprofiel tegen antibioticaresistente grampositieve bacteriën in figuur 7.2a.*

In de EU veroorzaakt de bacteriële resistentie nu reeds een zware belasting, die waarschijnlijk nog zal toenemen. Op basis van de huidige gegevens verwacht men de komende jaren bijzondere problemen door resistentie onder gramnegatieve bacteriën.

Tegelijk zijn er zeer weinig antibacteriële middelen met nieuwe werkingsmechanismen in ontwikkeling om multiresistentie het hoofd te bieden. Er is een uitgesproken tekort aan nieuwe middelen om infecties door multiresistente gramnegatieve bacteriën te behandelen.

Dit rapport stelt een kloof vast tussen de last veroorzaakt door infecties met multiresistente bacteriën en de ontwikkeling van nieuwe antibacteriële middelen om het probleem aan te pakken. Er is dringend behoefte aan een Europese en wereldwijde strategie om de kloof te dichten. Er moeten maatregelen worden getroffen om de ontwikkeling van geneesmiddelen te stimuleren.

## 8. Doeltreffendheid van gedrags- en psychosociale hiv/soa-preventiemaatregelen voor homoseksuele en biseksuele mannen in Europa

(Gepubliceerd in november 2009, gewijzigd in december 2009)

### Achtergrond

Zolang er geen effectief en betaalbaar vaccin bestaat en de bestaande antiretrovirale behandelingswijzen geen genezing bieden, blijft gedragsmatige en psychosociale preventie om seksueel risicogedrag te beperken centraal staan in de inspanningen de transmissie van hiv/soa's tussen homo- en biseksuele mannen te verminderen. Aangezien de beleidsvormers en -planners specifieke maatregelen en kwantitatieve ramingen van het effect van die maatregelen nodig hebben om gefundeerde beslissingen te nemen over onderzoek en de financiering van preventie is er behoefte aan een systematische evaluatie die een actueel beeld geeft van de huidige kennis over preventieve hiv/soa-maatregelen gericht op homo- en biseksuele mannen in Europa.

### Doelstellingen

De doelstellingen waren een overzicht te geven en de doeltreffendheid te beoordelen van hiv/soa-maatregelen voor homo- en biseksuele mannen in Europa en op basis van het beschikbare bewijsmateriaal te bepalen welke kenmerken van maatregelen doeltreffend zijn of mogelijk tekortkomingen vertonen.

### Methoden

Relevante literatuur in acht internationale databases en referentielijsten van relevante evaluaties en bijbehorende studies werden systematisch doorzocht. Studies werden geselecteerd aan de hand van vooraf bepaalde criteria en beoordeeld op mogelijke vertekeningen. De resultaten werden samengevat in tabellen en het geschatte effect op seksueel gedrag werd berekend.

### Resultaten

De resultaten werden afgeleid uit gegevens van zes gecontroleerde studies onder aanvankelijk 4 111 deelnemers uit vier Europese landen. De resultaten toonden aan dat in alle studies een 'groot' of 'onduidelijk' risico op vertekening bestond op een of meer van de beoordeelde terreinen. Het geschatte cumulatieve effect van de vier maatregelen waarvoor gegevens beschikbaar waren gaf aan dat homo- en biseksuele mannen die deelnamen aan hiv/soa-preventieprojecten mogelijk minder geneigd zijn onbeschermd anale contacten te melden. De wetenschappelijke basis was ontoereikend om kenmerken van maatregelen te onderzoeken die het nauwst samenhangen met een effect van een bepaalde grootteorde. Een zeer klein aantal participanten had een niet-blanke achtergrond en in slechts één studie werd een biologische meting van soa's gebruikt als index voor verandering.

### Bespreking

Hoewel de hiv-epidemie tot volle ontwikkeling is gekomen, is er nauwelijks sprake van een strikte evaluatie van de resultaten van hiv/soa-gedragsmaatregelen voor homo- en biseksuele mannen in Europa. De resultaten geven aan dat maatregelen een mogelijk verlagend effect op korte termijn hebben op het aantal mannen dat onbeschermd anale contacten heeft, maar de schaarste aan gecontroleerde studies wijst op een behoefte aan onderzoek op dit terrein. In wetenschappelijke kringen moet worden nagedacht over de mogelijkheid om maatregelen door te geven en om in het beste geval uitgebreid onderzoek te doen voordat een nieuw programma wordt gelanceerd.

### Besluit

Er is een algemeen tekort aan evaluaties van maatregelen gericht op het beperken van hiv/soa-risicogedrag bij homo- en biseksuele mannen in Europa. Een gedragsgebonden hiv/soa-preventiebeleid uitwerken om nieuwe infecties te voorkomen en deze preventieprogramma's voor homo- en biseksuele mannen evalueren is een belangrijk onderdeel van een integraal beleid van hiv/soa-beheersing voor de gehele cyclus van preventie en zorg.

# Richtsnoeren

## 9. Bestrijding van chlamydia in Europa

(Gepubliceerd in juni 2009)

### Waarom chlamydia een gevaar vormt voor de volksgezondheid

*Chlamydia trachomatis* is een van de meest voorkomende bacteriële seksueel overdraagbare aandoeningen in Europa. Van de seksueel actieve jongeren is doorgaans 5 tot 10 % besmet. Het aantal diagnoses stijgt in vele Europese landen, deels door de toepassing van meer en gevoeliger tests. Personen met genitale chlamydia kunnen last hebben van de symptomen van een ontsteking van de genitaliën, zoals urethritis en cervicitis, maar de meesten hebben geen symptomen. Chlamydia houdt een aanzienlijk gevaar in voor de volksgezondheid omdat onbehandelde chlamydia bij sommige vrouwen kan leiden tot een ontsteking van het bekken, subfertiliteit en verminderde vruchtbaarheid. Chlamydia vergemakkelijkt ook de transmissie van hiv. De behandeling van subfertiliteit als gevolg van chlamydia is duur, omdat daarvoor chirurgie aan de eileiders en in-vitrofertilisatie nodig zijn. Hoewel er een goedkope en efficiënte behandeling bestaat, vormt de bestrijding van chlamydia een probleem, aangezien de meeste mensen geen symptomen vertonen.

### Maatregelen ter bestrijding van chlamydia in Europa

Uit een systematisch onderzoek van de activiteiten ter bestrijding van chlamydia in 29 Europese landen bleek dat de manier waarop dit werd georganiseerd sterk verschilde. Bijna de helft van de landen meldde geen georganiseerde activiteit en in slechts twee landen was er sprake van nationale bestrijdingsprogramma's.

### Chlamydiabestrijding implementeren

De eerste stap naar een grootschalig en effectief bestrijdingsprogramma is de goedkeuring van een bestrijdingsstrategie gebaseerd op een breed overleg met de voornaamste belanghebbenden. Deze strategie moet rekening houden met de specifieke mogelijkheden en beperkingen op nationaal vlak, en met een evaluatie van de wetenschappelijke basis voor de genomen acties en maatregelen. De strategie kan berusten op een stapsgewijze benadering zoals beschreven in dit document.

Een stapsgewijze benadering is aan te bevelen opdat er een accuraat soa-preventie- en patiëntenbeheer kan worden ingesteld voordat gedacht wordt aan complexe maatregelen, zoals screening.

Chlamydiabestrijdingsprogramma's worden beschreven op vier niveaus:

- Niveau A, primaire preventie: dit omvat gezondheidsbevordering en onderwijs, schoolprogramma's en distributie van condooms.
- Niveau B, case-management: dit bouwt voort op niveau A, met bovendien routinematige case-surveillance, accurate chlamydiadiagnose, klinische dienstverlening en patiënt- en partnerbeheer. Elk van deze elementen vergt duidelijke, wetenschappelijk onderbouwde richtsnoeren en regelmatige audits.
- Niveau C, opportunistisch onderzoek: dit bouwt voort op niveau B, met bovendien testen die routinematig worden aangeboden aan een of meer specifieke groepen die gebruikmaken van andere klinische diensten om zo asymptomatische gevallen te identificeren.
- Niveau D, screeningprogramma: dit bouwt voort op niveau C, met bovendien een georganiseerd aanbieden van regelmatige chlamydiatests gericht op een aanzienlijk deel van een welomschreven populatie met als doel de prevalentie van chlamydia in de bevolking te verlagen.

De bewijskracht voor de doeltreffendheid van programma's van niveau C en D is beperkt, en waar ze worden ingevoerd dienen ze dan ook nauwgezet te worden geëvalueerd om als leidraad te dienen voor toekomstig beleid. Met name dient het effect van dergelijke programma's op de bestrijding van chlamydia bij die populatie te worden gevolgd en geëvalueerd. Over het invoeren van een screeningprogramma voor chlamydia moet even zorgvuldig worden nagedacht als over eender welk ander screeningprogramma, inclusief een beoordeling van alle potentiële voordelen, schadelijke effecten en kosten.

De efficiënte toewijzing van middelen en de invoering van een nationaal beleid voor chlamydiabestrijding vergt leiderschap en betrokkenheid van de beleidsmakers in de gezondheidszorg. Waarschijnlijk verschilt de meest geschikte nationale strategie per land. Nationaal beleid moet worden ontwikkeld in overleg met medische vakorganisaties, financiers, gezondheidszorgverleners en verleners van diagnostische diensten.

## Evaluatie van chlamydiabestrijdingsprogramma's

Het doel van chlamydiabestrijdingsprogramma's is het aantal gevallen van chlamydia te verlagen, maar dit is moeilijk te bewaken omdat dit een periodiek onderzoek van de bevolking vergt. Er bestaan echter tal van andere doeltreffendheidsindicatoren die vanaf de aanvang in elk programma zouden moeten worden ingebouwd.

Op nationaal niveau moeten de programma's indicatoren bewaken die verband houden met de beleidslijnen en de richtsnoeren van het programma, de implementatie en processen, en de resultaten van het programma. Die moeten berusten op specifieke doelstellingen naargelang het implementatieniveau.

Wanneer landen van het ene niveau overgaan naar het volgende, zullen ze beslissingen moeten nemen op basis van een strikte evaluatie van de werkzaamheid, kosteneffectiviteit en schadelijke effecten. Hiervoor bestaat steun, wanneer landen ervoor zorgen dat alle activiteiten zorgvuldig worden geëvalueerd en de resultaten met anderen in Europa worden gedeeld. Op die manier versterken de investeringen in huidige programma's de wetenschappelijke basis voor chlamydiabestrijding en wordt de besluitvorming in de toekomst vergemakkelijkt en de volksgezondheid verbeterd.

Op Europees niveau moet ernaar gestreefd worden om het aantal landen te verlagen dat geen georganiseerde activiteit rapporteert.

## Doel van dit document

Dit document biedt beleidsmakers op het vlak van de volksgezondheid in de Europese Unie een leidraad aan voor nationale strategieën voor chlamydiabestrijding. Het bevat geen specifieke klinische of diagnostische richtsnoeren, maar eerder een kader voor de ontwikkeling, tenuitvoerlegging of verbetering van nationale strategieën ter voorkoming en bestrijding van chlamydia. Recente, systematische evaluaties moeten als basis dienen voor dergelijke gedetailleerde richtsnoeren.

Het gezondheidsbeleid dient, net als klinische richtsnoeren, te berusten op het beste bewijsmateriaal. Algemeen is er minder materiaal voorhanden om deze beleidsbeslissingen te onderbouwen. Deze leidraad streeft ernaar de ontwikkeling van wetenschappelijk onderbouwde lokale richtsnoeren in het kader van degelijke nationale chlamydiastrategieën te vergemakkelijken. Bij dergelijke strategieën dient niet enkel rekening te worden gehouden met klinische en epidemiologische factoren (zoals de prevalentie van chlamydia onder de bevolking) maar ook met lokale systemen van gezondheidszorgverlening, infrastructuur en middelentoekenning.

De leidraad werd ontwikkeld door een technische groep van deskundigen aan de hand van het bewijsmateriaal gebundeld in het ECDC-rapport *Review of chlamydia control activities in EU countries*. Dit rapport bevat een overzicht van de activiteiten ter bestrijding van chlamydia, naast recente systematische beoordelingen van chlamydia screening en -bestrijding.

Deze leidraad heeft betrekking op de gewone, seksueel overdraagbare vorm van *Chlamydia trachomatis* (serovars D tot K) en slaat niet op *Lymphogranuloma venereum* of trachoma.

## 10. Gebruik van antivirale middelen tegen griep tijdens een grieppandemie

(Gepubliceerd in juni 2009, bijgewerkt in augustus 2009)

Dit achtergronddocument is bedoeld als hulpmiddel voor iedereen die in de Europese Unie en de EER/EVA het beleid en de procedures bepaalt voor het gebruik van antivirale middelen tegen griep, vooral met betrekking tot grieppandemieën. Het document is gebaseerd op wetenschappelijk bewijsmateriaal, richtlijnen van de WGO, adviezen van deskundigen (inclusief die van het Adviesforum van het ECDC) en aanbevelingen die zijn opgenomen in Europese nationale plannen voor paraatheid bij pandemieën. Het is gericht op opties voor het gebruik van antivirale geneesmiddelen in het kader van een grieppandemie.

Het beschikbare bewijsmateriaal over de doeltreffendheid van antivirale middelen in de preventie of behandeling, en daaropvolgend gebruik voor de volksgezondheid tijdens een pandemie is afgeleid uit studies uitgevoerd tijdens episodes van seizoensgriep bij gezonde volwassenen en, in mindere mate, een van de risicogroepen (oudere mensen) en sommige oudere kinderen.

Uit dit bewijsmateriaal blijkt dat bepaalde antivirale geneesmiddelen, in het bijzonder de neuraminidase-inhibitoren (oseltamivir en zanamivir), bij de behandeling een aantal voordelen opleveren doordat ze de ziekteduur bij griepatiënten 1-2 dagen inkorten en ook complicaties en de behoefte aan antibiotica bij de getroffen personen verlagen. Dit effect wordt beperkt doordat de geneesmiddelen in een vroeg stadium moeten worden ingenomen (binnen de 48 uur na het optreden van de eerste symptomen). Zwak bewijs uit waarnemingsstudies duidt ook op een eventuele daling van de morbiditeit en zelfs mortaliteit bij ziekere patiënten als de geneesmiddelen na meer dan 48 uur worden toegediend. Bij orale toediening (oseltamivir) wordt vaak melding gemaakt van geringe bijwerkingen, vooral misselijkheid en soms zelfs braken, zodat de fabrikant aanbeveelt het geneesmiddel tijdens de maaltijd in te nemen.

Proeven op gezonde volwassenen geven aan dat met een preventieve behandeling een infectie voor 70% tot 90% effectief kan worden voorkomen, op voorwaarde dat het geneesmiddel wordt ingenomen zoals voorgeschreven. Voor bepaalde groepen en milieus met een verhoogd risico kunnen de voordelen voor de volksgezondheid minder duidelijk worden bewezen, hoewel de besmetting toch enigszins lijkt af te nemen, bijvoorbeeld bij uitbraken van seizoensgriep in een besloten omgeving, zoals verzorgingstehuizen. Dit wijst erop dat dergelijke geneesmiddelen een effect kunnen hebben op het niveau van de virale overdracht en besmetting kunnen helpen voorkomen.

Heel sporadisch kunnen griepvirussen met een primaire weerstand tegen een of meerdere antivirale geneesmiddelen op natuurlijke wijze opduiken via genetische mutatie en natuurlijke virale herschikking. Dat is wat in Europa gebeurde tijdens het seizoen 2007-2008, toen een griepvirus met resistentie tegen oseltamivir opdook. Dit hield geen verband met antiviraal gebruik en de kans dat dit gebeurt mag geen invloed hebben op het standaardbeleid inzake het gebruik van antivirale middelen tijdens een pandemie. Niettemin is de kans op een virulent nieuw virus met resistentie tegen behandeling met antivirale middelen een reële dreiging die, vooral in geval van profylaxe, een snelle aanpassing van het antivirale beleid zou vergen indien een dergelijk virus tijdens een pandemie zou opduiken. Dit mag niet worden verward met secundaire antivirale resistentie, die veel vaker optreedt bij het gebruik van antivirale middelen. Gewoonlijk leidt dit tot een virus dat niet van mens op mens overdraagbaar is en daarom geen probleem vormt voor de volksgezondheid.

Er bestaan verschillende strategieën voor het gebruik van antivirale middelen, afhankelijk van de door de overheid vooropgestelde algemene doelstellingen voor de volksgezondheid, de beschikbaarheid van antivirale middelen en andere praktische overwegingen. Bij deze doelstellingen kan het gaan om de behandeling van ziekere mensen, de behandeling of bescherming van mensen met een verhoogd risico en de behandeling van alle gevallen, zodat de transmissie trager verloopt of zorgverleners en andere medewerkers op sleutelposten worden beschermd. Het ECDC stelt een prioriteitenhiërarchie voor.

Tijdens pandemieën is het in de praktijk, wegens het hoge aantal besmettingen en de potentiële ernst ervan, erg moeilijk om te voldoen aan de potentiële behoefte aan antivirale geneesmiddelen, zowel voor de behandeling van besmette personen als ter voorkoming van besmetting (profylaxe). Vele landen hebben, speciaal voor gebruik tijdens een pandemie, voorraden antivirale geneesmiddelen opgebouwd. Momenteel lijken de voorraden antivirale middelen in Europese landen te variëren van een dekking van enkele procenten tot meer dan 50% van de bevolking. Zelfs met de bestaande voorraden zal de vraag naar antivirale middelen in geval van een pandemie het aanbod onvermijdelijk overtreffen. Vandaar dat het belangrijk is dat vooraf een strategische en logistieke planning wordt gemaakt om zoveel mogelijk nut te halen uit bestaande voorraden. Een belangrijk algemeen principe is dat

het aanhouden van voorraden een beperkt nut heeft als die niet samengaan met overeengekomen doelstellingen, protocollen, toedienings- en leveringssystemen.

Het vastleggen van duidelijke doelstellingen in het kader van pandemische planningsacties zal dus cruciaal zijn om de voorraden antivirale middelen ten volle te benutten. Bij deze planning moet rekening worden gehouden met het totale volume en de beschikbaarheid van antivirale middelen, de onderliggende epidemiologie (verwachte ziektecijfers, enz.), de omvang en duur van de uitbraak en de omvang van de bevolkingsgroepen. Modelleren kan een belangrijk hulpmiddel zijn om de effecten van diverse antivirale strategieën in een pandemie te extrapoleren, maar dit soort modellering is niet eenvoudig. Op grond van het beschikbare bewijsmateriaal, stelt het ECDC de volgende prioriteiten voor het gebruik van antivirale middelen voor:

1. **Ernstig zieken.** De eerste prioriteit is de behandeling van mensen die ernstig ziek zijn door griep, zelfs na de periode van 48 uur na het optreden van de eerste symptomen, waarin antivirale middelen geacht worden effectief te zijn. Voor deze patiënten is het evenwel van nog groter belang dat er voldoende voorraden geschikte antibiotica beschikbaar zijn voor de behandeling van secundaire infecties, naast andere essentiële geneesmiddelen.
2. **Mensen met het grootste risico op een ernstige ziekte.** Binnen deze groep kan prioriteit worden gegeven aan die mensen die het grootste risico lopen om een ernstige ziekte te ontwikkelen. Bij seizoensgriep gaat het om die mensen waarvoor inenting tegen seizoensgriep is aanbevolen: ouderen, mensen met chronische aandoeningen en zorgverleners die rechtstreeks in contact komen met patiënten. Mogelijk dient dit tijdens de pandemie te worden aangepast aan mensen die het grootste risico lopen voor de pandemische stam. Wanneer zowel pandemische als seizoensvirussen circuleren, zullen de groepen met meer seizoensgebonden en pandemische risico's moeten worden gecombineerd. Sommige landen kunnen overwegen om huishoudens met personen met een verhoogd risico preventief te behandelen, hoewel de uitvoering van een dergelijk beleid wellicht ingewikkeld is.
3. **Alle mensen die net ziek zijn geworden.** Na ernstige gevallen zouden antivirale middelen prioritair kunnen worden voorbehouden voor mensen die net ziek zijn geworden (binnen de 48 uur na de eerste symptomen) omdat de geneesmiddelen dan het doeltreffendst zijn.
4. **Gebruik voor profylaxe.** Landen met grotere voorraden antivirale middelen kunnen overwegen deze ook toe te dienen als preventieve behandeling. Kandidaat-groepen zijn: nauwe persoonlijke contacten met besmette personen, familiecontacten en werknemers op sleutelposities ten behoeve van de bedrijfscontinuïteit. Thuisvoorraden zijn niet aanbevolen omdat het aanbod beperkt is, hoewel te verwachten valt dat sommige mensen dit onvermijdelijk aan hun artsen zullen vragen, zoals het geval was bij de vogelgriep.
5. **Gezondheidswerkers** die rechtstreeks contact hebben met patiënten vormen een speciaal geval. Zij moeten over een redelijke bescherming beschikken met persoonlijke beschermingsmiddelen. Als ze ziek worden, moeten ze onmiddellijk antivirale middelen toegediend krijgen en thuisblijven. Landen met grotere voorraden kunnen profylaxe overwegen voor bepaalde groepen zorgverleners.

De organisatorische aspecten van de levering van antivirale middelen vormen een nog groter probleem. Uit bewijsmateriaal blijkt immers dat een antivirale behandeling mogelijk alleen een beperkt nut oplevert indien ze binnen de eerste 48 uur na het optreden van de eerste symptomen van start gaat. Tijdens een pandemie zal dit bijzonder kritiek zijn. Om een infectie dus op doeltreffende wijze te behandelen met antivirale middelen, moeten middelen ter beschikking worden gesteld om protocollen en systemen te ontwikkelen waardoor dit ook snel kan gebeuren.

Werk dat door het ECDC en het Regionaal Bureau van de WGO voor Europa samen met de lidstaten is uitgevoerd, geeft aan dat voorafgaand aan een pandemie met de volgende operationele aspecten zorgvuldig rekening moet worden gehouden bij de levering en het beheer van nationale antivirale middelen en andere strategische voorraden:

1. In de initiatiefase van een pandemie beslissen of de infectie voor individuele patiënten voldoende ernstig is om antivirale middelen aan te bieden aan iedereen die symptomen vertoont, of zelfs te proberen de infectie te vertragen of in te perken.
2. Zorgen dat er steeds antivirale middelen beschikbaar zijn voor artsen om de ziekste mensen te behandelen.
3. Tijdig antivirale middelen kunnen leveren aan mensen die ze het meest nodig hebben, omdat ze binnen de 48 uur na de eerste symptomen moeten worden toegediend om doeltreffend te zijn.
4. De belangrijkste groepen identificeren die antivirale middelen prioritair moeten ontvangen op basis van vooraf overeengekomen criteria (standaard).



5. Prioriteiten kunnen aanpassen indien blijkt dat de meest risicovolle groep een andere categorie is dan vanuit de ervaring met seizoengebonden griep te verwachten was.
6. Zorgen dat de gebieden die als eerste worden getroffen de nationale voorraden niet opgebruiken en ervoor zorgen dat de middelen in het hele land kunnen worden ingezet.
7. Een standpunt innemen over burgers die individuele voorraden willen aanleggen en bedrijven die hun personeel willen beschermen.
8. De resistentie, voornamelijk de primaire resistentie, tegen antivirale middelen bewaken en in staat zijn de nationale behandelingsstrategieën aan te passen indien zou blijken dat de voorraden uitgeput raken of resistentie tegen antivirale middelen ontstaat (vooral indien de middelen worden gebruikt als profylaxe).
9. Onder druk staande eerstelijnszorgverlening niet belasten met de verdeling van antivirale middelen aan licht tot matig zieke mensen als ze het moeilijk hebben om zekere mensen te behandelen. Op die manier wordt mogelijk ook vermeden dat besmette personen in groepen samenkomen om antivirale middelen te krijgen (wachtrijen of wachtkamers) en dat de infectie zo verder wordt verspreid.
10. Zorgen dat er een toereikend aanbod is van andere belangrijke geneesmiddelen, en dan vooral, maar niet uitsluitend, geschikte antibiotica.
11. De naleving kunnen bewaken, vooral onder lichte ziektegevallen en mensen die preventief worden behandeld.
12. Anticiperen op de mildere, gebruikelijke bijwerkingen van oseltamivir, voornamelijk een lichte vorm van misselijkheid, en zich ervan bewust zijn dat minder vaak voorkomende, maar ernstigere bijwerkingen kunnen worden gemeld.
13. Trainingsmateriaal en een trainingsaanpak ter beschikking hebben om het gebruik van zanamivir-inhalators te vergemakkelijken, vooral voor die mensen die er problemen mee zouden kunnen hebben.
14. Een aanpak overwegen voor speciale groepen, zoals zwangere vrouwen en jonge kinderen.
15. Met betrekking tot de hierboven vermelde punten beschikken over robuuste, betrouwbare en beproefde communicatiestrategieën voor vakmensen en voor het publiek in het kader van een meer algemene communicatie tijdens een pandemie.

Bovendien geeft het ECDC aan dat sommige praktische systemen op communautair niveau kunnen functioneren:

16. Lidstaten rapporteren hun standaard beleidsstandpunt, en latere significante wijzigingen, via het EWRS.
17. Beschikken over systemen die meldingen en geruchten over ongewenste voorvallen kunnen oppikken en, met het EMA en het ECDC, beschikken over een mechanisme om hierop te reageren wanneer deze onvermijdelijk opduiken.
18. Met het ECDC, het communautaire referentielaboratorium en het WGO waken over het opduiken van resistentie tegen antivirale middelen.
19. Anticiperen op het onvermijdelijke opduiken van antivirale middelen en andere geneesmiddelen uit niet-gereguleerde bronnen die rechtstreeks op het internet worden verkocht.

Dit werk wijst op een aantal prioriteiten voor onderzoek en ontwikkeling, zoals de noodzaak te bepalen of antivirale middelen al dan niet nuttig zijn wanneer ze worden toegediend buiten het tijdsbestek van 48 uur, voornamelijk bij de behandeling van ernstig zieken. Als bijkomende prioriteit moeten de lidstaten beschikken over systemen die in reële tijd kunnen bepalen of antivirale middelen wel doeltreffend zijn tegen een pandemisch virus, alsook over systemen om mislukte behandelingen en profylaxe op te sporen, wat mogelijk wijst op een ontluikende resistentie.

## 11. Gebruik van specifieke pandemische griepvaccins tijdens de H1N1-pandemie van 2009

(Gepubliceerd in augustus 2009)

In april 2009 werd een nieuwe stam van het griepvirus A(H1N1) bij mensen geïdentificeerd en beschreven. De ziektecijfers voor deze pandemische stam A(H1N1) liggen naar verwachting hoger dan voor stammen van de seizoensgriep, omdat de immunrespons onder de bevolking (behalve bij oudere mensen die vaak wel beschikken over een bepaalde mate van immuniteit) op een lager peil ligt. Daarom zal het daadwerkelijke aantal gevallen van griep dat verzorging nodig heeft, binnen korte tijd waarschijnlijk groter zijn dan bij een seizoensgriep.

Gedacht wordt aan inenting met een stamspecifiek pandemievaccin als een van de meest doeltreffende tegenmaatregelen om individuen te beschermen in geval van een pandemie. Gerichte pandemievaccins zullen echter niet allemaal tegelijk beschikbaar worden gesteld en de fabrikanten zullen genoodzaakt zijn de leveringen te spreiden. Ook de verdeling zal moeilijk verlopen. Het zal moeilijk zijn de aanvoer van vaccins binnen een redelijke termijn te garanderen. Het strategische gebruik van vaccins zal, na zorgvuldig prioriteiten tussen verschillende populaties te hebben gesteld, van belang zijn om de beschikbare doses optimaal te benutten.

De algemene doelstellingen van inenting dienen te worden vastgelegd voordat wordt beslist aan wie het vaccin zal worden aangeboden en welke doelpopulaties voorrang zullen krijgen. Er kunnen goede redenen bestaan waarom dit per land en/of per regio kan verschillen. Dat zal vooral afhangen van de middelen, de hoeveelheid vaccins, het aantal spuiten, enz. dat beschikbaar is en van concrete problemen met betrekking tot de distributie en levering. Die verschillen tussen landen zullen problemen stellen op het vlak van communicatie wanneer ze bekend worden en daar moet men zich op voorbereiden.

De doelstellingen van een pandemische inentingsstrategie kunnen worden ingedeeld in twee brede categorieën die elkaar geenszins uitsluiten: a) inperking, om de mensen te beschermen die het grootste risico lopen op een ernstige ziekte; en b) kritieke diensten vrijwaren.

Het griepvirus A(H1N1)v is een nieuw virus en pandemieën verschillen in de moderne tijd steeds van elkaar en van de huidige seizoensgriep. Vandaar dat de risicogroepen (mensen die een groter risico lopen op een ernstige ziekte) kunnen verschillen van die voor seizoensgriep. Tevens kunnen andere strategieën worden ingezet, die meer de nadruk leggen op de noodzaak om de essentiële dienstverlening te vrijwaren door middel van immunisering. Vandaar dat ook de doelgroepen (groepen die vaccins aangeboden krijgen en al dan niet tot de risicogroepen behoren) kunnen verschillen.

Op basis van het bestaande bewijsmateriaal over de A(H1N1)-pandemie van 2009 kunnen de volgende populaties als risicogroepen worden geïdentificeerd:

- mensen jonger dan 65 jaar met onderliggende chronische aandoeningen, namelijk:
  - chronische aandoeningen van de luchtwegen;
  - chronische cardiovasculaire aandoeningen;
  - chronische stofwisselingsstoornissen (met name diabetes);
  - chronische nier- en leveraandoeningen;
  - een onvoldoende werkend immuunsysteem (aangeboren of verworven);
  - chronische neurologische of neuromusculaire aandoeningen;
  - alle andere aandoeningen die het immuunsysteem verzwakken of de ademhalingsfunctie schaden;
- jonge kinderen (vooral onder twee jaar);
- zwangere vrouwen.

Deze lijst wijkt enigszins af van de groepen die in vele landen worden aanbevolen voor immunisering tegen de seizoensgriep, vooral met betrekking tot mensen van 65 jaar en ouder. Oudere mensen lijken - mogelijk door bestaande immuniteit - over het algemeen een kleiner risico op besmetting te lopen, maar er zijn aanwijzingen dat ze, indien ze toch besmet worden, ernstiger lijden onder de ziekte dan jongere volwassenen.

Daarnaast kunnen andere groepen immunisering aangeboden krijgen, ook al lopen ze geen groter risico op ernstige ziekte (doelgroepen). Er zijn argumenten die pleiten voor het aanbieden van inenting aan kinderen omdat de ziektecijfers (zij het in mildere vorm) voor deze groep hoog zijn en zij vooral een grote rol kunnen spelen in het versterken van lokale uitbraken. Er zijn ook argumenten die pleiten voor het aanbieden van immunisering aan alle gezondheidswerkers. Dit zowel om te vermijden dat mensen in risicogroepen door gezondheidswerkers worden besmet als om de gezondheidswerkers te beschermen tegen besmette patiënten, zodat de dienstverlening in de gezondheidszorg gevrijwaard blijft. Immunisering aanbieden aan mensen die zorgen voor personen bij wie

inenting mogelijk niet doeltreffend is (bv. mensen die immunosuppressieve therapie ondergaan) biedt ook voordelen. Baby's jonger dan zes maanden kunnen in dit stadium nog niet worden geïmmuniseerd omdat gegevens over immunogeniteit en veiligheid ontbreken en er daarom goede redenen zijn om een inenting aan te bieden aan personen die het nauwst met hen in contact komen. Andere potentiële doelgroepen zijn medewerkers die een sleutelpositie bekleden in de respons op de pandemie.

Deze aanwijzingen zijn gebaseerd op het huidige scenario van de A(H1N1)-pandemie van 2009. Bepaalde punten van onzekerheid werden genoteerd en besproken. Naarmate meer gegevens, bewijsmateriaal en opinies beschikbaar komen, zal dit document samen met de risicobeoordeling van het ECDC waaraan het is gekoppeld, worden bijgewerkt.

Op basis van de ervaring opgedaan bij vorige pandemieën, waarbij de pathogeniteit en overdraagbaarheid van het virus mettertijd toenam, worden drie andere scenario's voorgesteld. De bijlagen geven een overzicht van het bewijsmateriaal voor de inenting van specifieke risicogroepen voor seizoensgriep en de huidige pandemische griep, met globale schattingen van de omvang van het risico en de doelgroepen. De grondslag voor de berekening wordt in voldoende detail verstrekt, zodat mensen in de lidstaten de methodologie kunnen toepassen op hun eigen bevolking of de gehanteerde methodes kunnen vergelijken.

# Surveillancerapporten

## 12. Surveillance van tuberculose in Europa 2007

(Gepubliceerd in maart 2009)

Sinds 1 januari 2008 coördineren het Europees Centrum voor ziektepreventie en -bestrijding (ECDC) en het Regionaal Bureau voor Europa van de WGO gezamenlijk de surveillance van tuberculose (tbc) in Europa. Hun doelstelling is te zorgen voor kwalitatief hoogstaande, gestandaardiseerde gegevens over tbc voor alle 53 landen van de Europese regio van de WGO.

In 2007 werden 477 327 gevallen van tbc gerapporteerd door de 51<sup>1</sup> landen van de Europese regio van de WGO, plus Liechtenstein<sup>2</sup>. Het aantal meldingen bedroeg gemiddeld 54 gevallen per 100 000, met grote verschillen tussen de landen onderling, en de laatste jaren een duidelijk stijgende lijn van west naar oost. Dit komt neer op een toename met 54 497 gevallen vanaf 2006 en een globale toename van 13% van het aantal meldingen (van 48/100 000 naar 54/100 000). Deze toename is hoofdzakelijk toe te schrijven aan de registratie door de Russische Federatie van niet eerder gerapporteerde, opnieuw behandelde gevallen na de uitbreiding van de dekkingsgraad van het meldingssysteem en een betere toegang tot de zorgverlening voor patiënten in dat land. Het aantal meldingen van gevallen die vroeger niet behandeld waren daalde voor de hele regio met 2,5% (van 36,6 naar 35,7 per 100 000). In de afgelopen jaren kwamen de sterftcijfers voor tbc met betrekking tot de geografische spreiding in de regio overeen met het totale aantal meldingen (globale mediaanwaarde: 0,6/100 000, bereik voor de landen: 0,0-22,3). De mediaanwaarde voor primaire multiresistente tuberculose (MDR-tbc) bedroeg 1,5% in de 22 landen die cijfers over MDR-tbc rapporteren. Gemiddeld werd 73% met succes behandeld, viel 11% van de gevallen uit, overleed 8% en werd 7% zonder succes behandeld.

### Lidstaten van de Europese Unie en de Europese Economische Ruimte (EER)/Europese Vrijhandelsassociatie (EVA) (30 landen)

De 27 lidstaten van de EU en drie landen van de EER/EVA (IJsland, Noorwegen en Liechtenstein) rapporteerden 84 917 gevallen van tbc in 2007. Het aantal meldingen van tbc (globaal 17/100 000) was het hoogst in Roemenië (118), Bulgarije (40) en in de Baltische staten (36-71). Tussen 2003 en 2007 daalde het aantal meldingen jaarlijks met 4%, hetgeen wees op een daling van het aantal gevallen van tbc dat nog niet behandeld was. Toch werden aanzienlijke stijgingen vastgesteld in Malta (+61%) en IJsland (+37%), kleinere stijgingen in Zweden (+5%) en in het Verenigd Koninkrijk en Cyprus (beide +3%), meestal bij allochtonen. In 2007 kwam 21% van de gevallen (bereik voor de landen: 0-78%) voor bij allochtonen, waarvan twee derde uit Azië of Afrika en 6% uit Oost-Europese landen buiten de EU en uit Centraal-Azië. Het percentage tbc-gevallen met hiv steeg tussen 2001 en 2007 in Estland en Letland (respectievelijk van < 1% naar 11% en 4%) en verdubbelde in het Verenigd Koninkrijk in 2000-2003 (van 4% naar 8%). In de overige landen die cijfers opgaven bedroeg het percentage co-infectie van tbc met hiv 1% of minder in vijf landen, 2-5% in zeven andere landen en 14% in Portugal. Multiresistentie (MDR) kwam nog steeds vaker voor in de Baltische staten (gecombineerde MDR: 10-21%) dan in de andere landen (0-4%), waar het over het algemeen vaker voorkwam bij allochtonen. Eenentwintig landen rapporteerden cijfers voor de bewaking van resultaten van behandelingen (TOM) van bevestigde gevallen van pulmonaire tbc in 2006. Van de gevallen die werden opgenomen in de TOM-cohorten kende 80% van de onbehandelde gevallen een succesvol resultaat. Bij pulmonaire gevallen onder allochtonen was het uitvalpercentage groter dan bij de autochtone bevolking (respectievelijk 35% tegenover 16%), terwijl minder sterfgevallen werden gerapporteerd (8% tegenover 4%). De sterftcijfers voor tbc varieerden van 0,0-10,9/100 000 (29 landen, meest recent beschikbare gegevens 2001-2006).

### Westen (buiten de EU) (5 landen)

In 2007 werden 881 gevallen van tbc gemeld door drie landen - Andorra, Israël en Zwitserland - met cijfers tussen 5,6 en 7,3/100 000. Algemeen waren de cijfers laag en het grootste deel van de gemelde gevallen van tbc was allochtoon. De gegevens over resistentiebewaking werden gerapporteerd door Zwitserland en Israël, waar het in respectievelijk 2,3% en 6,7% van alle geteste gevallen ging om MDR-tbc. Israël rapporteerde

<sup>1</sup> Geen gegevens van Monaco en San Marino.

<sup>2</sup> Liechtenstein is opgenomen in het rapport, maar als land van de EER/EVA – het behoort niet tot de Europese regio van de WGO.

behandelingsresultaten voor gevallen geregistreerd in 2006, met 74% geslaagde behandelingen voor nieuwe, bevestigde gevallen van pulmonaire tbc.

## Balkan (7 landen)

De Balkanlanden rapporteerden 26 296 gevallen in 2007, waarvan 75% alleen al in Turkije (930 bijkomende gevallen werden gemeld door de provincie Kosovo onder VN-bestuur). Het totale aantal meldingen van tbc in 2007 bedroeg 29/100 000, en was hoger in Bosnië en Herzegovina (62) dan in Albanië, Kroatië, de voormalige Joegoslavische Republiek Macedonië, Montenegro, Servië en Turkije (bereik: 14-28). De prevalentie van hiv bij tbc-patiënten bedroeg 0,0-0,4% in de landen die cijfers verstrekten (Albanië, Bosnië en Herzegovina, de voormalige Joegoslavische Republiek Macedonië, Montenegro en Servië). Samen bedroegen de primaire en verworven MDR respectievelijk 0-0,6% en 9,7-34,6% in de vier landen die MDR-cijfers rapporteerden (Albanië, Montenegro, de voormalige Joegoslavische Republiek Macedonië en Servië). Het succespercentage voor nieuwe, bevestigde gevallen van pulmonaire tbc bedroeg in 2006 80-97% in vijf landen en minder (35-70%) in twee andere landen die gegevens verstrekten. De sterftcijfers voor tbc varieerden van 0,25 tot 21/100 000 (vijf landen, recentst beschikbare gegevens 2001-2006).

## Oosten (12 Oost-Europese landen buiten de EU en Centraal-Azië)

In 2007 werden 365 233 gevallen van tbc gerapporteerd in het Oosten, waarvan 59% door de Russische Federatie. Het aantal gemelde gevallen van tbc lag in 2007 (globaal 131/100 000) het hoogst in Kazachstan (258), de Republiek Moldavië (178), de Russische Federatie (151), Georgië (135) en Kyrgyzistan (125), gevolgd door Armenië, Azerbeidzjan, Wit-Rusland, Tadzjikistan, Turkmenistan, Oekraïne en Oezbekistan (59-119). De gemiddelde jaarlijkse toename tussen 2002 en 2007 was gelijk aan de vastgestelde toename voor de periode 1998-2002 (+6%). Het aantal nieuwe gevallen daalde tussen 2006 en 2007 in zes landen. De prevalentie van hiv bij gevallen van tbc bedroeg de laatste jaren 1% of minder in vijf landen, maar lag hoger in de Russische Federatie en Oekraïne (respectievelijk 7% en 6% van de nieuwe gevallen in 2007). Nationale en regionale cijfers over drugresistentie in een aantal landen wijzen op een wijdverspreid, hoog percentage MDR. De gecombineerde prevalentie van MDR-tbc varieerde van 14% tot 57%, hoewel de representativiteit van de cijfers tussen de landen schommelde. In landen die resultaten van microscopisch positieve gevallen van pulmonaire tbc rapporteerden (2006) bedroeg het gemiddelde succespercentage 64% (bereik: 58-86%). Lage succespercentages, die gepaard gingen met hoge falingspercentages (gemiddelde: 12%, bereik: 3-16%) waren hoofdzakelijk te wijten aan de prevalentie van primaire MDR en uitval (gemiddelde: 13%, bereik: 4-35%). De sterftcijfers voor tbc varieerden van 3,0 tot 22,3/100 000 (alle landen, behalve Turkmenistan, met volledige gegevens, recentst beschikbare gegevens voor alle jaren tussen 2003 en 2006).

## Conclusies

De Oost-Europese landen buiten de EU en Centraal-Aziatische landen blijven de regionale prioriteit voor de bestrijding van tbc. In die landen wordt de situatie vaak bemoeilijkt door informatie die weinig specifiek of van lage kwaliteit is, naast een continu tekort aan de nodige middelen om een optimale respons te verkrijgen en/of een ontoereikend gebruik van de bestaande middelen. Meer naar het westen houden diverse patronen van tbc stand. Industrielanden die de uitroeiing van tbc nastreven zien hoe langer hoe duidelijker een cumulatie van gevallen in bepaalde kwetsbare populaties. Onder de landen die minder sterk getroffen zijn, zoals de Baltische staten, blijft de prevalentie van MDR-tbc hoog. Een aantal aanbevelingen over surveillance die pleiten voor het opvoeren van de bestrijding van tbc kunnen uit de gegevensanalyse worden getrokken, namelijk:

- de gevaldefinitie die in de regio wordt gehanteerd en de hulpmiddelen voor gegevensbeheer standaardiseren;
- tbc opnemen in de algemene surveillance van overdraagbare ziekten;
- de nadruk leggen op het gebruik van cohortanalyse voor de bewaking van behandelingsresultaten;
- een beter inzicht verwerven in de co-epidemie tbc/hiv; en
- nauwgezet de prevalentie en tendensen van MDR-tbc op nationaal en regionaal niveau evalueren.

## 13. Epidemiologisch jaarverslag over overdraagbare ziekten in Europa 2009

(Gepubliceerd in oktober 2009)

### Achtergrond

In 2007 stelde het ECDC voor om iedere drie tot vijf jaar een uitvoerig epidemiologisch jaarverslag op te stellen waarin alle domeinen onder de surveillance van het ECDC worden behandeld. De huidige editie vormt dan ook een uitgebreide compilatie van de situatie voor overdraagbare ziekten in de Europese Unie, met een diepgaande analyse op slechts één terrein: door vaccinatie te voorkomen ziekten. Het rapport verstrekt gegevens over de incidentie van ziekten in 2007 in de vorm van standaardtabellen en -grafieken met beperkte commentaren en evalueert de bedreigingen voor de gezondheid in 2008.

### Grote belasting van infectieziekten voor de volksgezondheid

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

- antimicrobiële resistentie;
- met de gezondheidszorg verband houdende infecties;
- door vaccinatie te voorkomen ziekten, met bijzondere nadruk op pneumokokkeninfecties;
- infecties van de ademhalingswegen, met bijzondere nadruk op griep (pandemisch potentieel, naast jaarlijkse seizoensepidemieën) en tuberculose;
- hiv-infectie.

### Samenvatting van de surveillance van overdraagbare ziekten in 2007

In hoofdstuk 3 worden alle gevallen voor 2007 uit de 27 EU-lidstaten plus de drie EER/EVA-landen IJsland, Liechtenstein en Noorwegen samengevoegd en voorgesteld. Zoals zo vaak is vermeld in de rubrieken over specifieke ziekten, dient men op te passen met het vergelijken van incidenties tussen landen. Surveillance-systemen verschillen en de verhouding tussen gerapporteerde en feitelijke incidentie verschilt voor heel wat ziekten van land tot land. In de meeste gevallen is het relevanter om de nadruk te leggen op het vergelijken van tendensen in de loop der tijd, want die vormen een stabiel kenmerk van een surveillance-systeem.

Daarmee rekening houdend, zijn enkele van de voornaamste bevindingen van de communautaire surveillance op infectieziekten voor de belangrijkste groepen van ziekten en/of relevante aandoeningen hieronder samengevat.

### Antimicrobiële resistentie en met de gezondheidszorg verband houdende infecties

In 2007 bleef methicillineresistente *Staphylococcus aureus* (MRSA) een aanzienlijk probleem in heel Europa. In een aantal landen waar het sterk endemisch was, leken de percentages MRSA te stabiliseren en in enkele landen werd zelfs een dalende tendens vastgesteld.

De ongevoeligheid voor penicilline bij *Streptococcus pneumoniae* (PNSP) vertoonde een heterogeen beeld in Europa, met een gerapporteerd laag peil in de meeste noordelijke Europese landen, en een gerapporteerd relatief hoog peil in Zuid-Europese landen en landen uit het Middellandse-Zeegebied. Toch bleven de niveaus voor penicilline-ongevoeligheid en erythromycineresistentie in de meeste landen stabiel.

Door de verspreiding van klonaal complex 17 bleven uitbraken van vancomycineresistente *Enterococcus faecium* meer ziekenhuizen in verschillende landen teisteren.

De resistentie tegen fluorochinolonen, aminopenicillines, aminoglycosiden en cefalosporines van de derde generatie in *Escherichia coli* is de laatste jaren aanzienlijk toegenomen in bijna alle rapporterende landen. Deze vaststelling is belangrijk, omdat dit wijst op een evolutie naar in toenemende mate multiresistente gramnegatieve bacteriën, en zelfs naar stammen met volledige resistentie.

De dalende tendens in postoperatieve wondinfecties na een heupprothese werd in 2007 bevestigd, waarmee het belang van surveillance, met vergelijkingen met risicocorrectie tussen ziekenhuizen, in de preventie en bestrijding van zorginfecties is aangetoond.

## Door vaccinatie te voorkomen ziekten

In 2007 bleef het aantal meldingen van invasieve ziekte door *Hemophilus influenzae* in Europa stabiel op ruim onder de 100 000. Het Hib-vaccin bleef een significant effect hebben op de resistentie van deze ziekte in alle landen waar het werd geïntroduceerd.

Het globale aantal meldingen van invasieve meningokokkenziekte bedroeg in 2007 één per 100 000, bijna evenveel als in 2006, en serogroepen B (77%) en C (16%) vormden nog steeds de voornaamste oorzaak van invasieve meningokokkenziekte in Europa. Het algemeen gebruikte vaccin behandelt enkel serogroep C.

In vergelijking met het jaar ervoor, werd in 2007 een aanzienlijke toename van het aantal bevestigde gevallen van invasieve pneumokokkenziekten gerapporteerd door Oostenrijk en Slovenië, wellicht door recente verbeteringen in hun surveillancesystemen. Globaal genomen was het aantal gemelde gevallen tussen lidstaten moeilijk vergelijkbaar vanwege de grote heterogeniteit in de surveillancesystemen voor invasieve pneumokokkenziekte in de EU. Het heptavalent geconjugeerd pneumokokkenvaccin (PCV7) werd in de EU toegelaten in 2001, maar het gebruik van dit vaccin verschilt per land.

In 2007 werden minder gevallen van mazelen gemeld in de landen van de EU en EER/EVA dan in 2006, maar mazelen blijven een prioriteit voor de volksgezondheid met 2 795 bevestigde gevallen, inclusief een geval met dodelijke afloop en twee gevallen van encefalitis. Slechts vier landen bleven de laatste drie jaar volledig gespaard van mazelen.

In 2007 bleef de bof een van de door vaccinatie te voorkomen ziekten met het hoogste aantal gemelde gevallen in Europa, maar de globaal dalende tendens zette zich door zodat het aantal bofmeldingen het laagste peil bereikte sinds 1995.

Net als in 2006 was het gemelde aantal bevestigde gevallen van rodehond in 2007 laag.

## Infecties van de luchtwegen

Het griepseizoen 2007-2008 werd in Europa gekenmerkt door een matige klinische activiteit met een piek in de circulatie van de A(H1N1)-griep, gevolgd door een piek van influenza B. Alleen enkele A(H3N2)-stammen werden geïsoleerd.

Een belangwekkend nieuw fenomeen was de verschijning van de eerste stam van het seizoensgriepvirus met resistentie tegen het antivirale middel oseltamivir: A(H1N1-H247Y). Deze stam was volledig overdraagbaar van mens op mens, maar de verspreiding ervan wisselde sterk in de regio - van ruim meer dan de helft van alle geïsoleerde stammen in bepaalde landen tot een paar procent elders. De verschijning en verspreiding van dit resistente virus was niet verklaarbaar door een vroeger gebruik van antivirale middelen.

Net als in 2006 werd in Europa een reeks uitbraken gemeld van hoogpathogene vogelgriep bij vogels, voornamelijk bij pluimvee, maar er werden geen gevallen bij de mens gerapporteerd. Een uitbraak van laagpathogene dierlijke vogelgriep A(H7N2) kwam voor in het Verenigd Koninkrijk in mei 2007 met verschillende gevallen van griepachtige ziekte en/of bindvliesontsteking bij de mens.

Het aantal meldingen van veteranenziekte in de landen van de EU en EER/EVA bleef in 2007 stabiel op 1,1 per 100 000 inwoners. Het aantal gemelde gevallen van veteranenziekte bij reizigers steeg in vergelijking met 2006 maar is wellicht toe te schrijven aan een betere surveillance en rapportering. Het aantal reizigersclusters daalde daarentegen, mogelijk onder invloed van de richtsnoeren voor de bestrijding van veteranenziekte, opgesteld door de Europese werkgroep voor legionella-infecties (Ewglinet).

Voor tuberculose (tbc) wordt sinds 2003 in 25 landen een gestaag dalende tendens van het aantal gemelde gevallen gerapporteerd. Twintig procent van het totale aantal gevallen kwam, net als in 2006, voor bij allochtonen, vooral uit Azië of Afrika. Multiresistentie (MDR) kwam nog steeds vaker voor in de Baltische staten dan in de andere landen en over het algemeen vaker bij allochtonen. De cijfers geven nog steeds de heterogene situatie voor tbc weer, met landen met een lage incidentie waar meer en meer diagnoses voorkomen in mensen die in het buitenland zijn geboren, andere landen met een matig tot hoog aantal gemelde gevallen maar waar MDR-tbc tot dusver weinig voorkomt, en landen met een relatief groot aantal gemelde gevallen en een hoog percentage gevallen met MDR-tbc. Globaal genomen meldden de landen van de EU en EER/EVA 41 205 bevestigde gevallen van tbc (8,2 per 100 000) in 2007.

## Hiv, seksueel overdraagbare aandoeningen, hepatitis B en C

Hiv-infecties blijven in 2007 in Europa een zeer belangrijke factor voor de volksgezondheid, zonder aanwijzingen op een afname van het aantal gerapporteerde, nieuw gediagnosticeerde gevallen. Het aantal gediagnosticeerde gevallen van aids nam echter verder af, behalve in bepaalde Oost- en Midden-Europese landen. De belangrijkste transmissiewijzen verschillen naargelang het land en de geografische regio, wat de grote epidemiologische diversiteit van hiv in Europa illustreert.

In 2007 was besmetting met *Chlamydia trachomatis* de meest gerapporteerde soa (en de meest voorkomende rapporteerbare ziekte in Europa in het algemeen). Meer dan een kwart miljoen bevestigde gevallen van infectie met *C. trachomatis* werden gerapporteerd door 22 landen van de EU en EER/EVA, wat globaal overeenstemt met 122,6 gevallen op 100 000 inwoners. Chlamydia tastte nog steeds vooral jongere mensen tussen 15 en 24 jaar aan. De werkelijke incidentie van infectie met *C. trachomatis* lag waarschijnlijk hoger en het aantal gemelde gevallen weerspiegelt wellicht eerder de screeningprocedures en de testvolumes dan de werkelijke incidentie.

Opmerkelijk was dat Zweden een stijging van 45% rapporteerde van het aantal gevallen vanaf 2006, waarschijnlijk door nieuwe testmethodes om de nieuwe variant van *C. trachomatis* op te sporen, die in Zweden voor het eerst werd gerapporteerd in november 2006. Een communautair onderzoek bracht aan het licht dat de verspreiding van deze variant beperkt bleef tot het land Zweden of tot seksuele partners van Zweedse onderdanen in andere landen.

De meeste Europese landen beschikken over surveillancesystemen voor hepatitis B en C, maar de surveillancegegevens zijn moeilijk vergelijkbaar tussen landen door verschillen in vooral de systeemstructuren, rapporteringsprocedures, methodes voor gegevensinzameling en gevaldefinities.

## Via voedsel en water overgedragen ziekten en zoönoses

Campylobacteriose was nog steeds de meest gerapporteerde oorzaak van maag- en darmziekten in de EU en EER/EVA en in 2007 steeg het aantal meldingen met meer dan 15% ten opzichte van 2006. De rapporteringssystemen, die tussen landen onderling sterk verschillen, en een grote mate van onderrapportering, waarvan bekend is dat ze in sommige landen voorkomt, maken de cijfers onderling zeer moeilijk rechtstreeks vergelijkbaar.

Het aantal meldingen van salmonellose in de landen van de EU en EER/EVA bleef in 2007 hoog maar de sinds 2004 vastgestelde dalende tendens zette zich door.

In totaal werden 13 952 bevestigde gevallen van hepatitis A gerapporteerd door 29 lidstaten van de EU en de EER/EVA in 2007, en het epidemiologische beeld van hepatitis A verschilde sterk binnen de regio in zijn geheel. Letland werd in november 2007 getroffen door een uitbraak van hepatitis A.

## Door omgeving en vectoren overgedragen ziekten

In augustus 2007 werd door Italië een uitbraak van chikungunyakoorts gemeld met 217 door laboratoriumtests bevestigde gevallen. De lokale besmetting met het chikungunyavirus vond plaats nadat een reiziger uit India terugkeerde. Het toonde aan dat de mug *Aedes albopictus* een vector is die daadwerkelijk in staat is om het virus ook in het gematigde EU-klimaat efficiënt door te geven.

In 2007 werden in totaal 637 bevestigde besmettingen van Q-koorts gerapporteerd door 22 landen van de EU en EER/EVA, een cijfer dat nauw aanleunt bij dat van 2006 (583). Uitbraken van Q-koorts werden gerapporteerd in Nederland en Slovenië, met respectievelijk 168 en 86 gevallen.

In totaal werden 40 bevestigde gevallen van virale hemorrhagische koorts, voornamelijk hantavirusinfecties, gerapporteerd in zeven lidstaten.

## Samenvatting van de bedreigingen in 2007

Vanaf de aanvang van de verzameling van epidemiologische informatie in juli 2005 tot eind 2008 heeft het ECDC 696 bedreigingen bewaakt. In 2008 bewaakte het ECDC 250 bedreigingen, waarvan er 227 (91%) in 2008 werden geopend, 14 (6%) werden overgedragen van 2007 en negen (4%) terugkerende bedreigingen vormden. Terugkerende bedreigingen hadden te maken met de vogelgriep in heel de wereld en in de Europese regio, de wereldwijde situatie van chikungunyakoorts, kinderverlamming, knokkelkoorts, cholera en mazelen, naast de nieuwe variant van Creutzfeldt-Jakob en zeer multiresistente tuberculose.

Meer in het bijzonder werden onder meer de volgende bedreigingen bewaakt:

- oseltamivirresistente A(H1N1)-griepvirussen in 21 lidstaten, met percentages die schommelden van minder dan 1% in Italië tot 68% in Noorwegen;



- in 2008 werden vijf uitbraken van hepatitis A van internationaal belang bewaakt, een aanzienlijke toename tegenover vorige jaren;
- een uitbraak van *Shigella sonnei* die meer dan 140 werknemers trof die er in hun bedrijfscafeteria in Zweden aan waren blootgesteld;
- in 2008 werden vijftientig clusters van legionellose geregistreerd;
- elf uitbraken van de mazelen werden in 2008 in de EU en EER/EVA gerapporteerd, wat secundaire gevallen veroorzaakte in andere lidstaten, ondanks de daling van het aantal gevallen van mazelen in Europa vanaf 2006. Dit betekende een toename in het aantal gerapporteerde uitbraken tegenover 2007 (zeven) en 2006 (twee);
- elf bedreigingen in verband met tuberculose werden in 2008 geëvalueerd. Alle gebeurtenissen hadden te maken met reizende tuberculosepatiënten: zeven vliegtuigpassagiers en drie scheepspassagiers;
- een dodelijke marburgvirusinfectie bij een toerist die in juli 2008 uit Oeganda terugkeerde naar Nederland;
- het eerste bevestigde geval van hemorragische-Krim-Congokoortsvirus (CCHF) in Noord-Griekenland in juli 2008.

## Conclusies

Op basis van de samenvatting van de voornaamste cijfers en tendensen kunnen we besluiten dat de prioriteiten voor de preventie en bestrijding van overdraagbare ziekten in de EU en EER/EVA sinds de vorige editie van het jaarlijks epidemiologisch rapport niet aanzienlijk zijn gewijzigd. Toch verdienen enkele punten bijzondere aandacht.

De gegevens vanaf 2007 tonen aan dat antimicrobiële resistentie een steeds grotere bedreiging vormt voor de volksgezondheid in Europa. Internationaal reizen en internationale handel vergemakkelijken de verspreiding van antimicrobiële resistentie. Dit probleem vergt internationale samenwerking - naast gezamenlijke inspanningen op nationaal niveau - om de opkomst van antimicrobiële resistentie in te perken en te voorkomen.

Op het vlak van ziekenhuisinfecties is een communautair puntprevalentieonderzoek nodig om de last van alle soorten infecties binnen de gezondheidszorg in Europa te evalueren. De uitwerking van een Europees standaardprotocol voor dit prevalentieonderzoek is nu opgenomen in het ECDC-werkprogramma en zal de gelegenheid bieden om verschillende nationale protocollen voor de prevalentie van ziekenhuisinfecties aan te passen, zodat internationale vergelijkingen mogelijk worden.

Op het terrein van de door vaccinatie te voorkomen ziekten blijft bezorgdheid bestaan over de mogelijkheid dat de serotypes die gedekt worden door het geconjugeerd pneumokokkenvaccin na de introductie van het vaccin zouden worden vervangen door niet-gedekte serotypes, zoals in de Verenigde Staten reeds is vastgesteld. Dat kan een versterkte surveillance, inclusief laboratoriumsurveillance, noodzakelijk maken in de EU.

Zoals verwacht betrof haast 90% van de gevallen van mazelen in de EU en EER/EVA niet-ingeënte patiënten; een teken dat mazelen nog steeds een probleem vormen voor populaties met een lage vaccinatiegraad. Bovendien deden alle gevallen met dodelijke afloop of complicaties zich voor bij patiënten die niet gevaccineerd waren. De dekkingsgraad in Europa verhogen blijft dan ook een prioriteit voor de volksgezondheid, alhoewel uitroeiing in 2010 misschien niet haalbaar is.

Uitbraken van de bof kunnen zich voordoen bij mensen die twee doses van het MMR-vaccin hebben gekregen en dat is iets dat verder moet worden onderzocht.

Behalve enkele uitzonderingen hebben de lidstaten meer inspanningen geleverd om alle gemelde gevallen van rodehond te bevestigen. De gevoeligheid en specificiteit van de surveillance van rodehond verbeteren is van primordiaal belang gezien de WGO-uitroeingsdoelstelling voor 2010.

Een ongewoon kenmerk van het griepseizoen 2007-2008 was het opduiken van het oseltamivirresistente A(H1N1)-griepvirus. Voor het eerst werd bij de mens een seizoensgriepvirus vastgesteld met resistentie tegen een neuraminidase-inhibitor en dat volledig van mens op mens overdraagbaar was. De surveillance van resistentie tegen antivirale middelen bij seizoensgriepvirussen dient verder te waken over het mogelijk opnieuw opduiken van resistente stammen.

Op het vlak van tbc-bestrijding binnen het epidemiologisch heterogeen milieu van de lidstaten van de EU en EER/EVA bleef het aantal landen met een hoge/middelmatige incidentie van tbc gelijk en voor de beheersing en optimalisatie van de surveillance vergt dit, ondanks hun vooruitgang in het beteugelen van de epidemie, serieuze aandacht. In een aantal landen met lage prevalentie tonen de cijfers een gestage daling van het aantal interne gevallen en een duidelijke verschuiving van de epidemie naar kwetsbaardere populaties zoals migranten. De rapportering van comorbiditeit door tbc/hiv was nog steeds onvolledig. Meer informatie is nodig over gevoeligheidstests op geneesmiddelen (DST), naast rapportering en analyse van resistentie tegen tweede-lijns geneesmiddelen.

Het uitwerken en implementeren van een betere surveillance van hepatitis B en C zijn een prioriteit voor het ECDC. Betere surveillancegegevens zijn cruciaal voor de informatie die nodig is om tendensen te bewaken, epidemiologische verschillen te begrijpen en preventieprogramma's in de EU te evalueren. De chronische aard van beide ziekten maakt het, net als bij hiv-infectie, moeilijk om incidentie en prevalentie te onderscheiden en er bestaat geen eenvoudige oplossing voor dit probleem.

Op het vlak van door voedsel en water overgedragen ziekten ten slotte, zal in toekomstige rapporten getracht worden de gegevens voor vero-/shigatoxineproducerende *Escherichia coli* (VTEC) serogroep O157 en niet-O157 te scheiden, aangezien ze zeer verschillende prioriteiten in de nationale systemen hebben en dus een verschillende dekking, waarbij O157 duidelijk beter wordt gedekt dan de andere serogroepen.

**Tabel A.** Overzicht van de algemene tendens, het aantal meldingen in de EU en de voornaamste leeftijdsgroepen die worden getroffen door overdraagbare ziekten in de EU en EER/EVA in 2007. Aantal rapporterende landen (n=30)

Ziekte	Algemene tendens op 10 jaar	Aantal meldingen op 100,000 (2007) in de EU	Belangrijkste getroffen leeftijdscategorieën (2007)
<b>Luchtweginfecties</b>			
Griep	↔	Geen gegevens	Onvoldoende gegevens
Vogelgriep	↑	0	Geen gevallen
Veteranenziekte (legionellose)	↑	1,1	65+
Tuberculose	↓	8,2	25-44
<b>Hiv, seksueel overdraagbare aandoeningen en door bloed overgedragen virusinfecties</b>			
Chlamydia-infectie	↑	122,6	15-24
Gonorrhoe	↔	9,5	15-24
Hepatitis B	↓	1,5	25-44
Hepatitis C	↑	6,9	25-44
Hiv	↑	6,0	25-44
Aids	↓	1,2	25-44
Syfilis	↑	4,4	25-44
<b>Via voedsel en water overgedragen ziekten en zoönoses</b>			
Miltvuur	↔	<0,01	Onvoldoende gegevens
Botulisme	↔	<0,1	25-44
Brucellose	↓	0,1	25-64
Campylobacteriose	↑	46,7	0-4
Cholera	↓	<0,01	25-44
Cryptosporidiose	↓	2,4	0-4
Echinokokkose	↓	0,2	45-64
Verocytotoxineproducerende <i>Escherichia coli</i> (VTEC/STEC)	↔	0,6	0-4
Giardiasis	Onvoldoende gegevens	61,7	0-4
Hepatitis A	↓	2,8	5-14
Leptospirose	↔	0,2	45-64, 25-44
Listeriose	↑	0,4	65+
Salmonellose	↓	34,3	0-4
Shigellose	↓	2,1	0-4
Toxoplasmose	↓	0,8	5-14
Trichinellose	↔	0,2	25-44
Tularemie	↔	0,3	45-64
Tyfus/paratyfuskoorts	↓	0,2	0-4
Variant CJD	Onvoldoende gegevens	<0,01	15-24
Yersiniose	↑	2,9	0-14

Ziekte	Algemene tendens op 10 jaar	Aantal meldingen op 100,000 (2007) in de EU	Belangrijkste getroffen leeftijdscategorieën (2007)
<b>Opkomende en door vectoren overgedragen ziekten</b>			
Malaria	↔	1	25–44
Pest	Onvoldoende gegevens	0	Geen gevallen
Q-koorts	↓	0,2	15–24, 45–64
SARS (Severe acute respiratory syndrome)	Onvoldoende gegevens	0	Geen gevallen
Pokken	Onvoldoende gegevens	0	Geen gevallen
Virale hemorrhagische koortsen (VHF)	Onvoldoende gegevens	Onvoldoende gegevens	Onvoldoende gegevens
Chikungunya	Onvoldoende gegevens	<0,01	Onvoldoende gegevens
West-Nijlkoorts	Onvoldoende gegevens	<0,01	> 15
Gele koorts	Onvoldoende gegevens	0	Geen gevallen
<b>Door vaccinatie te voorkomen ziekten</b>			
Difterie	↓	<0,01	45–64, 5–14
Infectie door invasieve <i>Haemophilus influenzae</i>	↔	0,5	65+, 0–4
Invasieve meningokokkenziekte	↓	1,0	0–4
Invasieve pneumokokkeninfectie	↔	6,3	65+, 0–4
Mazelen	↓	0,6	0–4
Bof	↓	4,3	5–14
Kinkhoest	↓	4,4	5–14
Kinderverlamming	Onvoldoende gegevens	0	Geen gevallen
Rabiës	Onvoldoende gegevens	<0,01	Onvoldoende gegevens
Rodehond	↓	1,2	0–4
Tetanus	↓	<0,1	65+
<b>Antimicrobiële resistentie en zorginfecties</b>			
AMR	↑	Niet van toepassing	Geen gegevens
Ziekenhuisinfecties	↑	Niet van toepassing	Geen gegevens

## 14. Surveillance van hiv/aids in Europa 2008

(Gepubliceerd in december 2009)

### Kernpunten

Hiv-infectie blijft in Europa van zeer groot belang voor de volksgezondheid en er zijn bewijzen dat de transmissie van hiv in verschillende Europese landen nog toeneemt. Ondanks onvolledige rapportering is het aantal nieuw gediagnosticeerde gevallen van hiv-infecties in 2008 globaal toegenomen, hoewel het aantal gediagnosticeerde gevallen van aids in de Europese WGO-regio verder afnam, behalve in het oosten, waar het aantal aidsgevallen steeg.

- In 2008 werden 51 600 gevallen van hiv gediagnosticeerd en gerapporteerd door 48 van de 53 landen in de Europese WGO-regio en Liechtenstein (geen gegevens beschikbaar voor Oostenrijk, Denemarken, Liechtenstein, Monaco, Rusland en Turkije). De hoogste aantallen zijn gerapporteerd door Estland, Letland, Kazachstan, Moldavië, Portugal, Oekraïne en het Verenigd Koninkrijk.
- 7 565 gevallen van aids werden gerapporteerd door 47 landen (geen gegevens beschikbaar uit Denemarken, Zweden, Kazachstan, Liechtenstein, Monaco, Rusland en Turkije).
- In 2008 werden 25 656 nieuw gediagnosticeerde gevallen van hiv-infectie gerapporteerd door de lidstaten van de Europese Unie en de Europese Economische Ruimte (EU/EER) (geen gegevens beschikbaar uit Oostenrijk, Denemarken en Liechtenstein). Binnen de EU/EER werd het hoogste aantal gevallen gerapporteerd uit Estland, Letland, Portugal en het Verenigd Koninkrijk.
- In de EU/EER is de belangrijkste transmissiewijze van hiv-infectie seksueel contact tussen mannen, gevolgd door heteroseksueel contact. Ongeveer 40% van de gevallen die werden gerapporteerd als heteroseksueel verworven werden gediagnosticeerd bij personen die afkomstig waren uit landen met gegeneraliseerde hiv-/aids-epidemieën.
- In de drie geografische/epidemiologische regio's verschilt de belangrijkste transmissiewijze per regio, wat de grote epidemiologische diversiteit van hiv in Europa illustreert. In het oosten is intraveneus druggebruik nog altijd de belangrijkste transmissiewijze, terwijl in Centraal-Europa de belangrijkste transmissiewijze seksueel contact tussen mannen is, gevolgd door heteroseksueel contact. In West-Europa is de belangrijkste transmissiewijze seksueel contact tussen mannen, gevolgd door heteroseksueel contact, indien gevallen bij personen die afkomstig zijn uit landen met gegeneraliseerde epidemieën niet worden meegerekend.
- Sinds 2000 is het aantal gerapporteerde gevallen van nieuw gediagnosticeerde hiv per miljoen inwoners meer dan verdubbeld, van 44 per miljoen inwoners in 2000 tot 89 per miljoen inwoners in 2008, op basis van de 43 landen die consequent hiv-surveillancegegevens hebben gerapporteerd.
- In de 46 landen die voor de periode 2000-2008 consequent aidscijfers hebben gerapporteerd daalde het aantal gerapporteerde aidsdiagnoses van 12 072 gevallen (19/miljoen) tot 7 564 gevallen (12/miljoen).
- De hier gepresenteerde gegevens zijn onderhevig aan een aantal beperkingen door onvolledige rapportering, ontbrekende gegevens voor een aantal landen en door vertragingen in de rapportering van gegevens. Daardoor kunnen er slechts in beperkte mate conclusies uit worden getrokken aangaande de omvang en verspreiding van de hiv- en aids-epidemieën in Europa. Toepassing van een correctie voor deze beperkingen zou het globale aantal hiv-infecties voor 2008 wellicht doen verdubbelen. Bovendien wordt verwacht dat de voor 2008 gerapporteerde cijfers de komende jaren zullen moeten worden bijgewerkt wegens vertragingen in de rapportering in verschillende landen.

### Aanbevelingen voor hiv-/aids-surveillance

Gegevens over hiv-/aids-surveillance zijn van zeer groot belang om de tendensen van de hiv-epidemie te kunnen bewaken en de respons vanuit 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; en
- de kwaliteit van de gerapporteerde gegevens verbeteren, vooral met betrekking tot mogelijke transmissieroutes.

## Aanbevelingen voor de volksgezondheid

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

- Voor de landen in het oosten: bestrijding van hiv bij injecterende druggebruikers, met inbegrip van schadebeperkingsprogramma's, dienen de hoeksteen te vormen van hiv-preventiestrategieën. Maatregelen om heteroseksuele transmissie te voorkomen, moeten worden aangescherpt, gericht op diegenen met een partner met verhoogd risico.
- Voor de centraal gelegen landen: preventie moet worden afgestemd op de omstandigheden in ieder land om de epidemie op het huidige lage peil in te perken. Aangezien de epidemie bij homo- en biseksuele mannen groeit, dienen de maatregelen ter bestrijding van hiv in deze groep prioritair te worden versterkt.
- Voor de landen in het westen: maatregelen om hiv bij homo- en biseksuele mannen te bestrijden, met inbegrip van innovatieve programma's voor deze groep, dienen de hoeksteen te vormen van hiv-preventiestrategieën. Maatregelen voor preventie, behandeling en zorg moeten worden aangepast om de migrantenbevolking te bereiken.
- Globaal dienen hiv-counseling en -tests te worden gepromoot om een vroege diagnose en toegang tot behandeling en counseling te waarborgen teneinde verdere transmissie te helpen voorkomen of verminderen en de resultaten van de behandeling op de langere termijn voor de betreffende personen te verbeteren. Gelijke toegang tot hiv-behandeling en zorg voor alle hulpbehoevende populaties moeten worden nagestreefd zodat landen de wereldwijde doelstelling realiseren van universele toegang tot preventie, behandeling en zorg.

## Bijlage: ECDC-publicaties in 2009

Deze lijst omvat uitsluitend officiële ECDC-publicaties in 2009. Ze zijn te vinden op het webportaal van het Centrum ([www.ecdc.europa.eu](http://www.ecdc.europa.eu)). Een groot deel ervan is ook beschikbaar in drukvorm. Sommige werden in de loop van het jaar bijgewerkt of opnieuw uitgegeven - de hieronder vermelde maanden verwijzen naar de meest recente uitgave.

Medewerkers van het ECDC hebben in de loop van het jaar veel wetenschappelijke artikelen en publicaties gepubliceerd of eraan meegewerkt, waaronder *Eurosurveillance*, die hier niet worden genoemd. Het Centrum produceerde ook een groot aantal korte mededelingen over de griepdemonie, zoals risicobeoordelingen en uitgangspunten voor de planning. Die zijn online wel beschikbaar maar worden hier niet vermeld.

### Technische rapporten

#### Mei

Development of *Aedes albopictus* risk maps

#### Juni

Risk assessment guidelines for infectious diseases transmitted on aircraft

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

Surveillance and studies in a pandemic in Europe

#### Juli

Migrant health series: Background note

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

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

#### September

Mapping of HIV/STI behavioural surveillance in Europe

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

#### November

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

### ECDC-richtsnoeren

#### Mei

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

#### Juni

Chlamydia control in Europe

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

Public health use of influenza antivirals during influenza pandemics

#### Augustus

Use of specific pandemic influenza vaccines during the H1N1 2009 pandemic

#### November

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

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

## Surveillancerapporten

### *Maart*

Tuberculosis surveillance in Europe – 2007

### *Juni*

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

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

### *Oktober*

Annual epidemiological report on communicable diseases in Europe – 2009

### *December*

HIV/AIDS surveillance in Europe – 2008

## Notulen

### *Maart*

Expert meeting on chikungunya modelling (April 2008)

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

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

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

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

### *April*

Technical meeting on hepatitis A outbreak response (November 2008)

### *Mei*

European pandemic influenza planning assumptions (January 2009)

### *Juni*

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

Scientific Consultation Group – second meeting (December 2008)

### *Augustus*

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

Expert consultation on West Nile virus infection (April 2009)

### *Oktober*

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

### *November*

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

### *December*

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

## Technische documenten

### *Juli*

Web service technical documentation, TESSy, Version 1.1

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



Transport Protocol Specification CSV – Comma Separated Value, TESSy

### ***September***

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

### ***November***

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

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

### ***December***

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

## **Publicaties van het agentschap**

### ***Driemaandelijks (maart, juni, september, december)***

ECDC Insight

Executive Science Update

### ***Juni***

Annual Report of the Director – 2008

Summary of key publications

### ***Augustus***

Annual Report of the Director: Summary – 2008